

Elżbieta Gołąb<sup>1</sup>, Mirosław P Czarkowski<sup>2</sup>

## TASIEMCZYCE TKANKOWE W POLSCE W 2012 ROKU

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

### STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena sytuacji epidemiologicznej bąblowicy i wągrzycy w 2012 r. w odniesieniu do sytuacji z lat ubiegłych.

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

**WYNIKI.** W 2012 r. zarejestrowano w Polsce ogółem 28 przypadków bąblowicy, w tym: nieokreślonej 11 przypadków (39% wszystkich zachorowań), wielojamowej 7 (41% zachorowań z 17 w których określono gatunek tasiemca *Echinococcus*) i jednojamowej 10 (59% zachorowań określonych). Zapadalność na bąblowicę (ogółem) wynosiła 0,073 na 100 000 ludności. Zachorowania zarejestrowano w 8 województwach. Najwięcej zachorowań (9 przypadków) i najwyższą zapadalność (0,620) odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim. Chorowały osoby w wieku od 15 do 82 lat, głównie osoby dorosłe (średnia wieku 49,2 lat; mediana 54,0). Bąblowica częściej występowała u kobiet (zapadalność 0,096) niż u mężczyzn (zapadalność 0,048). Zapadalność na bąblowicę na wsi (0,125) była wyższa niż w mieście (0,039).

W 2012 r. nie zarejestrowano żadnego przypadku zachorowania na wągrzycę, która notowana jest w Polsce jedynie sporadycznie.

**WNIOSKI.** Dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego celowe byłoby wprowadzenie obowiązku różnicowania bąblowicy wielojamowej i jednojamowej oraz wprowadzenie definicji przypadku wągrzycy. W celu zmniejszenia ryzyka zarażenia tasiemcami (nie tylko tkankowymi) wskazane jest zintensyfikowanie akcji oświatowej.

**Słowa kluczowe:** bąblowica, *Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis*, wągrzyca, *Taenia solium*, epidemiologia, Polska rok 2012

### WPROWADZENIE

Informacje o liczbie rejestrowanych w Polsce przypadków tasiemczyc tkankowych u ludzi: bąblowicy (echinokokozy) i wągrzycy (cysticerkozy), w rutynowych raportach z nadzoru epidemiologicznego podawane są od 1997 r. Do tego czasu zachorowania te nie były wyodrębniane z ogólnej liczby zachorowań na tasiemczyce.

W Polsce występują zachorowania na bąblowicę jednojamową (hydatidoza) oraz wielojamową (alweokokoza) powodowane przez larwy tasiemców *Echinococcus*, odpowiednio *E. granulosus* i *E. multilocularis*.

Przyczyną wągrzycy (cysticerkozy) są larwy tasiemca *Taenia solium*.

*E. granulosus* tworzy jednokomorowe torbiele, najczęściej w wątrobie, rzadziej w innych organach, takich jak płuca czy serce. W wyniku mechanicznego uszkodzenia torbieli może nastąpić rozsianie tasiemca w obrębie jamy otrzewnowej i/lub opłucnej.

*E. multilocularis* tworzy wielokomorowe torbiele, najczęściej w wątrobie, które rozrastają się naciekając tkanki wątroby i dają przerzuty do odległych tkanek i organów, często do mózgu. Miejscem docelowym dla wągrów *T. solium* jest również często ośrodkowy układ nerwowy (neurocysticerkoza).

**Cel pracy.** Ocena sytuacji epidemiologicznej tasiemczyc tkankowych: bąblowicy i wągrzycy w 2012 r. w odniesieniu do sytuacji z lat ubiegłych.

## MATERIAŁ I METODY

W ocenie sytuacji epidemiologicznej bąblowicy i wągrzycy wykorzystano dane zbiorcze z rutynowego nadzoru opublikowane w biuletynie „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku” (Warszawa 2013, NIZP-PZH, GIS) i w biuletynach z lat wcześniejszych, oraz dane z jednostkowych raportów (wywiadów epidemiologicznych) o zachorowaniach na tasiemczycę tkankową, nadesłanych do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Dane te dotyczą przypadków zachorowań zarejestrowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną na podstawie zgłoszeń dokonanych przez lekarzy. Zgłaszanie tych zachorowań przez lekarzy jest obowiązkowe. W nadzorze nad bąblowicą od 2005 r. stosowana jest definicja przypadku rekomendowana w ramach UE. Aktualnie, zgodnie z tą definicją, 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. W nadzorze nad wągrzycą nie stosuje się definicji przypadku – wszystkie przypadki zachorowań zgłaszane przez lekarzy są rejestrowane i wykazywane w raportach.

## WYNIKI I OMÓWIENIE

**ZACHOROWANIA NA BĄBLOWICĘ.** Od 1997 r., w którym po raz pierwszy w raportach epidemiologicznych zamieszczono dane o zachorowaniach na bąblowicę w Polsce, liczba tych zachorowań w kraju wahała się od 20 przypadków rocznie zarejestrowanych w warunkach rutynowego nadzoru (zapadalność 0,05 na 100 000 ludności; 2004 r.) do 65 zachorowań zarejestrowanych w warunkach aktywnego wyszukiwania przypadków (zapadalność 0,17; 2006 r.). Nie stwierdzono tendencji do zmiany przeciętnego poziomu rocznej zapadalności (Fig. 1. Bąblowica w Polsce w latach 1997-2012. Liczba zachorowań i zapadalność

na 100 000 ludności). Rok 2012 nie różnił się pod tym względem od lat poprzednich.

W 2012 r. w Polsce zarejestrowano ogółem 28 przypadków bąblowicy, a zapadalność na 100 000 ludności wyniosła 0,073. Liczba zgłoszonych zachorowań była wprawdzie wyższa prawie o połowę od liczby zachorowań zarejestrowanych rok wcześniej (19 zachorowań) ale jednocześnie była to liczba o 1/5 niższa od mediany liczby zachorowań w latach 2006-2010.

Przypadki bąblowicy w 2012 r. zarejestrowano w ośmiu województwach (w 2011 r. w dziewięciu). Najwyższą liczbę zachorowań i najwyższą zapadalność odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie zarejestrowano 1/3 wszystkich zachorowań w skali całego kraju (9 przypadków), a zapadalność (0,620), była ponad 8-krotnie wyższa od zapadalności ogólnokrajowej. Po sześć przypadków zachorowań zarejestrowano w województwach lubelskim (zapadalność 0,277) i mazowieckim (0,113) ale zważywszy na różnice w liczbie ludności zamieszkałej w poszczególnych województwach, wyższą zapadalność, niż w woj. mazowieckim, odnotowano w woj. podlaskim (0,167), gdzie w 2012 r. zarejestrowano tylko dwa zachorowania. (Tab. I. Bąblowica w Polsce w latach 2006-2012. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności wg województw). Wszystkie te województwa to rejony częstszego występowania bąblowicy niż na to wskazuje zapadalność ogólna w Polsce, szczególnie woj. podlaskie i warmińsko-mazurskie, gdzie średnie roczne zapadalności w latach 1998-2011 były (odpowiednio) ponad 8-krotnie i ponad 3-krotnie wyższe, niż średnia roczna zapadalność w całym kraju.

W 2012 r. nie notowano w ogóle zachorowań na bąblowicę w województwach Polski południowej i południowo-zachodniej, gdzie – w świetle danych wieloletnich – zapadalność jest wyraźnie niższa niż w pozostałych rejonach Polski. Uwagę zwraca sytuacja w woj. opolskim, gdzie od początku prowadzenia rejestracji bąblowicy, tj. od 1997 r., nie zanotowano ani jednego przypadku tej choroby.

Współczynnik zapadalności na bąblowicę na wsi (0,125 na 100 000) był w 2012 r. ponad 3-krotnie wyższy od współczynnika zapadalności w miastach. Dane wieloletnie wskazują, że jest to stała tendencja, ale różnica zapadalności nie jest aż tak duża, jak stwierdzona w 2012 r. W latach 1997-2011 średnia roczna zapadalność na wsi (0,125) była tylko o 69% wyższa niż w miastach (0,039). (Tab. II Bąblowica w Polsce w latach 1997-2011. Liczba zachorowań, średnia roczna zapadalność na 100 000 ludności i odsetek zachorowań wg wieku, płci i środowiska (miasto/wieś))

Zgodnie z wieloletnią tendencją, zapadalność kobiet na bąblowicę (0,096 na 100 000) była w 2012 r. znacznie wyższa niż zapadalność mężczyzn (0,048). W 2012 r. różnica między współczynnikami była 2-krotna. Na

podobną różnicę wskazują też dane zebrane w latach 1997-2011, w świetle których średnia roczna zapadalności na bąblowicę kobiet (0,130) okazała się 2,5-krotnie wyższa niż mężczyzn (0,052). (Tab. II)

Najmłodsza osoba, której zachorowanie na bąblowicę zarejestrowano w 2012 r. miała 15 lat, najstarsza 82 lata. Dominowały zachorowania osób dorosłych, w wieku powyżej 29 lat (średnia 49,2; mediana 54,0). Dane z lat 1997-2011, wskazują że najwyższa zapadalność na bąblowicę występuje wśród osób starszych, szczególnie w wieku powyżej 49 lat. (Tab. II)

Spośród 28 zachorowań zarejestrowanych w 2012 r., 7 (25%) zostało wywołanych przez *E. multilocularis*, 10 (36%) - przez *E. granulosus*, a w pozostałych 11 przypadkach (39%) nie określono gatunku tasiemca *Echinococcus*. Udział zachorowań, w których czynnik etiologiczny nie został dostatecznie zidentyfikowany, był więc wysoki, porównywalny z ich udziałem w roku 2011, kiedy nie określono gatunku tasiemca w 37% przypadków. W porównaniu z pierwszymi latami rejestracji bąblowic jest to jednak znaczna poprawa. (Fig. 2. Bąblowica w Polsce w latach 1997-2012. Udział procentowy wg gatunku tasiemca).

W latach 1997-2011 wśród bąblowic określonych co do gatunku *Echinococcus* ponad 2-krotnie częściej wykazywano hydatidozę niż alweokozoę. Bąblowica jednojamowa wywołana przez *E. granulosus* stanowiła 73% takich przypadków, podczas gdy bąblowica wielojamowa wywołana przez *E. multilocularis* jedynie 27%. W 2012 r. częstość rozpoznawania tych dwu postaci bąblowicy nie różniła się tak bardzo - hydatidozę i alweokozoę stwierdzono (odpowiednio) w 59% i 41%.

Z powodu bąblowicy w 2012 r. hospitalizowano 24 osoby, 82,8% wszystkich przypadków zachorowań zarejestrowanych przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, zmarła jedna osoba (mężczyzna w wieku 75-79 lat, zamieszkały na wsi). Jako wyjściową przyczynę zgonu wskazano bąblowicę wątroby nieokreśloną.

**ZACHOROWANIA NA WĄGRZYCĘ.** W 2012 r. nie zgłoszono w Polsce żadnego zachorowania na wągrzycę. Przypadki tej choroby w Polsce występują tylko sporadycznie. W latach 1997-2011 w nadzorze zarejestrowano 13 takich przypadków.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Sytuacja epidemiologiczna bąblowicy w 2012 r. nie odbiegała w sposób znaczący od obserwowanej w poprzednich latach, a wzrost zapadalności, który wystąpił w tym roku, mieścił się w granicach obserwowanych wcześniej przypadkowych rocznych fluktuacji. Nadal wyraźnie częściej rejestrowane są zarażenia tasiemcem *E. granulosus*. Niepokoi przedłużanie się okresu utrzymywania się wysokiego odsetka przypadków, w których nie określa się gatunku tasiemca. Zachorowań na wągrzycę nie zarejestrowano.

Biorąc pod uwagę potrzeby nadzoru epidemiologicznego (ale także kliniki) celowe byłoby wprowadzenie standardu badań różnicujących bąblowicę *E. multilocularis* i *E. granulosus* oraz wprowadzenie definicji przypadku wągrzycy, na co zwracano już uwagę w Kronice epidemiologicznej zamieszczonej w Przeglądzie Epidemiologicznym.<sup>1</sup>

W celu zmniejszenia ryzyka zarażenia tasiemcami (nie tylko tkankowymi) wskazane jest zintensyfikowanie akcji oświatowej.

Otrzymano: 14.05.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 15.05.2014 r.

### Adresy do korespondencji:

Elżbieta Gołąb

Zakład Parazytologii Lekarskiej, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: egolab@pzh.gov.pl

Mirosław P Czarkowski

Zakład Epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: mpc@pzh.gov.pl

<sup>1</sup> Czarkowski MP, Gołąb E. Tasiemczyce tkankowe w Polsce w 2011 roku. Przegl Epidemiol 2013;67;365-7.

