

NASLOV RADA

Alergijska bronhopulmonalna aspergiloza (ABPA) bez istorije bronhijalne astme

Autori Buklioska Ilievska Daniela, Kochovska-Kamchevska N, Baloski M, Bushev J, Poposki B, Trajkovska V, Sajkovska I, Manasievska E, Mickovski I, Gigovska Dimova I, Neshovska R

Afilijacija - Gradska Opšta Bolnica "8. Septembar" Skopje, Makedonija

Uvod Plućne bolesti povezane sa aspergilusom su spektar poremećaja kao što su aspergilom, invazivna aspergiloza i alergijska bronhopulmonalna aspergiloza (ABPA). ABPA je imunološka bronhopulmonalna inflamacija (reakcija preosetljivosti disajnih puteva) zbog imunološkog odgovora donjih respiratornih puteva protiv *Aspergillus fumigatus*. Glavni dijagnostički kriterijumi za ABPA su 1) bronhijalna astma, 2) plućna infiltracija, 3) eozinofilija periferne krvi, 4) pozitivan kožni test na *Aspergillus fumigatus*, 5) precipitin u serumu na *Aspergillus semulino E fumigatus* (E6) globulin E6), i 7) centralne bronhiektazije. Dijagnozu ABPA treba razmotriti kod astmatičara svih uzrasta. Evolucija bolesti obuhvata pet faza od akutnog do fibroznog stadijuma uključujući plućnu fibrozu i respiratornu insuficijenciju

Prikaz slučaja Žena, 55 godina primljena je zbog povišene temperature, kašalj sa žutim sputumom, dispneje, malaksalosti i abnormalne senke u desnom donjem plućnom krilu. Prijavila je istoriju atopijskog rinitisa, hroničnog sinusitisa, ali nije imala istoriju astme. Nakon hospitalizacije na Infektivnom odeljenju lečena je od desne lobarne pneumonije, ali je zbog perzistiranja rendgenskih promena grudnog koša i pored terapije antibioticima primljena kod pulmologa na dalja ispitivanja. Inicijalno ispitivanje plućne funkcije pokazuje se blago smanjenim forsiranim ekspiracionim volumenom u jednoj sekundi (FEV1). Tokom boravka u bolnici, obavljene su: testovi za *Mycobacterium tuberculosis*, antigen legionele i ANCA I sve su bile negativne. Broj eozinofila je bio povišen na 680 ćelija/mL (normal < 100 ćelija/mL). Nivo IgE je takođe bio povišen na 1300 kU/L (normalno < 114 kU/L). Na osnovu nalaza povišenih nivoa IgE, tražen je IgE protiv *Aspergillus fumigatus* i bio je pozitivan (0,66 kU/L). CT thorax je pokazala centralnu bronhiektaziju i konsolidaciju u desnom donjem režnju. Bronhofiberskopijom je otkrivena edematozna sluzokoža i intenzivan žuti sekret u celom desnom bronhijalnom stablu počevši od desnog glavnog bronha do subsegmentnih grana. Patološkim pregledom utvrđena je inflamatorna promena bronhija sa infiltracijom eozinofila, a uzorak bronhijalnog aspirata utvrdio je postojanje aspergilusa u gnoju. Postavljena je dijagnoza ABPA. Pacijent je lečen oralnim prednisonom, inhalacionim ipratropijum bromidom, salbutamolom, u početku antifungalnim sredstvom vorikonazolom, a zatim je terapija prešla na itraconazol i terapiju za zaštitu jetre tokom celog lečenja. Lečenje antifungalnim i niskim dozama kortikosteroida trajalo je tri meseca. Kontrolna bronhoskopija je urađena bez ikakvih patoloških promena, *Aspergillus* negativan i kompletna rezolucija na rendgenskom snimku grudnog koša. Nakon prekida antifungalne terapije, nije bilo recidiva tokom jednogodišnjeg praćenja.

Zaključak Ističemo važnost rane dijagnoze kako bi se sprečio dugoročni morbiditet povezan sa ireverzibilnim promenama koje se javljaju kod nelečenog ABPA.