

Subakut klinikle seyreden bir chlamydia pneumoniae pnömonisi

A case of pneumonia caused by chlamydia pneumoniae with a subacute clinical course

Recep DODURGALI*, Levent DALAR*, Sezai ÖZTÜRK*, Kerim KÜÇÜKLER**
Firdevs ATABEY*, Cemal BES**, Hanife CAN*, Füsun ŞAHİN*, Çiğdem Y. ERSOY**
Arman POLUMAN*

* Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

** Şişli Etilal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği

ÖZET

10 yıl önce geçirilmiş pnömoni öyküsü olan 54 yaşında ev hanımı hasta, kliniğimize üç aydan beri eforla nefes darlığı, kuru öksürük, halsizlik, kilo kaybı ve yaygın eklem ağrıları şikayetleriyle başvurdu. 20 yıldır muhabbet kuşu ve papağan besleyen hastanın solunum sistemi oskültasyonunda öksürük ve pozisyonla değişmeyen inspiriyum sonu raller duyuldu. PA akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda bronkovasküler izlerde belirginleşme, toraks yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide buzlu cam görünümü saptandı. Yapılan bronkoskopiye sağ ve sol bronş sistemi mukozasında frajilite artışı dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Balgam ve bronkoalveolar lavaj sıvısı gram boyaması ve kültürde bakteri görülmedi. BAL immünojenik tetkikinde lenfosit hakimiyeti, CD4/CD8 oranında azalma mevcuttu.

Hastanın ileri yaşta olması ve olası malignite şüphesi nedeniyle, mini torakotomiyle elde edilen açık akciğer biyopsi piyesinde peribronşiyoler lenfosit toplulukları ve orta derecede fibrozis saptandı.

Mevcut anamnez ve bakteri kültürü negatifliği nedeniyle yapılan serolojik testlerde chlamydia IgM negatif, IgG pozitif bulundu. Tür ayrımı için yapılan MIF tekniği ile *C. pneumoniae*'ya karşı IgM negatif, IgG yüksek titrede pozitif *C. trachomatis* ve *C. psittaci*'ye karşı IgM ve IgG negatif bulundu.

Olgu, IgM negatif ancak yüksek titrede IgG pozitif saptandığı için subakut seyirli *C. pneumoniae* pnömonisi olarak değerlendirildi.

Tetrasiklin 2gr/gün şeklinde başlanan tedaviye 10 gün sonra intolerans olması nedeniyle klaritromisin 1gr/gün verildi. 3 aydan beri izlenen hastada klinik ve radyolojik olarak parsiyel regresyon gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Chlamydia.pnömoni.subakut

SUMMARY

Our case was referred to our clinic with effort dyspnea, dry cough, malaise, and weight loss and joint pain lasting for three months. In the respiratory auscultation of the patient who had a history of avian pet for 20 years (parakeet and parrot), cough and rales at terminal inspiration not altering with position were heard. In his chest roentgenogram marked appearance in bronchovascular traces in bilateral lower zones and an appearance of ground glass in high resolution computerized tomography of thorax were determined.

In the bronchoscopy performed, no pathological finding was encountered except increased fragility in the mucosae of the right and left bronchial systems.

No bacteria were found in sputum and gram staining of BAL fluid, neither in the culture. There was a preponderance of lymphocytes and a decrease at the ratio of CD4/CD8 in the immunological examination carried out. Due to the fact that the case was an old woman and that malignancy was suspected, peribronchiolar lymphocyte populations and moderate degree of fibrosis were detected at the open lung biopsy piece obtained by mini thoracotomy and malignancy has been ruled out. As the bacterial culture was negative, serological tests have been performed and Chlamydia IgM was found to be negative, and IgG positive.

By MIF technique performed for the differentiation of species, IgM was found negative, IgG positive at high titration against *C. pneumoniae* and IgM and IgG negative against *C. trachomatis* and *C. psittaci*.

The case was evaluated as *C. pneumoniae* (possible reinfection) with a subacute course, since IgM was detected to be negative, but IgG positive only at high titration. Treatment with tetracycline at a dose of 2 gram/day was intolerated 10 days later; therefore tetracycline treatment has been substituted with Claritromycine 1 gram/day. The patient was followed-up for three months and both clinical and radiological partial regression has been observed.

Key Words: Chlamydia, pneumonia, subacute

Yazışma Adresi:

Recep Dodurgalı
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Araştırma
Hastanesi

GİRİŞ

Erişkinlerde sıklıkla ciddi atipik pnömoni etkeni olabilen Chlamydia pneumoniae, toplumdaki kazanılmış pnömonilerin yaklaşık %6-10'unu oluşturmaktadır(2, 5, 10). Chlamydia pneumoniae pnömonisi tanılabir olgu, ayırıcı tanı açısından ilginç özellikler taşıması açısından sunulmuştur.

OLGU

10 yıl önce ayaktan geçirilmiş pnömoni öyküsü olan 54 yaşında ev kadını hasta, 3 aydan beri eforla nefes darlığı, kuru öksürük, halsizlik, kilo kaybı ve eklem ağrıları şikayetleriyle başvurdu. TA: 130/80 mmHg, nabız: 96/dk, ateş: 37.5 C solunum dakika sayısı 20 idi. Solunum istemi oskültasyonunda her iki hemitoraks ön ve arkada 1/3 alt alanda öksürükle ve pozisyonla değişmeyen inspiryum sonu raller duyuldu. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı.

Laboratuvar bulguları Hb 14 gr/dl., Hct %54,3, lökosit 6300/mm³, lökosit formülünde lenfosit %28, parçali %70, monosit % 52 bulundu. LDH 327 IU/L, alkali fosfataz 240 IU/L, sedimantasyon 40mm/saat, PPD 5mm, balgama ARB negatif idi. ASO negatif, RF negatif, CRP (+++) idi. Diğer değerleri ve tam idrar tetkiki normaldi.

PA akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda bronkovasküler izlerde belirginleşme, toraks yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT)'de alt loblarda daha belirgin olmak üzere yaygın buzlu cam görünümü saptandı.

Bronkoskopide sağ ve sol bronş sistemi mucozasında frajilite artışı dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Balgam ve BAL sıvısının gram boyama ve kültüründe bakteri üremedi. BAL sıvısında, CD3 %85.28, CD4 %22.32, CD8 %63.68, CD4/ CD8 0.35, CD19 50.27, CD16/56 %9.79, CD45% %92.97, aktive T hücreleri %26.57, makrofaj 756/mm³ (528) nötrofil 486/mm³, lenfosit 1458/mm³ (%54) bulundu. Kanda CD3 %57.62, CD4 % 11.74, CD8 %25.37, CD4/CD8 0.46, CD19 %3.19, CD16/56 %5.26, CD45 %94.22, aktive T hücreleri %10.50 idi.

Hastanın ileri yaşta olması ve olası malignite şüphesiyle yapılan mini torakotomili açık akciğer biyopsisinde peribronşiolar lenfosit toplulukları ve orta derecede fibrozis saptandı, malignite ekarte edildi. Anamnezinde 20 yıldan beri çok sayıda kuş beslediğinin (muhabbet kuşları ve papağan), bazı kuşlarının öldüğünün öğrenilmesi ve bakteri kültürü negatifliği nede-

niyle uygulanan serolojik testlerde ELİSA ile Chlamydia spesifik IgM negatif, IgG pozitif saptandı. Tür ayrımı için kullanılan MIF tekniği ile Chlamydia pneumoniae'ya karşı IgM negatif, IgG yüksek titrede pozitif C. trachomatis ve C. psittaci'ye karşı IgM ve IgG negatif bulundu. İçerisinde kuş tüyleri ekstreleri bulunan alerjenlerle yapılan prick deri testi negatif sonuçlandı. Olgu IgM negatif ancak yüksek titrede (1/512) IgG pozitif saptandığı için subakut seyirli bir Chlamydia pneumoniae pnömonisi olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Chlamydia'lar hem DNA, hem de RNA içeren, zorunlu hücreiçi yaşayan bifazik yaşam siklusu olan özel bir bakteri cinsidir. C. psittaci ve C. trachomatis olmak üzere iki türü olduğu bilinen bu mikroorganizmanın 1989'da C. pneumoniae strain TWAR isimli üçüncü bir türü saptanmıştır (6).

Enfeksiyon insandan insana solunum yoluyla geçer, uzun inkübasyon periyodu vardır.(5) Subklinik formdan, hayatı tehdit eden pnömonilere kadar geniş bir klinik spektrum gösterir. Seröz otitis media, sinüzit, larenjit, bronşit ve pnömoni etkeni olup relapslar yapabilmektedir. Kronik, latent ve tekrarlayan enfeksiyonlar bildirilmiştir (2).

C. pneumoniae'ya uzun süre tekrarlayan maruziyetlerin wheezing ve astmatik bronşite neden olabileceği bildirilmiştir (7).

Olgumuzun kuş besleme öyküsü olması nedeniyle Psittakoz olabileceği düşünülerek Chlamydia spesifik antikorlar araştırılmış, ELISA ile Chlamydia spesifik AB IgG pozitif bulunmuştur. Chlamydia kültürü, zor bir tanı yöntemi olduğu için yapılan serolojik testlerden ELISA'da da çapraz reaksiyonların görülebilmesi nedeniyle bugün için en güvenilir tanı yöntemi olarak MIF kullanılmaktadır (11). Bu teknikle Chlamydia türlerinin spesifik olarak saptanması mümkün olmaktadır. Ancak Chlamydia'nın üç türü arasında çapraz reaksiyon problemi MIF'te de gündeme getirilmiştir (13). Ozanne ve ark., IgM ve IgG için sırasıyla

MIF spesifitesini %50 ve %63 (11), Hallsworth ve ark., ise IgG spesifitesini %93 olarak bulmuşlardır (8).

Hastamızda MIF ile Chlamydia pneumoniae IgG 1/512 titrede pozitif sonuçlanmış, çapraz reaksiyon ve anamnezde kuşlarla temas gözönüne alınarak psittakoz olasılığı üzerinde durulmuştur. Wreghitt ve ark., C. psittaci enfeksiyonu saptanan 19 olgunun 16'sında, Chlamydia pneumoniae enfeksiyonu olan 6 olgunun da 2'sinde kuşlarla temas öyküsü tarif etmişlerdir (14). Olgumuz ise kuşlarla temas öyküsü olmasına rağmen, MIF tekniğinin sensitivite ve spesifitesinin yüksek olması nedeniyle subakut safhada bir Chlamydia pneumoniae pnömonisi olarak değerlendirilmiştir (4).

Ayırıcı tanıda ekstresek alerjik alveolit de düşünülmüştür. Akut atakların olmaması, hastanın evinde ve kliniğimizde yapılan solunum fonksiyon testlerinde farklılık bulunmaması, açık akciğer biyopsisinin mikroskopik incelemesinde nonkazeifiye granümatöz reaksiyon ve peribronşiyolar dokularda eozinofilik lökosit infiltrasyonuna rastlanmamasından dolayı ekarte edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Chingwin K, Roblin PM: In vitro susceptibilities of C. pneumoniae. *Agent Chemother* 33: 1634 1989.
2. Cook PJ, Honeybourne D: Clinical aspects of Chlamydia pneumonia infection, *Presse Med* 24: 278 1975
3. Cooper MA, Baldwin D: In vitro susceptibility of Chlamydia pneumonia (TWAR) to seven antibiotics *J Antimicrob Chemother* 28: 407 1991.
4. Ghosh K, Frew CE: A family outbreak of Chlamydia pneumonia infections, *J Infect (Suppl 1)* 99 1992.
5. Grayston JT, Campbell LA, Kuo CC: A new respiratory tract pathogen: Chlamydia pneumonia strain TWAR, *J Infect Dis* 161: 618 1990.
6. Grayston JT: Chlamydia pneumoniae, strain WTWAR Pneumonia, *Annu Rev Med* 43: 317 1992.
7. Hahn DL, Dodge RW: Association of Chlamydia pneumonia (strain TWAR) infection with wheezing asthmatic bronchitis and adult-onset asthma, *JMA* 266:225 1991
8. Hallsworth PG, Wesselingh SL: Developmet of an enzyme immunoassay to detect antibody to Chlamydia pneumoniae strain TWAR and its application in a limited seroepidemiological survey, *Parthology* 24:87 1992.
9. Hammerschlag MR, Wumei KK: In vitro activities of azithromycin, clarithromycin, L-ofloxacin and other antibiotics against Chlamydia pneumoniae, *Antimicrob Agents Chemother* 36:1573 1992.
10. Kern DG, Neill MA: A seroepidemiologic study of Chlamydia pneumoniae in Rhade Island evidence of serologic cross-reactivity, *Chest* 104:208 1993.
11. Ozanne G, Lefebure J: Specificity of teh microimmunofluorescence assay for the serodiagnosis of Chlamydia pneumonia infections, *Can J Microbiol* 38: 1189 1992.
12. Ridgway GL, Mümtaz G: The in-vitro activity of clarithromycinb and other macrolides against the type strain of Chlamydia pneumonia (TWAR) *J Antimicrob Chemother* 27, (Suppl A), 43 1991.
13. Van den Abelec AM, Van Renterghen L: Prevalance of antibodies to Chlamydia pneumonia in a Belgian population, *J Infect* 25 (Suppl 1): 87 1992.
14. Wreghitt TG, Barker CE: A study of human respiratory tract chlamydial infections in Cambridgeshire 1986-88, *Epidemiol Infect* 104:479 1990.