

HANNA GERBER-LESZCZYSZYN, RAFAŁ NOWAK, JAN NIENARTOWICZ

Przypadek gruźlicy kości żuchwy

Case of Mandible Bone Tuberculosis

Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Gruźlica kości, podobnie jak innych narządów, sprawia nadal trudności diagnostyczne. Obraz kliniczny w obrębie błony śluzowej jamy ustnej i kości szczęk nie jest charakterystyczny. Objawy mogą sugerować proces nowotworowy. Przedstawiono przypadek gruźlicy kości żuchwy u 68-letniej pacjentki. Rozpoznanie postawiono na podstawie badania histopatologicznego materiału pobranego z ogniska na wyrostku zębodołowym żuchwy. Po zastosowaniu leczenia przeciwprątkowego dolegliwości ustąpiły oraz cofnęły się zmiany patologiczne w tkaniu kostnym żuchwy. Gruźlica jest nadal aktualnym problemem diagnostycznym i leczniczym, a objawy mogą sugerować proces nowotworowy lub przewlekły stan zapalny (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 799–802**).

Słowa kluczowe: gruźlica, zapalenie gruźlicze kości żuchwy.

Abstract

Tuberculosis of the bones and others organs has variable mode of presentation and diagnosis is not easy. Clinical image of oral cavity mucous membrane as well as of maxillary bones is non characteristic. The symptoms may suggest a neoplastic process. The study presents the case of 68-year-old woman treated in the Department of Maxillofacial Surgery Wrocław Medical University due to tuberculous osteomyelitis of the mandible. Apart from basic examinations, histopathological examination of mass taken from the inflammatory focus on alveolar bone of the mandible was performed. A confirmatory diagnosis of tuberculous osteomyelitis was made by histopathological examination. The patient responded well to standard antitubercular chemotherapy. Extrapulmonary tuberculosis occurs very rarely and it is still a serious medical and diagnostic problem because symptoms of disease may resemble a neoplastic or chronic inflammatory process (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 799–802**).

Key words: tuberculosis, tuberculous osteomyelitis mandible.

Gruźlica jest przewlekłą chorobą zakaźną wywołaną u ludzi przez *Mycobacterium tuberculosis*. Do powstania choroby przyczyniają się bakterie *M. bovis*, *M. avium*, *M. kansasii*, *M. crofulaceum*.

Według danych WHO na świecie rocznie z powodu gruźlicy umiera 3 miliony osób [1, 2].

Postać płucna jest najczęstszym typem choroby, gruźlica może się jednak również rozwijać w innych narządach. Rozwój choroby może nastąpić na skutek bezpośredniego zakażenia prątkiem gruźlicy (w obrębie jamy ustnej jak w przypadku typowych procesów zapalnych, przez kieszonkę przyzębną, ząb z zgorzelinową miazgą, przerwanie ciągłości błony śluzowej). Wówczas jest to postać pierwotna. Może również rozwijać się drogą krwi z ogniska gruźliczego, które najczęściej znajduje się w płucach. Jest to wówczas postać popier-

wotna. Postać pierwotna umiejscowiona w jamie ustnej jest stwierdzana wyjątkowo rzadko, spotyka się pojedyncze przypadki opisane w piśmiennictwie [3–6].

Około 6,6% przypadków gruźlicy dotyczy kości, w tym około 2% przypadków umiejscawia się w obrębie szkieletu twarzowego [2], dlatego gruźlica kości szczęk jest dokładnie opisana, szczególnie w starszych podręcznikach. Niewielu praktykujących lekarzy miało możliwość zaobserwowania tej postaci choroby w swojej praktyce klinicznej.

Gruźlica może rozwijać się także w tkankach miękkich jamy ustnej, języku, dnie jamy ustnej, gardle, migdałkach, podniebieniu miękkim i twardym, gruczołach ślinowych oraz w węzłach chłonnych w obrębie głowy i szyi, przybierając formę

bolesnych owrzodzeń z nierówną powierzchnią i dnem, a w węzłach chłonnych prowadzi do powstania tzw. zimnych ropni (*abscessus frigidus*) [2, 7, 8].

Obraz kliniczny gruźlicy szczęk nie jest jednoznaczny, z tego powodu liczni autorzy podkreślają trudności diagnostyczne. Rozpoznanie opiera się na dokładnym badaniu przedmiotowym i podmiotowym, badaniu krwi, diagnostyce RTG, badaniach mikrobiologicznych, które jednak rzadko są pomocne. Ostateczne rozpoznanie jest możliwe dopiero po wykonaniu badania histopatologicznego, często powtarzanego kilkakrotnie [3, 4, 9–12].

Objawem choroby mogą być powtarzające się bóle, obrzęk tkanek okolicy, w której rozwija się choroba, rozchwianie zębów, przetoki skórne lub zmiany na błonie śluzowej. Czasami, w zależności od umiejscowienia, mogą wystąpić zaburzenia unerwienia nerwu V. Najczęściej gruźlica rozwija się w żuchwie i kości jarzmowej [4, 6].

Thoma [13] wyróżnił trzy postacie gruźliczego zapalenia kości w zależności od wrót zakażenia:

- 1) postać obwodową – pod owrzodzeniem gruźliczym na błonie śluzowej jamy ustnej tworzą się w kości brzeżne ubytki osteolityczne o nieostrych granicach,
- 2) postać śródkostną – zakażenie następuje przez kanał korzeniowy, zębodół lub kieszonkę przyzębną,
- 3) postać rozlaną – zakażenie następuje drogą krwi.

Zmiany histopatologiczne polegają na tworzeniu się swoistego ogniska w miejscu usadowienia się bakterii. Następuje zniszczenie kości z tworzeniem się ziarniny, w której można odróżnić drobne gruzelki. Tworzą się martwaki kostne, które pod wpływem enzymów proteolitycznych ulegają autolizie. Ognisko gruźlicze może podlegać procesowi zserowacenia, tworzą się wtedy jamy kostne wypełnione zropiałą ziarniną i drobnymi martwakami kostnymi. Może również powstać przetoka [14].

Leczenie polega na stosowaniu leków przeciwgruźliczych, usunięciu martwaków, wyłuszczeniu gruźliczej ziarniny lub częściowej resekcji zmienionej chorobowo kości. W przypadku zimnych ropni należy je ewakuować, pamiętając że miejsce nakłucia musi przebiegać przez niezmienioną chorobowo skórę.

Opis przypadku

Chora P. B., lat 68, nr historii choroby 1010/04, zgłosiła się do Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM we Wrocławiu i podała w wywiadzie, że po usunięciu zębów 44,

45 przed planowym zabiegiem okulistycznym 4 miesiące wcześniej wystąpiły trudności w gojeniu zębodołów, wyciek treści ropnej oraz zgrubienie tej okolicy. Miernie bolesne wygórowanie powiększało się powoli, mimo leczenia augumentinem. Pacjentka chorowała na cukrzycę i była leczona lekami doustnymi. W dniu przyjęcia stwierdzono asymetrię twarzy spowodowaną twardym, bolesnym wygórowaniem trzonu żuchwy po stronie prawej. Węzły chłonne podżuchwowe po stronie prawej były powiększone, twarde, niebolesne, przesuwalne względem skóry i podłoża. W przedsionku jamy ustnej w okolicy usuniętych zębów 46–43 było wyczuwalne twarde, nieprzesuwalne, bolesne zgrubienie pokryte zmienioną zapalnie błoną śluzową z przetoką w okolicy zębów 44, 45. Wyniki badań laboratoryjnych oraz zdjęcie klatki piersiowej nie wykazywało odchyień od normy. Na RTG panoramicznym stwierdzono w trzonie żuchwy po stronie prawej ognisko rozrzedzenia struktury kości o nieregularnych zarysach (ryc. 1). Podejrzewając przewlekły nieswoisty stan zapalny kości, pacjentkę zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego. W znieczuleniu miejscowym odpreparowano płat śluzowkowo-okostnowy w okolicy zębów 47–42, odsłaniając sekwestr kostny oraz żółtawe masy w zniszczonej kości. Całość usunięto wraz marginesem kości zdrowej i przesłano do badania histopatologicznego. Wyniki badań histopatologicznych: nr 232954 – *inflammatio tuberculosa* oraz nr 233299 – wykazano obecność DNA *Mycobacterium tuberculosis*. Po ustaleniu takiego rozpoznania pacjentkę skierowano do Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc. Na wykonanych tam zdjęciach RTG klatki piersiowej (przeładowe i tomograficzne) nie wykazano ogniska gruźliczego w płucach. Po 3-miesięcznym leczeniu przeciwpłukowym ustąpiły dolegliwości bólowe w obrębie kości trzonu żuchwy po stronie prawej oraz nie stwierdzono zmian w obrazie radiologicznym kości żuchwy na wykonanym RTG panoramicznym (ryc. 2).

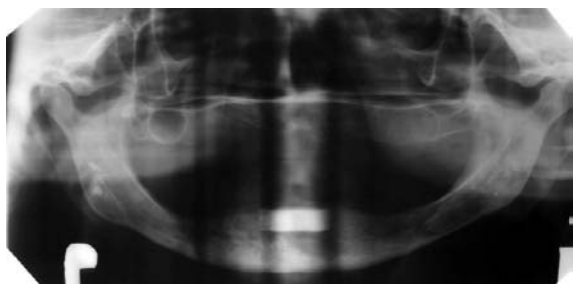
Omówienie

W piśmiennictwie polskim i anglojęzycznym spotyka się opisy pojedynczych przypadków wystąpienia choroby w obrębie głowy i szyi [1–3, 5–10]. W Polsce w 1999 r. zarejestrowano 12 179 nowych przypadków gruźlicy, podczas gdy w 1998 r. było ich 13 302. Na gruźlicę w Polsce dwukrotnie częściej chorują mężczyźni niż kobiety, częściej mieszkańcy wsi niż miast. Najliczniejszą grupę wiekową (1/3 przypadków) wśród nowo zarejestrowanych stanowią młodzi dorośli (w wieku 20–44 lat). Mimo nieznacznego spadku zapa-



Ryc. 1. RTG panoramiczne przed leczeniem

Ryc. 1. Panoramic X-ray before treatment



Ryc. 2. RTG panoramiczne po leczeniu

Ryc. 2. Panoramic X-ray after treatment

dalności na gruźlicę w Polsce, była ona w 1999 r. ponad dwukrotnie wyższa od średniej zapadalności na gruźlicę w krajach Unii Europejskiej [15, 16]. Najczęściej gruźlica dotyczyła układu oddechowego – płuc i opłucnej (95,6% rejestrowanych przypadków), obwodowych węzłów chłonnych (138 przypadków) oraz układu kostno-stawowego (109 przypadków). W Polsce w 1999 r. z powodu gruźlicy zmarło 677 osób [15, 16].

Trudność w rozpoznaniu gruźliczego zapalenia kości szczęk sprawia mało charakterystyczny obraz kliniczny. Przy pozapłucnej lokalizacji zmian przebieg choroby może być długo bezobja-

wowy [6, 17]. Gdy choroba dotyczy kości, najczęściej stwierdza się ból w okolicy zajętych chorobowo tkanek. Bóle w początkowym okresie są rozlane, promieniujące wzdłuż przebiegu nerwów. Pojawiają się ropnie lub przetoki.

Rozpoznanie gruźliczego zapalenia kości na podstawie obrazu radiologicznego jest bardzo trudne. W początkowym okresie choroby nie stwierdza się żadnych zmian w strukturze kości. Gdy dołączy się zakażenie nieswoiste, stwierdza się ograniczone przejaśnienia kości z ogniskami silniejszego wysycenia.

Zdjęcia RTG klatki piersiowej chorej nie wykazały zmian swoistych. Rozpoznanie postawiono na podstawie badania histopatologicznego, które w tym przypadku miało znaczenie decydujące. Uważa się, że zakażenie gruźlicze zostaje przeniesione do kości drogą krwi lub układu chłonnego z ogniska pierwotnego w płucach. Należy jednak zwrócić uwagę, że źródłem zakażenia mogą być prątki bytujące w zdrowej jamie ustnej [14, 17].

Gruźlicę należy różnicować z: sarkoidozą, kiłą, promieniłą, ziarniniakiem Wegenera oraz procesem nowotworowym. Według aktualnych wytycznych WHO w przypadkach gruźlicy pozapłucnej w leczeniu stosuje się typowy zestaw: ryfam-picyna, izoniazyd, pirazynamid oraz etambutol lub streptomycynę przez 2 miesiące, następnie ryfam-picynę, izoniazyd przez 4 miesiące [15]. Leczenie jest dobrze tolerowane i skuteczne.

Gruźlica w dalszym ciągu pozostaje dużym problemem zdrowotnym, szczególnie w krajach rozwijających się. Rocznie stwierdza się około 20 milionów nowych zachorowań, w tym 80% w krajach rozwijających się [15]. Zakażenie wirusem HIV zwiększa ryzyko choroby 113-krotnie, natomiast rozwinięty zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) aż 170-krotnie [2].

Piśmiennictwo

- [1] ERASMUS J., THOMPSON I., VAN DER WESTBUIJZEN A.: Tuberculous osteomyelitis of the mandible: report of a case. J. Oral Maxillofac. Surg. 1998, 56, 1355–1358.
- [2] CHAUDHARY S., KALRA N., GOMBER S.: Tuberculous osteomyelitis of the mandible: a case report in a 4-year-old child. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 2004, 97, 603–606.
- [3] WYBIERAŁSKI J.: Przypadek gruźliczego zapalenia kości żuchwy. Czas. Stomat. 1982, 35, 483–486.
- [4] HABELAK M., NOWAK E., GABRIEL A., SABAT D.: Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu gruźlicy żuchwy. Stom. Współczesna 1997, 4, 4, 256–259.
- [5] ADAMCZYK H.: Gruźlica kości szczęk. Czas. Stomat. 1989, 42, 116–121.
- [6] FUKIDA J., SHINGO Y., MIYAKO H.: Primary tuberculous osteomyelitis of the mandible. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1992, 73, 278–280.
- [7] KACZKOWSKI H., RABCZYŃSKI J.: Gruźlica wargi dolnej. Wroc. Stomat. 1991, 139–143.
- [8] ZHENG J., ZHANG Q.: Tuberculosis of the parotid gland: a report of 12 cases. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995, 53, 849–851.
- [9] WIKTOR A., SYBERYJSKA W.: Pierwotna gruźlica żuchwy. Czas. Stomat. 1983, 36, 193–198.
- [10] SACHS S., EISENBUD L.: Tuberculous osteomyelitis of the mandible. Oral Surg. 1977, 44, 425–429.
- [11] WOOD R., HOUSEGO T., NORTJE C.: Tuberculous osteomyelitis in the mandible of a child. Pediatr. Dent. 1987, 9, 317–321.

- [12] CZARKOWSKA B., SONNENBERG Z., KRASKA A.: Dwa przypadki gruźlicy języka. Probl. Lek. 1987, 26, 49–52.
- [13] THOMA K., GOLDMANN A.: Oral surgery. Mosby, St. Luis 1967.
- [14] SPYCHALSKA M., SPYCHALSKI L.: Przypadek gruźlicy kości żuchwy. Czas. Stomat. 1969, 22, 729–733.
- [15] MICHAŁOWSKA-MITCZUK D., KUŚ J.: Epidemiologia, rozpoznawanie i leczenie gruźlicy. Post. Nauk. Med. 2001, 9, 1, 3–7.
- [16] SZCZUKA I.: Gruźlica w Polsce na przełomie wieków – rok 2000. Pneumol. Alergol. Pol. 2002, 3–4, 155–158.
- [17] WIATR E. et al.: Trudności w rozpoznawaniu gruźlicy. Pneumol. Pol. 1983, 56, 411–416.

Adres do korespondencji:

Hanna Gerber-Leszczyszyn
Katera i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM
50-368 Wrocław
ul. T. Chałubińskiego 5
tel.: +48 71 784 22 61
e-mail: hanna.gerber@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.07.2004 r.

Po recenzji: 27.07.2004 r.

Zaakceptowano do druku: 5.08.2004 r.

Received: 19.07.2004

Revised: 27.07.2004

Accepted: 5.08.2004