



ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ ΓΝΗ

1^η

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ



World Health
Organization



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ &
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕΕΛΠΝΟ)

Ειδικές Ομάδες Ασθενών

Ομιλητής: Πιτσιδιανάκης Γεώργιος
Πνευμονολόγος
ΕΠΙΜ. Α΄ ΕΣΥ, ΠΑΓΓΝΗ

Αντιμετώπιση ειδικών ομάδων

- HIV –Ανοσοκατασταλμένοι
- Εξωπνευμονική TB
- Πνευμονική Φυματίωση με αρνητικές κ/α
- Υπερήλικες
- TB στην εγκυμοσύνη και θηλασμό
- Νεφρική νόσο
- Ηπατική νόσο
- Έλλειψη του ενζύμου G6PD
- *M. bovis* (βόειος τύπος)
- Μετανάστες

TST ≥ 5 mm

- HIV +
- Άτομα με πρόσφατη επαφή με ασθενή με ενεργό πνευμονική ή λαρυγγική φυματίωση
- Άτομα με ιώδη στοιχεία στην ακτινογραφία θώρακα, συμβατά με παλιά φυματίωση
- Ασθενείς μεταμοσχευμένοι και ανοσοκατεσταλμένοι (υπό anti-TNF- α παράγοντες, κορτικοειδή ≥ 15 mg ημερησίως για τουλάχιστον ένα μήνα

TST ≥ 10 mm

- Έλληνες και μετανάστες διαμένοντες μόνιμα στην Ελλάδα

- ιατροί-νοσηλευτές, προσωπικό και τρόφιμοι ιδρυμάτων, φυλακών, γηροκομείων, ξενώνων προσωπικό μυκοβακτηριδιολογικών εργαστηρίων
χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχ.
διαβήτη, σιλίκωση, ΧΝΑ,
λευχαιμία, λεμφώματα, καρκίνο κεφαλής-τραχήλου, γαστρεκτομή,

Θεραπεία εκλογής

- Κλασικό τετραπλό σχήμα HRZE
- H - (INH) 5mg/kg/ημ., max 300mg
- R - (RIF) 10mg/kg/ημ., max 600mg
- Z - (PZA) 20-30mg/kg/ημ., max 2000mg
- E - (EMB) 25mg/kg/ημ. το πρώτο δίμηνο και μετά 15mg/kg/ημ. max 1600 mg

Θεραπεία εκλογής

- Αρχική φάση θεραπείας: **οι πρώτοι δύο μήνες** (8 εβδομάδες – 56 δόσεις). και τα **τέσσερα** φάρμακα HRZE άπαξ ημερησίως
- Συνεχιζόμενη φάση θεραπείας: **τουλάχιστον τέσσερις** μήνες (18 εβδομάδες - 126 δόσεις), HR στις ίδιες δόσεις
- Μπορεί να συνεχιστεί για **τουλάχιστον επτά μήνες** (26 εβδομάδες – 182 δόσεις)
- **Έξι έως εννέα μήνες**

Στους ηλικιωμένους ασθενείς άνω των 65 ετών

- Πολλά φάρμακα, συνοσηρότητες, ανοσοκαταστολή, υπαλβουμιναιμία
- δεύτερο θεραπευτικό σχήμα : HRE
(ασθενείς με κίνδυνο ηπατοτοξικότητας)
- Το **πρώτο δίμηνο** και τα HRE - τον έλεγχο ευαισθησίας.
- η συνεχιζόμενη φάση θεραπείας με HR για **επτά μήνες**,
- **εννέα μήνες**

Σε έλλειψη του ενζύμου G6PD,

- RZE για έξι-εννέα μήνες τουλάχιστον (πλήρως ευαίσθητο στα φάρμακα) ,
- ή RZE το πρώτο δίμηνο και μετά RE για άλλους δέκα μήνες.
- Σημείωση:
ισονιαζίδη (H), οι αναπνευστικές κινολόνες και τα ενέσιμα αντιφυματικά φάρμακα :
κίνδυνος εμφάνισης αιμόλυσης.

Σε απομόνωση και ταυτοποίηση *M. bovis* (βόειος τύπος), συνήθως μετά από θεραπευτική έγχυση BCG

- χορηγείται θεραπευτικό σχήμα HRE για **δύο μήνες** και,
- εφόσον το στέλεχος βρεθεί πλήρως ευαίσθητο στην ισονιαζίδη και τη ριφαμπικίνη, θα συνεχιστεί για τουλάχιστον **επτά μήνες** ακόμα HR.
- Σημειώνεται ότι το *M. bovis* είναι πάντα ανθεκτικό στην πυραζιναμίδα

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....

- Δυσκολία στη διάγνωση
- Απροθυμία για ακτινογραφία
- Ατυπα συμπτώματα
- Αυξημένος κίνδυνος ηπατοτοξικότητας

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....

- Υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για την έγκυο και το παιδί με ενεργό νόσο TB εάν δεν διαγνωστεί και δεν θεραπευτεί.
- ΜΑΝΤΟΥΧ ασφαλής για την εγκυμοσύνη
- Αιματολογικά τεστ ασφαλή γενικά, αλλά δεν έχουν ελεγχτεί αρκετά για διάγνωση στην εγκυμοσύνη

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....

- έγκυος με στενή επαφή με ενεργό πνευμονική φυματίωση ή **όταν συνυπάρχει ανοσοκαταστολή χορηγείται χημειοπροφύλαξη ακόμη και στο 1 ο τρίμηνο**

σε μεταστροφή της mantoux (την τελευταία διετία) χορηγείται **χημειοπροφύλαξη μετά το 1 ο τρίμηνο** .

σ'όλες τις άλλες περιπτώσεις χορηγείται **μετά την λοχεία.**

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....

- προτείνεται η χορήγηση σχήματος : **HRE 2 μήνες**, και **HR 7 μήνες** (συνολικά 9 μήνες)..... έλεγχος ευαισθησίας !

- Οι ενέσιμες αμινογλυκοσίδες, η καπρεομυκίνη και οι αναπνευστικές κινολόνες αποκλείονται λόγω πιθανότητας τερατογένεσης.

- Η χορήγηση της πυραζιναμίδης :

Ασφαλής η ΠΟΥ,

Η ATS θεωρεί μη επαρκή τα δεδομένα για την ασφάλειά της.

Στην κύηση και στον θηλασμό πρέπει να χορηγείται συμπληρωματικά B6 (πυριδοξίνη) σε δόση 15-25 mg ημερησίως

Τα αντιφυματικά χαμηλές συγκεντρώσεις στο γάλα - μη θεραπευτικές για το βρέφος

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....

Στις γυναίκες με πολυανθεκτική φυματίωση πρέπει να

συστήνεται η αποφυγή πιθανής εγκυμοσύνης,

αλλά δεν συνιστάται η λήψη από του στόματος αντισυλληπτικών λόγω της αλληλεπίδρασης με τα αντιφυματικά φάρμακα.

Η θεραπεία πολυανθεκτικής φυματίωσης είναι προτιμότερο να αρχίζει μετά το πρώτο τρίμηνο, λόγω αυξημένου κινδύνου τερατογένεσης (αμινογλυκοσίδες) εκτός και αν η κλινική κατάσταση δεν το επιτρέπει.

Σε ασθενείς με πολύ σοβαρή ηπατική νόσο

Ασθενείς με ηπατική νόσο παρουσιάζουν δυσκολία στην αντιμετώπιση λόγω αυξημένου κινδύνου ηπατοτοξικότητας

Ηπατοτοξικότητα στα αντιφυματικά φάρμακα

επίπεδα τρανσαμινασών AST ή ALT ≥ 3 της φυσιολογικής τιμής με συμπτώματα, ή > 5 φορές επί απουσίας συμπτωμάτων

- Διακόπτουμε όλα τα φάρμακα.
- Αν < 2 φορές επανέναρξη θεραπείας ένα-ένα ανά εβδομάδα
- Αν μόνο χολερυθρίνη χωρίς ηπατικά ενζυμα..... συνεχίζουμε
- Αν $>$ χολερυθρίνη με ηπατικά ενζυμα $> 2 X$ διακόπτουμε

Σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική νόσο

(επίπεδα τρανσαμινασών < από το 3/πλάσιο των φυσιολογικών τιμών)

- χορηγείται μόνο ένα ηπατοτοξικό φάρμακο. Προτιμάται η **ριφαμπικίνη (R)** ως λιγότερη ηπατ/ξική.
- Αν όμως υπάρχει υπερχολερυθριναιμία, προτιμάται η **ισονιαζίδη (H)**.
- εφόσον το στέλεχος ευαίσθητο:
- **12 μηνες θεραπεία συνολικά**, με **ριφαμπικίνη, εθαμβουτόλη, λεβοφλοξασίνη** και **ένα ενέσιμο αντιφυματικό (αμικασίνη ή καπρεομυκίνη για τουλάχιστον τρεις μήνες)**.

Σε ασθενείς με πολύ σοβαρή ηπατική νόσο
(> 3πλάσιο των φ.τ.)

- 24 μήνες συνολικά (αν το στέλεχος είναι ευαίσθητο)
χωρίς ηπατοτοξικό φάρμακο

με εθαμβουτόλη, λεβοφλοξασίνη, ενέσιμο σκεύασμα
(αμικασίνη ή καπρεομυκίνη για έξι μήνες) και
κυκλοσερίνη .

Φορείς ηπατίτιδας Β ή C χωρίς συνοδό άνοδο των τρανσαμινασών

- σχήμα **HRE** για δύο μήνες, και εφόσον το στέλεχος είναι ευαίσθητο, συνεχίζεται η θεραπεία με **HR** για ακόμη επτά μήνες
- η φυματίωση μπορεί να προσβάλλει το ήπαρ και άρα να προκαλεί αύξηση των τρανσαμινασών, που υποχωρούν πλήρως με την αντιφυματική θεραπεία.

Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με κάθαρση κρεατινίνης < 30 ml/min αλλά και σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.....

- καθημερινά τα παρακάτω φάρμακα στην προβλεπόμενη από το σωματικό τους βάρος δόση: ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, μοξιφλοξασίνη, εθειοναμίδη, λινεζολίδη, κλοφαζιμίνη.
- Τρεις φορές εβδομαδιαίως στην κανονική τους δόση χορηγούνται η εθαμβουτόλη και η πυραζιναμίδη.

Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με κάθαρση κρεατινίνης < 30 ml/min αλλά και σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση

- Οι αμινογλυκοσίδες και η καπρεομυκίνη χορηγούνται σε δόση 12-15 mg/kg, δύο-τρεις φορές την εβδομάδα.
- Η κυκλοσερίνη χορηγείται καθημερινά σε δόση 250mg
- ή τρεις φορές την εβδομάδα σε δόση 500mg.
- Η ιμιπενέμη/σιλαστατίνη χορηγείται σε δόση 500mgx 3 με κάθαρση κρεατινίνης 20-40 ml/min, ενώ σε κάθαρση <20 ml χορηγείται σε δόση 500mg X 2.

HIV/Σύνδρομο AIDS- TB

Η ανοσοκαταστολή που μπορεί να συνοδεύει την HIV λοίμωξη κάνει ακόμη πιο δύσκολη και τη διάγνωση της ενεργού φυματίωσης λόγω της συχνής άτυπης συμπτωματολογίας και κλινικής εικόνας αλλά και της εξωπνευμονικής εντόπισης

καθώς και της χαμηλής διαγνωστικής ικανότητας των διαθέσιμων διαγνωστικών εργαλείων.

HIV/Σύνδρομο AIDS- TB

70% των περιπτώσεων φυματίωσης σε οροθετικά άτομα αφορούν στην πνευμονική φυματίωση και το 30% σε εξωπνευμονική.

Όσο νωρίτερα στην πορεία της HIV λοίμωξης εμφανισθεί η φυματίωση, τόσο πιο τυπική είναι η εικόνα της.

Οι κλινικές εκδηλώσεις και έχουν άμεση σχέση με το χαμηλό αριθμό των CD4 κυττάρων

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης διεγείροντας την παραγωγή TNF-α και IL-6 δημιουργεί ένα μικροπεριβάλλον που διευκολύνει τον πολλαπλασιασμό του ιού

HIV/Σύνδρομο AIDS- TB

Αρνητική MANTOUX :

30% ασθενων με HIV και TB

60% ασθενων με AIDS και TB

Θετική MANTOUX σε ασθενείς με HIV : 5 mm

.....

INF-γ καλύτερη ευαισθησία σε ανεργία

HIV/σύνδρομο AIDS- TB LATENT

- Οι θετικές αντιδράσεις αξιολογούνται με βαρύτητα
- Τα άτομα με κλινικό σύνδρομο AIDS πρέπει να εξετάζονται με ακτινογραφία θώρακα και για ενδείξεις εξωπνευμονικής φυματίωσης, ανεξαρτήτως από το αποτέλεσμα της ΜΑΝΤΟΥΧ .

Εάν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα , επιπρόσθετες εξετάσεις για TB επιβάλλονται.

HIV/σύνδρομο AIDS- TB LATENT

- Επειδή HIV μόλυνση είναι πολύ δυνατός παράγοντας κινδύνου για εξέλιξη της latent tb infection σε active TB , η θετική ΜΑΝΤΟΥΧ σε άτομο μολυσμένο με HIV (5 mm) είναι ένδειξη για προφυλακτική θεραπεία ανεξάρτητα ηλικίας.
- Χορηγείται Η 300 mg /ημέρα, η 15 mg/kg δυο φορές την εβδομάδα για 12 μήνες.
- Θεραπεία για Λανθάνουσα TB εφόσον αποκλειστεί η ενεργός νόσος !

HIV/σύνδρομο AIDS- TB

- Άτομα με TB και HIV + φαίνεται να απαντούν στα **κλασικά αντιφυματικά φάρμακα** όπως και οι HIV- και η αρχική φάση θεραπείας είναι η ίδια .
Ασθενείς σε πρόγραμμα μεθαδόνης που λαμβάνουν R πρέπει να αυξάνουν την δόση της μεθαδόνης λόγω αλληλεπιδράσεων .
- Εάν είναι ευαίσθητο το στέλεχος η συνεχιζόμενη φάση περιλαμβάνει **HR**.

Στην περίπτωση συνδρόμου AIDS

- το τετραπλό σχήμα πρώτης επιλογής **HRZE** θεωρείται ικανοποιητικό, (εφόσον είναι πλήρως ευαίσθητο).
- Η διάρκεια της θεραπείας να είναι εννέα μήνες ή να συνεχίζεται για έξι μήνες μετά την αρνητικοποίηση των καλλιιεργειών του ασθενούς.
- Θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη ότι η θεραπεία στους ασθενείς με TB/HIV+ (σύνδρομο AIDS) είναι πολύπλοκη και απαιτεί συνεργασία με άλλες ειδικότητες (π.χ. λοιμωξιολογία) που παρακολουθούν το υποκείμενο νόσημα.

HIV/σύνδρομο AIDS- TB

- Εάν υπάρχει ανθεκτικότητα σε κάποιο φάρμακο η θεραπεία καθορίζεται από εξειδικευμένο κέντρο
- Εάν υπάρχει **ανθεκτικότητα στη η Η ή R** η διάρκεια θεραπείας παρατείνεται στους **18 μήνες ή τουλάχιστον 12 μήνες μετά την αρνητικοποίηση της κ/α πτυέλων.**

HIV/σύνδρομο AIDS- TB

Η συνύπαρξη πολυανθεκτικής φυματίωσης και HIV λοίμωξης αυξάνει τον κίνδυνο κακής έκβασης (θνητότητα) και απαιτεί άμεση έναρξης αντιφυματικής θεραπείας σε συνδυασμό με αντιρετροϊκή αγωγή, ανεξάρτητα από τον αριθμό των CD4 και τη συνεργασία έμπειρου προσωπικού στη θεραπεία του AIDS.

• HIV/συνδρομο AIDS- TB

- Ο συνδυασμός της αντιφυματικής και αντιρετροϊκής θεραπείας βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωσή τους.
- Η αλληλεπίδραση των αντιρετροϊκών με τις ριφαμυκίνες, (ριφαμπικίνη και ριφαμπουτίνη) απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή - προτιμότερη είναι η ριφαμπουτίνη, λόγω μικρότερης αλληλεπίδρασης με τα αντιρετροϊκά φάρμακα
- Όταν το επιτρέπει η κλινική εικόνα πρώτα η αντι TB αγωγή στο πρώτο δίμηνο και μετά να ακολουθήσει η αντιρετροϊκή .

• HIV/συνδρομο AIDS- TB

IRIS : αντιπροσωπεύει μια φλεγμονώδης απάντηση του ανοσοποιητικού συστήματος στα μυκοβακτηριδιακά αντιγόνα και παρατηρείται μετά την αρχική βελτίωση των ασθενών με φυματίωση ή ασθενών με HIV λοίμωξη, καθώς και σε συνύπαρξη και των δύο νόσων TB/HIV.

Η συχνότητα του IRIS κυμαίνεται μεταξύ 11% - 45% και είναι συχνότερο σε ασθενείς με εξωπνευμονική φυματίωση, αιματογενή διασπορά και μειωμένα CD4 λεμφοκύτταρα.

HIV/σύνδρομο AIDS- TB

Για την αντιμετώπιση του **IRIS** χορηγείται πρεδνιζόνη σε δόσεις 20-50mg ημερησίως για δυο εβδομάδες,

ακολουθούμενη από σταδιακά μειούμενη δόση, η οποία συνήθως οδηγεί σε ύφεση και πλήρη εξάλειψη των παράδοξων αντιδράσεων.

Οι ήπιες αντιδράσεις συνήθως δεν απαιτούν θεραπεία με κορτικοειδή.

ANTI-TNF /TB

- Η φυματίωση σε ασθενείς υπό αντι-TNF alpha παράγοντες έχει **συχνά εξωπνευμονική εντόπιση**.

Οι πιο σημαντικές παρενέργειες των αντι-TNF-alpha παραγόντων είναι οι μυκοβακτηριδιακές, οι βακτηριδιακές, οι ιογενείς, οι μυκητιασικές λοιμώξεις

ANTI-TNF /TB

Ο TNF-alpha παράγοντας **προστατεύει από τις μυκοβακτηριδιακές λοιμώξεις** που περιλαμβάνουν το *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. avium* .

Ο TNF-alpha παράγοντας **προάγει την επιστράτευση κυττάρων όπως μακροφάγων, πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων και λεμφοκυττάρων** που συμμετέχουν στη δομή του κοκκιώματος .

Οι αντι-TNF-alpha **παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα αναζωπύρωσης** της λανθάνουσας φυματίωσης (LTBI)

ANTI-TNF /TB

Είναι απαραίτητος ο **έλεγχος για LTBI σε όλους τους υποψήφιους για λήψη αντι-TNF alpha** παράγοντα.

Ο έλεγχος περιλαμβάνει ιατρικό ιστορικό, φυσική εξέταση, δερμοαντίδραση TST, δοκιμασίες ιντερφερόνης (IGRAs) και ακτινογραφία θώρακα

Ο BCG εμβολιασμός φαίνεται να **παρέχει μερική προστασία και οδηγεί σε ψευδώς θετικές** δοκιμασίες Mantoux.

Οι δοκιμασίες ιντερφερόνης (IGRAs) μπορεί να βοηθήσουν σε αυτές τις περιπτώσεις αν και **τα ποσοστά των ενδιάμεσων αποτελεσμάτων** σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι **σημαντικά υψηλότερα**

ANTI-TNF /TB

Αν η ενεργός νόσος αποδειχτεί, η BTS συστήνει **πλήρη αντιφυματική θεραπεία και ολοκλήρωση της αγωγής πριν την έναρξη των αντι-TNF παραγόντων** .

Άλλοι ειδικοί υποστηρίζουν πως **η θεραπεία με αντι-TNF παράγοντες μπορεί να ξεκινήσει αμέσως μετά τα αποτελέσματα του αντιβιογράμματος και την κλινική βελτίωση του ασθενούς** .

Στην περίπτωση που ο **ασθενής εμφανίσει φυματίωση κατά τη διάρκεια χορήγησης των αντι-TNF παραγόντων** και διακοπεί η χορήγηση τους **είναι δυνατόν να υπάρξει παράδοξη επιδείνωση της φυματίωσης**. Αυτό αποδίδεται στο Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)

ΑΝΤΙ-TNF /TB

Όταν ο ασθενής αναφέρει ενεργό φυματίωση από το ιστορικό του και έχει λάβει επαρκή θεραπεία δε χρειάζεται επιπλέον αγωγή.

Συστήνεται μόνο κλινική και ακτινολογική παρακολούθηση κάθε 3 μήνες, καλλιέργεια πτυέλων επί συμπτωμάτων και ιδιαίτερη προσοχή για συμπτωματολογία κατά το πρώτο τρίμηνο .

Τέλος στην περίπτωση που ο ασθενής αναφέρει ενεργό TB πριν τους αντι- TNF παράγοντες με ανεπαρκή όμως θεραπεία, συστήνεται αποκλεισμός ενεργού νόσου, έναρξη θεραπείας για LTBI, και έναρξη των αντι-TNF παραγοντων μετά την ολοκλήρωση

ANTI-TNF /TB

Θεραπεία για LTBI

Τα σχήματα που συστήνονται είναι τα σχήματα που δίνονται σε όλες τις περιπτώσεις θεραπείας της λανθάνουσας φυματίωσης.

Η χρονική στιγμή έναρξης των αντι-TNF παραγόντων ποικίλλει ανάλογα με τους ειδικούς και την κάθε περίπτωση

Homeless

- Tuberculin skin test **screening and isoniazid preventive therapy programs** among homeless persons have been **generally unproductive** because of poor patient adherence to follow-up visits and treatment regimens

Μετανάστες

- Tuberculin skin test > 10 mm
- Αυστηρή επίβλεψη της πορείας της θεραπείας και της συμμόρφωσης του ασθενή
- Οδηγίες στη μητρική του γλώσσα
- Αναγκαίες οι εξειδικευμένες δομές Υγείας !

Θεραπεία σε αρνητικές κ/α

- Η βακτηριολογική επιβεβαίωση της φυματίωσης στο 80% .

Το υπόλοιπο 20% αρνητικές! - πιθανά αίτια :

1. η μη κατάλληλη συλλογή δειγμάτων -ανεπαρκής ποσότητα δειγμάτων
2. ή μη αποστολή δειγμάτων για βακτηριολογικό έλεγχο, συνήθως λόγω μη υποψίας της νόσου από τον θεράποντα
3. σε παρουσία μικρού αριθμού βακίλων.

Απαραίτητο κάθε βιοπτικό υλικό, για το οποίο υπάρχει υποψία για φυματίωση να αποστέλλεται εκτός από την ιστολογική εξέταση και για κ/α (χωρίς να τοποθετηθεί σε φορμόλη).

Θεραπεία σε αρνητικές κ/α

- αρχικά 2 μηνες **HREZ** και αν υπάρχει βελτίωση τότε τουλάχιστον 4 μήνες **HRE**
- ή σε σπήλαιο τουλάχιστον 7 μήνες (λόγω πιθανότητας αντοχής)

Αν όχι βελτίωση επανεκτιμάμε με νέες εξετάσεις.....

Θεραπεία σε αρνητικές κ/α

.....Όταν δεν υπάρχει κλινική βελτίωση ή/και η ακτινογραφία θώρακος σε σύγκριση με αυτή προ δύο μηνών παραμένει αμετάβλητη, η διάγνωση της ενεργού φυματίωσης είναι αμφίβολη και η συνέχιση της θεραπείας για ενεργό φυματίωση δεν συνιστάται

Θεραπεία σε αρνητικές κ/α

.....Αν η **δερμοαντίδραση mantoux ήταν θετική** και η αρχική **ακτινογραφία θώρακος συμβατή με παλαιά φυματίωση** ενώ **παραμένει αμετάβλητη** μετά από δίμηνη θεραπεία, ο ασθενής δύναται να συνεχίσει για δύο μήνες ακόμη την **ισονιαζίδη και ριφαμπικίνη για θεραπεία παλαιάς, επουλωθείσας φυματίωσης**

.....

Θεραπεία σε αρνητικές κ/α

.....Σε περίπτωση που υπάρχει **κλινική ή/και απεικονιστική επιδείνωση**, ο ασθενής θα πρέπει να επανεκτιμάται **από την αρχή για τυχόν λανθασμένη διάγνωση**

ή για την περίπτωση **πολυανθεκτικού στελέχους φυματίωσης.**

Συμπέρασματα

Η Φυματίωση στις ειδικές ομάδες πληθυσμού είναι νόσος που μπορεί να θεραπευτεί και να ελεγχτεί

Απαιτείται ορθός σχεδιασμός προγραμμάτων υγείας,

Συνεργασία και ανταλλαγή γνώσεων μεταξύ των διαφόρων εξειδικευμένων φορέων Υγείας.

Ομαδική δουλειά για καλύτερα αποτελέσματα !



Thank you!