



## Ateş ve Trombositopeni Ayırıcı Tanısında Endemik Bir Hastalık: Q ateşi

### An endemic disease in differential diagnosis of fever and thrombocytopenia: Q Fever

Zeynep Banu Ramazanoğlu, Özgür Günal, Hamide Saygılı, Aynur Atilla, Süleyman Sırrı Kılıç

1 Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Samsun-Türkiye.

Sayın Editör,

Q ateşi *Coxiella burnetti* tarafından oluşturulan dünya çapında yaygın bir zoonozdur. Bakterinin primer rezervuarı sığır, koyun, keçi gibi çiftlik hayvanlarıdır, fakat evcil hayvanlarda, kuşlarda ve kenelerde de bulunabilir (1). İnsanlarda enfeksiyon, genelde enfekte damlacıkların, özellikle enfekte doğum materyalinin inhalasyon yoluyla alınmasıyla gelişir. Ancak enfekte süt tüketimi ve artropot ısırması yoluyla da bulaş olabilir (2).

Akut Q ateşinin en sık görülen klinik formları; ciddi baş ağrısı, myalji, ateş, artralji ve öksürüğün eşlik ettiği grip-benzeri sendrom, pnömoni, hepatit ve myokardit'tir. Kronik Q ateşinin en yaygın gözlenen formu ise endokardittir ve özellikle altta yatan kalp kapak hastalığı olanları etkiler (1,3).

Q ateşinin tanısı başlıca serolojik testlerle yapılır ve serolojik tanıda referans yöntem immunfloresan antikor (IFA) yöntemidir (1).

Genel durum bozukluğu ve ateş şikayeti olan 61 yaşında bayan hasta Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi acil servisinde değerlendirildi. Hikayesinde, bahçe işleriyle uğraştığı ve bir kaç gün önce sağ ayağından bir böcek tarafından ısırıldığı ve kronik bir hastalığının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede ateş: 38.7 derece, nabız 88/dakika ve ritmik, tansiyon 110/70 mmHg bulundu. Sağ ayak sırtında yaklaşık 2 cm çapında ortası nekroze görünümde, kenarları eritemli ve ısı artışı olan lezyon mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulguları; Beyaz küre (WBC): 3730 hücre/ $\mu$ L (NE %91, LY %4.5), Hemoglobin (Hb): 10.1 g/dL, Platelet (Plt):8000 / $\mu$ L, CK:430 IU/L (39-308), Laktat Dehidrogenaz (LDH): 328 U/L (135-225), Kan Üre Azotu (BUN) 25 mg/dL (7.8-22.8), Kreatinin 0.9 mg/dL (0.7-1.3), Alanin aminotransferaz (ALT): 49 U/L (0-40), Aspartat transferaz (AST): 55 U/L (0-41), Gama Glutamil Transferaz (GGT): 120 U/L (8-61), Alkalen Fosfataz (ALP):155 U/L (40-129), Protrombin Zamanı (PT): 14.5 sn. (10-14), INR 1.22 (0.8-1.2), Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı (APTT): 20.9sn. (21-33), ESH: 70 mm/saat (0-20), C-reaktif protein (CRP): 9,3 mg/dL (0-0.8) idi. Tam idrar tetkikinde; 103 eritrosit olup, lökosit yoktu. Akciğer grafisi ve batın ultrasonu normaldi. Ekokardiyografide vejetasyon izlenmedi. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve Leptospirozis için gönderilen testler negatif sonuçlandı. Brusella Rose Bengal ve tüp aglutinasyon testi negatifti. Hastadan Q ateşi için IFA testi istendi. Hastaya plazmaferez uygulandı ve 2 ünite aferez trombosit süspansiyonu verildi. Hastaya olası riketsiyal enfeksiyonlar açısından Doksisiklin başlandı. Hastanın takibinde ateşi düştü, genel durumu düzeldi ve PLT değeri 115.000 / $\mu$ L'e kadar yükselmesi üzerine yatışının 10. günün önerilerle taburcu edildi. Taburculuk sonrası Q ateşi IFA Faz I IgG negatif, IFA Faz II IgG 1/200 sonuçlanması üzerine hasta kontrole çağrıldı. Kontrol muayenesi normal olan hasta 2 ay sonra EKO planlanmak üzere gönderildi.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, kırsal alandaki yaşamın Q ateşi açısından riskli olduğu gösterilmiştir (4). Yine benzer olarak Orta Karadeniz bölgesinde yapılan bir çalışmada Q ateşi seroprevalansının yüksek olduğu ve bu durumun kırsal alandaki yaşamla kent yaşamının iç içe geçmesine bağlı olduğu vurgulanmıştır (5). Bu nedenle, bölgemizde akut ateş ve trombositopeni ile başvuran hastalarda, viral hemorajik ateş nedenlerinin yanı sıra Q ateşinin de ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir. Ayrıca akut Q ateşi sonrası özellikle riskli hasta grubunda endokardit açısından kontrol EKO yapılması unutulmamalıdır (2).

#### Referanslar

- 1- Maurin M. Raoult Q fever. Clin. Microbiol Rev 1999; 12: 518-3.
- 2- Gikas A, Kokkini S, Tsioutis C. Q fever: clinical manifestations and treatment. Expert Rev Anti Infect Ther 2010; 8(5): 529-39.
- 3- Raoult D, Tissot-Dupont H, Foucault C et al. Q fever 1985–1998. Clinical and epidemiologic features of 1,383 infections. Medicine 2000;79(2):109–123.
- 4- Gozalan A, Esen B, Rolain JM, Akin L, Raoult D. Is Q fever an emerging infection in Turkey? East Mediterr Health J 2005; 11(3): 384-91.
- 5- Özgür Günal, Şener Barut, Murat Ayan, Selçuk Kılıç, Fazilet Duygu. Akut Ateş Yakınmasıyla Başvuran Hastalarda *Coxiella burnetti* ve *Brucella* Seropozitifliğinin Araştırılması. Mikrobiyol Bul 2013;47(2):265-272deri

**Corresponding Author: Zeynep Banu Ramazanoğlu**

**Address:** Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Samsun- Türkiye.

**E-mail:** zeynepbanuramazanoğlu@gmail.com

**Başvuru Tarihi/Received:** 11-11-2014

**Kabul Tarihi/Accepted:** 13-05-2015

