

Paweł Rajewski¹, Piotr Rajewski²,
Karolina Wałęskiewicz-Ogórek³

¹Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny,
Bydgoszcz

²Katedra i Klinika Neurologii, *Collegium Medicum*
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych
i Ginekologii Onkologicznej, *Collegium Medicum*
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Mononukleozą zakaźną — opis przypadku

Mononucleosis — case report

STRESZCZENIE

Wstęp. Mononukleozą zakaźną jest ostrą chorobą wirusową, charakteryzującą się gorączką do 40°C, zapaleniem gardła i migdałków, powiększeniem węzłów chłonnych, najczęściej szyi, powiększeniem śledziony i wątroby oraz charakterystyczną wysypką, zwłaszcza po zastosowaniu penicylin półsyntetycznych. Znajomość typowych objawów, wczesne rozpoznanie i odpowiednia kontrola choroby pozwalają na uniknięcie groźnych powikłań i szybszy powrót do zdrowia oraz uniknięcie niepotrzebnej antybiotykoterapii.

Cel pracy. Celem pracy było zapoznanie się z typowymi objawami, diagnostyką, przebiegiem i leczeniem mononukleozy zakaźnej.

Materiał i metody. W pracy przedstawiono opis przypadku młodego pacjenta hospitalizowanego z powodu ostrego zapalenia gardła i migdałków z odczynowym zapaleniem wątroby w przebiegu mononukleozy zakaźnej.

Wnioski.

1. U pacjentów z bólem gardła, powiększeniem migdałków i przewlekającą się wysoką gorączką należy brać pod uwagę możliwość wystąpienia mononukleozy zakaźnej.
2. Odpowiednie wczesne rozpoznanie i wprowadzenie leczenia powoduje szybką poprawę kliniczną i ustąpienie objawów.
3. Kontrola morfologii krwi, transaminaz i USG jamy brzusznej pozwalają na uniknięcie groźnych powikłań choroby.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 4, 344–347

słowa kluczowe: mononukleozą zakaźną, zapalenie gardła, gorączka, wysypka

ABSTRACT

Background. Mononucleosis is an illness of gradual onset with acute high fever, pharyngitis and tonsillitis, enlarged lymph nodes especially neck nodes, spleen and liver enlarge, and typical rash especially after using semi-synthetic penicillin. The knowledge of typical signs, early diagnosis and treatment let us avoid a dangerous complications and using antibiotics, and getting well soon.

The aid. The aid was closely involved with typical signs, diagnosis, process and treatment of mononucleosis.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Paweł Rajewski

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny
ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz
e-mail: rajson@wp.pl

Copyright © 2015 Via Medica
ISSN 1897-3590

Materials and methods. We introduced a case report of young man hospitalized because of acute pharyngitis and tonsillitis together with liver inflammation during mononucleosis.

Conclusions.

1. If patient has a pharyngitis, enlarged tonsils and lingering, high temperature we should always think about mononucleosis.

2. Early diagnosis and treatment makes quickly improvement and abdication clinical signs.

3. To avoid dangerous complications we should monitor a blood count, transaminases, and abdominal ultrasonography.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 4, 344–347

key words: mononucleosis, pharyngitis, fever, rash

WSTĘP

Mononukleozę zakaźną jest chorobą wirusową, spowodowaną przez wirusa Epsteina-Barr (EBV, *Epsteina-Barr virus*) należącego do rodziny *Herpesviridae*. Jest to wirus B-limfotropowy i przyczynia się do procesu limfoproliferacyjnego, który jest odpowiedzialny za charakterystyczny obraz choroby i większość jej objawów.

Głównie chorują dzieci po 4. roku życia, młodzież i młodzi dorośli, wyjątkowo niemowlęta czy dorośli po 40. roku życia. Źródłem zakażenia i rezerwuarem wirusa są chorzy, ozdrowieńcy i osoby zdrowe, u których dochodzi do reaktywacji EBV z wydzielaniem wirusa ze śliną. Najczęstszą drogą przeniesienia jest ślina pacjenta (choroba pocałunków), rzadziej droga krwiopochodna, płciowa czy przeszczep narządowy. Nie obserwuje się sezonowości zachorowań.

Okres wylegania choroby trwa zazwyczaj kilka tygodni (30–50 dni) i poprzedzony jest niecharakterystycznymi objawami wstępnymi, zwiastującymi, na przykład kilkudniowe złe samopoczucie, brak apetytu, bóle mięśniowo-stawowe, uczucie dreszczy.

Po okresie wstępnym pojawiają się typowe dla mononukleozy objawy ostrego zapalenia gardła, z zajęciem migdałków i pojawieniem się mazistych biało-żółtych nalotów, często z utrudnionym połykaniem czy mówieniem oraz gorączka do 40°C, która może trwać do trzech tygodni, powiększenie węzłów chłon-

nych, głównie szyi, zausznych i karkowych, które są duże, przesuwalne i tkiwe przy palpacji; u dzieci może występować uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, powiększenie wątroby i śledziony (głównie u dzieci), wysypka odro- i różyczkopodobna, które występują u około 5% chorych, głównie umiejscowiona na tułowiu. Jej częstość wzrasta do 70% pacjentów, jeśli stosowane są penicyliny półsyntetyczne, na przykład ampicylina, obejmuje wtedy większe rejony ciała, to jest twarz, małżowiny uszne, tułów, kończyny, dłonie, stopy.

Do powikłań w przebiegu mononukleozy zakaźnej dochodzi dość rzadko, należy do nich pęknięcie śledziony (głównie 2.–3. tydzień choroby), małopłytkowość, niedokrwistość hemolityczna, zapalenie mózgu, mięśnia sercowego, trzustki czy jąder, mięszzowe uszkodzenie wątroby. Dość często pojawiają się natomiast nadkażenia bakteryjne. Uczucie zmęczenia, osłabienia może trwać do 8 tygodni po chorobie [1–5].

DIAGNOSTYKA

W badaniach dodatkowych charakterystyczna jest leukocytoza (10–20 g/l) z limfocytozą, a w rozmazie krwi występowanie mononuklearów (atopowych limfocytów), podwyższone mogą być również transaminazy — ALAT 100–600 j.m./l (normalizacja obserwowana jest zazwyczaj po około 14 dniach) i LDH.

W diagnostyce stosuje się najczęściej szybki aglutynacyjny test lateksowy — przeciwcia-

ła przeciwko antygenowi kapsydowemu elisa w klasie IgM; metoda PCR wykrywająca materiał genetyczny wirusa — DNA EBV lub badania serologicznego (odczyn Paula-Bunnella-Davidsohna).

W różnicowaniu objawów mononukleozy zakaźnej należy brać pod uwagę tak zwane zespoły mononukleozopodobne w przebiegu takich chorób, jak: cytomegalia, adenowirusy, HIV czy anginę paciorkowcową i zakażenie *Toxoplasma gondii* [2, 6].

LECZENIE

W leczeniu zazwyczaj stosuje się leki objawowe, takie jak acyklowir (choć co do skuteczności leczenia zdania są podzielone), glikokortykosteroidy (w przypadku znacznego powiększenia i obrzęku migdałków utrudniającego oddychanie) oraz antybiotykoterapię przy nadkażeniu bakteryjnym [2, 3].

OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 23, przyjęty do Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii z powodu osłabienia, uczucia zmęczenia, bólu gardła, bólu lewego podbrzusza oraz podwyższonej temperatury ciała do 39°C od około trzech dni. Przy przyjęciu w badaniu przedmiotowym z odchylen od normy stwierdzono powiększone, tkliwe węzły chłonne szyjne i potyliczne, powiększenie migdałków, z widocznymi kryptami, z obfitym, białawym nalotem, ból w lewym podżebrzu i podbrzuszu przy badaniu palpacyjnym, z wyuczualną śledzioną. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone parametry stanu zapalnego: leukocytoza $WBC 18,8 \times 10^3/\mu l$, z limfocytozą w rozmazie manualnym, CRP 15,1 mg/l, zwiększona aktywność ALAT 136 j.m./l i LDH 614 j.m./l, cechy cholestazy ALP 186 j.m./l, GGTP 117 j.m./l oraz dodatnie przeciwciała anty-EBV w klasie IGM.

W wykonanym USG jamy brzusznej stwierdzono w okolicy wnęki wątroby pojedyncze powiększone węzły chłonne do 11 mm w osi krótkiej, powiększoną śledzionę o długości 149 mm.

Z uwagi na powiększenie węzłów chłonnych wykonano badanie w kierunku zakażenia wirusem HIV przeciwciała HIV1/HIV2 i Ag p24 — ujemne, i w kierunku toksoplazmozy przeciwciała *Toxoplasma gondii* w klasie IgM i IgG — ujemne.

Z uwagi na cechy zapalenia wątroby z cholestazą wykonano badania wirusologiczne — anty HBe-total, anty-HCV, anty-HAV w klasie IgM, anty-CMV w klasie IGM — ujemne.

Na podstawie obrazu klinicznego i wykonanych badań rozpoznano mononukleozę zakaźną z odczynowym zapaleniem wątroby z cholestazą. Włączono leczenie objawowe Hascosept do płukania gardła, paracetamol, 0,9% NaCl *i.v.*, acyklowir doustnie 5 razy 800 mg oraz hydrokortyzon *i.v.*, z uwagi na znaczny obrzęk migdałków.

Po zastosowanym leczeniu uzyskano poprawę stanu ogólnego, ustąpienie gorączki i bólu gardła, zmniejszenie parametrów stanu zapalnego — WBC $12,8 \times 10^3/\mu l$, CRP 5,5 mg/l, zmniejszenie ALAT 79 j.m./l i LDH 467 j.m./l.

Pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem unikania intensywnego wysiłku fizycznego przez 30 dni, kontroli w Poradni Profilaktyki i Leczenia Zakażeń Wirusowych, kontroli ALAT, LDH i morfologii za 14 dni oraz USG jamy brzusznej za 30 dni.

PODSUMOWANIE

Mononukleozę zakaźną jest chorobą wirusową, na którą zapadają głównie młodzież i młodzi dorośli. Z uwagi na podobne objawy kliniczne do anginy paciorkowcowej czy pospolitego wirusowego zapalenia gardła, dość często jest nierozpoznawana lub rozpoznawana późno, najczęściej w przypadku utrzymujących się dolegliwości bólowych gardła, gorączki, pomimo stosowania drugiego lub trzeciego antybiotyku, lub w przypadku pojawiającej się wysypki po zastosowaniu antybiotyków z grupy penicylin. W większości przypadków mononukleozę jest chorobą sa-

moograniczającą się, o lekkim przebiegu i nie wymaga hospitalizacji. W przypadku silnych dolegliwości bólowych, z dużym powiększeniem i obrzękiem migdałków czy cech odczynowego zapalenia wątroby czy splenomegalii wymaga leczenia i monitorowania choroby w warunkach szpitalnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Jenson H.B. Acute complications of Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Curr. Opin. Pediatr.* 2000; 12: 263–268.
2. Cianciara J., Juszczyk J. (red.). Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Czelej, t. 2, Lublin 2012: 680–684.
3. Cohen J.I. Zakażenie wirusem Epsteina-Barr. Mononukleozę zakaźną. *Harrison Choroby zakaźne* (red): Dennis L. Kasper, Anthony S. Fauci, Wyd. Czelej, Lublin 2012: 1003–1010.
4. Auwaerter P.G. Infectious mononucleosis in middle age. *JAMA* 1999; 281: 454.
5. Cozad J. Infectious mononucleosis. *Nurse Pract.* 1996; 21: 14–8.
6. Fischer R.G., Boyce T.G. Infectious Mononucleosis and Mononucleosis-like Syndromes. W: *Moffet's Pediatric Infectious Diseases A Problem — Oriented Approach*. Lippincott Williams&Wilkinson, Philadelphia, 2005: 48–61.

