

Krztusiec – informacje dla lekarzy POZ opracowanie prof. Andrzeja Zielińskiego

Informacja dot. sposobu prawidłowego interpretowania wyników badań serologicznych wykonywanych w kierunku krztuśca na potrzeby diagnostyki różnicowej do celów klinicznych, jak również na potrzeby nadzoru epidemiologicznego

Kliniczne i epidemiologiczne rozpoznanie krztuśca jest kluczowym elementem zarówno dla procesu terapii indywidualnej jak i nadzoru epidemiologicznego. Obserwowane w ostatnich latach zwiększenie zapadalności na krztusiec zwłaszcza w grupie starszych dzieci i osób dorosłych, mimo utrzymującej się od lat wysokiej wyszczepialności, wymaga wzmocnienia czułości nadzoru w środowisku medycznym jak i zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat krztuśca. Przebieg kliniczny choroby u osób starszych nie jest charakterystyczny. Wiodącym objawem jest przewlekający się kaszel, często o napadowym charakterze. Dlatego też diagnostyka różnicowa powinna uwzględnić zakażenie pałeczką *Bordetella pertusis*, jako jedną z możliwych przyczyn przewlekłego kaszlu. Przeprowadzenie prawidłowej diagnostyki kierunku krztuśca jest bardzo istotne. Dane pochodzące z nadzoru epidemiologicznego wskazują, na częste zwłaszcza, w niektórych województwach naszego kraju, kwalifikowanie jako potwierdzone, przypadki krztuśca zdiagnozowane przy pomocy jednokrotnie wykonanego oznaczenia serologicznego. Sytuacja taka wskazuje na ograniczoną wiarygodność zgłaszanych przypadków krztuśca, gdyż opierając się na aktualnej definicji przypadku należy wykazać znamiennego wzrostu tzn. czterokrotny wzrost miana swoistych przeciwciał w dwóch próbkach surowicy uzyskanych w odstępie 3-5 tygodni.

W rutynowo prowadzonej diagnostyce laboratoryjnej krztuśca poszukuje się głównie obecność swoistych przeciwciał, stymulowanych po naturalnym zakażeniu lub po szczepieniu. Zarówno u dzieci jak i osób dorosłych serodiagnostyka powinna bezwzględnie obejmować zbadanie dwóch próbek surowicy, w celu wykazania czterokrotnego wzrostu miana badanych przeciwciał. Najbardziej specyficznym testem jest IgA lub IgG dla toksyny krztuścowej. Wzrost przeciwciał IgG (anty-PT, anty FHA) występuje u ponad 90% zakażonych, natomiast anty-PRN IgG u 30-60% osób. W klasie IgA wzrost przeciwciał jest obserwowany u niższego odsetka osób zakażonych 20- 50% (anty-PT, anty- PRN IgA –

20-40%, anty FHA- 30-50%). Przeciwciała klasy IgA stymulowane są głównie podczas naturalnego zakażenia, dlatego jak uważają niektórzy badacze, wykazanie podwyższonego poziomu nawet w jednorazowo uzyskanej próbce surowicy w połączeniu z opisem klinicznym choroby może być dowodem zakażenia pałeczkami krztuśca. U dzieci szczepionych, z powodu podwyższonego poziomu poszczepiennych przeciwciał klasy IgM i IgG najlepszym swoistym markerem aktualnego zakażenia jest znamiennego wzrostu przeciwciał IgA.

Należy jednak podkreślić że serodiagnostyka w klasie IgA jest nieprzydatna u dzieci poniżej 2 roku życia. W przypadku uzyskania do badań pojedynczej próbki surowicy, wykrycie przeciwciał klasy IgM lub IgG w czterokrotnie wyższym poziomie świadczy o aktualnym zakażeniu jedynie u dzieci nieszczepionych i u osób które ostatnią dawkę szczepionki przeciw krztuścowej otrzymały kilka lat temu. Zatem w badaniach rutynowych jest stanowczo niewystarczające. Obecność przeciwciał klasy IgG u nieszczepionych dzieci poniżej 6 miesiąca życia świadczy o przekazaniu przeciwciał od matki przez łożysko.