

The spleen as a starting point to the final diagnosis – an atypical presentation of tuberculosis during anti-tumor necrosis factor therapy

Śledziona jako punkt wyjścia do końcowej diagnozy – nietypowy obraz gruźlicy w trakcie leczenia inhibitorami czynnika martwicy nowotworów

Izabela Kasenberg¹, Dorota Wójtowicz¹, Patryk Woytala²

¹Department of Rheumatology and Internal Medicine, T. Marciniak Lower Silesian Specialist Hospital – Emergency Medicine Centre, Wrocław, Poland

²Rheumatology and Internal Medicine Clinic, Jan Mikulicz-Radecki University Clinical Hospital in Wrocław, Poland

¹Oddział Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, Polska

²Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, Polska

Key words: rheumatoid arthritis, TNF- α inhibitors, tuberculosis, adverse effects

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, inhibitory TNF- α , gruźlica, działania niepożądane

Introduction: The role of tumor necrosis factor inhibitors (anti-TNFis) in the treatment of rheumatoid arthritis (RA) is well established. However, in everyday practice, it is crucial not only to assess their efficacy but also to keep in mind their side effects with the infections in the first place.

Case description: We describe a case of a 72-year-old female with RA who developed miliary tuberculosis during treatment with certolizumab, changed from adalimumab due to primary inefficacy.

The patient was admitted on an emergency basis with epigastric pain, fever, and exacerbation of joint symptoms. She denied cough, hemoptysis, and weight loss. The contrast-enhanced CT scan of the abdomen and pelvis revealed an enlarged spleen with multiple focal hypodense lesions – the differential diagnosis included metastases, lymphoma, sarcoidosis, and infectious cause. The chest X-ray on admission was described as normal but the patient's history was remarkable for recent appointments at Respiratory Outpatient Clinic due to exertion dyspnea, interstitial changes, enlarged mediastinal lymph nodes, and stable lung nodules.

Laboratory results showed only mildly increased inflammatory markers, monocytosis, and decreased renal function. The Quantiferon test was positive.

Despite the lack of typical pulmonary symptoms of tuberculosis, the CT scan of the chest presented numerous small nodules and enlarged lymph nodes. The PCR of enforced sputum and bronchoalveolar lavage confirmed the presence of *Mycobacterium tuberculosis*.

Conclusions: The infections in patients treated with anti-TNFis may present atypically – the clinical manifestation may lack the expected symptoms and interfere with the assessment of response to biological treatment.

Wprowadzenie: Rola inhibitorów czynnika martwicy nowotworów (anty-TNFi) w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) jest dobrze ugruntowana. W codziennej praktyce kluczowa jest jednak nie tylko ocena ich skuteczności, lecz także pamiętanie o działaniach niepożądanych, z infekcjami na pierwszym miejscu.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 72-letniej kobiety z RZS, u której rozwinęła się gruźlica prosówkowata w trakcie leczenia certolizumabem, zastosowanym po wcześniejszym braku skuteczności adalimumabu.

Pacjentka została przyjęta w trybie ostrodyżurowym z powodu bólu nadbrzusza, gorączki i zaostrzenia dolegliwości stawowych. Zaprzeczła kaszlowi, krwiopluciu i spadkowi masy ciała. Tomografia komputerowa (TK) z kontrastem jamy brzusznej i miednicy uwidoczniała powiększoną śledzionę z licznymi hipodensyjnymi ogniskami – diagnostyka różnicowa uwzględniła przerzuty, chłoniaka, sarkoidozę i zmiany o etiologii infekcyjnej. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej zostało opisane jako prawidłowe, ale w wywiadzie znajdowała się informacja o niedawnych wizytach w poradni chorób płuc z powodu duszności wysiłkowej, zmian śródmiąższowych, powiększonych węzłów śródpiersia oraz stabilnych guzków w płucach. W wynikach laboratoryjnych odnotowano nieznacznie podwyższone wykładniki stanu zapalnego, monocytozę i upośledzoną funkcję nerek. Test Quantiferon dał wynik dodatni.

Mimo braku typowych objawów płucnych gruźlicy, TK klatki piersiowej uwidoczniała liczne drobne guzki i powiększone węzły chłonne. Test PCR z wymuszonej płwociny i popłuczyn oskrzelowo-płucnych potwierdził obecność *Mycobacterium tuberculosis*.

Wnioski: Infekcje u pacjentów leczonych anty-TNFi mogą prezentować się niecharakterystycznie – w obrazie klinicznym może brakować objawów modelowo spodziewanych dla danej jednostki, a samo zakażenie może mieć wpływ na ocenę skuteczności leczenia biologicznego.