

Obraz kliniczny toksokarozy u dzieci

STRESZCZENIE

Co roku na świecie notuje się coraz więcej zachorowań na toksokarozę. Sprzyja temu zwiększająca się liczba zwierząt (psów, kotów) w środowisku człowieka oraz lekceważenie podstawowych zasadach higieny i profilaktyki. Toksokaroza ma różny przebieg, często najpierw jest rozpoznawana jako astma oskrzelowa lub alergja. W niniejszej pracy przedstawiono rodzinne występowanie zachorowania na toksokarozę. Starano się w niej zwrócić uwagę lekarza pierwszego kontaktu na problemy związane z prawidłowym rozpoznaniem choroby.

Toksokaroza jest chorobą pasożytniczą wywołaną przez larwy pospolitej glisty psiej lub kociej (*Toxocara canis* lub *Toxocara cati*). Do zakażenia dochodzi w wyniku poknięcia inwazyjnych jaj. Należy nadmienić, że człowiek nie jest żywicielem, a jaja tych nicieni występują tylko w kale psów i kotów lub w zanieczyszczonej glebie. U psów może dojść do zakażenia szczeniąt przez łożysko ciężarnej suki lub drogą laktogenną. Do zakażenia zwierząt formami inwazyjnymi pasożytów dochodzi na przykład przez spożycie żywicieli paratencicznych (np. gryzoni). W organizmie tych ostatnich nicienie nie rozwijają się do postaci dojrzałej. U człowieka larwy poprzez krew dostają się do wątroby, gdzie ulegają zatrzymaniu lub osadzają się w innych narządach wewnętrznych (płuca, mózg, gałka oczna, mięsień sercowy, mięśnie szkieletowe).

U człowieka zakażenie może przebiegać bezobjawowo lub w postaci uogólnionej (zespół larwy wędrującej trzewnej), ocznej (larwa wędrująca oczna) lub mózgowej. O tym, czy przebieg choroby będzie skąpoobjawowy czy burzliwy, decydują głównie reakcje immunologiczne zachodzące między organizmem człowieka i pasożyta.

W pracy opisano przypadek rodzinnego występowania toksokarozy, aby podkreślić problem tego schorzenia, a także przedstawić trudności w jego rozpoznaniu.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 6, 465–467

słowa kluczowe: toksokaroza, eozynofilia, choroby pasożytnicze

OPIS PRZYPADKU

Do lekarza zgłosiła się matka z 4-letnim chłopcem, który skarżył się na trwający od kilku tygodni ból brzucha. Bóle brzucha były niezlokalizowane i niezależne od pory dnia i posiłku. Nie

towarzyszyły im inne objawy (wymioty, biegunka, wzdęcia). Według rodziców apetyt chłopca był dobry — jadł z chęcią wszystkie posiłki.

Dziecko pochodziło z ciąży IV, porodu IV, o czasie, urodzeniowa masa ciała wynosiła

Wanda Komorowska-Szczepańska¹,
Zofia Babińska¹, Janina
Aleszewicz-Baranowska²

¹Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersyteckiego Centrum Kardiologii
Akademii Medycznej w Gdańsku

²Klinika Kardiologii Dziecięcej
i Wad Wrodzonych Serca
Akademii Medycznej w Gdańsku

Adres do korespondencji:

dr med. Wanda Komorowska-Szczepańska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej w Gdańsku
ul. Dębinki 2, 80–211 Gdańsk
tel. 0604 772 964 lub (0 58) 349 15 75
faks (0 58) 349 15 76
e-mail: kmr@amg.gda.pl

Copyright © 2008 Via Medica
ISSN 1897–3590



W chorobie dochodzi do podwyższenia stężenia immunoglobulin klasy IgG, IgM oraz IgE, a także eozynofilii



Pacjenci często zgłaszają się do poradni alergologiczno-pulmonologicznych z rozpoznaniem astmy oskrzelowej czy wysypki alergicznej

3420 gramów, było karmione naturalnie do 10 miesiąca życia. Do tej pory chłopiec przeżył tylko dwa razy zapalenie gardła i migdałków. W wywiadzie nie odnotowano występowania chorób przewlekłych (w tym alergii) u badanego dziecka ani w jego rodzinie.

Chłopiec mieszka na wsi, a rodzice prowadzą gospodarstwo rolne. Pacjent na co dzień ma kontakt ze zwierzętami, w tym z psami i ich szczeniętami. Chłopiec i jego rodzeństwo chętnie przebywają w siedlisku tych zwierząt.

W dniu zgłoszenia stan ogólny pacjenta był dobry, a w badaniu przedmiotowym badane były tylko węzły chłonne szyjne — wielkości ziarna pieprzu, niebolesne, przesuwalne względem podłoża, nie tworzące pakietów. Nie odnotowano spadku masy ciała, a chłopiec ważył 16 kilogramów.

W badaniach dodatkowych stwierdzono hipereozynofilię krwi obwodowej wielkości 26%. Wykładniki stanu zapalnego i OB były prawidłowe. Nie stwierdzono niedokrwistości ani hipergammaglobulinemii, a stężenie bilirubiny i enzymów wątrobowych było prawidłowe. W badaniu koproskopowym nie stwierdzono obecności jaj pasożytów ani pasożytów. Nie obserwowano zwiększenia stężenia przeciwciał przeciwko nicieniom z rodzaju *Ascaris*. Wykonane badania w kierunku cytomegalii i toksoplazmozy wykluczyły te zakażenia. Również poziom IgE był prawidłowy.

Wynik badania radiologicznego klatki piersiowej był prawidłowy.

Badanie USG jamy brzusznej nie wykazało powiększenia węzłów chłonnych krezkowych, wątroba i trzustka oraz nerki były prawidłowe. Badanie USG węzłów chłonnych wykazało niewielkie powiększenie węzłów chłonnych szyjnych, które nie budziły podejrzenia w kierunku przyczyn onkologicznych.

W drugim tygodniu diagnostyki matka podała, że chłopiec zjada ziemię z otoczenia domu, a nawet z doniczek z kwiatami. W związku z tym skierowano chłopca na ba-

dania w kierunku zarażenia larwą glisty psiej do Akademickiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni. Wcześniej wykonano badanie okulistyczne, które wykluczyło zespół larwy ocznej wędrującej.

Badania serologiczne wykonano testem immunoenzymatycznym (ELISA), za pomocą którego oznaczono przeciwciała przeciwko *Toxocara canis* w klasie IgG. Uzyskano wynik pozytywny świadczący o zakażeniu larwą nicienia z rodzaju *Toxocara*.

Chłopca poddano leczeniu lekami przeciw pasożytniczymi przez 28 dni.

Obecnie pacjent nie zgłasza żadnych dolegliwości, a rodzina przestrzega zasad higieny.

OMÓWIENIE

Toksokaroza należy do chorób o mało charakterystycznych objawach. Należy o niej pamiętać, a w wywiadzie zwrócić uwagę na następujące objawy: spaczone łaknienie (często obserwuje się jedzenie ziemi przez dzieci — geofagia), brak łaknienia, biegunki i wymioty, bóle brzucha, nawracające gorączki o niewyjaśnionej do tej pory etiologii, przewlekły katar i kaszel, różnego typu wysypki skórne, powiększone węzły chłonne oraz hepatosplenomegalia. Według literatury w chorobie dochodzi do podwyższenia stężenia immunoglobulin klasy IgG, IgM oraz IgE, a także eozynofilii [1–3]. W związku z tym pacjenci często zgłaszają się do poradni alergologiczno-pulmonologicznych z rozpoznaniem astmy oskrzelowej czy wysypki alergicznej. Według Wlazłowskiego i Loba-Jakubowskiej [1] w niektórych przypadkach astmy oskrzelowej należy przeprowadzić diagnostykę parazytologiczną, gdyż włączenie właściwego leczenia przeciw pasożytniczego może znacząco wpłynąć na przebieg astmy oskrzelowej.

W badaniach laboratoryjnych szczególną uwagę zwraca podwyższona liczba granulocytów kwasochłonnych (czasami liczba ta wynosi 50% wszystkich krążących leukocytów)

oraz leukocytów, a także zwiększone stężenie immunoglobulin IgE (co jest wynikiem pobudzenia limfocytów Th2) [1, 4].

Badaniem potwierdzającym rozpoznanie jest badanie serologiczne w kierunku zakażenia *Toxocara canis* (*Toxocara cati*) za pomocą odczynu immunoenzymatycznego ELISA [3, 5].

Terapia polega na podawaniu leków przeciwpasożytniczych, takich jak dietylkarbamazyna, fluoromebendazol, tiabendazol, mebendazol, lewamizol czy albendazol. Czas trwania kuracji waha się od 7 do 28 dni. Leczenie toksokarozy jest bardzo trudne, czasami kurację należy powtarzać, ponieważ stosowane leki przeciwpasożytni-

cze z trudem przedostają się do otorbionych larw [1, 5].

Należy pamiętać, że oprócz stosowania leków konieczne jest przestrzeganie podstawowych zasad higieny, takich jak mycie rąk, szczególnie po kontaktach ze zwierzętami. Ważne jest również uniemożliwienie psom dostępu do miejsc zabaw dzieci (np. piaskownic) i systematycznie odrobaczanie zwierząt (szczególnie szczeniąt). Należy również zadbać o zmniejszenie liczby bezdomnych psów i kotów. Jest to szczególnie ważne, ponieważ liczba tych zwierząt żyjących wśród ludzi zwiększa się, sprzyjając zakażeniu środowiska ludzkiego.



Badaniem potwierdzającym rozpoznanie jest badanie serologiczne w kierunku zakażenia *Toxocara canis* (*Toxocara cati*) za pomocą odczynu immunoenzymatycznego ELISA

PIŚMIENNICTWO

1. Wlazłowski J., Loba-Jakubowska E. Toksokaroza związana z początkiem astmy oskrzelowej u 2-letniego chłopca. *Alergia Astma Immunologia*, 2003; 8 (2): 103–105.
2. Stańczyk A., Wlazłowski J., Kardas-Sobantka D. i wsp. Częstość występowania przeciwciał przeciw *Toxocara canis* (*catis*) wśród dzieci z chorobami atopowymi. *Alergia Astma Immunologia* 1999; 4 (4): 251–254.
3. Płonka W. Toksokaroza. W: Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A. (red.). *Choroby zakaźne i pasożytnicze — epidemiologia i profilaktyka*. Bielsko-Biała, α -medica press 2004.
4. L.N. Rasmussen, M. Dirdal, N.H. Birkebaek. „Covert toxocariasis” in a child with low-dose diethylcarbamazine. *Acta Paediatr.* 1993; 82: 116–118.
5. Marczyńska M. Przebieg kliniczny i leczenie toksokarozy u dzieci. *Polski Merkuriusz Lekarski* 1996; 1: 377–378.