

Choroba kociego pazura – problem diagnostyczny, opis przypadku

Cat scratch disease – a diagnostic problem, case report

Justyna Dąbrowska-Bień, Mirosława Pietniczka-Załęska, Tomasz Rowicki

SUMMARY

Otolaryngol Pol 2009;
63 (2): 154-157

©by Towarzystwo

Otolaryngologów –
Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymano/Received:
12.04.2008

Zaakceptowano do
druku/Accepted:

03.01.2009

Oddział Otolaryngologii
Międzyleskiego Szpitala

Specjalistycznego
w Warszawie

Ordynator: M. Pietniczka-
Załęska

Wkład pracy autorów/
Authors contribution:

Justyna Dąbrowska-Bień
autor i lekarz prowadzący

Mirosława Pietniczka-
Załęska konsultowała

kilukrotnie pacjenta
Tomasz Rowicki zebrał

piśmiennictwo
Konflikt interesu/

Conflicts of interest:
Autorzy pracy nie zgłaszają

konfliktu interesów.
Adres do korespondencji/

Address for
correspondence:

imię i nazwisko:
Justyna Dąbrowska-Bień

adres pocztowy:
ul. Powsińska 75/88

02-903 Warszawa
tel. +48224735308

fax +48228156739
e-mail justinebien@

gmail.com

Aim of the study: Cat scratch disease as a possible cause of neck lymphadenopathy.

Material and methods: We present a case of 40-years old men operated in our department on regional unilateral lymphadenopathy. The diagnosis of cat scratch disease was confirmed by the histopathologic examination.

Conclusions: Regional lymphadenopathy with history of contact with cats or other animals suggests the diagnosis of cat scratch disease. If we considered this disease in differential diagnosis it would mean less traumatic treatment for the patient. Cat scratch disease is diagnosed in Poland very rarely; we need to spread the knowledge about this infectious disease.

Hasła indeksowe: Bartonella henselae, bartoneloza, limfadenopatia szyjna

Key words: Bartonella henselae, bartonellosis, neck lymphadenopathy

Wstęp

Choroba kociego pazura (CSD – *cat scratch disease*) jest dość rzadką chorobą zakaźną, pierwotnie charakteryzującą się bolesnym powiększeniem regionalnych węzłów chłonnych w następstwie zadrapania przez kota [1]. Dr Robert Debre jako pierwszy w 1931 r. użył terminu choroba kociego pazura, ponieważ uznał, że wektorem zakażenia są koty.

Czynnik sprawczy choroby został zidentyfikowany po raz pierwszy w 1985 r. jako *Rochalimaea henselae*, nieco później zmieniono klasyfikację na *Bartonella henselae*. W 1993 r. Dolan i wsp. wyizolowali *B. henselae* z węzłów chłonnych dwóch pacjentów z CSD [2, 10]. Następnie Bergmans i wsp. stwierdzili obecność DNA *B. henselae* w węzłach chłonnych 96% chorych na CSD z dodatnim testem skórnym [14, 10]. Obecnie *B. henselae* jest uznanym czynnikiem etiologicznym CSD, której rezerwuarem są koty [10].

Jest to wielopostaciowa Gram-ujemna bakteria, odpowiedzialna prawie wyłącznie za chorobę kociego pazura. U osób z niedoborami odporności może przybierać postać choroby ogólnoustrojowej z zapaleniem wątroby, mózgu, naczyniakowatością, przedłużającą się gorączką. U osób z wadami zastawek może wywoływać zapalenie wsierdza. Co ciekawe, opisanych jest również kilka przypadków porażenia nerwu twarzowego w przebiegu CSD.

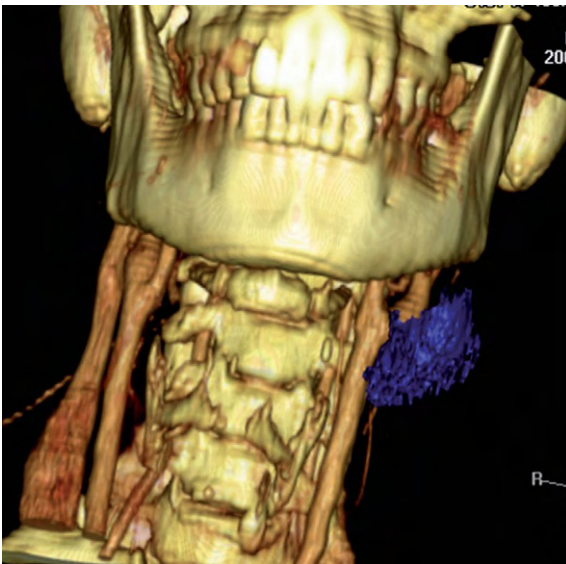
Inne patogeny z rodziny *Bartonellaceae*, które warto wymienić, to *Bartonella clarridgeiae*, odpowiadająca za występowanie choroby kociego pazura u weterynarzy, *Bartonella quintana*, która nie występuje u zwierząt, a jest znanym czynnikiem etiologicznym gorączki oko-powej (gorączki pięciodniowej) u ludzi. Z 19 dotychczas opisanych gatunków rodzaju *Bartonella*, 7 związanych jest z zachorowaniami u ludzi [1].

Choroba kociego pazura jest chorobą zakaźną spowodowaną zadrapaniem lub ugryzieniem przez kota [1] bądź rzadziej inne zwierzęta (psy, niektóre gryzonie, króliki) [1-5]. Przypuszcza się, że pchły *Ctenocephalides Felis* roznoszą chorobę między zwierzętami.

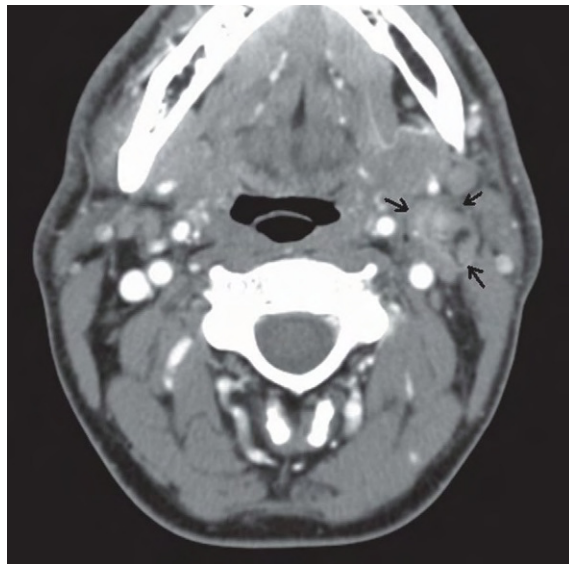
Do charakterystycznego obrazu klinicznego należy pojawienie się w ciągu kilku dni-tygodni od zadrapania pierwotnej zmiany skórnej w okolicy wnikięcia patogenu do organizmu człowieka. Następnie, w okresie około 2 tygodni od powstania zmiany pierwotnej, pojawia się jednostronna limfadenopatia okolicznych węzłów chłonnych [3, 5, 6]. Powiększeniu ulegają najczęściej węzły pachowe (45%), szyjne (26%) oraz pachwinowe (8%) [3]. Są one przesuwalne, tkliwe, o wzmożonej spistości, bolesne we wczesnych okresach choroby [1]. U około 30% chorych choroba kociego pazura objawia się tylko limfadenopatią [7], która w okresie 4–8 tygodni ustępuje całkowicie [5, 6, 13]. W około 20-30% może dojść do ropienia zajętych węzłów chłonnych z tworzeniem się przetok skórnych [5, 13]. U 50% chorych przebieg zakażenia jest łagodny z ogólnym złym samopoczuciem, utratą łaknienia, stanami podgorączkowymi, bólami brzucha, głowy i nudnościami [3, 6, 13].

Powiększenie węzłów chłonnych wymaga różnicowania z innymi przyczynami limfadenopatii regionalnych: chorobą nowotworową, zakażeniem gruźlicą lub innymi prątkami atypowymi, toksoplazmą, ropnym zapaleniem węzłów chłonnych, mononukleozą zakaźną czy tularemią [5, 6].

Przebieg CSD jest zwykle łagodny. *Bartonelle* mogą być również czynnikiem etiologicznym gorączek o nieznanym przyczynie, zapalenia wsierdza, płuc, opon mózgowo-rdzeniowych, naczyniakowatości, zapalenia gałki ocznej [4, 6]. W USA zapadalność na tę chorobę



Ryc.1. Rekonstrukcja 3D uwidacznia powiększone węzły chłonne okolicy rozwidlenia tętnicy szyjnej wspólnej po stronie lewej.

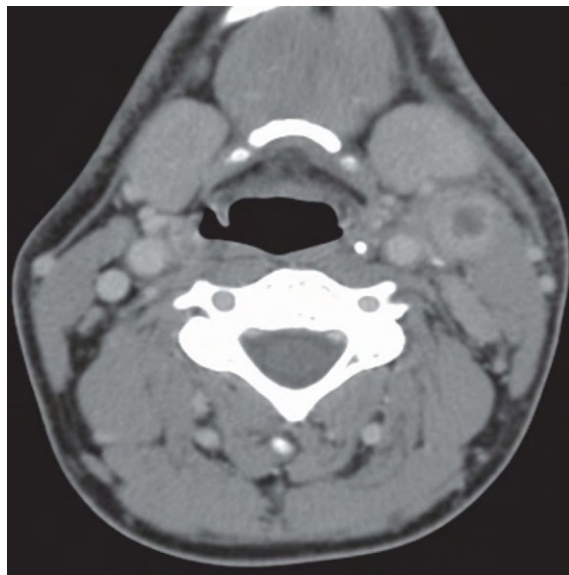


Ryc.2. TK szyi, płaszczyzna poprzeczna, strzałki wskazują konglomerat węzłów chłonnych ulegający niejednorodnemu wzmocnieniu po podaniu środka kontrastowego.

wynosi 1,8–9,3 na 100 tys. ludności [8, 9]. W Polsce choroba ta jest rozpoznawana rzadko. W latach 1998–2001 zapadalność nie przekraczała 0,15 na 100 tys. ludności [10].

Opis przypadku

40-letni pacjent S. Sz. (nr historii choroby 16946/2007) został przyjęty 11.12.2007 na Oddział Otolaryngologii z powodu znacznie powiększonych węzłów chłonnych na szyi po stronie lewej. Pacjent, z zawodu kowal, mieszkający na wsi, dotychczas zdrowy, bez obciążeń, zauważył guz na szyi przed około czterema miesiącami. W listopadzie 2007 r. wykonał prywatnie liczne badania diagnostyczne, w tym TK szyi (ryc.1) – na poziomie chrząstki tarczowej, po stronie lewej, pomiędzy ślinianką i mięśniem mostkowo-obojęczkowo-sutkowym nieprawidłowy obszar o wymiarach ok. 20x17 mm, ulegający niejednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu. Powyżej, za lewym kątem żuchwy, dwa guzki średnicy ok. 19 mm. Obraz odpowiada najpewniej węzłom chłonnym. W badaniu USG szyi poniżej dolnego bieguna lewej ślinianki przyusznej uwidocznił powiększony węzeł chłonny o zaburzonej echostrukturze 30x20 mm. Obraz w USG jest wskazaniem do BACC. Na lewej bocznej powierzchni szyi dość liczne różnie powiększone węzły chłonne o średnicy do 25 mm, ale prawidłowej echogeniczności. W biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej węzła lewej okolicy podżuchwowej pod kontrolą USG stwierdzono liczne komórki limfoidalne, nie znaleziono komórek podejrzanych o proces nowotworowy – obraz cytologiczny odpowiada odczynowemu węzłowi chłonnemu. Po przyjęciu w badaniu palpacyjnym na szyi po stronie lewej w okolicy około 1/2 MOS chęlboczący



Ryc.3. TK szyi, płaszczyzna poprzeczna. Konglomerat węzłów chłonnych okolicy podżuchwowej lewej z widoczną w części centralnej martwicą.

guz, średnicy ok. 3 cm, skóra i tkanka podskórna w tej okolicy zmienione zapalnie. Na całej długości mięśnia MOS po stronie lewej wyczuwalne powiększone, niebolesne węzły chłonne. Pozostałe węzły chłonne, wątroba i śledziona – niepowiększone. Według relacji pacjenta guz stał się bolesny i zaczerwieniony od czasu biopsji. Rozpoznano stan zapalny węzłów chłonnych szyi po stronie lewej wraz z przetoką w miejscu kanału biopsji – zastosowano leczenie – nacięcie i drenaż ropnia szyi, penicylinę krystaliczną i metronidazol *i.v.* przez 10 dni. W posiewach treści ropnej nie wyhodowano ani bakterii tlenowych, ani beztlenowych. Pacjent w stanie ogólnym

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10167742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10167742>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)