Gruźlice jest przewlekłą chorobą zakaźną wywołaną przez pałeczku kwasooporną Mycobacterium tuberculosis. U progu trzeciego tysiąclecia gruźlica nadal stanowi bardzo poważny problem społeczny. Szacuje się, że w latach dziewięćdziesiątych spośród 5,2 miliarda ludności zamieszkałych kulę ziemską, około 1,7 miliarda, tzn. 30% ogółu ludności to osoby zakażone prątkiem [10]. Zapadalność na wszystkie postacie gruźlicy w Polsce wynosi 43/100tys., natomiast na gruźlicę pozapłucną 1,8/100 tys. [7,8]. Chorzy ze zmianami pozapłucnymi stanowili w 1993 roku 4,3% ogółu stwierdzonych przypadków gruźlicy [4]. Potwierdzenie mikrobiologiczne gruźlicy w Polsce uzyskuje się jedynie w 29,0% przypadków gruźlicy pozapłucnej [4]. W Stanach Zjednoczonych odsetek ten jest ponad dwukrotnie większy i wynosi około 77% [3,11]. Wśród czynników sprzyjających zachorowaniu na gruźlicę wymienia się cukrzycę, narkomanię i alkoholizm [6]. Ryzyko zachorowania zwiększa również szereg innych czynników i sytuacji, z których podstawowe znaczenie mają złe warunki socjально-bytowe, niedożywienie, używki i niski poziom kultury zdrowotnej [6,10]. W przebiegu gruźlicy pozapłucnej najczęstszą lokalizacją zmian jest układ moczowo-płciowy (32,7% ogółu przypadków gruźlicy pozapłucnej), węzły chłonne (26,2%) oraz kości i stawy (20,4%) [9].

Zmiany gruźlicze w układzie kostno – stawowym są następczym krwiopośrodkowego rozsiewu prątków we wczesnej fazie zakażenia pierwotnego [1,5] z ogniska w płucu, węzłach chłonnych lub z przewodu pokarmowego [5]. W wyniku rozsiewu prątków tworzą się drobne ogniska gruźlicze w tkance kostnej [5]. Umiejscawiają się one w strukturach kostnych o największym przepływie krwi, a jednocześnie najbardziej ubogich w komórki fagocytarne [5].
Opis przypadku

Chory lat 75, samotnie mieszkający rolnik, palacz papierosów, przyjęty został do Kliniki Chorób Płuc w celu диагnostiки z podejrzeniem guza płuca lewego z przerzutami do lewej kości udowej.

Przy przyjęciu stan chorego był dość dobry. Pacjent od około 6 miesięcy zgłaszał kaszel z odkrztuszeniem wydzieliną ropnej, a od około 1 roku pacjent był pod stałą opieką Poradni Reumatologicznej z powodu bólu, obrzęku i ograniczenia ruchomości w stawie biodrowym lewym. Chory był leczony ambulatoryjnie. Otrzymywał niesterydowe leki przeciwzapalne oraz miejscowo wykonywano blokady nerwów.

Przy przyjęciu, w badaniu fizykalnym z odchylen od stanu prawidłowego stwierdzono kacheksję, klatka piersiowa po stronie lewej była zapadnięta, asymetryczna, o ograniczonej ruchomości. Osłuchowo nad lewym płuca stwierdzono osłabiony szmer oddechowy, a po stronie prawej w okolicy podłopatkowej śluzalne były liczne trzeszczenia. W okolicy stawu biodrowego lewego stwierdzono 2 guzy wielkości pięści, chelboczące przy dotyku, bolesne. Ruchy czynne i bierne w stawie biodrowym lewym były znacznie ograniczone.

W badaniach laboratoryjnych z odchylen od normy stwierdzono wzrost parametrów ostrej fazy (OB 90 mm/h, fibrinogen 460 mg%). W badaniu RTG klatki piersiowej stwierdzono: płuco lewe o zmniejszonej objętości z powodu częściowej marskości z obecnością różnokształtnych zacienień z przejaśnienniam oraz masywne zgubienie lewej płucnej [Ryc.1]. W badaniu bezpośrednim płucnym stwierdzono obecność prątków [BK2 (++)]. W badaniu RTG miednicy stwierdzone...

Fig.1. Chest X-ray: Diminished volume of left lung caused by partial cirrhosis and parenchymal infiltrations. Massive thickening of left pleura.

674 Pneumonologia i Alergologia
Gruźlicze zapalenie kości


Omówienie

Najczęstszą lokalizacją zmian swoistych w układzie kostnym jest kręgosłup (choroba Potta) [2,5]. W kostnych ogniskach gruźliczych przeważają zmiany serowaczające, które w późnym stadium choroby ulegają upłynnięciu i wydostają się poza przestrzeń międzykręgową w postaci ropnia opadowego [2,5]. Drugą co do częstości lokalizacją zmian są nasady i okolice przynasadowe kości długich zwłaszcza kończyn dolnych, z następowym zajęciem stawu biodrowego i kolano wiego [2,5]. Zwraca uwagę fakt, że zmiany umiejscawiają się w strukturach kostnych o największym przepływie krwi oraz o największym obciążeniu. Ognisko gruźlicze lokalizuje się w tkance kostnej pod powierzchnią chrząstki i rozszerzając się powoduje niszczenie chrząstek stawowych i błony maziowej. Zapalenie stawów może mieć również charakter wysiękowy, a z upływem czasu przeważy odczyn ziarmaniakowy [2]. Wśród objawów klinicznych dominuje ból, któremu towarzyszy obrzek i ograniczenie ruchomości w zajętym stawie [2,5]. Słabo wyrażone są zazwyczaj cechy stanu zapalnego, co przyczynia się do opóźnienia rozpoznania choroby [2,3,5].

W obrazie RTG kości pierwszym objawem jest obrzęk tkank miękkich oraz cechy zaniku kostnego [2,5]. Za cechę charakterystyczną uchodzą słabo wyrażone odczyny naprawcze kości, typowe również dla zmian kostnych o etiologii bakteryjnej [6]. Podstawą rozpoznania gruźlicy kości i stawów jest stwierdzenie cech ziarminy gruźliczej z obecnością serowaczenia w badaniu histopatologicznym biotopu błony maziowej oraz wykrycie prątków kwasoopornych w badaniach bakterioskopowych bezpośrednich lub posiewach. Do badania należy pobrać płyn stawowy oraz aspirowaną treść ropnia [2,5]. Zawsze należy dążyć do potwierdzenia rozpoznania, jednak wynik ujemny bezpośredniego badania bakterioskopowego lub posiewu w kierunku prątków nie wyklucza rozpoznania gruźlicy [5].
W różnicowaniu gruźlicy kości i stawów należy brać pod uwagę nieswoiste zapalenie stawów oraz zmiany nowotworowe. Pamiętać należy również o chorobach tkanki łącznej [2,5], zwłaszcza o reumatoidalnym zapaleniu stawów.

Leczenie gruźlicy kostno – stawowej powinno odbywać się według powszechnie znanych standardów leczenia gruźlicy. Należy prowadzić je we współpracy z ortopedą, który potrzebny jest już podczas pobrania materiału do badań diagnostycznych i ustaleniu rozpoznania. Prawidłowo prowadzone i wcześniej podjęte leczenie, zapobiega trwałym zmianom i zniekształceniom w układzie kostnym a oraż pozwala uniknąć kalectwa [5].

Piśmiennictwo


Wpłynęła: 15.03.2001
Adres: Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy
w Białymstoku ul. Żurawia 14