

Beata Panek, Elżbieta ChyczewskaZ Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy
Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik: dr hab. med. E. Chyczewska**GRUŹLICZE ZAPALENIE UCHA I SKÓRY**

TUBERCULOSIS OF EAR AND CUTIS

Summary: We describe a 26 year old woman treated for near a year because of deafness, purulent otitis, cough and purulent skin lesions. She was treated by otolaryngologist. Sputum examination for acid fast bacilli and chest x-ray were not done at that time. In hospital chest x-ray revealed a cava in left lung and tuberculous bacilli were found in sputum and in content from ear. Tuberculin test was positive. Tuberculosis of lung, skin and cor was recognized. After 4 months of initial treatment patient was referred to outpatient department for further therapy.

Key words: tuberculosis of ear, cutis, lung

PNEUMONOL. ALERGOL. POL., 2001, 69, 11-12, 669-672

Wstęp

Gruźlica nadal stanowi bardzo poważny problem społeczny na świecie. W latach dziewięćdziesiątych spośród 5,2 miliarda ludności zamieszkującej kulę ziemską, około 1,7 miliarda, tzn. 30% ogółu ludności to osoby zakażone prątkiem gruźlicy (8). Ryzyko zachorowania osoby zakażonej zwiększa szereg różnych czynników i sytuacji, z których podstawowe znaczenie mają złe warunki socjalno-bytowe, niedożywienie, używki i niski poziom kultury zdrowotnej oraz choroby przebiegające z immunosupresją (5,8). W 1999 r. zapadalność na wszystkie postacie gruźlicy w Polsce wynosiła 31,9/100 tysięcy, natomiast gruźlica pozapłucna dotyczyła 538 przypadków. Wskaźnik zapadalności wynosił 1,4/100 tys. Przyjmuje się, że dane dotyczące rejestracji gruźlicy pozapłucnej w Polsce są jednak niepełne (7). Spowodowane jest to odrębnością przebiegu klinicznego gruźlicy pozapłucnej i związanymi z tym trudnościami diagnostycznymi, jak również zmniejszoną świadomością lekarzy co do zagrożenia tą chorobą (7). Potwierdza to analiza materiału sekcyjnego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie dokonana przez Szopińskiego i wsp., z której wynika, że u 40% zmarłych, u których przyżyciowo rozpoznano jedynie gruźlicę płuc, sekcyjnie stwierdzono również gruźlicę innych narządów (13).

Spośród gruźlicy pozapłucnej najczęstszą lokalizacją zmian jest układ moczowo-płciowy (32,7% ogółem przypadków gruźlicy pozapłucnej), węzły chłonne (26,2%) oraz kości i stawy (20,4%). Pozostałe lokalizacje są znacznie rzadsze i stanowią poniżej 10% każda (6). Gruźlica skóry jest obecnie bardzo rzadkim schorzeniem i stanowi jedynie kilka procent przypadków gruźlicy pozapłucnej (6). Statystyki co do gruźlicy narządu słuchu mogą być wyrażane w ułamkach procent. Świadczyć może o tym niewielka liczba doniesień w pi-

śmiennictwie, a także analiza wykonana przez Bruzgielewicza i wsp. w latach 1983-1992 w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie na 35-u chorych hospitalizowanych z powodu gruźlicy w obrębie głowy i szyi, stwierdzono tylko jeden przypadek gruźliczego zapalenia ucha (2).

**Opis
przypadku**

Chora lat 26 należąca do grupy ryzyka, z powodu złych warunków socjalnych, została przyjęta do Kliniki Chorób Płuc z Kliniki Otolaryngologii, z powodu zapalenia ucha środkowego.

Pierwsze objawy w postaci stanów podgorączkowych i kaszlu wystąpiły około 12 miesięcy przed hospitalizacją. Po około 2 miesiącach trwania choroby pacjentka zauważyła stopniowo postępującą utratę słuchu, a na skórze twarzy w okolicy żuchwy po stronie prawej pojawiły się bolesne, grudkowo-guzkowe zmiany, w których wytworzyły się przetoki a z lewego ucha zaczęła się wydobywać surowiczo-ropna treść. Leczenie przeciwzapalne prowadzone przez dwa kolejne miesiące w warunkach ambulatoryjnych było nieskuteczne. Chora została skierowana do leczenia w Instytucie Chirurgii Szcękowej gdzie zamknięto chirurgicznie przetokę oraz oczyszczono ranę na skórze żuchwy. Z wydzielin ropnej nie wyhodowano drobnoustrojów (nie wykonano badania w kierunku prątków). Rana zagoiła się bez powikłań, z pozostawieniem dużej, liniowej blizny pooperacyjnej na skórze po prawej stronie żuchwy. Przez cały okres leczenia utrzymywał się kaszel z odkrztuszaniem wydzieliny, wykonane badania laboratoryjne w trakcie całego okresu leczenia wykazywały wzrost parametrów ostrej fazy. Badania radiologicznego klatki piersiowej nie wykonano.

Ze względu na postępującą utratę słuchu oraz wyciek z lewego ucha chorą skierowano do Kliniki Otolaryngologii. W badaniu miejscowym ucha środkowego lewego stwierdzono perforację błony bębenkowej oraz obecność wydzieliny ropnej. W trakcie przygotowań do zabiegu operacyjnego chorej wykonano rtg klatki piersiowej, które wykazało liczne zmiany rozsiane. Pacjentka została przekazana do tutejszej Kliniki w celu ustalenia rozpoznania i leczenia. Po uzupełnieniu wywiadu okazało się, że kilka miesięcy wcześniej, przez okres około 2 miesięcy chora remontowała mieszkanie do którego miała się wprowadzić. Jak się potem okazało był to stary dom, w którym poprzedni mieszkańcy obficie prątkowali. W badaniu fizykalnym z odchyłań od stanu prawidłowego stwierdzono: znacznego stopnia niedosłuch, wyciek ropnej wydzieliny z lewego ucha, bliznę na skórze twarzy po operacji przetoki, szmer oskrzelowy nad polami płucnymi po stronie prawej w okolicy międzyłopatkowej i nadgrzebieniowej. W badaniach laboratoryjnych z odchyłań od normy stwierdzono wzrost parametrów ostrej fazy (OB – 45 mm po 1 godz, fibrynogen – 415 mg%). W rtg klatki piersiowej stwierdzono jamę w szczycie lewego płuca oraz cechy marskości lewego płuca, co potwierdzono badaniem TK. Badanie płwociny wykazało obecność prątków w badaniach bezpośrednich oraz w posiewach. Rt₂₃ – 16 mm. W wymazach z ucha lewego nie stwierdzono obecności prątków w badaniu bezpośrednim, natomiast z wielokrotnych posiewów, jeden raz uzyskano wynik (+). W leczeniu zastosowano 4 leki: RMP, PZA, EMB, INH w należnych dawkach oraz kortykosterydy (Encorton w dawce 0,5 mg/kg/d). Uzyskano znaczną

poprawę kliniczną dotyczącą układu oddechowego oraz znaczną poprawę słuchu. W rtg klatki piersiowej pozostały jednak zmiany marskie w polu górnym płuca lewego. Po 4 miesiącach leczenia chora odprątkowana została wypisana do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

Omówienie W piśmiennictwie dominuje pogląd, że umiejscowienie zmian gruźliczych na skórze oraz w uchu środkowym jest bardzo rzadko spotykane i stanowi kilka procent wszystkich przypadków gruźlicy pozapłucnej (6, 12). W przebiegu zakażenia prątkiem gruźlicy najczęstsza jest droga kropelkowa. W rozwoju gruźlicy pozapłucnej znaczenie mają również inne znacznie rzadsze drogi zakażenia. Jedną z nich jest zakażenie kontaktowe (inokulacyjne), w którym prątki przenikają do organizmu w następstwie uszkodzenia tkanek zewnętrznych (11,13). Gruźlica pozapłucna może również rozwinąć się drogą rozsiewu krwiopochodnego we wczesnym okresie gruźlicy pierwotnej. (1)

Zakażenie pierwotne w obrębie skóry jest rzadkie i występuje głównie u dzieci po urazach. Zwykle w ciągu 3-6 tygodni pojawia się owrzodzenie skóry i powiększenie regionalnych węzłów chłonnych (4,9). Endogenne zakażenie skóry występuje zwykle przez ciągłość, najczęściej z węzłów chłonnych lub kości (4, 9). Zmiany szerzące się przez ciągłość mają postać przetok, często z ropną wydzieliną.

Gruźlica ucha środkowego bywa wynikiem zachłystywania się zakażonym mlekiem lub przedostawania się podczas kaszlu przez trąbkę Eustachiusza zakażonej płwociny (10). Najczęściej jest jednak wynikiem rozsiewu krwiopochodnego. Chory ma zwykle wyciek z ucha, poza tym w badaniu fizykalnym stwierdza się przebicie błony bębenkowej oraz ziarninę w jamie bębenkowej (10). Zmiany są bolesne i trwają często wiele lat. Rozpoznaje się na podstawie dodatkich posiewów lub rzadziej na podstawie bezpośrednich badań wydzielin z ucha w kierunku obecności prątków. Próba tuberkulinowa w takich przypadkach ma małe znaczenie, gdyż chorzy są najczęściej w stanie anergii komórkowej. Leczenie gruźlicy pozapłucnej polega na stosowaniu leków przeciwprątkowych według obowiązujących zasad, łącznie z leczeniem miejscowym. Jednocześnie już w latach 40-50-tych zwrócono uwagę, że lepiej goją się zmiany świeże, najwyżej kilkumiesięczne, natomiast zmiany trwające ponad rok są trudniejsze do leczenia (3,4). Przyczyną tego może być zła penetracja leków przeciwprątkowych do zmian martwiczych i włóknistych, które występują w starych zmianach (3).

Piśmiennictwo

1. Adamczyk H., Jaworska A., Zielińska E.: Gruźlica kości szczęk. *Czas. Stomat.*, 1989, 42,2
2. Bruzgielewicz A. i wsp.: Gruźlica głowy i szyi – problem wciąż aktualny. *Otolaryng. Pol.*, 1995, 48, 6, 567-573.
3. Czarkowska B., Sonnenberg Z., Kraska A.: Dwa przypadki gruźlicy języka. *Probl. Lek.*, 1987, 26,1.
4. Hill M.K., Sanders L.V.: Cutaneous tuberculosis. w „Tuberculosis” Schlossberg D. red., Springer-Verlag, New York, 1994, 225-232.
5. Kennedy D.H.: Extrapulmonary tuberculosis. (w:) Ratledge C., Stanford J., Grange J.M. (red.): *Biology of Mycobacteria*, Acad. Press, London 1990, vol. 3, 246-289.
6. Kuś J.: Gruźlica pozapłucna. *Post. Nauk Med.* 1996, 59-62.
7. Maziarka D.: najczęstsze postacie gruźlicy pozapłucnej. *Klinika*. 1995, 1 33-37.
8. Miller M.: Stan aktualny gruźlicy w Polsce i na świecie. *Klinika*. 1995, 1, 3-6.
9. Olszewska Z.: Gruźlica skóry. w: „Gruźlica” Krakówka P., Rowińska-Zakrzewska E. red., PZWL, Warszawa, 1988, 187-202.
10. Rowińska-Zakrzewska E.: Gruźlica w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa, 2000
11. Rudnik J.: Gruźlica pozapłucna u dzieci. PZWL, Warszawa. 1976.
12. Schaberg T., Lada H.: Diagnostic der Tuberculose. *Dtsch. Med. Wschr.*, 1990, 115, 47.
13. Szopiński J. i wsp.: Gruźlica rozpoznana na podstawie badania pośmiertnego w materiale Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w latach 1972 – 1991. *Pneumonol. Alergol. Pol.*, 1993, 61, 275.

Wpłynęła: 7.02.2001

Adres: Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy AM
15-540 Białystok ul. Żurawia 14