

Kazuistyka

Gruźlica języka u chorego na rozsianą gruźlicę płuc**Tuberculosis of tongue in patient with disseminated pulmonary tuberculosis.**

Agata Michalak, Grzegorz Wojtas, Irena Kidawa, Katarzyna Tylżanowska-Nitek

Z V Oddziału Chorób Płuc Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku,
Ordynator: dr med. G. Wojtas.

Summary: A 51-year-old man, heavy cigarette smoker, a homeless alcoholic, with disseminated lesions in lungs and with ulceration and infiltration of the tongue is presented. Treatment with antibiotics was ineffective. He was admitted to the otolaryngological department because of suspicion of the tongue cancer. The histological examination of the tongue biopsy revealed tuberculous granuloma. In the pneumonological department, on admission the patient was cachectic, with massive oedema and ulceration of the tongue, and enlargement of the cervical lymph nodes. He was fed through the gastric tube. He had severe pain of the tongue demanding treatment with opiatics analgetics. Chest x-ray revealed disseminated lesions in lungs. Antituberculous therapy was administered because of suspicion of tuberculosis of the tongue and lungs. During the treatment clinical improvement was observed. Tubercule bacilli were grown in the sputum culture after 6 weeks of observation. After 8 weeks of antituberculous therapy regression of lung lesions and healing of the tongue were observed. The patient continued treatment for 6 months in the Lung Disease Outpatient Clinic.

Pneumonol. Alergol. Pol. 2004, 72, 28-31**Key words:** extrapulmonary tuberculosis, tuberculosis of the tongue**Wstęp**

Według raportów WHO na świecie notuje się rocznie ok. 8 mln. nowych przypadków zachorowań oraz 2,9 mln zgonów z powodu gruźlicy (17).

W ubiegłym roku zarejestrowano w Polsce 10 475 nowych zachorowań na gruźlicę, w tym 1037 przypadków dotyczyło gruźlicy pozapłucnej. Zmiany w klasyfikacji postaci gruźlicy tzn. wyróżnienie gruźliczego zapalenia opłucnej jako postaci pozapłucnej spowodowały wzrost odsetka zarejestrowanej gruźlicy pozapłucnej z 4,6% do 9,9% (6). Wydaje się, iż niski w porównaniu do innych krajów odsetek rozpoznawanej gruźlicy pozapłucnej wskazuje na nierozpoznawanie i nierejestrowanie tej postaci gruźlicy co pośrednio może świadczyć o dużych trudnościach diagnostycznych. W innych krajach np. USA odsetek gruźlicy pozapłucnej wynosi ok. 20%, a w Hong-Kongu 22,3% (13,17).

Wzrost zainteresowania gruźlicą pozapłucną, tak epidemiologów jak i klinicystów w ostatnich latach wynika ze szczególnych zmian epidemiologicznych dotyczących gruźlicy. Epidemia HIV, wzrost ubóstwa, wydłużenie wieku życia, ruchy migracyjne przyczyniły się do wzrostu zachorowań na gruźlicę, zarówno w krajach uprzemysłowionych jak i rozwijających się. Paradoksalnie, postęp w leczeniu niektórych chorób np. leczenie immunosupresyjne po przeszczepach narządów lub chemioterapia

nowotworowa sprzyjają zachorowaniu na gruźlicę pozapłucną (8,12,14,17,20).

Opis przypadku

51 letni bezdomny mężczyzna, palacz tytoniu, okresowo nadużywający alkoholu został skierowany do tutejszego oddziału z rozpoznaniem gruźlicy języka i płuc. Początek zachorowania chory wiąże z epizodem przygryzienia języka, który miał miejsce w końcu października 2002. Po tym fakcie pojawił się obrzęk języka, narastała bolesność, wystąpiło płytkie owrzodzenie. Zgłosił się do lekarza, który stwierdził obrzęk okolicy lewego policzka i powierzchowną twardą ranę języka po stronie lewej. Pomimo leczenia antybiotykami /dalacyna, amoksycylina z kwasem klawulanowym/ przez około 5 tygodni obrzęk języka narastał, nasilały się bóle, pojawiły się powiększone węzły chłonne w ok. podżuchwowej lewej początkowo pojedyncze a następnie w pakietach, chory okresowo gorączkował do 38°C. Po epizodzie omdlenia w połowie stycznia 2003 r. – chory został skierowany do oddziału laryngologicznego szpitala rejonowego z podejrzeniem procesu rozrostowego. Po pobraniu wycinków z języka, w badaniu histopatologicznym stwierdzono nacieki zapalne z obecnością ziarniniaków gruźliczopodobnych. Badaniem rtg klatki piersiowej

wykryto zmiany rozsiane mogące odpowiadać gruźlicy. Rozpoznano gruźlicę języka i płuc. Przy przyjęciu do oddziału płucnego chory był w stanie ogólnym ciężkim, był wyniszczony /stracił 15 kg masy ciała w ciągu 5 miesięcy/, gorączkował okresowo do 40°C, miał założoną sondę do żołądka z powodu trudności w przyjmowaniu pokarmów. Badaniem przedmiotowym stwierdzono: powiększone i bolesne węzły chłonne szyi. Język był masywnie powiększony / co uniemożliwiało zamknięcie ust/, bolesny uciskowo, podsychający, pokryty białawym nalotem, o nierównej, gruzelkowatej powierzchni, z płytkimi owrzodzeniami na koniuszku, brzegach i częściowo dolnej powierzchni /Fot.1/. Nad płucami słyszalny był szmer pęcherzykowy prawidłowy, odgłos opukowy jawny. Czynność serca była miarowa 74/min, RR 110/70 mmHg. Brzuch był miękki, niebolesny uciskowo, bez wyczuwalnych oporów patologicznych. W badaniu morfologicznym krwi stwierdzono niewielkiego stopnia niedokrwistość makrocytarną. Zdjęcie rtg klatki piersiowej wykazało – w obu polach płucnych rozsiane drobno i średnioplamiste, miejscami zlewające się zagęszczenia, drobne zwapnienie rzutujące się na VI żebro od przodu po stronie lewej.

W badaniu bezpośrednim płwociny nie stwierdzono prątków kwasoopornych.

W końcu stycznia 2003 r. włączono leczenie przeciwaprątkowe: Rifamazyd- 0,6; streptomycynę – 1,0; pirazynamid – 1,5. Gorączka ustąpiła po 2 tygodniach leczenia, ale jeszcze przez około 7 tygodni utrzymywały się stany podgorączkowe. Z powodu silnych bólów języka uniemożliwiających przyjmowanie pokarmów chory przez 4 tygodnie odżywiany był przez sondę do żołądka, wymagał również podawania silnych leków przeciwbólowych w tym opiatów przez 6 tygodni.

W posiewach płwociny po 6 tygodniach wyhodowano prątki kwasooporne, o pełnej lekowrażliwości na stosowane leki. Wynik testu niacynowego był dodatni. Po 8 tygodniach leczenia w kontrolnym rtg kłp obserwowano wyraźną poprawę: częściowa regresja zmian miększych w obu płucach. Zmiany na języku goiły się dość dobrze, jednak z pozostawieniem blizn i zniekształceń, owrzodzenie ustąpiło całkowicie po 8 tygodniach leczenia /Fot.2/. Hospitalizowany w oddziale przez 9 tygodni, wypisany z poprawą i zaleceniem kontynuacji leczenia w Poradni Przeciwgruźliczej. Leczenie przeciwaprątkowe kontynuowano do 8 miesięcy, zmiany w płucach uległy całkowitej regresji. Po zakończeniu leczenia chory nadal pozostaje pod opieką Poradni Przeciwgruźliczej.

Omówienie

Opisany przypadek gruźlicy języka stanowił duży problem diagnostyczny z powodu rzadkiej lokalizacji. O rozpoznaniu przesądził wynik badania histopatologicznego wykonanego po blisko 3 miesiącach trwania choroby, którego obraz był bardzo sugestywny w kierunku gruźlicy. Gruźlica w obrębie jamy ustnej dotyczy mniej niż 1% pacjentów chorych na gruźlicę. Zajęcie języka jest najczęstszą lokalizacją zmian w jamie ustnej i spotykane jest u ok. 0,25- 0,5% ogółu chorych na gruźlicę płuc. Rzadziej choroba dotyczy zębodołów, dziąseł, podniebienia miękkiego czy też dna jamy ustnej i policzków (2,4,9,15,16,19,21,22).

Według niektórych autorów (22) odsetek przypadków gruźlicy języka wśród chorych na gruźlicę płuc może być znacznie wyższy i sięgać nawet kilkunastu procent- Katz stwierdził makroskopowo i mikroskopowo gruźlicze zmiany w języku w 28 przypadkach na 141 badań sekcyjnych, co stanowiło blisko 20%. Gruźlica języka znacznie częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet /od 1:4 do 1:23/, częściej u osób rasy białej niż czarnej. Zajęcie języka obserwuje się najczęściej u chorych w wieku pomiędzy 20 a 50 r.ż., rzadziej występuje u młodszych osób (12,19). Nasz chory miał 51 lat. Gruźlica o pierwotnej lokalizacji w języku jest opisywana wyjątkowo, przeważnie zmiany mają charakter wtórny do zmian w płucach.

Krytycznie należy więc odnosić się do izolowanej postaci gruźlicy języka (4,12,15,16, 18,19,21,22). U naszego chorego obraz radiologiczny płuc wykazywał zmiany odpowiadające zmianom gruźliczym.

Do zakażenia może dochodzić poprzez bezpośrednie wnikanie do błony śluzowej prątków obecnych w ślinie lub rzadziej drogą limfatyczną czy krwionośną. Zagnieżdżeniu prątków sprzyja mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej jamy ustnej, przewlekłe stany zapalne, zły stan higieniczny jamy ustnej, paradontoza, ekstrakcja zębów, leukoplakia, palenie tytoniu czy alkoholizm (10, 21, 22). Pomimo stałego kontaktu z zakażoną płwociną tylko w nielicznych przypadkach, dochodzi do zakażenia, na co wpływ mają zapewne takie czynniki jak: grubość błony śluzowej języka, duża odporność tkanki mięśniowej na zakażenie, oczyszczające działanie śliny, stała ruchomość języka (12,19).

Najczęściej bo w ok. 70% zmiany gruźlicze języka przyjmują postać owrzodzenia i ograniczonego nacieku. Inne zmiany to: szczelina, ropień zimny, nadżerka, naciek płaski, zmiany prosowate -umiejscowione pod błoną śluzową, w głębszych

warstwach języka tzw. gruzelki prosowate. Zmiany lokalizują się zwykle na koniuszku i brzegach, rzadziej na grzbiecie i dolnej powierzchni języka. Owrzodzenia mogą być pojedyncze lub mnogie, mogą zlewać się ze sobą, mogą być owalne lub tasmowate, o brzegach gładkich lub nieregularnych, pokryte szarawym nalotem niekiedy żywoczerwone (3,4,9,10,15,16,19,21).

Okoliczne węzły chłonne zazwyczaj są powiększone i bolesne.

Początkowo gruźlica języka powoduje skąpe dolegliwości, pojawia się niewielki ból w miejscu owrzodzenia, później ból staje się dominującym objawem, może on promieniować do ucha. Ból może być tak silny, że chory nie może jeść a cierpienie łagodzą silne leki p/bólowe. Inne objawy to: przykry zapach z ust, zaburzenia mowy z powodu upośledzonej ruchomości języka, utrudnienie żucia i przełykania, niekiedy obfity ślinotok. W przypadku rozległych zmian wrzodzących obrzęk języka bywa tak znaczny, że uniemożliwia zamknięcie ust (2,4, 5,10, 12,15, 16,18,19,21,22). Miało to miejsce u naszego chorego.

Rozwój gruźlicy języka jest zazwyczaj powolny, może trwać od kilku miesięcy nawet do kilku lat (18,22).

Rozpoznanie gruźlicy języka jest łatwiejsze w przypadku współistnienia zmian płucnych. Zawsze o rozpoznaniu rozstrzyga badanie plwociny w kierunku prątków. W opinii niektórych autorów przydatność nowoczesnych metod diagnostycznych tj. PCR w diagnostyce gruźlicy pozapłucnej jest znikoma (7).

Piśmiennictwo

1. American Thoracic Society Documents, Extrapulmonary Tuberculosis, Am. J. Resp. Crit. Care Med. 2003, 167, 646-649.
2. Bruzgielewicz A. i wsp.: Gruźlica głowy i szyi- problem wciąż aktualny. Otolaryngol. Pol, 1995, 49, 566- 573.
3. Cawson R.A.: Tuberculosis of the mouth and throat. Brit. J. Dis. Chest., 1960, 54, 40- 53.
4. Czarkowska B., Sonnenberg Z., Kraska A.: Dwa przypadki gruźlicy języka; Probl. Lek., 1987, 26, 1, 49- 52
5. Garnuszewski Z.: Przypadek gruźlicy języka leczony streptomycyną. Gruźlica, 1949,17, 306- 308
6. Gruźlica i Choroby układu oddechowego w Polsce w 2002 roku., red. Szczuka I., Inst. Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa, 2003.
7. Honore- Bouakline S. i wsp.: Rapid diagnosis of extrapulmonary tuberculosis by PCR: Impact of sample preparation and DNA extraction, J. Clin. Microbiol., 2003, 41, 2323- 2329
8. Iseman M.D.: Extrapulmonary tuberculosis in adults w: A Clinician's Guide to Tuberculosis, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000, 145- 197
9. Janczewski G.: Gruźlica jamy ustnej w: Gruźlica /red. Krakówka P., Rowińska-Zakrzewska. E./ PZWL,Warszawa, 1988, 207-208.
10. Jenney F.S. i wsp.: Tuberculosis of the tongue, Dis. Chest., 1954, 26, 361-365
11. Kim G. H.: Esophageal tuberculosis manifesting as submucosal abscess, AJR, 2003,180, 1482
12. Mignogna F., Garay K.F., Spiegel R.:Tuberculosis of head neck and oral cavity w: Rom W.N & Garay S.: Tuberculosis; Little, Brown, Boston,1996, 567- 575
13. Noertjojo K. i wsp.: Extra- pulmonary and pulmonary tuberculosis in Hong Kong, Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2002, 6, 879- 886
14. Özbay B., Uzun K.: Extrapulmonary tuberculosis in high prevalence of tuberculosis and low prevalence of HIV, Clin. Chest Med., 2002, 23, 351- 354
15. Panek B., Chyczewska E., Mróz M.R.: Gruźlica języka. Pneumonol. Alergol. Pol, 1999,67, 477-479
16. Remiszewski P., Wąsowska H., Burakowska B.: Gruźlica języka- opis przypadku. Pneumonol. Alergol. Pol., 1994, 62, 295-298.

17. Raviglione M.C.: The TB epidemic from 1992 to 2002, *Tuberculosis*, 2003, 83, 4- 14
18. Shamaskin A. i wsp.: Tuberculous ulcers of the tongue. *Am Rev Tuberc.*, 1947,56, 419- 420
19. Sosnowski K.: Gruźlica języka. *Pol. Tyg. Lek.*, 1954, 17, 526- 530
20. Talavera W i wsp.: Extrapulmonary tuberculosis; w : *Tuberculosis- Current Concepts and Treatment*, Friedman L.N. ed., CRC Press, Boca- Raton, 2001, 139-190.
21. Ucińska R., Siemińska A., Słomiński J.M.: Gruźlica języka , *Case Rep. Clin. Pract. Rev.*, 2002; 3: 113-116
22. Yungco J.Ch.: Tuberculosis of the tongue in patients with pulmonary tuberculosis. *Dis. Chest*,1963,44, 638- 641

Wpłynęła: 30.09.03 r.

Adres: Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy; Oddz. 5
05-400 Otwock, ul. Narutowicza 80.

Fot. 1. Język wyraźnie powiększony z owrzodzeniami.
Fot.1. Enlarged tongue with ulceration.

Fot. 2. Stan po 8 tygodniach leczenia p/prątkowego. na języku widoczne blizny po owrzodzeniach.
Fot.2. State after 8-week antituberculous treatment: Scars on the tongue.