

MYCOBACTERIUM KANSASII W OKRĘGU KARWIŃSKIM

Bohumir Medek, Milan Kubin

Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc w Karwinie
Kierownik dr B. Medek
Instytut Higieny i Epidemiologii w Pradze
Kierownik: prof. dr F. Janda

Czechosłowacja była jednym z pierwszych krajów, w których już w r. 1955 doniesiono o występowaniu schorzeń wywołanych przez atypowe mykobakterie, później nazwane *Mycobacterium kansasii*. W następnych latach stwierdzano je sporadycznie w ok. 1⁰/₁₀₀ przypadków nowo wykrytej gruźlicy płuc, bez wyraźnego geograficznego zróżnicowania.

W okręgu karwińskim w latach 1968—1970 stwierdzono 18 przypadków gruźlicy płuc wywołanej przez *M. kansasii* (u 17 mężczyzn i 1 kobiety, średni wiek 40,1 lat). Przypadki te stanowiły 8,5⁰/₁₀₀ wszystkich nowo wykrytych przypadków gruźlicy narządów oddechowych wydalających prątki (u mężczyzn 10,3⁰/₁₀₀).

W większości przypadków początek choroby był prawie bezobjawowy. W 13 przypadkach schorzenie wykryto przypadkowo przy okresowych badaniach radiograficznych; w 1 przypadku w czasie hospitalizacji; 4 chorzy zgłosili się do szpitala z powodu gorączki, kaszlu odpluwania i trudności w oddychaniu; u jednego chorego wystąpiło krwioplucie. Obraz chorobowy charakteryzowały cienkościenne przejaśnienia u 15 chorych przeważały zmiany smugowate, a tylko u 3, przyjętych do szpitala z powodu stwierdzonych objawów chorobowych, większe nacieczenia okołogniskowe. Wszystkie zmiany stwierdzono w górnych polach płucnych, w górnych tylnych segmentach. Gruczoły wętkowe wykazywały zmiany odczynowe. Stwierdzone zmiany nie różniły się ani klinicznie ani radiologicznie od zmian gruźliczych i chorzy byli więc początkowo leczeni z rozpoznaniem gruźlicy zwykle trzema klasycznymi lekami. W większości przypadków obserwowano regresję ubytków pasmowatych i zmniejszenie się ubytków cienkościennych. Zmiany pylicze (w 2 przypadkach) i stabilizowane nie wykazywały żadnych zmian w obrazie radiologicznym. Przebieg choroby był przeważnie pomyślny, przypuszczalnie dlatego, że leczenie rozpoczęto we wczesnym okresie. U chorych z bardziej rozległymi zmianami, z naciekiem o wymiarach przewyższają-

cych dwie przestrzenie międzyżebrowe, regresja i poprawa ogólnego stanu była powolna, (dopiero po 6 miesiącach). Dwóch chorych leczono chirurgicznie: u jednego — z powodu powolnej poprawy i niezdyscyplinowania, a u drugiego — z powodu recydywy po 8 miesiącach.

Badania laboratoryjne nie wykazywały odchyień, poza przyspieszeniem OB u 4 chorych, radiologicznie stwierdzono większy odczyn zapalny cienkościennych przejaśnień.

Odczyny tuberkulinowe (Mantoux II, z jednym wyjątkiem) były wybitnie dodatnie (średnica 13—30 mm).

Wyhodowane szczepy były przeważnie wrażliwe na leki pierwszego rzędu; w 1 przypadku stwierdzono oporność na INH, i w 9 przypadkach — na INH i PAS. Jeden szczep był oporny na SM, INH i PAS, i 1 szczep ponadto — na viomycynę. Pod wpływem leczenia przeciwprątkowego występowało dość szybko odprątkowanie wszystkich chorych. Po leczeniu szpitalnym trwającym 3—7 miesięcy chorzy byli dalej leczeni ambulatoryjnie według zwykłych zasad leczenia gruźlicy wywołanej przez prątki ludzkie.

U 2 pacjentów po rocznej obserwacji wystąpiły recydywy. Jeden z nich 65-letni hutnik — rencista z obustronnymi zmianami w szczytach płucnych był leczony w naszym oddziale w 1969 r. W 1970 r. stwierdzono powtórnie wydalanie *M. kansasii*, mimo że chory nie odczuwał żadnych dolegliwości a rentgenogramy nie wykazywały żadnych zmian w porównaniu ze stanem poprzednim. Drugi pacjent — górnik, lat 30, był leczony w naszym szpitalu od października 1970 r. do marca 1971 r. Osiem miesięcy po wypisaniu nastąpiła recydywa, ponownie stwierdzono wydalanie *M. kansasii*, a badanie radiologiczne wykazało postępujące zmiany; ogólny stan chorego był zły. Chorego operowano. Poniżej podajemy bliższe szczegóły przebiegu choroby.

Chory pracował od 1963 r. jako górnik. Zmiany w płucach wykryto w czasie masowych badań radiofotograficznych w październiku 1970 r. i chorego natychmiast umieszczono w szpitalu. Przy przyjęciu stwierdzono radiologicznie cienkościenny ubytek średnicy 1 cm wśród zmian smugowatych w prawy górny polu płucnym. Badanie fizykalne i laboratoryjne nie wykazały żadnych odchyień chorobowych. Odczyn tuberkulinowy (Mantoux II) był dodatni, o średnicy 18 mm. Z plwociny chorego wyhodowano dwukrotnie *M. kansasii*; wszystkie dalsze posiewy były ujemne. Przeprowadzono leczenie lekami pierwszego rzędu i po 6 miesiącach chorego wypisano ze szpitala. W tym czasie nie miał on żadnych dolegliwości, a obraz radiologiczny wykazywał jedynie zmiany smugowate, oraz cienkościenne przejaśnienia, które zmniejszyło się do średnicy 3 mm. We wrześniu górnik wrócił do lżejszej pracy. Pozostawał on pod opieką lekarską, był jednak bardzo niezdyscyplinowany, prowadził niewłaściwy tryb życia (alkoholizm, nikotyna).

W listopadzie 1971 r. z plwociny górnika ponownie wyhodowano *M. kansasii* a radiologicznie wykryto progresję zmian. Stwierdzono podwyższoną temperaturę, kaszel, odpluwanie i ogólne słabienie. W lewym szczytce płucnym zauważono owalne przejaśnienie o wymiarach 2×1 cm z rąbką szerokości 5 mm. W otoczeniu nie było rozsianych ognisk, ale rysunek płuc był wzmożony w kierunku wężki. Po

przygotowaniu chemioterapią, w lutym 1972 r. chorego operowano. Wykonano resekcję szczytowego i grzbietowego segmentu prawego górnego płatu. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W wyciętej tkance płucnej stwierdzono nacieczenie 3×2 cm w segmencie grzbietowym ze zgrubieniem otaczającej opłucnej. Na przekroju wykryto nieregularną kawernę wypełnioną szarymi masami, które pobrano do badania bakteriologicznego. W 24 próbach wykryto *M. kansasii*, odporne na leki I i II rzędu, wrażliwe na rifampicynę i etambutol. Histologiczne zmiany przedstawiały się jako gruźlicze. W otaczającej tkance była zaawansowana pylica węglowa ze zwłóknieniem tkanki łącznej i epitelizacją przetrwałych pęcherzyków. Pacjenta poddano rehabilitacji w szpitalu, a obecnie pozostaje on w leczeniu domowym i ambulatoryjnym. Nie stwierdza się u niego żadnych zmian swoistych w płucach.

Pylica płuc jest uważana za czynnik sprzyjający osiedleniu „oportunistycznych” mykobakterii w płucach. U obu chorych wykryto rozległą pylicę węglową ze zwłóknieniem w otoczeniu ogniska. Radiologicznie stwierdzono pylicę również u 6 innych chorych.

Nie znamy dróg szerzenia występujących na naszym terenie mykobakterii, postępowanie w tym przypadku ogranicza się więc do możliwie wczesnego rozpoznania, zwłaszcza u osób zawodowo narażonych na pył. Poza tym ważne jest właściwe bakteriologiczne rozpoznanie etiologiczne. Postępowanie powinno mieć na celu zlikwidowanie tej choroby, jak również zwalczenie pylicy płuc jako czynnika zmniejszającego odporność tkanek i sprzyjającego osiedleniu się oportunistycznych mykobakterii.

LITERATURA

1. Fischer D. A., Lester W., Schaefer W. B.: Amer. Rev. Resp. Dis. 1968, 98, 29—34
2. Gernez-Rieux, CH., Tacquet A., Deulder B., Debruyne J.: Paris, Masson Cie 1970
3. Jenkins P. A., Marks J.: Tubercle 1971, 52, 60—66
4. Kubin M., Ostrý P., Krumpl J., Suchanová M., Prošek A., Přeborovský F., Salzmann J.: Rozhl. Tuberk. 1959, 19, 337—349
5. Kubin M.: Atypická mykobakteria. Praha, SZdN 1967
6. Ostrý P., Kubin M., Procházka J., Kruml J., Freslová A.: Rozhl. Tuberk. 1956, 16, 233—239
7. Reinhold L.: Z. Tuberk. 1967, 127, 65—69
8. Tacquet A., Devulder B., Tison F.: Z. Tuberk. 1967, 127, 93—99
9. Tsai S. H., Wen Yao Yue, Duthoy E. J.: Radiology 1968, 90, 306—310

B. Medek, M. Kubin

MYCOBACTERIUM KANSASII FOUND IN KARWINA DISTRICT

Summary

A total of 18 cases of lung disease caused by *Mycobacterium kansasii* (17 in males, one in a female, mean age 40.1 years) was found in the district of Karvina, North Moravian Region during the 1968—1970 period. These cases make up about

8,5% of fall newly notified cases of bacillary pulmonary *tuberculosis* detected during the period under review, for males the proportion is 10,3%.

The course of the disease in a majority of cases was without symptoms, in 13 of them the disease was detected by the periodic photofluorographic survey. Only five patients had subjective complaints. The radiological appearance was characterized by the presence of thinwalled cavitation, as a rule lacking any perifocal inflammatory reaction, localized mainly in the posterior segments of the upper lobes. No pleural reaction or enlargement of hilar lymph nodes was present. Laboratory tests showed physiological values with the exception of a raised blood sedimentation rate in four patients.

Patients were treated by a triple regimen of standard antituberculosis drugs, as a rule supplemented by some secondary antituberculosis drugs according to the results of *in vitro* susceptibility tests. Regression of linear opacities and decrease in size of elimination of the thinwalled cavities, leaving honeycombing, was observed in all patients. Coniotic lesions without cavitation and a single stabilized case showed no radiological improvement. Sputum conversion was achieved in every case. Sixteen of the males were working, one was a pensioner. Thirteen were miners. The radiological pattern of miners pneumoconiosis was present in six. Neither in the family or in the environment of the index case could any further cases of the disease be discovered.

The role of a dustladen environment and of coniosis for the colonization and subsequent growth of opportune mycobacteria in person exposed to this exogenic factor was discussed.