

Olgu Sunumu

# Makülopapüler Döküntü ve Pnömoni ile Seyreden Bir Bruselloz Olgusu

Tuna Demirdal, Recep Balık, Serap Ural, İlknur Vardar, Sibel El

## Özet

Bruselloz tüm dünyada yaygın olarak görülmekte olup sıklığı ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ters orantılıdır. Ülkemizde birçok bölgede endemik olarak görülmektedir. Bruselloz sistemik bir hastalıktır ve en sık iskelet sistemi tutulmaktadır, deri lezyonları ile klinik semptomları bulunan olgulara nadiren rastlanmaktadır. Bu olgu sunumunda öksürük, ateş, yüksekliği ve her iki ayak bileğinde makülopapüler lezyon yakınması ile polikliniğe başvuran bir bruselloz olgusu sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Bruselloz, döküntü, ateş

Bruselloz, bir zoonozdur ve enfekte hayvanlarla direkt temas ya da pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi ile insanlara bulaşabilmektedir (1). Ülkemizde hastalık en sık Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%49.2)'nde, Doğu Anadolu Bölgesi (%21.7)'nde, İç Anadolu Bölgesi (19.9) ve Ege Bölgesi (%5)'nde görülmektedir (2). Brusellozda ateş yüksekliği (%80-100), hepatomegali (%20-40), splenomegali (%20-40), lenfadenopati (%10-20) ve artrit (%20-60) en sık saptanan bulgulardır. En sık osteoartiküler (%69) olmak üzere deri (%17), genitoüriner (%8), sinir sistemi (%7), solunum sistemi (%5) ve hematolojik (%4) sistem tutulumu görülür (3). Brusellozlu hastalarda deri tutulumu %5-14 arasında değişmektedir (4). Bu lezyonların çoğu papül, ülser, apse, eritema nodosum, purpura ve vaskülit de içeren geçici lezyonlar olarak bildirilmiştir (5). Brusellozda görülen deri lezyonları enfekte hücrelerdeki mikrobiyal replikasyonun veya mikroba karşı konak yanıtının sonucunda meydana gelmektedir (6). Bunun yanında deri lezyonları bakterinin direkt inokulasyonu, hipersensivite reaksiyonu, immun kompleks birikimi veya mikroorganizmanın hematojen yol ile cilde direkt



Resim 1. Bacak iç yüzünde squamlı papüler lezyonlar ve plaklar

invazyonuna da bağlı olabilir. Histolojik bulgular dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyonun olduğu inflamasyon ve fokal granulatöz lezyonlar şeklindedir (7,11).

## Olgu Sunumu

50 yaşında, kırsal kesimde yaşayan, öncesinde hiçbir sağlık sorunu bulunmayan kadın hasta yaklaşık 20 gün öncesinde kene ısırığı ve akabinde başlayan öksürük, balgam çıkarma, ateş, üşüme, titreme, halsizlik ve ayak bileğinde eklem ağrısı ve bacakta oluşan makülopapüler döküntü (Resim 1) yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde yaklaşık 15 gün önce sol kolundan kene ile ısırıldığı ve kenenin doktor tarafından çıkarıldığı öğrenildi. Hastanın yakın geçmişinde herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde ateş: 38.5 °C, nabız: 98/dk, kan basıncı: 120/80 mmHg, solunum sayısı

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi S.B. Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir

**Sorumlu Yazar:** Dr. Recep Balık

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi S.B. Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Basın Sitesi 35360 Karabağlar / İzmir

Tlf: 0532 697 49 64

E-posta: drbaalik@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 14.01.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 20.05.2014

16/dk idi. Her iki ayak bileğinde makülopapüler döküntüler vardı. Sistemik muayenesinde her iki akciğer bazalinde ral saptandı. Hasta Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA) ve pnömoni ön tanılarıyla enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı.

### Bulgular

Hastanın yapılan laboratuvar incelemesinde; lökosit:3.410/mm<sup>3</sup> (%72 polimorfonükleer lökosit, %24 lenfosit %3.5 monosit), hemoglobin 12.6 g/dl ve hematokrit %39.5 olup, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 41 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 6.67 mg/dl idi. Biyokimyasal tetkiklerinde AST: 75 U/l (N:5-34), ALT: 75 U/l (N:0-55), GGT:153 U/l (N:9-36), ALP: 238 U/l (N:40-150), LDH: 363 U/l (N:125-220) olarak saptandı, diğer biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Serolojik incelemelerde HbsAg (-), anti-HCV (-), anti-HIV (-), anti rubella IgM (-), anti rubella IgG (+), Anti CMV IgM (-), Anti CMV IgG (+), anti toksoplazma IgM (-), anti toksoplazma IgG (-) idi. Akciğer grafisinde parakardiyak bölgede minimal infiltrasyon saptandı.

Hastanın kültürleri alındıktan sonra KKKA tanısı için kan numunesi alındı ve Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile referans laboratuvara gönderildi. Hastaya pnömoni ön tanısıyla ampirik olarak sefuroksim aksetil 500 mg po tb 2x1/gün tedavisi başlandı. Sefuroksim aksetil tedavisi 3 gün boyunca uygulandı, ancak hastanın ateşi düşmedi. Döküntülü lezyonlar için dermatoloji görüşü alındı. Spesifik tanı konamadı, topikal steroid önerisinde bulunuldu. Laboratuvar bulgularında lökopeni ve anemi olması, ALT ve AST yüksekliği, antibiyotik tedavisine rağmen ateşin sürmesi, ayırıcı tanıda toplum kaynaklı pnömoniden uzaklaşılmasına yol açtı. Hastanın brusella açısından endemik bir bölgeden gelmesi nedeniyle brusella serolojik testleri istendi. Brusella tüp aglütinasyon testi 1/160 (+) olarak saptandı. Bunun üzerine tedavi 2x100 mg doksisisiklin + 1x600mg rifampisin ile değiştirildi. Hastanın izleminde AST, ALT değerlerinde artış tespit edilmesi üzerine rifampisin tedavisi 2. gün kesilerek yerine siprofloksasin 2x750 mg/gün PO tedavisi başlandı. Hastanın ateşi bruselloz tedavisinin üçüncü gününde kontrol altına alındı. Hastanın yatışının altıncı gününde kan kültürlerinde *Brucella* spp. üredi. KKKA için Türkiye Halk Sağlığı Referans Laboratuvarlarına gönderilen numunede ELİSA IgM ve PCR testleri negatif olarak sonuçlandı. Hasta ayaktan takip planlanarak tabucu edildi. Kontrollerinde kliniğin

düzeldiği, ilave yakınmanın olmadığı gözlemlendi. Olgunun mevcut tedavisi 6 haftaya tamamlandı.

### Tartışma

Hastalık dünyanın her bölgesinde görülebilmekle birlikte Portekiz, İspanya, Güney Fransa, İtalya, Yunanistan, Türkiye ve Kuzey Afrika ülkelerinin yer aldığı Akdeniz havzası ile Arap Yarımadası, Hindistan, Meksika, Orta ve Güney Amerika'da hiperendemiktir. İnsanlara bulaş yolları, enfekte hayvanın pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketimi, sekresyonlarının bütünlüğü bozulmuş cilt ile direkt teması, enfekte aerosollerin inhalasyonu, konjunktivaya inokülasyonudur (8). Bruselloz geniş bir klinik spektruma sahiptir ve birçok hastalığı taklit etmesi tanı koymada zorluklara neden olmaktadır (9). Özellikle subakut ve kronik bruselloz olgularında bazen tek bulgunun deri döküntüsü olması ve lezyonların özgül olmaması nedeni ile tanı konulmasında gecikilebilmektedir. Arıza ve ark.'nın (10) yaptığı 436 olgunun incelendiği çalışmada hastaların 27'sinde (%6) deri lezyonları tespit edilmiştir ve en sık görülen deri lezyonları 20 vakada (%71) dissemine mor eritematöz papüllo-nodüler erupsiyon, üç vakada (%11) eritema nodosum benzeri lezyonlar olmuştur. Metin ve ark.'nın (11) 103 olguyu içeren çalışmalarında %13.6 oranında deri lezyonu saptamışlar. Kartal ve ark.'nın (12) yaptığı, 68 hastanın incelendiği çalışmada ise 2 hastada ciltte peteşi ile seyreden deri tutulumu izlenmiş, her iki hastada da trombositopeni ve anti-trombosit antikorlar saptanmıştır. Bizim olgumuzda ise trombositopeni ve peteşiyal lezyonlar saptanmamıştır. Buzgan ve ark. (13) tarafından 1028 bruselloz olgusunun gözden geçirildiği bir çalışmada cilt lezyonları akut brusellozlu olguların %2,4'ünde, subakut olguların %3,2'sinde, kronik olgularda %2,1'inde, tüm olguların %2,4'ünde saptanmıştır. Bu olguların 13'ünü makülopapüler-ürtikeriyal döküntüler, 9'unu peteşi purpura ve 3'ünü ise eritema nodosum oluşturmaktadır.

Kaya ve ark.'nın (14) yaptığı bir olgu sunumunda ekstremitelerde ve gövdede yaygın maküler döküntüsü ve el ve ayaklarda iki taraflı uyuşması olan, bruselloza bağlı periferik nöropatili bir hasta tanımlamışlardır. Makülopapüler döküntüsü olan olgumuzda periferik nöropati saptanmadı, hastamızın nörolojik muayenesi normaldi.

Yüce ve ark.'nın (1) yaptığı bir çalışmada bruselloz tanısı konan hastaların %20'sinde polikliğine başvuru anından solunum sistemi semptomları saptanmış. Bizim olgumuzda da

akciğer tutulumunu yansıtan öksürük ve balgam şikâyetleri tespit edildi, bu durum ilk etapta toplum kaynaklı pnömoni düşünmemize neden oldu. Kesin tanı konulduktan sonra solunum sistemine ait bulguların brusella pnömonisi ile de ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Hastamızın ilaç kullanım öyküsünün bulunmaması, lezyonlarının kaşıntısız olması ve eozinofili görülmemesi nedeni ile ayırıcı tanıda aşırı duyarlılık reaksiyonu düşünülmüdü. Yapılan serolojik testler ve bakılan viral markerların negatif sonuçlanması nedeni ile viral hastalıktan uzaklaşıldı. Hastanın izleminde koagülasyon testlerinde herhangi bir anormallik saptanmaması, trombositopeni bulunmaması referans laboratuvarında bakılan ELİSA IgM ve PCR'ın negatif sonuçlanması üzerine KKKK dışlandı. Pnömoni ön tanısı ile yatırılan hastada uygun antibiyoterapiye rağmen ateş yanıtının alınmaması nedeni ile hastada başka tanılar düşünüldü.

Ülkemizde bruselloz'un endemik olması, brusellozda görülen deri lezyonlarının nonspesifik olması, brusellozlu hastalarda solunum sistemi tutulumunun olabileceği akılda tutulmalıdır. Sonuç olarak ülkemiz gibi brusellozun endemik olduğu bölgelerde ateş yüksekliği ve deri döküntüsü ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka bruselloz da düşünülmeli ve ayırıcı tanıya yönelik testler yapılmalıdır.

### A Case of Brucellosis Presenting with Maculopapular Rash and Pneumonia

#### Abstract

*Brucellosis is common all over the world. Frequency of the disease is inversely proportional to the level of development of countries. In our country brucellosis is endemic in many areas. Brucellosis is a systemic disease. Skeletal system involvement is most common. Patients with skin lesions and clinical symptoms are rarely seen. In this case report, a 50 years old female patient who had brucellosis with cough, fever, papular rash on both ankles and legs was presented.*

**Key words:** Brucellosis, rash, fever

### Kaynaklar

1. Yüce A, Cavus S, Yapar N. Bruselloz: Ellibeş Olgunun Değerlendirilmesi. Klimik Derg 2006; 19:13-17.
2. Ayaz C. Brusellozun Türkiyedeki durumu 12. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi Kitabında. Antalya 2005; 100-101.
3. Gür A, Geyik MF, Dikici B, Nas K, Cevik R, Sarac J ve ark. Complication of brucellosis in diferent age groups: a study of 283 cases in Southeastern Anatolia of Turkey. Yonsei Med J 2003; 44(1):33-44.
4. Akçalı C, Savas L, Baba M, Turunç T, Seçkin D. Cutaneous manifestatons in brucellosis: A prospective study. Adv Ther 2007; 24(4):706-711.
5. Young EJ. *Brucella* species, pp: 2920-25. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds), Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 2010, 7th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia.
6. Stefanova MB, Starova A, Bezhoska AI. Cutaneous manifestations of brucellosis. Macedonian Journal of Medical Sciences 2010; 3:257-262.
7. Milionis H, Chistou L, Elsiat M. Cutaneous manifestations in brucellosis case report and the review of the literature. Infection 2000; 28(2):124-126.
8. Yüce A, Çavuş SA. Türkiye'de Bruselloz: Genel Bakış. Klimik Derg 2006; 19:87-97.
9. Doganay M, Aygen B. Human brucellosis: An Overview. Int J Infect Dis 2006; 7:173-182.
10. Ariza J, Servitje O, Pallarés R, Fernández Viladrich P, Rufı G, Peyrı J et al. Characteristic cutaneous lesions in patients with brucellosis. Arch Dermatol 1989; 125(3):380-383.
11. Metin A, Akdeniz H, Buzgan T, Delice I. Cutaneous findings encountered in brucellosis and review of the literature. Int J Dermatol 2001; 40(7):434-438.
12. Kartal ED, Özgüneş İ, Çolak H. Altmışsekiz bruselloz olgusunun sistem tutulumları açısından değerlendirilmesi. Flora Derg 2004; 9:258-265.
13. Buzgan T, Karahocagil MK, Irmak H, Baran AI, Karsen H, Evirgen O ve ark. Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. Int J Infect Dis 2010; 14(6):469-478.
14. Kaya S, Kostakoğlu U. Maküler döküntü ve periferik nöropati ile seyreden bir bruselloz olgusu Mikrobiyoloji Bul 2009; 43(1):147-151.