

¹Miroslaw P Czarkowski, ²Elżbieta Gołąb

TASIEMCZYCE TKANKOWE W POLSCE W 2011 ROKU

¹Zakład Epidemiologii, ²Zakład Parazytologii Lekarskiej,
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny
w Warszawie

STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej bąblowicy i wągrzycy w 2011 r. w odniesieniu do sytuacji z lat ubiegłych.

MATERIAŁ I METODY. Ocenę sytuacji epidemiologicznej przeprowadzono na podstawie danych jednostkowych o zachorowaniach nadesłanych do NIZP – PZH przez Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne oraz danych zbiorczych opublikowanych w rocznych biuletynach „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”.

WYNIKI. W 2011 r. zarejestrowano ogółem 19 przypadków bąblowicy: nieokreślonej, *E. granulosus* i *E. multilocularis*. Zapadalność na 100 000 ludności wynosiła 0,049. Najwyższą zapadalność odnotowano w województwie podlaskim (0,333). Zachorowania występowały wyłącznie u osób dorosłych, w wieku od 38 do 74 lat (średnia 56,4; mediana 58,0), częściej u kobiet (zapadalność 0,055) niż mężczyzn (zapadalność 0,043). Zapadalność na bąblowicę była wyższa na wsi (0,079) niż w mieście (0,030). Wśród zachorowań na bąblowicę odsetek przypadków, w których określono gatunek *Echinococcus* wyniósł 63%, w tym 42% stanowiły zarażenia *E. granulosus*, a 21% *E. multilocularis*.

W 2011 r. zarejestrowano dwa przypadki zachorowania na wągrzycę, a zapadalność na 100 000 ludności wyniosła 0,005.

WNIOSKI. Niezbędne wydaje się rozważenie wprowadzenia jako obowiązującego standardu, badań różnicujących bąblowicę *E. multilocularis* i *E. granulosus* oraz wprowadzenie definicji wągrzycy dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego. Wskazane jest nasilenie akcji oświatowej w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na tasiemczyce tkankowe.

Słowa kluczowe: bąblowica, *Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis*, wągrzyca, *Taenia solium*, epidemiologia, Polska 2011 r.

WPROWADZENIE

Od 1997 r. w rutynowych sprawozdaniach z nadzoru epidemiologicznego podawane są informacje o liczbie zarejestrowanych w Polsce przypadków bąblowicy (echinokokozy) - tasiemczyca tkankowej powodowanej w Polsce przez larwy tasiemców *Echinococcus granulosus* (bąblowica jednojamowa, hydatidoza) lub *Echinococcus multilocularis* (bąblowica wielojamowa, alweokokoza), oraz o liczbie przypadków wągrzycy (cysticerkozy) – innej tasiemczyca tkankowej powodowanej przez larwy tasiemców *Taenia solium*.

Do rozwoju tasiemczyca tkankowych dochodzi po spożyciu zależonych jaj tasiemców wydalonych z kałem żywicieli ostatecznych: psów (*E. granulosus*

i *E. multilocularis*), lisów (*E. multilocularis*) i człowieka (*T. solium*). Larwy mogą umiejscawiać się w różnych organach i tkankach, ich budowa i przebieg inwazji są powiązane z gatunkiem tasiemcza. Torbiele tasiemców *Echinococcus*, jednokomorowe (*E. granulosus*) i wielokomorowe (*E. multilocularis*), wykrywane są najczęściej w wątrobie. *E. granulosus* rozrastając się uciska okoliczne tkanki, w wyniku mechanicznego uszkodzenia torbieli może dojść do rozsiania onkosfer w obrębie jamy otrzewnowej i/lub opłucnej. *E. multilocularis* wzrasta naciekowo, posiada zdolność do metastazy, nowe torbiele powstają w odległych tkankach i organach, często w ośrodkowym układzie nerwowym, który stanowi też częste miejsce docelowe dla wągów *T. solium* (neurocysticerkoza).

Cel pracy. Ocena sytuacji epidemiologicznej tasieńczyce tkankowych: bąblowicy i wągrzycy w 2011 r. w odniesieniu do sytuacji z lat ubiegłych.

MATERIAŁ I METODY

Ocenę sytuacji epidemiologicznej przeprowadzono na podstawie zbiorczych danych z rutynowego nadzoru opublikowanych w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 roku” (Warszawa 2012, NIZP-PZH, GIS) i w biuletynach z lat wcześniejszych, oraz na podstawie jednostkowych danych zawartych w raportach (wywiadach epidemiologicznych) o zarejestrowanych zachorowaniach na tasieńczyce tkankowe, nadesłanych do Zakładu Epidemiologii NIZP – PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. W nadzorze, do roku 2011, rejestrowane były wszystkie zgłaszane przez lekarzy zachorowania na wągrzycę, a do roku 2004 także wszystkie zgłaszane przypadki bąblowicy. Od 2005 r. w nadzorze nad bąblowicą stosowana jest definicja przypadku rekomendowana w ramach UE, zmieniona (doprecyzowana) w 2009 r. Aktualnie, na potrzeby nadzoru rejestrowane są wyłącznie przypadki bąblowicy spełniające co najmniej jedno z pięciu kryteriów: a) wykrycie *E. multilocularis* lub *E. granulosus* w badaniu histopatologicznym lub parazytologicznym, b) wykrycie cysty o budowie charakterystycznej dla *E. granulosus* w wycinkach chirurgicznych, c) wykrycie typowych zmian organów w badaniu obrazowym oraz potwierdzenie ich etiologii testem serologicznym, d) dodatni wynik badania serologicznego wykonany testem o wysokiej czułości oraz potwierdzenie wyniku testem o wysokiej swoistości, e) wykrycie materiału genetycznego *E. multilocularis* lub *E. granulosus* w materiale klinicznym.

WYNIKI I OMÓWIENIE

ZACHOROWANIA NA BĄBLOWICĘ. Od 1997 r., tj. od wyodrębnienia bąblowicy w raportach epidemiologicznych, do roku 2010 liczba przypadków tej choroby rejestrowanych rocznie w Polsce wahała się od 20 przypadków (zapadalność 0,05 na 100 000 ludności; 2004 r.) do 65 (zapadalność 0,17; 2006 r.), bez widocznej tendencji do zmiany (Fig. 1 Bąblowica w Polsce w latach 1997-2011. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności). Względnie wysoka liczba zachorowań zarejestrowanych w 2006 r. to efekt aktywnego wyszukiwania przez inspekcję sanitarną i Zakład Epidemiologii NIZP-PZH nie zgłoszonych zachorowań na bąblowicę spośród przypadków potwierdzonych laboratoryjnie testami serologicznymi w latach 2003-2005 w laboratorium Zakładu Parazytologii Lekarskiej NIZP-PZH.

W 2011 r. zarejestrowano w Polsce ogółem 19 przypadków bąblowicy, a zapadalność na 100 000 ludności wyniosła 0,049. Liczba zgłoszonych zachorowań była więc najniższa spośród odnotowanych w okresie ostatnich 15 lat, prawie o połowę, bo o 17 przypadków niższa niż w 2010 r. i o 15 przypadków niższa od mediany za lata 2005-2009. Biorąc pod uwagę powolny rozwój choroby (narastanie objawów), spadek liczby zarejestrowanych zachorowań nie powinien być traktowany jako efekt poprawy sytuacji epidemiologicznej czy epizootycznej, lecz jako efekt zwykłej fluktuacji.

Przypadki bąblowicy w 2011 r. zarejestrowano w dziewięciu województwach (w 2010 r. w sześciu). Najwyższą zapadalność odnotowano w województwach: podlaskim (0,333), warmińsko-mazurskim (0,206) i lubelskim (0,138), (Tab. I Bąblowica w Polsce w latach 2005-2011. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw). Sądząc po średnich rocznych zapadalnościach w latach 1998-2010, to rejony najczęstszego występowania bąblowicy w Polsce, przede wszystkim woj. podlaskie, gdzie średnia roczna zapadalność w latach 1998-2010 (0,78 na 100 000) była ponad 2-krotnie wyższa, niż w drugim pod względem wysokości tego współczynnika, woj. warmińsko-mazurskim (0,33). Należy też zauważyć, że w woj. opolskim w okresie 15 lat prowadzenia odrębnej rejestracji zachorowań na bąblowicę nie zarejestrowano ani jednego przypadku tej choroby (Fig. 2 Bąblowica w Polsce w latach 1998-2010. Średnia roczna zapadalność na 100 000 ludności wg województw).

Większość przypadków bąblowicy zarejestrowanych w 2011 r. (12, tj. 63%) dotyczyło mieszkańców wsi. W środowisku wiejskim zapadalność w 2011 r. wyniosła 0,079 na 100 000 ludności i była ponad 2,5-krotnie wyższa niż w miastach (0,030). To zróżnicowanie zapadalności w zależności od miejsca zamieszkania, tak charakterystyczne dla wielu zoonoz, obserwowano także w latach 1997-2010, a średnia roczna zapadalność na wsi w tym okresie (0,117) była o 65% wyższa niż w miastach (0,071). (Tab. II Bąblowica w Polsce w latach 1997-2010. Liczba zachorowań, średnia roczna zapadalność na 100 000 ludności i odsetek zachorowań wg wieku, płci i środowiska (miasto/wieś)) Podobnie jak w latach poprzednich, na bąblowicę częściej chorowały kobiety (zapadalność 0,055 na 100 000) niż mężczyźni (0,043), jednak w roku 2011 różnica zapadalności w odniesieniu do płci była zdecydowanie mniejsza od odnotowywanej wcześniej, bo wynosiła tylko około 28%. W latach 1997-2010 stosunek średniej rocznej zapadalności na bąblowicę kobiet i mężczyzn kształtował się jak 2,6:1. (Tab. II)

W 2011 r. zachorowania notowano wyłącznie u osób dorosłych, w wieku od 38 do 74 lat (średnia 56,4; mediana 58,0). Większa zapadalność na bąblowicę wśród

dorośli, szczególnie w wieku powyżej 49 lat, dała się zaobserwować także w latach wcześniejszych. (Tab. II)

W 37% zgłoszonych przypadków bąblowicy (7 zachorowań) nie określono gatunku tasiemca *Echinococcus*, w 8 przypadkach (42%) wskazano *E. granulosus*, a w 4 (21%) – *E. multilocularis*. Jest to niewątpliwie aczkolwiek niewystarczający postęp w porównaniu do pierwszych lat odrębnej rejestracji bąblowicy, w których bąblowice nieokreślone co do gatunku stanowiły w zgłoszeniach przytłaczającą większość (Fig. 3 Bąblowica w Polsce w latach 1997-2010. Udział procentowy wg gatunku tasiemca). W latach 1997-2010 (ogółem) nie określono gatunku bąblowca w 71,4% przypadków. Wśród określonych bąblowic ponad 2,5-krotnie częściej występowała hydatydoza (*E. granulosus*) – 20,6% wszystkich przypadków (72,1% określonych), niż alweokokoza (*E. multilocularis*) – 8,0% przypadków (27,1% określonych).

W 2011 r. hospitalizowano 17 osób, 89,5% wszystkich zachorowań zgłoszonych do nadzoru. Główny Urząd Statystyczny odnotował jeden zgon, w którym jako przyczynę wyjściową wskazano nieokreśloną bąblowicę wątroby (mieszkanca wsi, w wieku 40-44 lata).

ZACHOROWANIA NA WĄGRZYCĘ. W 2011 r., tak jak rok wcześniej, zarejestrowano w Polsce dwa przypadki zachorowania na wągrzycę, a zapadalność w przeliczeniu na 100 000 ludności wyniosła 0,005. Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat zapadalność na wągrzycę w Polsce utrzymuje się na stałym, niskim poziomie, a zachorowania rejestrowane są tylko sporadycznie. W latach 1997-2010 w nadzorze odnotowano łącznie 11 takich przypadków.

W 2011 r., po jednym zachorowaniu zarejestrowano w woj. małopolskim (mężczyzna, 33 lata, mieszkaniec miasta) i mazowieckim (kobieta, 22 lata, mieszkanka wsi).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W 2011 r. stwierdzono znaczny, ale raczej przypadkowy spadek zgłoszonych przypadków zachorowań na bąblowicę, zarówno w odniesieniu do roku poprzedniego jak i do mediany z lat 2005- 2009. Nadal wyraźnie częściej rejestrowane są zarażenia tasiemcem *E. granulosus*. Niepokojący jest utrzymujący się od roku 2010 wyraźny spadek odsetka wskazań czynnika etiologicznego bąblowicy. Nie zaobserwowano natomiast zmian sytuacji epidemiologicznej wągrzycy. Na przestrzeni ostatnich lat, rocznie odnotowywane są tylko pojedyncze przypadki zachorowań na tę chorobę.

Ze względu na przewlekły przebieg, tasiemczyce tkankowe stanowią poważne wyzwanie dla nadzoru epidemiologicznego. Niezbędne wydaje się rozważenie wprowadzenia jako obowiązującego (tak do celów klinicznych jak i epidemiologicznych) standardu badań różnicujących bąblowicę *E. multilocularis* i *E. granulosus* oraz wprowadzenie definicji wągrzycy dla potrzeb epidemiologicznych. Wskazane jest nasilenie akcji oświatowej w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na tasiemczyce tkankowe.

Otrzymano: 21.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 27.03.2013 r.

Adresy do korespondencji:

Mirosław P Czarkowski
Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: mpc@pzh.gov.pl

Elżbieta Gołąb
Zakład Parazytologii Lekarskiej, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: egolab@pzh.gov.pl