

ОРАЛНО-ЖЛЕЗНА ФОРМА НА ТУЛАРЕМИЯ РЯДЪК СЛУЧАЙ НА ПЪРВИЧЕН АФЕКТ

Павел Станимиров

Катедра по Стоматологична и Лицево-челюстна хирургия
Стоматологичен факултет- София

ORAL-GLANDULAR TYPE OF TULAREMIA. A CASE OF A RARE PRIMARY AFFECT

Pavel Stanimirov

Department of Oral and Maxillofacial surgery, Faculty
of Stomatology- Sofia,

ABSTRACT:

Tularemia is an acute infectious disease caused by *Francisella tularensis*. The disease was forgotten in the last decades and it was almost impossible to be seen in the everyday practice. The primary affect located in oral cavity and facial region is rarely seen and it is hard to be found in the literature specialized in pathology.

A case of oral glandular type of Tularemia in a 60 years old man is described with photo demonstration of the primary affect and tularemic lymphadenitis in the neck region.

Keywords: tularemia, lymphadenitis, primary effect, oral pathology, oral cavity, oral and maxillofacial surgery, head and neck surgery.

Туларемията е остро инфекциозно заболяване, причиняващо се от *Francisella tularensis*, която е типична зооноза с трансмисивност към хората (5). Причинителят на заболяването е изолиран през 1912 г. от G. McCoy и C. Chapin от труповете на гризачи в областта Туларе— Калифорния и е проучен от E. Francis (5). *Francisella tularensis* е Грам(—), облигатен аероб (3,5). Заболяването се среща навсякъде в северното полукълбо без Великобритания. В Европа е докладвано най-често в Скандинавия и Финландия. *Francisella tularensis* се изолира в над 100 вида диви бозайници, в девет вида домашни животни, птици, земноводни и риби, и в повече от 50 вида членестоноги (5). Основен източник на заразата са болните гризачи като заразата се предава на човека по контактен, трансмисивен, алиментарен или аерогенен път(3). Входни врати са кожата, конюнктивата, лигавицата на храносмилателния тракт, дихателните пътища (3,5).

Различават се улцеро-гландуларна, гландуларна, окуло-гландуларна, оро-фарингеална (ангинозна), тифоидна и белодробна форма на

заболяването (5). Туларемията започва остро, като се наблюдава треска (85%), с температура по-висока от 38 °С, усещане за студени тръпки (52%), главоболие (45%), кашлица (38%), фарингит (35%), генерализирана миалгия (31%), повръщане (17%). Високата температура и симптомите утихват за 24 до 96 часа, като след ремисия от 1 до 3 дни се явяват отново. (5)

На входната врата на инфекцията обикновено се развива лезия, която играе ролята на първичен афект. Първичният афект може да се открие по кожата, оралната лигавица, конюнктивата Той може да се наблюдава като малки червени папули, прогресиращи в пустула, улцера с ясно очертани граници и плоско дъно с размер до 1 см — “туларемичен шанкър”(5). Почти едновременно или най-често дни след това се засягат регионалните лимфни възли, които се увеличават и се наричат “бубони”. Така се оформя цялата картина на първичния комплекс (1). В продължение на 1-2 седмици улцерата се покрива със суха коруста, като в някои случаи може да се образува цикатрикс. При туларемия рядко се установява лимфангит (1). Улцерогландуларната форма е най-честата и се наблюдава в 45-85% от случаите (5). При орално жлезната (оро-фарингеална) форма (до 5% от случаите) първичният афект се локализира в устната кухина, като най-честата локализация е тонзилата (ангино-жлезен подтип). Описват се и гингиво-гландуларен и глосогландуларен подтип (1).

Оралната изява на туларемия се характеризира с голямо морфологично разнообразие: от хиперемия върху тонзилите, небните дъги и увулата, фокални или широко конфлуирани белезникави наледи, които понякога са по-плътни и напомнят дифтерийна псевдомембрана (1,5).

Описаните изменения могат да се локализират по венците, езика, твърдото небе, букалната лигавица, и задната фарингеална стена. В еволюцията на лезиите може да се развие некроза, на епитела и подлежащите тъкани, могат да се оформят малки улцерации наподобяващи дълбоки афти, или картина на улцеро-мембранозната ангина. Описани са лезии

в устната кухина наподобяващи везикули, луес или карцином. В редки случаи устната кухина и фаринкса може да бъдат засегнати вторично по хематогенен път с клиника имитираща улцеро-некротичен стоматит или леки ангини с оток на увулата (1).

В някои случаи бубоните са в различен етап на еволюция, като първо-появилите се могат да нагноят и да пробият спонтанно, а други да бъдат уголемени, неболезнени, без периаденит, подвижни и спокойни. Еволюцията на лимфаденита се влия от тежестта на заболяването (1).

В диференциалната диагноза на шийния лимфаденит се включват фелиноза, токсоплазмоза, туберкулоза, луес, инфекциозна мононуклеоза, неспецифичен супуративен лимфаденит, метастази от рак на главата и шията или лимфоми, паротидни тумори (4).

При хистопатологичното изследване на екстирпиран лимфен възел, картината наподобява туберкулоза от която се различава по бързата казеинификация и по наличието на белези на остър възпалителен процес (2). Диагнозата се поставя след серологично изследване: използва се аглутинация тип Видал, РСК, пасивна хемаглутинация. Антителата се доказват след 10-14 дни от началото на заболяването (3,5).

ЦЕЛ:

Целта на настоящето съобщение е да се представи изключително рядката клинична картина на първичен комплекс от Туларемия, като се акцентира на значението на заболяването за специалистите, занимаващи се със заболявания на главата и шията.

МАТЕРИАЛ:

Пациент на 60 години се оплаква, че от повече от 3 седмици се появило разязвяване на горната устна и почти едновременно получил подутини под долната челюст. Пациентът е насочен за диагностично уточняване със съмнение за карцином на горната устна и субмандибуларни метастази. От прегледа се установява мъж в умерено увредено общо състояние, с оплаквания от умора и главоболие и периодични втрисания и повишена температура до 38°C. Параклиничните изследвания са без съществени отклонения.

Върху вермилиона на горната устна (Фиг.1) в близост с устната комисура в ляво се установява улцеративна лезия с размер 0,8 см, с формиране на дефект, гладко дъно, без кръвене и слабо надигнат "перлообразен" ръб към кожната част на устната. При чисто кожна локализация и липсата на лимфаденит клиничната картина наподобява най-много на язвена

форма на базоцелуларен карцином.

Шийният лимфаденит (Фиг.2) ангажира мандибуларния и предния подчелюстен лимфни възли. Двата възела са в различна еволюция като субмандибуларната формация се палпира с еластична консистенция и едва доловима флукуация със слабо хиперемизирана надлежача кожа.

Към диагнозата Туларемия ни насочиха данните от анамнезата за местоживеене в селски район, в който се среща заболяването, симптомите от анамнезата за температура, втрисане, разбитост и умора, оформящи клиниката на инфекциозен синдром и характерният лимфаденит, както и клиничната картина на първичния афект.

В диференциалната диагноза се обсъдиха заболявания като фелиноза, токсоплазмоза, туберкулоза, луес, неспецифичен супуративен лимфаденит и на последно място неоплазма. Биопсичното изследване на първичния ефект изключи туморен процес, но не можа да постави диагнозата туларемия, поради неспецифичната хистология. Диагнозата се потвърди чрез серология.

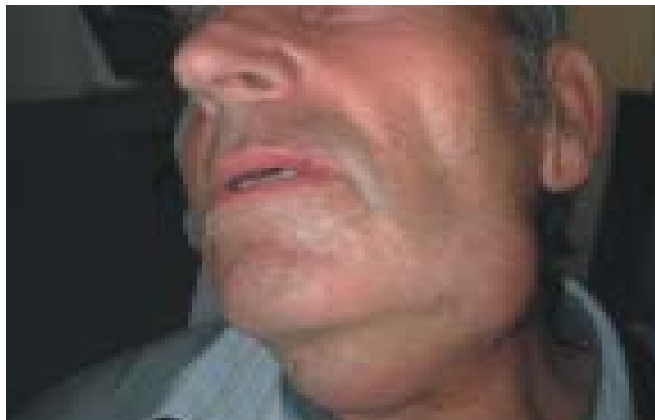
ДИСКУСИЯ:

В специализираната литература по орална патология почти не може да се открие фотодокументирана клинична изява на първичен афект от туларемия. Освен това, поради високата честота на улцерогландуларната форма, която засяга основно главата и шията заболяването е изключително важно за специалистите по Орална и Лицево-челюстна хирургия, УНГ и дерматология. При орофарингеалните форми поради разнообразието, но не характерни клинични изяви протичащи под формата на ангина, фарингит, гингивит, стоматит и грипозно подобни явления (познати усещания за пациентите) пациентите често провеждат самолечение или изчакване. Късното явяване на пациента довежда до пропускане и респективно до непознаване на клиничната картина на първичния афект. При голяма част от случаите специалистите получават информация за входната врата чрез анамнезата и описанието от пациента, без да могат да наблюдават еволюцията на първичния афект. В други случаи се започва лечение на сляпо като бубоните се възприемат за неспецифичен лимфаденит. При развитие на окулогландуларна форма пациентите търсят лечение от офталмолозите като заболяването бива лесно разпознато в тези райони, където се среща и очаква. При неразпознатата диагноза и провеждане на симптоматично и емпирично лечение първичният афект в конюнктивата отзвучава, но остават да персистират засегнатите в различна степен регионални лимфни възли (паротидни и шийни). В

тези случаи, както и при glandularната форма заболяването представлява диагностичен проблем (когато не се мисли за него) и в диференциалната диагноза влизат многообразни патологични процеси: неоплазми на паротиса, метастаични процеси, лимфоми, специфични заболявания, най-вече туберкулоза на лимфните възли, инфекциозни и паразитни заболявания като фелиноза и токсоплазмоза.



Клиничната изява на Туларемията в областта на главата и шията определя значението на заболяването за стоматолозите и оралните и лицево-челюстни хирурзи. В клиничната ни практика заболяването влиза в диференциално-диагностичния план на случаите с орални лезии и лимфаденит, както и при случаите с изолирани формации на паротидната област и шията.



ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасова Е, Балчева Е и кол. Орални синдроми и болести. МФ София 1979.
2. Вълков И. Патология на лимфните възли. МФ, София 1975
3. Митов Г, Цанев Н, Дочева Ю и кол. Микробиология. "АРСО", София 2000
4. Alonso Ovies A, Redondo Gonzalez LM, Lobo Valentin P et al. Tularemia in the differential diagnosis of cervical lymph node enlargement. An outbreak of tularemia in Castilla-Leon, Spain. Acta Otorrinolaringol Esp 2000 Jan-Feb;51(1):62-7
5. Sherwood LG, John GB, Neil RB. Infectious Diseases; second edition; W.B.Saunders Company, 1998.