

# Kene tifüsü: 2 olgu sunumu

## Tick typhus: report of two cases

Zehra Aşiran Serdar<sup>1</sup>, Şirin Yaşar<sup>1</sup>, Asuman İnan<sup>2</sup>, Nurhan Döner<sup>3</sup>, Gamze Erfan<sup>3</sup>

### Özet

Kene tifüsü (Akdeniz benekli ateşi-MSF), *Rickettsia conorii*'nin etken olduğu, kene ile taşınan, akut, ateşli bir hastalıktır. Bu hastalık Afrika ve Türkiye'nin de dahil olduğu Akdeniz ülkelerinde endemik olarak görülmektedir. Son yıllarda kene ısırması vakaları ekolojik dengenin bozulması nedeniyle oldukça artmıştır ve hatta ölümlerle sonuçlanan olgularda da artış bildirilmektedir. Burada yaygın makülopapüler döküntü, ateş ve miyalji şikayetleriyle başvuran ve kene tifüsü tanısı alan 2 olgu sunulmaktadır. Kene tifüsü, ateş, baş ağrısı, halsizlik, miyalji, artralji ve döküntü şikayetleri ile ilkbahar, yaz ve sonbaharda başvuran hastaların ayırıcı tanısında düşünülmeli gereken hastalıklardan biridir.

**Anahtar sözcükler:** Riketsiya, tache noir, kene tifüsü.

### Summary

Tick typhus is an acute, febrile, tick-borne rickettsiosis caused by *Rickettsia conorii*. The disease is endemic in Africa and Mediterranean countries including Turkey. The number of tick-bites have gradually increased in the past years because of the change in the ecological balance and number of fatal cases have also increased accordingly. Here, we present two patients with high fever, myalgia and maculopapular eruptions that were diagnosed as tick typhus (Mediterranean spotted fever- boutonneuse fever, MSF). MSF should be considered in the differential diagnosis when a patient is admitted with fever, maculopapular rash, headache, myalgia and arthralgia; especially in spring, summer, or autumn.

**Key words:** Rickettsiae, tache noire, tick of typhus.

Riketsiyalar, *Rickettsiaceae* ailesinden, Gram-negatif, zorunlu hücre içi patojenlerdir. Kene, pire, bit, akar gibi eklem bacaklılar aracılığı ile insanlara taşınmaktadır. Riketsiyalar konak hücreye fagositoz yolu ile girer ve sitoplazmada bazen endotel hücrelerinin nukleuslarında bazen de kapillerlerin ve arteriyollerin düz kas hücrelerinde çoğalırlar. Çoğalan bakteri endotel hücrelerini harap eder ve sonuçta perivaskülit gelişir.<sup>1</sup>

Ülkemizin de yer aldığı Akdeniz ülkelerinde, en sık *Rickettsia conorii*'nin etken olduğu Marsilya ateşi (Akdeniz benekli ateşi, kene tifüsü) görülmektedir.<sup>2</sup> Kene tifü-

sünün ilk lezyonu ısırık yerindeki papüldür ve bu bölgede kısa sürede etrafında kırmızı areola bulunan ağrısız, krutlu, nekrotik eskar (tache noire) oluşur. Eskar oluşumunu takiben 3-4 gün içinde ön koldan başlayarak tüm vücuda yayılan makülopapüler bir döküntü ortaya çıkar. Kene tifüsüne; ani başlayan ateş, baş ağrısı, miyalji, artralji gibi sistemik semptomlar da eşlik edebilir.<sup>3</sup>

Bu çalışmada, Ağustos 2007'de Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne makülopapüler döküntü, ateş ve miyalji şikayetleriyle başvuran ve kene tifüsü tanısı alan 2 olgu sunulmaktadır.

<sup>1</sup> Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Dermatoloji Uzmanı, İstanbul

<sup>2</sup> Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, İstanbul

<sup>3</sup> Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Dermatoloji Asistanı, İstanbul

## Olgu 1

Yirmi altı yaşındaki kadın hasta ani başlayan ateş, baş ağrısı, eklemelerde ağrı ve vücutta döküntüler nedeniyle hastanemize başvurdu. 1 hafta önce hastanın kalçasında kene ısırması öyküsü pozitif. Fizik incelemede ateşi 39°C olan hastada organomegali ve ense sertliği saptanmadı. Kalçada kırmızı halosu bulunan ağrısız eskar “tache noire” olarak değerlendirildi. El içi, ayak tabanı, gövde ve ekstremitelerde yaygın makülopapüler döküntü saptandı (Resim 1 ve 2). Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre: 10.500 (4.0-10.0)10<sup>3</sup>/µL, lenfosit %14.50 (20-40), PLT:115.000 (150-450) 10<sup>3</sup>/µL, AST:63 (<34), CRP:25.500 mg/dL (<0.800), Na:131 mEq/L (133-145), sedimentasyon:35 mm/saat (9-10), kreatinin:1.36 mg/dL (0.6-1.3) olarak bulundu. CMV IgM, CMV IgG, Mono test, kan kültürü negatif olarak bulundu (Tablo 1). Weil-Felix 1 testi negatif olan hastanın Weil-Felix 2 testi 1/80 pozitif olarak geldi. Klinik ve laboratuvar sonucuna göre hastaya riketsiyoz tanısı konuldu. Doksisisiklin (200 mg/gün) ile tedaviye başlandı. Tedavinin 3. gününde ateş düşmeye başladı ve 10 gün sonra tam iyileşme elde edildi.

## Olgu 2

Otuz dört yaşındaki kadın hasta 2 gündür devam eden yaygın eklem ağrıları, ateş ve vücutta yaygın kızarıklıklar şikayeti ile hastanemize başvurdu. Birkaç gün öncesinde boyunda kene ısırması öyküsü pozitif. Fizik incelemede boyunda “tache noire” görüldü ve tüm vücutta özellikle ekstremitelerde yoğun olmak üzere eritemli makülopapüler lezyonlar saptandı (Resim 3 ve 4). Anemisi (Hb:9.9 gr/dl), CRP:18 mg/dL (<0.800), sedimentasyon:60 mm/saat (9-10) yüksekliği olan hastada Weil-Felix-1 ve 2 negatif (Tablo 1). Bulgular riketsiyoz ile uyumlu olarak değerlendirildi ve doksisisiklin (200 mg/gün) ile tedaviye başlandı. Antibiyoterapinin 2. gününde ateş hızla düştü ve 2 haftalık süreçte tüm lezyonlar kayboldu.

## Tartışma

Riketsiyozlar, hem uzun süredir bilinen, hem de son yıllarda yeni klinik tabloların eklendiği ve etken olarak yeni bakterilerin tanımlandığı infeksiyon hastalıklarıdır.

**Tablo 1.** Olgularımızın öykü, yakınma, fizik muayene ve laboratuvar bulguları

	Olgu 1	Olgu 2
Yaş/cinsiyet	26 yaş Kadın	34 yaş Kadın
Şikayeti	Ateş, baş ağrısı, döküntü	Ateş, kas ağrısı, döküntü
<b>Hikayesi</b>		
Kene ısırığı	+	+
<b>Fizik muayene</b>		
Ateş (≥39°C)	+	+
Baş ağrısı	+	+
Myalji	+	+
Artralji	+	+
Nefes Darlığı	-	-
Konjunktivit	-	-
<b>Dermatolojik muayene</b>		
Eskar (Tache Noire)	+	+
Makülopapüler döküntü	+	+
Avuçiçi/ayak tabanında döküntü	-	-
Peteşiyal döküntü	-	-
<b>Laboratuvar bulgular</b>		
Anemi	-	+
Lökopeni<5000/mm <sup>3</sup>	-	-
Lökositoz>10.000	+	-
Trombositopeni<150.000/mm <sup>3</sup>	+	-
Sedimentasyon>20 mm/saat	+	+
CRP pozitifliği	+	+
AST ve /veya ALT yüksekliği	+	-
BUN yükselmesi>20	+	-
Hiponatremi	+	-
CMV IgM	-	-
CMV IgG	+	-
Mono test	-	-
Kan Kültürü	-	-
Weil-Felix 1	-	-
Weil-Felix 2	+	-
<b>Tedavi</b>		
Doksisisiklin 200 mg/gün 10 gün	+	+
Tedaviye yanıt	Tam iyileşme	Tam iyileşme

Akdeniz bölgesi ve Güney Avrupa’da kahverengi köpek kenesinin (*Rhipicephalus sanguineus*) ısırması ile bulaşan *Rickettsia conorii* belli başlı etken olarak gösterilmektedir.<sup>4</sup> Ülkemizde endemik riketsiyoz, kene tifüsü olarak bilinir. Kenenin ısırıldığı yerde “tache noire” denen siyah eskar oluşur. Hastalıkta ateş, yaygın makülopapüler döküntü (vaskülit tarzında), miyalji ve baş ağrısı mevcuttur. Özellikle yaz aylarında ateş, baş ağrısı, döküntü triadı olan hastalarda ayırıcı tanıya kene tifüsü de alınmalıdır.<sup>5</sup>

Hastalığın kuluçka süresi, bir hafta olup, ani titreme ile başlayan ateş 39-40°C’ye kadar yükselir, genellikle baş, eklem ve göz dibi ağrısı ateşe eşlik eder. Ateş yüksel-



**Resim 1.** Olgu 1, kalçada "tache noire".

diğinde kenenin ısırığı yerde, etrafı mor bir bölge ile çevrilmiş olan, 2.5 mm çapında siyah renkli bir krut oluşur. Ateş düşene kadar sebat eden bu lezyon hastalık için karakteristiktir. Bölgesel lenf nodlarında büyüme olabilir.<sup>1,2</sup> Diğer bir bulgu olan makülopapüler döküntüler, el ve ayaklardan başlayıp, avuç içi, ayak tabanı ve yüz dahil olmak üzere tüm vücuda yayılır.<sup>6</sup> Olgularımızda ateş, döküntü, baş ağrısı, artralji ve miyalji semptomlarının yanı sıra, şikayetler başlamadan kene ısırığı öyküsü mevcuttu. Olgularda ayrıca eskar, avuç içi ve ayak tabanı dahil olmak üzere tüm vücutta basmakla solmayan ağrısız, morumsu papüler lezyonlar tespit edildi.

Kene tífüsünde normositer veya hipokrom mikrositer bir anemi görülebilir. Riketsiyal vaskülit ve vasküler per-



**Resim 2.** Olgu 1, bacaklarda makülopapüler döküntüler.

meabilite artışı hemodilüsyona ve hemoglobin düzeylerinde düşüşe neden olabilmektedir. Olguların %35'inde trombositopeni, %35-60'ında ALT, AST enzim düzeylerinde yükselme, %3'ünde hepatiti düşündürecek ölçüde yükselmiş bilirubin düzeyleri, %26'sında ALP düzeylerinde yükselme saptanabilir. Trombositopeni, genellikle riketsiyaların indüklediği endotel hasarına bağlanmaktadır.<sup>5</sup>

Riketsiyoz tanısı klinik ve epidemiyolojik verilere dayanarak konulmakta ve sıklıkla serolojik testlerle doğrulanmaktadır. Genellikle Weil-Felix aglütinasyon testi kullanılmaktadır; ancak bu testin duyarlılığı ve özgüllüğü düşüktür.<sup>7,8</sup> Bu test sıklıkla pozitif olmasına rağmen bazı olgularda negatif kalabilmektedir. Böyle olgularda klinik, laboratuvar ve tedaviye alınan yanıt tanı için yeterlidir.<sup>9</sup>



**Resim 3.** Olgu 2, boyunda "tache noire".



**Resim 4.** Olgu 2, kollarında makülopapüler döküntüler.

Günümüzde duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek olan mikro-aglütinasyon, indirek hemaglütinasyon, fluoresan antikor tekniği, kompleman birleşmesi testi, lateks aglütinasyon testi, polimeraz zincir reaksiyonu gibi yöntemler kullanılmaktadır.<sup>7</sup> İkinci olgumuzdaki seronegatiflik Weil-Felix testinin duyarlılığı ve özgüllüğünün düşük olmasına bağlanabilir; daha özgün testler ekonomik nedenlerden dolayı yapılamadı.

Kene tifüsü genellikle selim seyretmesine rağmen, diyabetiklerde, alkoliklerde ve yaşlılarda ciddi bir tablo olarak ortaya çıkabilir. İvedi olarak başlanan uygun antibiyoterapi ile hastalığın mortalitesi %5'in altındadır.<sup>8</sup>

Döküntü, ateş, baş ağrısı şikayetleri ile başvuran her hasta ayrıntılı olarak muayene edilmeli, hayvanlara temas öyküsü sorulmalı ve serolojik bulguların hastalığın ikinci haftasından sonra pozitif bulunabileceği göz önüne alınarak, tedaviye klinik bulgulara dayanılarak başlanmalıdır.<sup>5</sup> Tedavide doksisisiklin (200 mg/gün, 7-10 gün), tetrasiklin (25 mg/kg/gün), kloramfenikol (2 g/gün, 7-10 gün), siprofloksasin (1.5 g/gün, 5-7 gün) kullanılabilir. Ateş yanıtı alındıktan 3-4 gün sonraya kadar tedaviye devam edilmesi önerilmektedir.<sup>8</sup>

Sonuç olarak; ülkemizde özellikle yaz aylarında ateş, miyalji, peteşiyal ve makülopapüler döküntülerle başvu-

ran bir hastada *R. conorii*'nin etken olduğu "Kene Tifüsü" ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklardan biridir.

## Kaynaklar

1. Walker D, Roul D, Brougui P, Marrie T. Rickettsial diseases. Harrison's Principles of Internal Medicine'de. Ed. Fauci SA, Braunwald E., 14. Baskı. Cilt 1. New York, McGraw-Hill, 1998; 1045-52.
2. Walker DH. Rickettsial diseases including erlichioses. Oxford Textbook of Medicine'de. Ed. Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrel DA, 3. Baskı. Vol 1. Oxford, Oxford University Press, 1996; 728-42.
3. Baykal C. Bakteriye hastalıklar. Dermatoloji Atlası'nda. Ed. Baykal C. 2. Baskı. İstanbul, Argos İletişim. 2004; 81-97.
4. Parola P, Raoult D. Tick-borne bacterial diseases emerging in Europe. *Clin Microbiol Infect* 2001; 7: 80-3.
5. Ceylan N. Riketsiyalar ve riketsiya hastalıkları. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji'de. Ed. Eraksoy H, Yenen OŞ. İstanbul, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Yayınları, 2000; 293-300.
6. James WD, Berger TG, Elston DM. Bacterial infections. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology'de. Ed. James WD, Berger TG, Elston DM. 10. Baskı. Philadelphia, Saunders, 2006; 251-95.
7. Walker HD, Ranould D. Rickettsia rickettsii and other spotted fever group rickettsiae (Rocky Mountain spotted fever and other spotted fevers). Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases'de. Ed. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. 5. Baskı. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000; 2035-42.
8. Raoult D, Weiller PJ, Chagnon A, Chaudet H, Gallais H, Casanova P. Mediterranean spotted fever: clinical, laboratory and epidemiological features of 199 cases. *Am J Trop Med Hyg* 1986; 35: 845-50.
9. Mert A, Özaras R, Tabak F, Bilir M, Öztürk R, Aktuğlu Y. Akdeniz Benekli Ateşi: 14 Olgunun Değerlendirilmesi. *Flora* 2003; 8: 158-62.

Geliş tarihi: 25.06.2009

Kabul tarihi: 09.10.2009

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. Zehra Aşiran Serdar

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dermatoloji Kliniği, Tıbbiye Cad. No: 40

Üsküdar İstanbul

Tel: (0216) 414 45 02

e-posta: drzhraserdar@yahoo.com