

*Grzegorz Madej<sup>1</sup>, Dorota Lisik<sup>1</sup>, Hanna Łabędzka<sup>1</sup>, Krzysztof Simon<sup>2</sup>*

## OSTRA BRUCELOZA – OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

<sup>1</sup> Oddział III Ogólnozakaźny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu

Dyrektor Szpitala: Janusz Jerzak

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odporności Akademii Medycznej we Wrocławiu

W pracy omówiono zachorowanie na ostrą brucelozę obywateli Azerbejdżanu, którzy ulegli zakażeniu po pobycie na terenach endemicznych.

*Słowa kluczowe: brucelozę, B. melitensis, opis przypadku*

*Key words: brucellosis, B. melitensis, case report*

### WSTĘP

Brucelozę jest chorobą odzwierzęcą o złożonym i dość różnorodnym obrazie klinicznym, w którym dominują stany podgorączkowe oraz dolegliwości wielonarządowe. Obecnie, pojedynczo rozpoznawane w Polsce przypadki brucelozę są zachorowaniami importowanymi z tych regionów świata, gdzie schorzenie występuje endemicznie. W niniejszej pracy opisano dwa zachorowania (małżeństwo) na ostrą brucelozę nabytą na terenach endemicznych.

### Opis przypadków

Przypadek I. Mężczyzna D.F., lat 28, obywatel Azerbejdżanu przebywający od wielu lat w Polsce, ale odwiedzający swój kraj pochodzenia, przyjęty został do oddziału w 2003 roku z powodu nawracających od 4 miesięcy stanów gorączkowych, ogólnego osłabienia, dolegliwości bólowych wielostawowych. W badaniu fizykalnym, poza nieznacznie powiększoną wątrobą, nie stwierdzano istotnych odchyłeń od normy. Wobec danych anamnestycznych, w których pacjent potwierdził wcześniejszy kilkumiesięczny pobyt w Azerbejdżanie, gdzie kilkakrotnie spożywał nieprzeżegotowane kozie mleko, wykonano badania serologiczne w kierunku brucelozę: odczyn wiązania dopełniacza oraz odczyn aglutynacji. Uzyskane wyniki badań (odczyn aglutynacji 1:50 (100 jm), odczyn wiązania dopełniacza 1:80) potwierdziły rozpoznanie ostrej brucelozę wywołanej pałeczką *B. melitensis*. W leczeniu zastosowano doksycylinę, którą odstawiono w piątym dniu kuracji ze względu na wystąpienie nasilonej skórnej reakcji alergicznej, a następnie kombinację rifampicy z biseptolem, które to leki pacjent tolerował dobrze. Leczenie kontynuowano przez 6 tygodni uzyskując całkowite ustąpienie dolegliwości i objawów chorobowych oraz obniżenie miana

swoistych przeciwciał przeciwko pałeczkom *Brucella* w kontrolnych badaniach serologicznych po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia.

Przypadek II. Kobieta D.L., lat 26, obywatelka Azerbejdżanu. Według danych z wywiadu, równocześnie z zachorowaniem męża w 2003 roku rozpoznano u chorej ostrą brucelozę. Razem z mężem piła surowe kozie mleko. Z powodu zaawansowanej ciąży – 7 miesiąc, leczenie rifampicyną włączono dopiero po porodzie, jeszcze w Azerbejdżanie. Ciąża przebiegała prawidłowo, a dziecko urodziło się zdrowe. Pacjentka została przyjęta do oddziału w lipcu 2004 roku z powodu utrzymujących się okresowo stanów podgorączkowych oraz dolegliwości bólowych wielostawowych. Wykonane badania serologiczne potwierdziły rozpoznanie ostrej brucelozy (badanie serologiczne metodą ELISA – IgM(+) dodatni 12,7 VE (+ >11,0); IgG(-) ujemny 4,690 VE (+ >11,0)). W leczeniu zastosowano doksycyklinę z biseptolem przez 6 tygodni, uzyskując stopniową normalizację temperatury ciała oraz ustąpienie zgłaszanych wcześniej dolegliwości.

### OMÓWIENIE I WNIOSKI

Brucelozą jest chorobą odzwierzęcą wywołaną przez male, żyjące wewnątrzkomórkowo, pałeczki Gram-ujemne z rodzaju *Brucella*. Obecnie znanych jest 6 gatunków bakterii *Brucella*, z których 4 są patogenne dla człowieka – *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis*, *B. melitensis*. Poszczególne gatunki mają swój charakterystyczny rezerwuuar: *B. melitensis* – zakaża kozy, owce, *B. suis* – trzodę chlewną, *B. abortus* – bydło. W Polsce głównym czynnikiem etiologicznym brucelozy była w przeszłości *Brucella abortus*, wywołująca tzw. chorobę Banga. Najczęściej na świecie występuje gorączka maltańska wywołana przez *Brucella melitensis*. Niektóre regiony są uznawane za obszary szczególnie wysokiego ryzyka zakażenia Są to m.in. basen Morza Śródziemnego (Hiszpania, Francja, Włochy, Grecja, Turcja, północna Afryka), Portugalia, południowa i środkowa Ameryka, Europa Wschodnia, Azja, Afryka, Karaiby, Bliski Wschód.

Do zakażenia człowieka dochodzi drogą pokarmową lub wypicia napojów (najczęściej mleka) zakażonych pałeczkami *Brucella*, drogą wziewną bądź przez uszkodzoną skórę. Najczęściej prowadzi do zakażenia spożywanie pokarmów zakażonych (np. serów lub niepasteryzowanego mleka). Zakażenie drogą wziewną dotyczy głównie osób pracujących w otoczeniu narażonym na aerozole zawierające bakterie, np. pracownicy laboratoriów. Zakażenie przez uszkodzoną skórę stanowi ryzyko dla osób zajmujących się ubojem zwierząt, dla rzeźników lub dla służb weterynaryjnych (1). W Polsce, kraju uznanym za wolny od brucelozy od 1980 roku, notuje się obecnie jedynie pojedyncze przypadki nowych zachorowań na tę chorobę, które są wywołane są gatunkiem *Brucella melitensis* i w zdecydowanej większości są „przypadkami importowanymi” (2-4) (tab. I).

Table I. Zachorowania na brucelozę w latach 1995-2004 według danych PZH  
Table I. Human brucellosis in Poland in 1995-2004 according by PZH data

Rok	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995
Zachorowania ogółem	7	23	32	29	25	45	56	63	58	52
Zachorowania nowe	1	4	2	3	6	3	8	–	6	6

Bruceloza jest chorobą wielonarządową o szerokim spektrum nieswoistych objawów i dolegliwości. Po wniknięciu *Brucella* sp. do organizmu gospodarza, pałeczki namnażają się w węzłach chłonnych, a następnie dochodzi do uogólnienia zakażenia. Najczęściej zajętymi narządami są: wątroba, śledziona i szpik, gdzie tworzą się ziarniniaki mogące być przyczyną przetrwania zakażenia. W fazie ostrej początkowe objawy są zwykle niecharakterystyczne. Występuje m.in. gorączka, wzmożona potliwość, złe samopoczucie, utrata apetytu, bóle głowy, bóle mięśni, bóle okolicy krzyżowej. Faza ostrej choroby trwa zwykle około roku. Wraz z rozwojem choroby mogą pojawić się inne dolegliwości – zapalenie stawów, zapalenie jąder i najądrzy u mężczyzn (5), powiększenie wątroby i śledziony, objawy neurologiczne. W fazie przewlekłej – dłuższej niż 12 miesięcy – dominują w obrazie chorobowym dolegliwości i zmiany stawowe, upośledzenie słuchu, uczucie przewlekłego zmęczenia, utrata masy ciała i zaburzenia psychiczne, głównie o charakterze obniżenia nastroju oraz depresji (6,7). Stosowana w leczeniu antybiotykoterapia ma na celu skrócenie ostrej fazy choroby, ograniczenie dolegliwości oraz zapobieżenie powikłaniom i rozwojowi fazy przewlekłej schorzenia (8-11).

Opisane przez Autorów pracy dwa przypadki brucelozy zostały zaprezentowane w celu przypomnienia o konieczności uwzględniania tej rzadko występującej na terenie Polski jednostki chorobowej, w diagnostyce stanów gorączkowych u osób powracających z terenów endemicznych, szczególnie u tych, które spożywały surowe produkty pochodzenia zwierzęcego.

*G Madej, D Lisik, H Łabędzka, K Simon*

#### ACUTE BRUCELLOSIS – REPORT OF TWO CASES

#### SUMMARY

Brucellosis is a rarely encountered zoonosis in Poland caused by *Brucella* species. Most of cases are imported from endemic areas. We reported 2 cases (married couple) of typical brucellosis in patient returning from Azerbaijan, where both of them drunk non-pasteurized goat milk. The diagnosis was established by serological tests. Brucellosis should be suspected in patients with unexplained fever, especially in travelers to countries where non-pasteurized dairy products are common.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Dziubek Z. Bruceloza. W: Januszkiewicz J., red. Zarys kliniki chorób zakaźnych. Wyd. 2. Warszawa: PZWL 1994;100-101.
2. Czerwiński M. Bruceloza w Polsce w 2003 roku. *Przeegl Epidemiol* 2005;59:323-5.
3. Czerwiński M. Bruceloza w Polsce w 2002 roku. *Przeegl Epidemiol* 2004;58:153-5.
4. Czerwiński M. Bruceloza w Polsce w 2001 roku. *Przeegl Epidemiol* 2003;57:149-51.
5. Elaldi A, Erol O, Agalar C. Brucella epididymoorchitis. *Minerva Urol Nefrol* 2005;57:345.
6. Sauret JM, Vilissova N. Human brucellosis. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:401-6.
7. Namiduru M, Gungor K, Dikensoy O, Baydar I, Ekinci E, Karaoglan I, Bekir NA. Epidemiological, clinical and laboratory features of brucellosis: a prospective evaluation of 120 adult patients. *Int J Clin Pract* 2003;57:20-4.

8. Ariza J, Gudiol F, Pallares R, i in. Treatment of human brucellosis with doxycycline plus rifampicin or doxycycline plus streptomycin. *Ann Intern Med* 1992;117:25-30.
9. Joint FAO/WHO Expert Committee on Brucellosis: sixth report. Geneva: WHO 1986.
10. Solera J, Martinez-Alfaro E, Espinosa A. Recognition and optimum treatment of brucellosis. *Drugs* 1997;53:245-56.
11. Montejo JM, Alberola I, Glez-Zarate P, i in. Open, randomized therapeutic trial of six antimicrobial regimens in the treatment of human brucellosis. *Clin Infect Dis* 1993;16:671-6.

Otrzymano: 3.04.2006 r.

**Adres autora:**

lek. med. Grzegorz Madej  
Oddział III Ogólnozakaźny – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5  
tel. (071) 326 13 25, wew. 231  
e-mail: gmadej@mp.pl