

Bruselloza bağlı dalak infarktı gelişen olgu

A case of splenic infarct due to brucellosis

Kader Arslan, Salih Cesur, Esra Yüksekaya, Çiğdem Ataman Hatipoęlu, Esra Kaya Kılıç, Sami Kınıklı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 24.08.2017

Kabul Tarihi: 27.09.2017

Doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.335946

Öz

Bruselloz retikuloendotelial sistem doku ve organlarını tutan zoonotik bir enfeksiyondur. Brusellozda splenomegali görülebmesine rağmen dalak absesi veya dalak infarktı nadiren bildirilmiştir. Dalak infarktında sol üst kadranda ağrısı ve ateş en sık görülen semptomlardır. Bu yazıda, bruselloza bağlı dalak infarktı gelişen ve splenektomi ve bruselloza yönelik antimikrobiyal tedavi uygulanan 79 yaşında bir kadın hasta sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, dalak infarktı, organ tutulumu

Abstract

Brucellosis is a zoonotic infectious disease that involves the tissues and organs of the reticuloendothelial system. Although splenomegaly may be seen in brucellosis, spleen abscess or spleen infarction has rarely been reported. Left upper quadrant pain and fever are the most common symptoms in splenic infarction. In this article, we present a 79-year-old woman with splenic infarction due to brucellosis; she had splenectomy and was treated with antimicrobial therapy for brucellosis.

Keywords: Brucellosis, splenic infarction, organ involvement

Giriş

Bruselloz Türkiye’de ve dünyada bazı bölgelerde endemik olarak görülebilen, pek çok organ ve sistemi tutabilen, akut, subakut veya kronik seyir gösterebilen zoonotik bir enfeksiyondur. Brusellozda başta retikuloendotelial sistem (karaciğer, dalak, lenfoid doku, kemik iliği) ve iskelet-kas sistemi olmak üzere pek çok organ ve sistemde tutulum görülebilir.

Brusella bakterisi lenf nodu, karaciğer, dalak, kemik iliği gibi makrofaj ve monositlerin yerleşim gösterdiği retikuloendotelial sistem (RES) hücrelerinde yerleşir [1].

RES tutulumu sonucunda hepatosplenomegali, lenfadenopati ve kemik ilięi tutulumuna bağlı olarak lökopeni ya da pansitopeni görülebilir. Brusellozda gastrointestinal

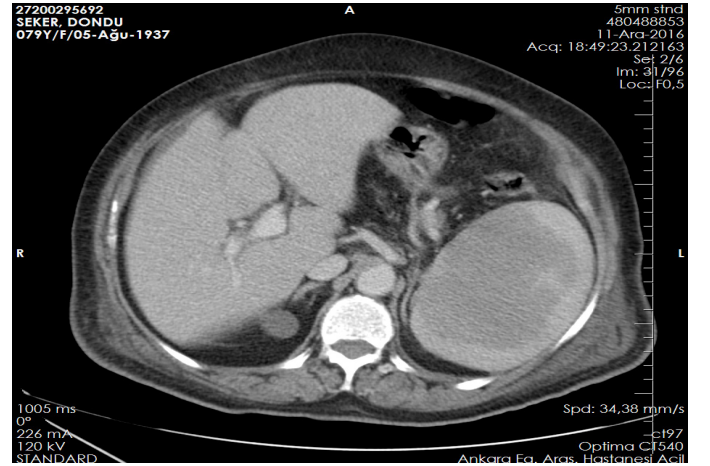
sistemde splenik apse ve karın ağrısını takiben spontan bakteriyel peritonit gelişmesi sık görülen gastrointestinal sistem bozukluklarıdır [2]. Ancak bruselloza bağlı dalak infarktı gelişmesi literatürde nadiren bildirilmiştir [3-7]. Dalak infarktı sıklıkla hematolojik veya tromboembolik hastalıklarla ilişkilidir, nadiren bruselloz gibi enfeksiyon hastalıklarına bağlı olarak da gelişebilir [6]. Biz bu yazıda dalak infarktı gelişen ve splenektomi materyalinin histopatolojik incelemesi ile bruselloz tanısı konulan bir olgu sunarak literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu

Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta ani başlayan sol yan ağrısı ve ateş yüksekliği şikayetleri ile acil servise başvur-

du. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık oryante-koopere idi. Batın muayenesinde sol kostovertebral açıda hassasiyeti mevcuttu, diğer sistem muayeneleri normaldi. Batın ultrasonografisinde splenomegali ve sol alt kadranda ve intestinal anlarda 4 cm'ye ulaşan serbest mayi saptandı. Bunun üzerine kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT incelemesinde dalak uzun aksının 19 cm ölçüldüğü ve masif splenomegali ile uyumlu olduğu, üst yarısında geniş yer tutan, en geniş yerinde 11x8 cm boyutlarında ölçülen düzensiz kontürlü parankime göre hipodens lezyon alanı izlendiği ve bu lezyonun öncelikle dalak infarktı lehine değerlendirildiği belirtildi. Ayrıca, perisplenik, sol parakolik ve pelviste en derin yerinde sol alt kadranda 1,5 cm ölçülen serbest mayi dikkati çektiği rapor edildi (Resim 1). Dalak infarktı ön tanısı konulan hasta splenektomi için genel cerrahi kliniğine yatırıldı. Genel cerrahi servisindeki yatışının üçüncü gününde ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine hasta kliniğimize konsülte edildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryante-koopere, nabız 92/dakika, solunum sayısı 25/dakika, arteriyel kan basıncı 110/75 mm Hg, vücut sıcaklığı 38,6 °C, kalp sesleri normal, solunum sesleri doğal idi. Batın muayenesinde sol kostovertebral açı hassasiyeti saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemesinde; lökosit sayısı: 5000/mm³, nötrofil sayısı: 3400/mm³, Hb: 9.8 gr/dl, Hct: %30,7, trombosit sayısı: 61.000/mm³, BUN: 39 mg/dl, kreatinin: 0.96 mg/dl, AST: 37 U/L, ALT: 13 U/L, C-reaktif protein: 7.91 mg/dl (N: 0-5 mg/dl), eritrosit sedimentasyon hızı 13 mm/saat idi. Kan ve idrar kültürleri alınarak ampirik olarak seftriakson 1x2 gr (IV) tedavisi başlanması önerildi. Tam idrar tetkikinde lökosit ve eritrosit saptanmadığı, kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadığı görüldü. Genel cerrahi kliniğinde yatmakta olan hasta ateş yüksekliği, masif splenomegali ve trombositopenisi nedeniyle hematolojik malignite açısından hematoloji bölümüne de konsülte edilmişti. Hematolojik değerlendirme sonucu periferik yaymasında atipik hücre saptanmayan hastada hematolojik malignite düşünülmedi. Dalak infarktı nedeniyle, genel cerrahi kliniğinde yatışının 6. gününde seftriakson tedavisi alırken splenektomi yapıldı. Hastaya profilaksi amacıyla birer doz meningokok, pnömokok, Haemophilus influenzae tip b aşıları yapıldı. Seftriakson tedavisi 10 güne tamamlanıp kesilerek genel cerrahi kliniğinden taburcu edildi. Hasta 10 gün sonra splenektomi materyalinin patoloji sonucu ile

polikliniğimize başvurdu. Histopatolojik incelemesi granülomatöz enfeksiyon ile uyumlu olan hastanın Elbistan'da yaşadığı, hayvancılıkla uğraştığı ancak taze peynir yeme hikayesinin olmadığı öğrenildi. Kan kültürleri tekrar alınıp Rose-Bengal lam aglütinasyon ve Brucella Wright aglütinasyon testleri istendi. Rose Bengal lam aglütinasyon testi pozitif, Wright aglütinasyon testi ise 1/160 titrede pozitif saptandı. Hastanın alınan üç kan kültüründe de üreme olmadı. Brusella aglütinasyon testi pozitif olan, patolojik inceleme sonucu granülomatöz enfeksiyon olarak rapor edilen hastaya bruselloz tanısıyla rifampisin 1x600 mg ve doksisisiklin 2x100 mg tablet tedavisi başlandı. Semptomları düzelen, CRP değeri normale gerileyen hastanın bruselloz tedavisi altı haftaya tamamlanarak kesildi.



Resim 1. Brusellozlu hastada kontrastlı BT'de dalak infarktı görünümü

Tartışma

Bruselloz pek çok organ ve sistemi tutabilen, zoonotik bir enfeksiyon olup Türkiye'de belirli bölgelerde endemik olarak görülmektedir. Bruselloz, neden olduğu morbiditeler nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Brusellozda başta iskelet-kas sistemi ve RES olmak üzere, gastrointestinal, kardiyovasküler, solunum, genitoüriner ve santral sinir sistemi gibi pek çok sistem ve organ tutulumu görülebilir [1,2].

Brusellozda splenomegali sık görülen bir bulgu olmasına rağmen, dalak infarktı ve dalak apsesi gelişimi nadiren bildirilmiştir [3-10].

Alyousef ve ark. [3] ani başlayan ateş, sol hipokondriumda ağrı ve kusması olan 17 yaşında erkek hastada akut bruselloza bağlı olarak gelişen dalak infarktı bildirmişlerdir.

Olgunun tanısı kan kültüründen etkenin izolasyonu ve serolojik testlerle konulmuştur. Olguda dalak infarktı bruselloza yönelik antimikrobiyal tedaviyle cerrahi girişim uygulanmaksızın anlamlı şekilde düzelmiştir. Sunduğumuz olguda sol yan ağrısı şikayeti ve batında sol alt kadranda serbest mayii mevcuttu. Abdomen tomografisinde dalakta infarkt saptanan hastanın splenektomi materyalinde granülomatöz infeksiyonla uyumlu görüntü rapor edilmesi üzerine hasta bruselloz yönünden araştırıldı. Bruselloza yönelik serolojik testlerin pozitif saptanması üzerine dalak infarktının bruselloza bağlı olarak gelişmiş olabileceği düşünüldü. Tedavi sonrası hastanın semptomları ve CRP değerinde düzelme saptandı.

Dalak infarktında sol üst kadranda ağrısı en sık saptanan semptomdur, bazı hastalarda karında şişkinlik ve kusma görülebilir. Ancak asemptomatik seyir gösteren olgular da görülebilir [4].

Uçmak ve ark. [4] 17 yaşında bir erkek hastada akut bruselloza bağlı gelişen lökositoklastik vaskülit ve dalak infarktı gelişimi rapor etmişlerdir. Olgu iki hafta önce başlayan ateş, halsizlik, iştahsızlık, eklem ağrısı, epigastrik ve sol üst kadranda ağrı ve bacakta döküntü şikayetleri ile müracaat etmiştir. Olgunun anamnezinden pastörize edilmemiş süt ürünleri tükettiği öğrenilmiştir. Fizik muayenesinde; traube alanı kapalı, bacaklarda ve dirsek eklemünde palpable purpura saptanmıştır. Olgunun yapılan tetkiklerinde; abdominal tomografide dalağın olduğu bölgede infarktla uyumlu hipodens alan saptanmış, brusella standart tüp aglütinasyon testinin 1/320 değerinde pozitif saptanması ile bruselloz tanısı konulmuştur. Olgunun bacaklarındaki döküntüden yapılan biyopsinin patolojik inceleme sonucu lökositoklastik vaskülit olarak rapor edilmiştir. Olgu bruselloza yönelik altı hafta süreli doksisisiklin ve rifampisin tedavisi sonrasında iyileşmiştir.

Ruggeri ve ark. [6] pediatrik yaşta bir olguda bruselloz atağı esnasında dalak infarktı bildirmişlerdir. Olguda persistan sol üst kadranda ağrısı ve ateş semptomları en belirgin semptomlar iken abdomen tomografisinde triangüler bölgede dalakta

hipodens alan saptanması ile dalak infarktı doğrulanmıştır. Olgunun kesin tanısı serolojik testler ve etkenin kültürden izolasyonu ile konulmuştur. Olgu bruselloza yönelik 2.5 ay süreli antibiyotik tedavisi sonrasında iyileşmiştir.

Literatürde bruselloza bağlı dalak infarktı dışında splenik apse ve dalakta hemoraji gelişen olgular da rapor edilmiştir [8,9]. Yılmaz ve ark. [8] nedeni bilinmeyen ateş ön tanısıyla araştırılan 34 yaşında kadın hastada *Brucella melitensis*'e bağlı gelişen multipl dalak apsesi bildirmişlerdir. Olgunun tanısı kan kültüründen etkenin izole edilmesi ve Wright aglütinasyon testi pozitifliği ile konulmuştur. Hasta bruselloza yönelik antibiyotik tedavisiyle cerrahi girişim gerekmesizin düzelmiştir. Demirdağ ve ark. [9] 65 yaşında bruselloz tanısı konulan kadın hastada tedavi esnasında dalak rüptürü ve hematomu bildirmişlerdir. Olguda bruselloz tanısı kan kültürü pozitifliği ve serolojik testlerle konulmuştur.

Bruselloza bağlı dalak apsesinde en uygun tedavi yaklaşımı tam olarak belirlenememiştir. Erken evrede ve dalakta kalsifikasyon olmayan olgularda tek başına antimikrobiyal tedavi ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir [8]. Kronik lezyonu olan olgularda ise cerrahi ve medikal tedavinin birlikte uygulanması önerilmektedir [8,10].

Sonuç olarak, sol kadranda karın ağrısı, ateş yakınmaları olan, görüntüleme yöntemlerinde dalak infarktı saptanan olgularda endemik bölgelerde bruselloz da akılda tutulmalı ve tanıya yönelik laboratuvar testleri yapılmalıdır. Olgumuzun tanısı splenektomi materyalinin histopatolojik incelemesi ve serolojik yöntemlerle konulmuştur. Bizimki gibi brusellozun endemik olduğu bölgelerde retikuloendotelial sistemin histopatolojik incelemesinde granülomatöz reaksiyon görülen hastalarda ayırıcı tanıda brusellozun unutulmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

Maddi Destek ve Çıkar İlişkisi

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların çıkarı dayalı bir ilişkisi yoktur.

Kaynaklar

1. Edward J Young.: Brucella species. In: Gerald L. Mandell, John E. Bennett, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th edn. New York: Churchill Livingstone; 2010: 2921-6.
2. Gul HC, Erdem H. Brucellosis (Brucella species). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia, PA:Elsevier Saunders;2015:2584-9.e3.
3. Alyousef M, Enani M, Elkhatim M. Acute Brucellosis with Splenic Infarcts: A Case Report from a Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia. Case Rep Infect Dis. 2015;2015:940537.
4. Uçmak F, Uçmak D, Beştaş R, Anli RA, Adanir H. Acute brucellosis associated with leukocytoclastic vasculitis and splenic infarct. Infez Med 2014;22:326-30.
5. Salgado F, Grana M, Ferrer V, Lara A, Fuentes. Splenic infarction associated with acute Brucella mellitensis infection. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2002;21:63-4.
6. Ruggeri C, Tulino V, Foti T, et al. Brucellosis and splenic infarction: a case in pediatric age. Minerva Pediatr 2001;53:577-9.
7. J. H. Lee, Y. M. Lee, C. H. Lee, C. S. Choi, T. H. Kim. "Splenic infarction associated with brucellosis in a non-endemic area," Infection and Chemotherapy 2010;42:Article 48.
8. Yılmaz M, Arslan F, Baskan O, Mert A. Splenic abscess due to brucellosis: a case report and a review of the literature. Int J Infect Dis 2014;20:68-70.
9. Demirdal T, Okur N, Demirturk N. Spontaneous splenic rupture with hematoma in a patient with brucellosis. Chang Gung Med J 2011;34:52-5.
10. Del Arco A, De La Torre-Lima J, Prada JL, et al. Splenic abscess due to Brucella infection: is the splenectomy necessary? Case report and literature review. Scand J Infect Dis 2007;39: 379-81.

Sorumlu Yazar: Kader Arslan, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ulucanlar Cad, Altındağ, Ankara, Türkiye
E-mail: kaderdogan@gmail.com