

Anna Moniuszko, Sławomir A. Pancewicz, Piotr Czupryna, Maciej Kondrusik, Sambor Grygorczuk, Jolanta Ostrowska, Joanna Zajkowska

POSTAĆ WĘZŁOWA TULAREMII PO POKŁUCIU PRZEZ STAWONOGI – OPIS PRZYPADKÓW

GLANDULAR FORM OF TULAREMIA AFTER ARTHROPOD BITE – CASES REPORT

Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UM w Białymstoku

STRESZCZENIE

Tularemia jest rzadko występującą zoonozą. Znanych jest kilka dróg rozprzestrzeniania się *F. tularensis*: poprzez zakażone mięso, wodę, pył oraz transmisja przez stawonogi. Choroba może przybierać niespecyficzne postaci kliniczne, a jej przebieg może być ostry lub przewlekły. Z uwagi na polimorficzny obraz kliniczny leczenie specyficzne jest często opóźnione. W pracy opisujemy 2 przypadki pacjentów z tularemią po pokłuciu przez gza i kleszcza.

Słowa kluczowe: *F. tularensis*, tularemia, postać węzłowa, leczenie

ABSTRACT

Tularemia is a rare zoonosis. There are a few ways of transmission of *F. tularensis* known: from the most common: contaminated meat, water, inhalation to rarely considered as insect or tick bite. Insect bites are known. The disease may present non specific clinical picture, its course may be acute or chronic. Because of polymorphism of clinical picture specific treatment is often delayed. In our paper we present cases of patients, who were diagnosed with tularemia due to horse-fly or tick bite.

Key words: *F. tularensis*, tularemia, glandular form, treatment

WSTĘP

Tularemia jest chorobą wywołaną przez Gramujemną, wewnątrzkomórkową, tlenową pałeczkę *Francisella tularensis*. Występuje głównie na półkuli północnej, w warunkach naturalnych prawie wyłącznie w środowisku wiejskim w Ameryce Północnej, Azji i Europie. Zwiększonej ekspozycji na zakażenie sprzyjają: praca na roli, masarstwo, myślistwo. (1,2) Naturalnym rezerwuarem *F. tularensis* są gryzonie: myszy, wiewiórki, zające, króliki ulegające zakażeniu po pokłuciu przez kleszcze, muchy i komary lub przez kontakt ze skażonym środowiskiem. Zakażenie człowieka następuje w wyniku pokłucia przez kleszcze, komary, muchy, po bezpośrednim kontakcie z materiałem pochodzącym od zakażonych zwierząt (przez skórę, błony śluzowe lub spojówki oka), po zjedzeniu mięsa zakażonego zająca lub królika, picie skażonej wody lub inhalację skażonego pyłu. Wyróżnia się następujące postaci kliniczne tularemii: wrzodziejąco - węzłową, węzłową, anginową, płucną, trzewną oraz septyczną. (3). W Polsce choroba ta występuje bardzo rzadko sprawiając duże trudności diagnostyczne. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny w latach 2005-2009 zarejestrowano ogółem 15 zachorowań na tularemię

(2005 r.- 6; 2006 r.- 3; 2007 r.- 1; 2008 r.- 4; 2009 r.- 1). Należy też zwrócić uwagę, że według informacji uzyskanej od Wojewódzkiego Inspektora Weterynarii, na terenie byłego województwa białostockiego od 1999 r. nie zarejestrowano ani jednego przypadku tularemii zwierząt. Właśnie ze względu na rzadkość występowania i niecharakterystyczny obraz kliniczny celowe wydaje się przypomnienie, a właściwie zwrócenie uwagi na konieczność uwzględniania w różnicowaniu określonych przypadków tularemii. Właśnie dlatego podajemy opis dwóch hospitalizowanych chorych, u których rozpoznano postać węzłową tularemii.

Opis przypadku I

W dniu 25.10.2006 roku do Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji została przyjęta z powodu powiększenia węzła chłonno-pachwinowego lewego 46-letnia pacjentka. Choroba rozpoczęła się nagle wysoką gorączką, dreszczami i zmianą na skórze o charakterze rumienia w okolicy podkolanowej lewej, a następnie powstaniem owrzodzenia w miejscu pokłucia przez gza przed 7 dniami.

W chwili przyjęcia do Kliniki stwierdzono: ślad po ukąszeniu przez gza, bolesny węzeł chłonno-pachwinowy po stronie lewej, wielkości dużego orzecha włoskiego, skóra nad nim była zaczerwieniona i nadmiernie ocieplona. Badanie usg tej zmiany wykazało obraz

odpowiadający powiększonemu znacznie węzłowi chłonnemu z rozpadem. Wykonano Biopsję Aspiracyjną Cienkoigłową (BAC) węzła chłonnego i stwierdzono zmiany o typie zapalenia. Miano odczynu aglutynacji z *F. tularensis* przed rozpoczęciem antybiotykoterapii wynosiło 1:160, a po 4-tygodniowym leczeniu obniżyło się do 1:40. Pacjentka początkowo była leczona 7 dni biodacyną (1,0 g/24h) i ceftriaksonem (2,0 g/24h), a następnie 14 dni doksycyliną 2 x 0,1 g. Uzyskano stopniowe zmniejszanie się powiększanego węzła chłonnego. Chora została wypisana do domu w dniu 03.11.2006 r. z zaleceniem kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym.

Opis przypadku II

W dniu 20.11.2006 r. została przyjęta do Kliniki 66-letnia pacjentka z powodu powiększania i bolesności węzłów chłonnych udowych po stronie lewej, poprzedzonych bólami stawowo-mięśniowymi oraz gorączką, które wystąpiło po 7 dniach od pokłucia przez kleszcza.

Przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono bolesne, powiększone węzły chłonne udowe po stronie lewej (ok. 2,5 cm i 3 cm średnicy), ruchome w stosunku do podłoża i zaczerwienienie skóry w tej okolicy. Badanie usg tej zmiany wykazało obraz odpowiadający powiększonemu znacznie węzłowi chłonnemu z rozpadem. Wykonano BAC węzła chłonnego i wykazano zmiany o charakterze zapalnym. Miano odczynu aglutynacji z *F. tularensis* przed rozpoczęciem antybiotykoterapii wynosiło 1:160, a po 4-tygodniowym leczeniu obniżyło się do 1:40. Pacjentka początkowo była leczona amoksiklawem (2,0 g/24h) przez 7 dni, a następnie w Klinice doksycyliną 2 x 0,1 g przez 14 dni. Uzyskano stopniowe zmniejszanie się powiększanego węzła chłonnego. Pacjentkę wypisano z Kliniki w dniu 01.12.2006 r. z zaleceniem kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym.

OMÓWIENIE

Tularemia przenoszona przez owady występuje przede wszystkim na półkuli północnej, stosunkowo często w USA, Szwecji, Finlandii czy Rosji, natomiast rzadko w Europie Środkowej (4). W Polsce najczęściej do zakażenia dochodziło poprzez kontakt ze zwierzętami, szczególnie zającami. Jeżyna i wsp. opisał rodzinne zachorowanie na tularemie po kontakcie z zarażonym mięsem zająca (5). Pancewicz i wsp., prowadząc badania leśników z północno-wschodniej Polski, nie wykazali obecności przeciwciał przeciw *F. tularensis*, co wskazuje na znikome znaczenie kleszczy *Ixodes ricinus* w transmisji *F. tularensis* (6). W opisywanych powyżej przypadkach doszło do zakażenia *F. tularensis*

poprzez ukłucie przez gza i kleszcza. Zwraca uwagę, iż powiększeniu uległy węzły chłonne odpowiadające za spływ chłonki z miejsca wnikięcia zarazka. W opisywanych przypadkach właściwe rozpoznanie zostało ustalone podczas hospitalizacji, po nieskutecznym wcześniejszym leczeniu. Wykazano dynamikę miana przeciwciał u obu chorych, a badanie biopsyjne węzłów chłonnych wykazało cechy zapalenia, co wskazuje na użyteczność tych metod w diagnostyce.

W diagnostyce tularemii mają zastosowanie również inne metody: reakcja łańcuchowej polimerazy (PCR), badanie immunoenzymatyczne (ELISA) oraz testy immunoblot (7). Ze względu na brak dostępu nie zastosowano w/w metod diagnostycznych w przypadku prezentowanych chorych. Antybiotykami w wyborze tularemii są streptomycyna lub gentamycyna stosowane 10 dni, a lekami II-ego rzutu są: tetracykliny (stosowane 2-3 tyg.), chloramfenikol lub fluorochinolony. W opisywanych przypadkach antybiotykoterapia była skuteczna.

Na podstawie powyższych obserwacji można sformułować następujące wnioski:

1. W przypadku utrzymywania się u chorego po ukłuciu przez kleszcza lub gza nietypowej zmiany skórnej, której towarzyszy powiększenie okolicznych węzłów chłonnych, należy w diagnostyce różnicowej wziąć pod uwagę tularemie.
2. Wczesne rozpoznanie tularemii oraz zastosowanie etiotropowego leczenia mogą zapobiegać rozwojowi najcięższych form klinicznych tej choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Knap J. Tularemia. W: Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka. Red. W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, A. Zieliński. Wyd. 6 aktual. i poszerz. Bielsko-Biała: alfa-medica press, 2007:312-317.
2. Nigrovic LE, Wingerter SL. Tularemia. Infect Dis Clin North Am 2008; 22(3):489-504.
3. Eliasson H, Broman T, Forsman M i in. Tularemia: current epidemiology and disease management. Infect Dis Clin North Am 2006; 20:289-311.
4. Petersen JM, Mead PS, Schriefer ME. *Francisella tularensis*: an arthropod-borne pathogen. Vet Res 2009; 40:07.
5. Jeżyna C, Wyrzykowski J, Gradowski B. Familial epidemic occurrence of tularemia. Wiad Lek 1972; 25(20):1843-7.
6. Pancewicz SA, Zajkowska JM, Świerżbińska R, i in. Should ticks be regarded as a tularemia vector in habitants of North-Eastern Poland? Med Pr 2004; 55(2):189-92.
7. Kantardjiev T, Padeshki P, Ivanov IN. Diagnostic approaches for oculoglandular tularemia: advantages of PCR. Br J Ophthalmol 2007; 91:1206-1208.

Otrzymano: 1.12.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 12.01.2010 r.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Anna Moniuszko

Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

15-540 Białystok, ul. Żurawia 14, blok E

Tel. 0857409514

e-mail: annamoniuszko@op.pl