

Safra kesesi ampiyemi ile seyreden akut Bruselloz olgusu

Aydın MAZLUM (*), Bahadır CEYLAN (**), Şule CEYLAN (***)

SUMMARY

Brucellosis associated with empyema of gallbladder

In 5 %-10 % of patients with acute cholecystitis, calculi obstructing the cystic duct are not found at surgery. Brucellosis is a rare cause of acute acalculous cholecystitis. We report a 52 year-old, previously healthy, man with brucellosis who presented with abdominal pain due to cholecystitis and empyema of gallbladder.

A 52 year-old man presented with fever and abdominal pain for 3 days. The fever ranged from 37.5°C to 39°C. The abdomen was tender in the right upper quadrant regions. Complete blood count revealed a white blood cell count of 6200/mm³. The other laboratory tests were normal. Sonography revealed enlargement of spleen, thickening of the gallbladder wall and empyema of gallbladder. The blood culture grew a Gram negative rod, which was subsequently identified as brucella. The standard tube agglutinin titer was 1:160. After rifampin and doxycycline treatment started, symptoms and signs recovered without surgical operation at the end of third day. Gall bladder empyema disappeared in control ultrasonographic examination at the end of the first week.

Key words: Brucellosis, cholecystitis

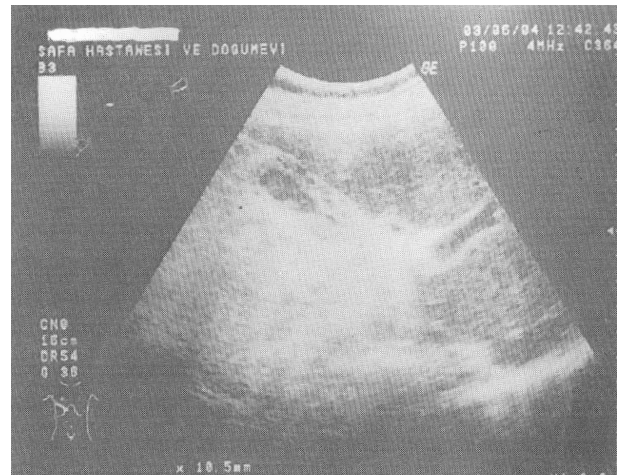
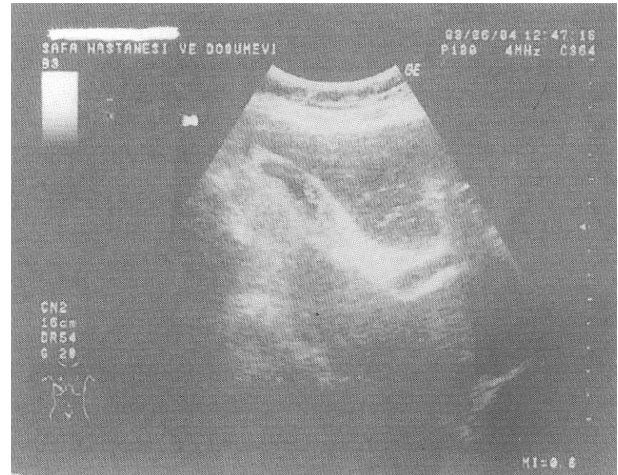
Anahtar kelimeler: Bruselloz, kolesistit

Akut kolesistitli hastaların % 5-10'unun taşsız kolesistit olduğu bildirilmiştir. Taşsız kolesistitin nadir sebeplerinden biri de brusellozdur. Biz bu yazımızda, ateş ve karın ağrısı yakınmalarıyla başvuran safra kesesi ampiyeminin eşlik ettiği akut brusellozlu bir olguyu sunduk.

OLGU

Elliiki yaşındaki erkek hasta, polikliniğimize halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, titreme ile yükselen ateş, kusma ve karın ağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Kilo kaybı, halsizlik ve iştahsızlık yakınmaları 2 aydır; titreme ile yükselen ateş, karın ağrısı

ve kusma yakınmaları ise son 3 gündür mevcuttu. Kilo kaybı 2 ayda 5 kilogramdı. Hasta karın ağrısının karın sağ üst bölgesinde, sürekli ve rahatsız edici karakterde olduğunu ifade ediyordu. Ateş günde 1-2 defa titremeye 39°C'ye kadar yükseliyor ve antipiretik kullanımı sonucu bol terlemeyle normal



Resim 1. Olgunun batın US görünümü

Safa Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Uz. Dr.*; SSK Göztepe Eğitim Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Uz. Dr.**; Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Dr.***

sınırlara düşüyordu. Olgunun anamnezinden kırsal bölgede yaşadığı ve hayvancılıkla uğraştığı öğrenildi. Sütünü sağdığı koyunlardan birine veteriner hekim tarafından brusellaya bağlı mastit tanısı konularak tedavi başlanmıştı. Olgunun, brusellozlu hayvandan elde edilen süttten kaynatılmadan yapılan peynir ve krema yağları tükettiği öğrenildi.

Fizik muayenede; karın sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet ve 39°C ateş dışında patolojik bulgu bulunmadı. Üre, kreatinin, AST, ALT, gama-GT, ALP, protrombin zamanı, albumin, gama-globulin ve bilirubin normal sınırlardaydı. Tam kan sayımında lökosit; 6200/mm³, hematokrit 39.1 ve trombosit 70.000 /mm³ bulundu. Sedimentasyon hızı 15 mm/saat ve kantitatif CRP düzeyi 5 mg/dl (normal değer: 0-0.8 mg/dl)'di. İdrar sedimentinde patolojik bulguya rastlanmadı. Akciğer grafisi normaldi. Karın ağrısı nedeniyle yapılan batın ultrasonografisinde safra kesesi ampiyemi, porta hepatiste 1.5 santimetre boyutunda 1 adet lenfadenopati ve splenomegali (dalak longitudinal çapı 130 mm) bulundu (Resim 1). Safra kesesi içinde taş yoktu. Koledok ve intrahepatik safra yollarının genişliği normal sınırlardaydı. Brusella için yapılan tüp aglütinasyon testi 1/160 titrede pozitif bulundu. Alınan üç adet kan kültüründe beşinci günde *Brusella* spp. üretildi. Bu bulgularla akut bruselloz ve buna bağlı safra kesesi ampiyemi tanısı konulan hastaya günde 200 mg doksisisiklin ve 600 mg rifampisinden oluşan tedavi 8 hafta süreyle uygulandı. Hasta cerrahi girişimi kabul etmedi. Yakınmalar tedavinin üçüncü gününden itibaren düzeldi. Tedavinin onuncu gününde yapılan kantitatif CRP düzeyi 0.7 mg/dl ve trombosit sayısı 159.000/mm³ bulundu. Tedavinin 7. gününde yapılan batın ultrasonografisi normaldi.

TARTIŞMA

Brusella infeksiyonu, insanlara en sık çiğ süttten yapılan peynir ve krema yağların yenilmesiyle bulaşır. Ayrıca, hayvanın genital akıntısı, düşük materyali veya idrarının hasarlı ciltle teması da bulaşmaya neden olabilir (1). Bizim olgumuzda bulaşmaya çiğ süttten yapılan ürünlerin tüketilmesi veya hasarlı cilde süt sağma sırasında direkt temas neden olmuş olabilir.

Bruselloz, birçok sistemi tutabilen sistemik bir infeksiyon hastalığıdır. Bruselloza bağlı gastrointestinal tutulumun olguların % 70'inde görüldüğü bildirilmiştir (2,3). Bruselloza bağlı gastrointestinal belirti ve bulgular olarak iştahsızlık, karın ağrısı, kusma, ishal, kabızlık, hepatomegali, splenomegali ve dispepsi değişik oranlarda bildirilmiştir (2,4). Olgumuz 2 aydır devam eden halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı yakınmalarına son 3 gündür eklenen karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş yakınmaları nedeniyle bize başvurmuştu. Fizik muayenede karın sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet ve 39°C ateş dışında patolojik bulgu yoktu. Bu yakınmalar ve fizik muayene bulguları ile ön planda kolesistit düşünüldü. Bu ön tanıyla yapılan ultrasonografide splenomegali, taşsız

kolesistit ve safra kesesi ampiyemi bulundu. Hastanın bruselloz tanısı konulan bir koyundan daha önce süt sağdığı ve bu süttten kaynatılmadan yapılan ürünlerden yediği de göz önüne alınarak, taşsız kolesistit ve safra kesesi ampiyeminin bruselloza bağlı olabileceği düşünüldü. Splenomegalinin olması da bruselloz ile uyumluydu. Brusellozda kolesistit, pankreatit, mezenterik lenfadenit ve peritonit gibi komplikasyonlara bağlı olarak karın ağrısı yakınması gelişebildiği bildirilmiştir (5,6). Bizim olgumuzda karın ağrısı sebebi ultrasonografiyle safra kesesi ampiyemi olarak bulunmuştur. Literatürde bruselloza bağlı 10 kolesistit olgusu bildirilmiştir. Bu olguların yalnızca 4 tanesi akalküloz kolesistittir (7). Literatürde bruselloza bağlı safra kesesi ampiyemine ise rastlanmadı.

Brusellozun tanısında etkenin izolasyonu ve *brusella* serum aglütinasyon testi kullanılır. Tanıda en yaygın kullanılan yöntem, uygulamasının da kolay olması nedeniyle *brusella* tüp aglütinasyon testidir. Aktif infeksiyonu olan kişilerde aglütinasyon titresi genellikle 1/100'ün üzerindedir. Brusellozun kesin tanısı ise kan kültüründe etkenin izolasyonu ile konur (1). Olgumuzda *brusella* tüp aglütinasyon testi 1/160 titrede pozitif bulundu ve kan kültüründe *Brucella* spp. üretildi.

Brusellozda genelde lökosit sayısı normal olmakla birlikte, bazen lökopeni bazen de 10.000 /mm³'in üzerinde lökositoz saptanabilir (1). Hastamızda lökosit sayısı 6.200/mm³ bulundu. Bazı kronik bruselloz olgularında anemi ve trombositopeni bulunabilir (1). Olgumuzda trombosit sayısı 70.000/mm³ bulundu. Trombositopeninin sebebi bruselloza bağlı kemik iliği tutulumu ve/veya splenomegali olarak düşünüldü. Brusellozda saatlik sedimentasyon hızı genelde orta derecede artar (1). Olgumuzda sedimentasyon normaldi.

Brusellozun güncel tedavisinde 6 hafta süreyle günde 200 mg doksisisiklin ve 600 mg rifampisinden oluşan tedavi rejimi önerilmektedir. Abse ile giden olgularda abse drenajı da gerekmektedir (1). Bizim olgumuzda da bu tedavi rejimi, ampiyemin boşaltılmaması da göz önüne alınarak 8 hafta süreyle uygulandı.

Sonuç olarak, splenomegali ile giden akalküloz kolesistit ve safra kesesi ampiyemlerinde, özellikle hastada bruselloz için risk faktörleri de varsa, ülkemizde sıklıkla rastlanan bir infeksiyon hastalığı olan bruselloz mutlaka akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

- 1. Sümerkan B:** Brucella türleri. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2002, 1647-1652.
- 2. Ablin J, Mevorach D, Eliakim R:** Brucellosis and the gastrointestinal tract. J Clin Gastroenterol 24(1):25-29, 1997.
- 3. Young EJ:** Brucella species. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and practice of Infectious Disease. Fifth ed. Philadelphia: Churchill Livingstone 2000,

2389-93.

- 4. Ho H, Zuckerman MJ, Schaeffer L, Polly SM:** Brucellosis: Atypical presentation with abdominal pain. Am J Gastroenterol 81(5):375-7, 1986.
- 5. Morris SJ, Grenwald RA, Turner RJ, et al:** Brusella-induced cholecystitis. Am J Gastroenterol 71:481, 1979.
- 6. Göke M, Neurath M, Braunstein S, et al:** Brucellosis: differential diagnosis of acute abdominal pain. Z Gastroenterol 31:671-4, 1993.
- 7. Ashley D, Vade A, Challapalli M:** Brucellosis with acute acalculous cholecystitis. Pediatric Infec Dis J 19(11):1112-3, 2000.