

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ****Λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονία
σε βρέφος με HIV λοίμωξη**

**Ρ. Σμερλά
Ε. Ρηγάτου
Γ. Μοστρού
Μ. Θεοδωρίδου**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα σύστημα μετά το ανοσοποιητικό, που προσβάλλεται σε ασθενείς με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS). Η πνευμονική νόσος αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας σε παιδιά με HIV λοίμωξη. Πριν την εφαρμογή της θεραπείας με συνδυασμό πολλών αντιρετροϊκών φαρμάκων HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), 80% των παιδιών με HIV λοίμωξη ανέπτυξαν πνευμονική νόσο.

Η λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονία είναι χρόνια διάμεση πνευμονοπάθεια που απαντάται σε ποσοστό 30% των παιδιών που μολύνθηκαν περιγεννητικά με τον HIV και αφορά κυρίως σε παιδιά μεγαλύτερα του έτους.

Περιγράφεται η περίπτωση αγοριού, ηλικίας 4 μηνών, που εισήχθη στο νοσοκομείο μας λόγω επίμονου βήχα και έντονης αναπνευστικής δυσχέρειας. Το βρέφος αντιμετωπίστηκε αρχικά ως βρογχιολίτιδα και παρουσίασε παροδικά ήπια βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Η παραμονή, όμως, των συμπτωμάτων του σε συνδυασμό με την ακτινογραφία θώρακα έθεσαν τον προβληματισμό της HIV λοίμωξης, η οποία επιβεβαιώθηκε με την εξέταση δείγματος αίματος με τις μεθόδους Elisa και Western Blot. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό αντιρετροϊκής αγωγής και κορτικοστεροειδών και η κλινική του πορεία είναι καλή.

Η λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονία αποτελεί σήμερα λιγότερο συχνή οντότητα. Απαιτείται, όμως, ευαισθητοποίηση για την έγκαιρη αναγνώρισή της και για το ενδεχόμενο να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση HIV λοίμωξης. (*Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2006, 53(2):142-147*)

Λέξεις ευρετηριασμού: λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονία, HIV λοίμωξη - παιδιά.

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων
«Αγία Σοφία»

Υποβλήθηκε: 10/2/06

Συντομογραφίες

ΛΔΠ: Λεμφοκυτταρική Διάμεση Πνευμονία.

ΤΚΕ: Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών.

MEN: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας.

HIV: Human Immunodeficiency Virus.

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome.

HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy.

CDC: Center for Disease Control.

EBV: Epstein - Barr virus.

HRCT: High Resolution Computerized Tomography.

BAL: Bronchoalveolar lavage.

LIP: Lymphocytic Interstitial Pneumonia.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αναπνευστικό αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα σύστημα μετά το ανοσοποιητικό, που προσβάλλεται σε ασθενείς με AIDS. Η Λεμφοκυτταρική Διάμεση Πνευμονία (ΛΔΠ) είναι χρόνια διάμεση πνευμονοπάθεια που χαρακτηρίζεται από διάχυτη διήθηση των λεμφοκυττάρων στο μεσοπνευμόνιο και την κυψελιδική μεμβράνη.

Η ΛΔΠ αποτελούσε σπάνια οντότητα που αναφερόταν κυρίως σε ενήλικες με αυτοάνοσα νοσήματα, όπως το σύνδρομο Sjögren, πριν την περιγραφή της σε παιδιά με AIDS. Σήμερα αναγνωρίζεται ως χαρακτηριστική εκδήλωση της HIV λοίμωξης, που στα αρχικά στάδια, η ιστολογική διάγνωση της ΛΔΠ μπορεί να θεωρηθεί ενδεικτική της νόσου.

Η επίπτωση της νόσου σήμερα δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί. Στις πρώτες ερευνητικές εργασίες, η ΛΔΠ φαίνεται να απαντάται σε ποσοστό 28% των παιδιών με κλινικές εκδηλώσεις από την HIV λοίμωξη, ενώ υπάρχουν και βιβλιογραφικές αναφορές που αυξάνουν το ποσοστό σε 50%.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Βρέφος, αγόρι, ηλικίας 4 μηνών, αφρικανικής καταγωγής, εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω βήχα με σταδιακή επιδείνωση από δύο εβδομάδες και έντονη αναπνευστική δυσχέρεια. Η διάρκεια κύησης ήταν 37 εβδομάδες, ο τοκετός φυσιολογικός και το βάρος γέννησης 2.430γρ. (<3^η εκατοστιαία θέση). Η περιγεννητική περίοδος ήταν φυσιολογική και το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό αναφέρονταν ελεύθερα. Από την αντικειμενική εξέταση, το βρέφος παρουσίαζε ταχύπνοια και αναπνευστική δυσχέρεια, με έντονη αναπείταση των ρινικών πτερυγίων και εισολκές των ευένδοτων σημείων του θώρακα. Ο αριθμός των αναπνοών ήταν 90/λεπτό. Κατά την ακρόαση του αναπνευστικού συστήματος υπήρχαν ήπιοι υγροί ήχοι δεξιά, χωρίς ακροαστικά ευρήματα παράτασης ή συριγμού. Ο κορεσμός του οξυγόνου ήταν SaO₂=94%, η θερμοκρασία =37,5°C και ο αριθμός των σφύξεων 210/λεπτό. Το ήπαρ ήταν ψηλαφητό περίπου 2cm.

Τα σωματομετρικά του χαρακτηριστικά ήταν

όλα κάτω από την 3^η εκατοστιαία θέση. Από την υπόλοιπη αντικειμενική εξέταση δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος της εισαγωγής έδειξε ήπια λευκοκυττάρωση και TKE=44mm/h. Λίγες ώρες αργότερα, το βρέφος άρχισε να πυρέσει, θ=38,7°C. Η ακτινογραφία θώρακα παρουσίαζε εικόνα υπεραερισμού άμφω και ανομοιογενείς σκιάσεις με ασαφή όρια κατά το δεξιό άνω λοβό, που αποδόθηκαν σε πιθανή πύκνωση ή ατελεκτασία. Ο έλεγχος του ρινικού εκπλύματος για αναπνευστικό συγκυτιακό ιό ήταν αρνητικός και ο καρδιολογικός έλεγχος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στον ασθενή χορηγήθηκαν οξυγόνο με καλύπτρα, εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά, ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή και κορτιζόνη. Η δερματινοαντίδραση Mantoux ήταν αρνητική και οι καλλιέργειες αίματος και ούρων στείρες. Τις επόμενες ημέρες της νοσηλείας του εμφάνισε σταδιακή βελτίωση και ύφεση του εμπυρέτου, ενώ παρέμενε η ταχύπνοια (αναπνοές=50/λεπτό). Η νέα ακτινογραφία θώρακα παρουσίαζε εμφύσημα βάσεων και οίδημα διάμεσου ιστού, ιδιαίτερα κατά τα μέσα πνευμονικά πεδία (εικόνα 1).

Προγραμματίστηκε έλεγχος αντισώματων για αδενοϊό, χλαμύδια, μυκόπλάσμα και παραϊνφλουέντζα, αλλά ο ασθενής παρελήφθη από τη μητέρα του λόγω της πρόσκαιρης μικρής βελτίωσης της κλινικής του εικόνας.

Τέσσερις ημέρες αργότερα επανεισάγεται στο νοσοκομείο, όπου νοσηλεύτηκε ως βρογχικό άσθμα στη μονάδα εντατικής νοσηλείας (MEN) για διάστημα 12 ημερών.

Εργαστηριακός έλεγχος εισόδου στη MEN:

Γεν. Αίματος: Λευκά: 17.500/mm³ (Π: 67%, Λ: 18%, Μ: 8%, Η: 6%), Hb: 11,7g/dl, Hct: 37,8%, PLTS: 342.000/mm³, CRP <0,02mg/l.

Βιοχημικός: γλυκόζη: 100mg/dl, ουρία: 22mg/dl, κρεατινίνη: 0,5mg/dl, K: 4,7mmol/l, Na: 140mmol/l, Cl: 104mmol/l, Ca: 9,2mg/dl, SGOT: 74U/L, SGPT: 24U/L, γGT: 32U/L, ALP: 166U/L, ολικά λευκώματα: 6,5g/dl, λευκωματίνη: 3,9g/dl, LDH: 935U/L.

RSV (-), test ιδρώτα: κφ, καλλιέργεια βρογχικού εκκρίματος: Pseudomonas aeruginosa. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη MEN, ο ασθενής βρισκόταν συνεχώς σε χορήγηση οξυγόνου με καλύπτρα (SaO₂=99%, FiO₂=50-60%). Εξήλθε από τη MEN έχοντας τις ίδιες ανάγκες οξυγόνου και χορήγησης εισπνοών αδρεναλίνης και σαλβουταμόλης ανά 3 ώρες. Παρουσίαζε εμπύρετο θ=38°C, ταχύπνοια (αναπνοές=80/λεπτό), ψηλαφητό σπλήνα

και ήπια τραχηλική λεμφαδενίτιδα.

Ιδιαίτερο προβληματισμό προκαλούσε η παραμονή της ταχύπνοιας, χωρίς να υπάρχουν χαρακτηριστικά ακροαστικά ευρήματα βρογχιολίτιδας.

Η επιμένουσα κλινική εικόνα, σε συνδυασμό με τη διάχυτη δικτυοκοκκώδη διήθηση στην ακτινογραφία θώρακα και τον τόπο καταγωγής του ασθενούς, έθεσαν την υποψία της HIV λοίμωξης, η οποία επιβεβαιώθηκε με την ανεύρεση των ειδικών αντισωμάτων στο αίμα του παιδιού και της μητέρας με τις μεθόδους ELISA και Western blot. Το ιικό φορτίο του παιδιού (RNA-PCR) προσδιορίστηκε πολύ υψηλό: $2,6 \times 10^7$ αντίγραφα ιού/ml. Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη μονάδα του παιδικού AIDS του Νοσοκομείου μας, όπου ετέθη σε τριπλή αντιρετροϊκή αγωγή με ζιδοβουδίνη, λαμβιβουδίνη και αναστολείς της πρωτεάσης, αντιμικροβιακή αγωγή (η οποία περιελάμβανε και τριμεθοπρίμη - σουλφομεθοξαζόλη για το ενδεχόμενο λοίμωξης από P. Carinni), πρεζολόνη (2mg/kg BΣ), εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά, γ-σφαιρίνη (400mg/kg BΣ) άπαξ και καρδιοτόνωση.

Οι τιμές των ανοσοσφαιρινών του ήταν: IgG=1010mg/dl (Φ.Τ. 316-1148mg/dl), IgA=68,2mg/dl (Φ.Τ. 13-69mg/dl), IgM=386mg/dl (Φ.Τ. 47-204mg/dl). Από τον έλεγχο της κυτταρικής ανοσίας προέκυψαν χαμηλές τιμές για τα T-λεμφοκύτταρα CD4=6% και υψηλές για τα CD8=49%. Ο λόγος

CD4/CD8 ήταν 0,1.

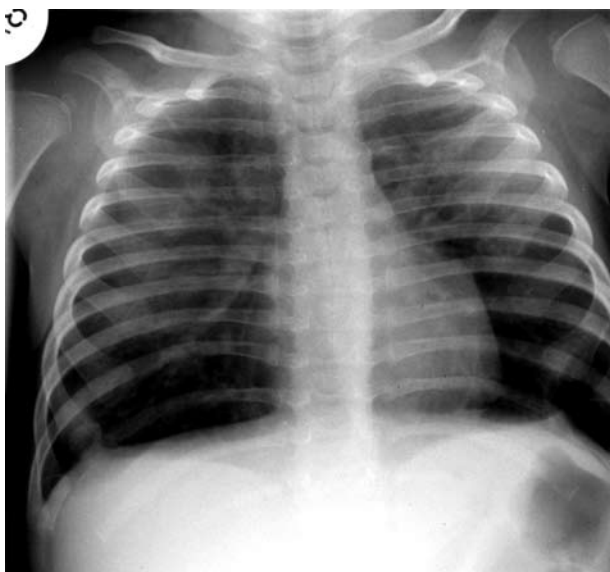
Το βρέφος παρουσίασε σταδιακή ανταπόκριση στη θεραπεία και μετά διάρκεια νοσηλείας 40 ημερών, εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση. Σήμερα συνεχίζει να παρακολουθείται από το ειδικό τμήμα ως εξωτερικός ασθενής και 15 μήνες μετά τη διάγνωση της HIV λοίμωξης, διατηρεί ιικό φορτίο μικρότερο από 40 αντίγραφα ιού/ml.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονία είναι χρόνια διάμεση πνευμονοπάθεια που απαντάται σε ποσοστό 30% των παιδιών που μολύνθηκαν περιγεννητικά με τον HIV και εκδηλώνεται κυρίως σε παιδιά μεγαλύτερα του έτους¹.

Πριν την περιγραφή περιπτώσεων παιδιών με AIDS, η ΛΔΠ αποτελούσε σπάνια κλινική οντότητα, που αφορούσε κυρίως σε ενήλικες με σύνδρομο Sjögren. Η παραπάνω παρατήρηση οδήγησε στην υπόθεση ότι μάλλον πρόκειται για ανοσολογικού τύπου διαταραχή², η αιτιοπαθογένεια, όμως, της νόσου δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη.

Επικρατέστεροι παράγοντες φαίνονται να είναι η αυξημένη ανοσολογική απάντηση σε εισπνεόμενα ή κυκλοφορούντα αντιγόνα και/ή η πρώιμη λοίμωξη των πνευμόνων από τον HIV, Epstein - Barr (EBV) ή και τους δύο, ή ακόμη και κάποιο άλλο αντιγόνο που δεν έχει ταυτοποιηθεί. Ο ρόλος του EBV στην



Εικόνα 1. Εμφύσημα βάσεων και οίδημα διάμεσου ιστού ιδιαίτερα κατά τα μέσα πνευμονικά πεδία.



Εικόνα 2. Ακτινογραφία θώρακα παιδιού με HIV λοίμωξη και LIP ηλικίας 6 ετών: Έκδηλο οίδημα διάμεσου ιστού στην περιοχή των πυλών.

ανάπτυξη της ΛΔΠ δεν είναι πλήρως διευκρινισμένος, καθώς ο ιός έχει απομονωθεί από τους πνεύμονες ασθενών με ΛΔΠ και AIDS, αλλά και ασθενών με ΛΔΠ χωρίς AIDS. Πιθανόν ο ιός να αποτελεί ένα σταθερό αντιγονικό ερέθισμα και η ΛΔΠ την απάντηση στο ερέθισμα αυτό. Ο HIV μπορεί να δρα άμεσα ή έμμεσα, επιδρώντας στα λεμφοκύτταρα που είχαν ήδη προσβληθεί από τον EBV³.

Σημαντικός φαίνεται να είναι και ο ρόλος των κυτοκινών, οι οποίες σύμφωνα με μελέτες αναγνωρίζεται ότι ασκούν ρυθμιστικό ρόλο στην παθογένεια του HIV, ενώ ερευνάται ο ρόλος τους και στην ΛΔΠ. Μελέτες έχουν δείξει ψηλότερες συγκεντρώσεις των TNF-α και της IL-1 σε παιδιά με AIDS και ΛΔΠ (οι οποίες φαίνεται να αποτελούν καλό προγνωστικό δείκτη), σε σύγκριση με παιδιά με AIDS και άλλες εκδηλώσεις⁴.

Η ΛΔΠ απαντάται συνήθως σε παιδιά μεγαλύτερα του έτους και μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της HIV λοίμωξης. Η ηλικία εμφάνισής της στον ασθενή μας, 4 μηνών, φαίνεται να είναι αρκετά σπάνια.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει ευρύ φάσμα εκδηλώσεων, από την ασυμπτωματική προσβολή με μόνο ακτινολογικά ευρήματα, ως την προοδευτικά επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια με χρόνια ταχύπνοια, μη παραγωγικό βήχα, συριγμό και υποξαιμία.

Συνοδά ευρήματα μπορεί να αποτελούν η γενικευμένη λεμφαδενίτιδα, η ηπατοσπληνομεγαλία, η διόγκωση των παρωτιδικών αδένων και η στασιμότητα βάρους^{5,6}. Χαρακτηριστικό κλινικό σημείο της χρόνιας πορείας της νόσου αποτελεί και η πληκτροδακτυλία.

Στον ασθενή μας, σταθερό κλινικό εύρημα αποτελούσε η ταχύπνοια. Από την αντικειμενική εξέταση, παρουσίαζε ηπατοσπληνομεγαλία, ήπια τραχηλική λεμφαδενίτιδα και υπολειπόμενη ανάπτυξη (εκατοστιαία θέση <3^η σε όλα τα σωματομετρικά του χαρακτηριστικά).

Οι παραπάνω κλινικές εκδηλώσεις που αναφέρθηκαν δεν είναι ειδικές για την ΛΔΠ. Πρώτη διαγνωστική προσέγγιση για πιθανή ΛΔΠ αποτελεί η ακτινογραφία θώρακα. Τυπικά παρατηρείται διάχυτη δικτυοκοκκώδης διήθηση, με μερικές φορές πυλαία και μεσοπνευμόνιο λεμφαδενίτιδα⁵. Μπορεί, επίσης, να παρατηρηθούν εμφύσημα βάσεων και θολερότητα των πνευμόνων στις πύλες ή τα μέσα πνευμονικά πεδία και οζώδεις σκιάσεις στις κορυφές των πνευμόνων (εικόνες 1 και 2). Ιδιαίτε-

ρη επαγρύπνηση απαιτείται για την πιθανότητα λοίμωξης με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, με το οποίο μπορεί να παρουσιάσει κοινά κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα.

Η οριστική διάγνωση τίθεται με βιοψία πνεύμονα. Στο ιστολογικό παρασκεύασμα παρατηρείται διάχυτη διήθηση από ώριμα λεμφοκύτταρα και λιγότερα πλασματοκύτταρα και ιστιοκύτταρα στο μεσοπνευμόνιο και την κυψελιδική μεμβράνη⁷.

Ωστόσο, όταν τα κλινικά και τα εργαστηριακά ευρήματα είναι συμβατά με τη νόσο, η διάγνωση τίθεται χωρίς επεμβατικές μεθόδους.

Σύμφωνα με το κέντρο ελέγχου λοιμώξεων (CDC / Center for Disease Control), ως ΛΔΠ ορίζεται η περίπτωση όπου η δικτυοκοκκώδης διήθηση, με ή χωρίς πυλαία λεμφαδενίτιδα, παραμένει στην ακτινογραφία θώρακα για διάστημα δύο μηνών ή και περισσότερο, παρά τη χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής, όπως έγινε και στο περιστατικό μας.

Υποβοηθητική στη διάγνωση είναι η παρατήρηση ότι παιδιά με AIDS και ΛΔΠ παρουσιάζουν χαρακτηριστικά υψηλή διαφορά τιμής μεταξύ ολικής πρωτεΐνης και αλβουμίνης, αντανακλώντας έτσι το αυξημένο κλάσμα των ανοσοσφαιρινών τους⁸. Η διαφορά αυτή δεν παρατηρήθηκε στον ασθενή μας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορική διάγνωση ΛΔΠ και λοίμωξης από P. Carinni. Αναφέρεται ότι παιδιά με AIDS και ΛΔΠ, συγκριτικά με παιδιά με AIDS και λοίμωξη από P. Carinni, παρουσιάζουν ψηλότερες τιμές ανοσοσφαιρινών, λιγότερο αυξημένες τιμές LDH και πιο ήπια υποξαιμία. Ο ασθενής μας παρουσίαζε αυξημένη LDH=935U/L (Φ.Τ. <320U/L) και SaO₂=90-92%. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ οι τιμές των ανοσοσφαιρινών του ασθενούς δεν παρουσίαζαν ιδιαίτερη αύξηση, κατά τον έλεγχο της κυτταρικής ανοσίας του ο λόγος CD4/CD8 κυττάρων ήταν 0,1. Η σχέση αυτή αποτελεί συμβατό εύρημα με τη διάγνωση της ΛΔΠ, αφού ασθενείς με λεμφοκυτταρική διάμεση πνευμονία παρουσιάζουν σημαντική υπεροχή των CD8 κυτταροκτόνων λεμφοκυττάρων. Ο ασθενής μας, βέβαια, στα αρχικά στάδια της νόσου έλαβε αγωγή για P. Carinni (τριμεθοπρίμη - σουλφομεθοξαζόλη και πρεζολόνη), αφού έτσι συνιστάται επί αμφιβολίας σε κάθε περίπτωση.

Η αξονική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας (HRCT) αποτελεί ακόμη πιο ειδική μέθοδο από τις συμβατικές απεικονιστικές μεθόδους⁹. Στο περιστατικό μας, όμως, εφόσον τέθηκε η διάγνωση της HIV λοίμωξης

και η ακτινογραφία θώρακα ήταν χαρακτηριστική, η HRCT δεν κρίθηκε απαραίτητη.

Το σπινθηρογράφημα με γάλλιο παρουσιάζει μεν αυξημένη πρόσληψη από τους πνεύμονες, αλλά δεν αποτελεί ειδική διαγνωστική δοκιμασία, διότι μπορεί να είναι θετικό και σε ασθενείς με άλλες λοιμώξεις¹⁰.

Τέλος, το τραχειοβρογχικό έκπλυμα (BAL) HIV θετικών ασθενών με ύποπτη ακτινογραφία θώρακα, μπορεί επίσης να προσφέρει ενδεικτικές, αλλά όχι διαγνωστικές πληροφορίες. Συνήθως προσδιορίζεται αυξημένος αριθμός λεμφοκυττάρων CD8+ και μειωμένος πολυμορφοπυρήνων συγκριτικά με λοίμωξη από P. Carinni. Λόγω της μη βαριάς υποξαιμίας και της κλινικής βελτίωσης του ασθενούς, δεν κρίθηκε απαραίτητη η λήψη BAL.

Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι η διάγνωση της ΛΔΠ σε ασθενείς με HIV λοίμωξη μπορεί να τεθεί με βάση τα αναφερόμενα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, χωρίς να απαιτείται απαραίτητα η παρεμβατική διαγνωστική μέθοδος της βιοψίας πνεύμονα.

Συνοπτικά, τα στοιχεία που κυρίως ανταποκρίνονταν στη διάγνωση ήταν η επιμένουσα ταχύπνοια, ο μη παραγωγικός βήχας, η υποξαιμία χωρίς χαρακτηριστικά ακροαστικά ευρήματα βρογχολίτιδας, το επιδημιολογικό ιστορικό - καταγωγή, η ηπατοσπληνομεγαλία, η υπολειπόμενη ανάπτυξη, η παραμένουσα παθολογική ακτινολογική εικόνα και η υπεροχή των CD8 έναντι των CD4 λεμφοκυττάρων.

Μη ειδικά διαγνωστικά ευρήματα αποτελούσαν η μικρή ηλικία του ασθενούς, η ήπια τραχηλική λεμφαδενίτιδα με απουσία έντονης λεμφαδενοπάθειας ή παρωτίτιδας και η μη χαρακτηριστικά υψηλή αύξηση των ανοσοσφαιρινών του.

Η θεραπεία της ΛΔΠ δεν είναι σαφώς καθορισμένη, στοχεύει στην καταστολή της λεμφοκυτταρικής διήθησης, ενδείκνυται σε συμπτωματικά παιδιά με υποξία και περιλαμβάνει κορτικοστεροειδή, αντιρετροϊκή αγωγή (που έχει αντικαταστήσει πλήρως τη μονοθεραπεία) και συμπτωματική αντιμετώπιση¹¹.

Η ΛΔΠ έχει, ως επιπλοκή, συνήθως ιογενείς και μικροβιακές λοιμώξεις (αιμόφιλο, πνευμονόκοκκο, σταφυλόκοκκο). Οι εμβολιασμοί, ως απολύτως απαραίτητοι, έχουν γίνει κανονικά στον ασθενή μας.

Η πρόγνωση για τα παιδιά με HIV λοίμωξη και ΛΔΠ είναι ευνοϊκότερη συγκριτικά με παιδιά με HIV και άλλες εκδηλώσεις. Πριν την εφαρμογή της HAART, ο μέσος όρος επιβίωσης για τα παιδιά με AIDS και ΛΔΠ ήταν 72 μήνες, ενώ ήταν 14 μήνες για τα παιδιά με AIDS και λοίμωξη P. Carinni¹¹. Θα

πρέπει, επίσης, να αναφερθεί και η περιγραφή περιπτώσεων non-Hodgkin λεμφώματος σε παιδιά με AIDS, ΛΔΠ και λοίμωξη από τον EBV¹².

Τέλος, σήμερα, με τον καθιερωμένο ορολογικό έλεγχο των εγκύων και κατά την κύηση χημειοπροφύλαξη για HIV λοίμωξη, η ΛΔΠ απαντάται πολύ πιο σπάνια. Απαιτείται, όμως, ευαισθητοποίηση και διαρκής επαγρύπνηση για την έγκαιρη διάγνωση της.

Lymphocytic Interstitial Pneumonia in an infant with HIV infection

R. Smerla, E. Rigatou, G. Mostrou, M. Theodoridou

(Ann Clin Paediatr 2006, 53(2):142-147)

The respiratory system is commonly affected in AIDS, second only to the immune system. Pulmonary disease is one of the main factors of increased morbidity and mortality in children with HIV infection. Before the use of HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) 80% of the children with HIV infection developed lung disease. Lymphocytic Interstitial Pneumonia (LIP) is a chronic interstitial pulmonary disease concerning 30% of the perinatally infected with HIV, children. Generally, it appears after one year of age.

We present the case of a four-month-old boy, admitted to our hospital because of cough and respiratory distress.

The initial diagnosis was bronchiolitis. The infant was treated accordingly with bronchodilators and improved transiently.

The persistence of tachypnea and of the radiographic findings as well as the nationality of the infant raised suspicion of HIV infection which was confirmed by Elisa and Western-Blot methods. The patient was treated with combined antiretroviral therapy and corticosteroids.

The course of illness so far appears to be good.

Though nowadays LIP is a less common entity, we should always be vigilant and keep in mind that it might be the first sign of HIV infection.

Key words: Lymphocytic Interstitial Pneumonia, HIV infection – children.

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες εκφράζουμε στο Διευθυντή του Ακτινολογικού Τμήματος κ. Κ. Κακαβάκη για τον εποικοδομητικό και εκπαιδευτικό σχολιασμό του, όπως και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που

φροντίζει με αγάπη τα παιδιά με HIV λοίμωξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Borkowsky W. AIDS and human immunodeficiency virus. In Gershon AA, Hotez PJ, Katz SL. Krugman's Infectious diseases of children. Eleventh edition, Mosby, 2004, pp 1-30.
2. Connor EM, Andiman WA. Lymphoid interstitial pneumonitis. In Pizzo PA, Wilfert CM. Pediatric AIDS, the challenge of HIV infection in infants, children and adolescents. Second edition, Baltimore, Williams and Wilkins 1994; 467-482.
3. Swigris JJ, Berry GJ, Raffin TA, Kuschner WG. Lymphoid interstitial pneumonia: a narrative review. Chest 2002; 122:2150-2164.
4. Ellaurie M, Rubinstein A. Tumor necrosis factor a in pediatric HIV-1 infection. AIDS 1992; 6:1265-1268.
5. Falloon J, Eddy J, Pizzo PA. Human immunodeficiency virus infection in children. The Journal of Pediatrics 1989; 114(1):1-30.
6. Mueller BU, Pizzo PA. Acquired immunodeficiency syndrome in the infant. In Remington JS, Klein JO. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Fifth edition, Philadelphia, WB Saunders Company, 2001; 447-475.
7. Fan LL. Chronic interstitial pneumonitis and hypersensitivity pneumonitis. In Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan SL. Textbook of Pediatric infectious diseases, Volume 1, Fifth edition, Philadelphia, Saunders ed, 2004; 311-320.
8. Lee B. Eighteen-month-old girl with respiratory syncytial virus infection and diffuse nodular lung infiltrates. Pediatr Infect Dis J 2005; 24:281-282.
9. Becciolini V, Gudinchet F, Cheseaux JJ, Schyder P. Lymphoid interstitial pneumonia in children with AIDS: high-resolution CT findings. Eur Radiol 2001; 11(6):1015-20.
10. Schiff RG, Kabal L, Kamani N. Gallium scanning in lymphoid interstitial pneumonitis of children with AIDS. J Nucl Med 1987; 28:1915-1919.
11. Hanson IC, Shearer WT. Lentiviruses (Human immunodeficiency virus type I and acquired immunodeficiency syndrome). In Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan SL. Textbook of Pediatric infectious diseases, Volume 2, Fifth edition, Philadelphia, Saunders ed, 2004; 2455-2481.
12. Nadal D, Caduff R, Frey E, et al. Non-Hodgkin lymphoma in four children infected with the human immunodeficiency virus: Association with Ebstein-Barr virus and treatment. Cancer 1994; 73:224-230.