



# Süpüratif parotis tutulumu ile seyreden bruselloz olgusu

## A case of brucellosis presenting with suppurative parotitis involvement

Dr. Lutfi Kanmaz,<sup>1</sup> Dr. Faruk Karakeçili,<sup>2</sup> Dr. Aytekin Çıkman,<sup>3</sup> Dr. Fatih Özçiçek,<sup>4</sup> Dr. Erdal Karavaş<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

<sup>2</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

<sup>3</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

<sup>4</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

<sup>5</sup>Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

### ÖZ

Bruselloz, Brucella bakterilerinin neden olduğu, yaygın görülen zoonotik bir enfeksiyondur. Brucella enfeksiyonları genellikle çeşitli organ tutulumlarının da eşlik ettiği geniş bir klinik çeşitlilik gösterir. Bu yazıda, 60 yaşında erkek hastada parotis apsesi ve fistülün eşlik ettiği süpüratif parotis tutulumu ile seyreden bir bruselloz olgusu sunuldu. Bruselloz komplikasyonlarına yönelik yaptığımız literatür taraması sonuçlarına göre, olgumuz literatürde bildirilen ilk olgudur. Kombine antibiyotik tedavisinin beşinci haftasında, hastanın süpüratif parotis ve klinik bulgularında anlamlı düzelme gözlemlendi. Sekiz haftalık tedavi sonrasında hastanın yakınmaları tamamen düzeldi.

**Anahtar Sözcükler:** Bruselloz; fistül; granümatöz enfeksiyon; parotis.

### ABSTRACT

Brucellosis is a common zoonotic infection caused by Brucella bacteria. Brucella infections are usually presented with various clinical manifestations, and often accompanied by multiple organ involvements. In this article, we present a case of brucellosis with suppurative parotitis involvement accompanied by parotid abscess and fistula in a 60-year-old male patient. According to the literature review we conducted regarding complications of brucellosis, our case is the first case reported in the literature. Significant improvement in patient's suppurative parotitis and clinical findings was observed at the fifth week of combination antibiotic therapy. Patient's complaints resolved completely after eight weeks of treatment.

**Keywords:** Brucellosis; fistula; granulomatous infection; parotitis.

Bruselloz, Gram negatif kokobasil olan Brucella cinsi bakterilerin neden olduğu, tüm dünyada yaygın olarak görülen zoonotik bir enfeksiyondur. Özellikle Akdeniz ülkeleri ve gelişmekte olan ülkelerde halen önemini koruyan bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalık sıklıkla pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi ve enfekte dokularla direkt temasa

insanlara bulaşır. Bruselloz yorgunluk ve grip benzeri semptomların ön planda olduğu, sıklıkla kas iskelet sistemini etkileyen ateşli hastalık ile karakterizedir. Hücre içi bir bakteri olan Brucella, tüm organlara yayılarak multisistem hastalıkları taklit eden farklı klinik tablolar ortaya çıkarabilir. Hastalık, sıklıkla ateş ve septiseminin eşlik ettiği sistemik semptomlara neden olduğu gibi,



insanlarda izole organ tutulumu ile de ortaya çıkabilmektedir.<sup>[1,2]</sup> Bu yazıda, süpüratif parotis bezi tutulumu ile seyreden bir bruselloz olgusu sunuldu. Bildiğimiz kadarı ile bruselloza bağlı parotis bezi tutulumu literatürde daha önce bildirilmemiştir.

### OLGU SUNUMU

Kırsal bölgede hayvancılık yapan 60 yaşında erkek hasta, yaklaşık üç aydır devam eden yüksek ateş, halsizlik, terleme, yaygın vücut/eklem ağrısı ve son iki aydır sağ kulak altında şişlik yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden bir dış merkezde hastaya önce 2. ve 3. kuşak oral sefalosporin verildiği, yakınmaları kısmen gerilemesine rağmen iyileşmeyince amoksilin/klavulanik asit + siprofloksasin tedavisinin kombine olarak uygulandığı öğrenildi.

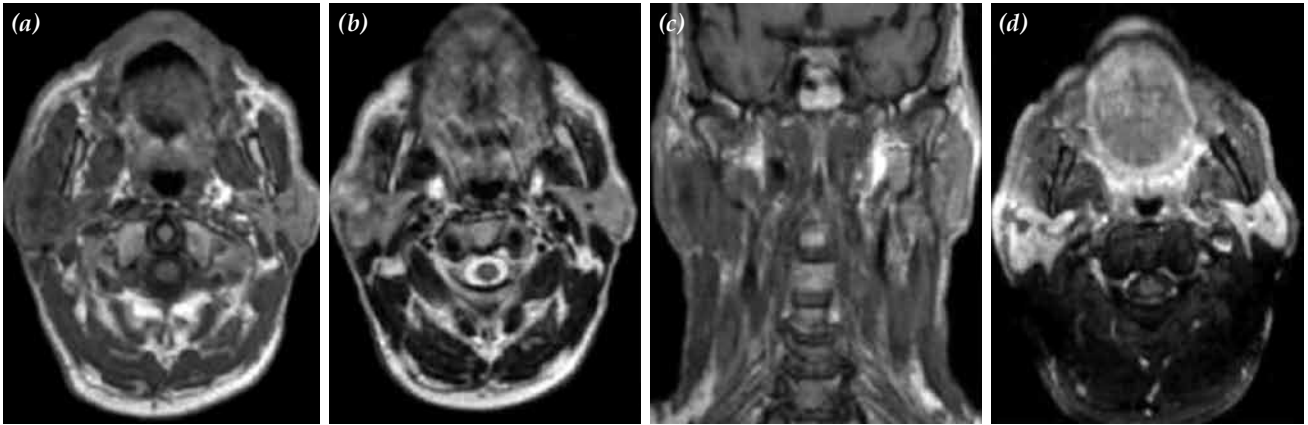
Kliniğimizde yapılan fizik muayenesinde; hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, oryante-koopere idi. Ateş: 36.7°C, tansiyon: 120/80 mmHg, nabız: 84 bulundu. Sistem muayenesinde sağ kulak altında (parotis bezi bölgesinde) yaklaşık 4x5 cm şişlik/kızarıklık ve cilde fistülize olmuş pürülan akıntılı lezyon vardı (Şekil 1). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın



Şekil 1. Parotis bezi bölgesinde, yaklaşık 4x5 cm çapında, şişlik/kızarıklık ve cilde fistülize olmuş pürülan akıntılı lezyon.

laboratuvar incelemesinde; lökosit: 10300/mm<sup>3</sup> (nötrofil: 6200), hemoglobin: 15.6 mg/dL, trombosit: 168000 mm<sup>3</sup>, üre: 25 mg/dL, kreatinin: 1.1 mg/dL, alanin aminotransferaz (ALT): 17 U/L, aspartat aminotransferaz (AST): 21 U/L, laktat dehidrogenaz (LDH): 184 U/L, sedimantasyon: 37 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 1.04 mg/dL bulundu. Epstein-Barr virus (EBV) paneli, anti insan bağışıklık yetersizliği virüsü (anti-HIV) testi ve viral hepatit belirteçlerinde özellik yoktu. Anti Toxo immünoglobulin (Ig)G/IgM, Borrelia Burgdorferi IgG/IgM, Salmonella tüp aglütinasyonu ve tularemi aglütinasyonu negatif sonuçlandı. Brucella Rose Bengal testi pozitif, Brucella tüp aglütinasyonu 1/1280 titrede pozitif, Brucella Immun Capture (Coombs'lu Brucella) 1/1280 titrede pozitif olarak saptandı. Yatışında alınan üç kan kültüründe üreme olmadı. Pürülan akıntıdan alınan apse materyalinin Gram boyamasında bakteri görülmedi, kültüründe bakteri üremedi, tüberküloz kültüründe üreme olmadı ve aside dirençli basil-ler (ARB) negatif sonuçlandı. Apse materyalinin patoloji sonucu: granülomatöz enfeksiyon lehine yorumlandı, atipik veya malign hücre tespit edilmedi. Yapılan kontrastlı boyun manyetik rezonans görüntü incelesinde: sağ parotis boyutları artmış ve parankim yapısı heterojen izlendi (sağda parotitis ile uyumlu). Ayrıca sağ parotis düzeyinde cilt-cilt altı yapılarında belirgin enflamasyon, parotis bezinin orta kesiminde 1.5x2 cm apse oluşumu ve cilde fistülizasyon izlendi (Şekil 2a-d). Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı.

Hastaya streptomisin 1x1 gr intramusküler ve doksisisiklin 2x100 mg + rifampisin 1x600 mg oral tedavi başlandı. Klinik takibinin 10. gününde yakınmaları gerilemeye başladı. Tedavinin üçüncü haftasında şişlik ve kızarıklık tama yakın düzeldi, pürülan akıntı kesildi. Streptomisin tedavisi kesilerek siprofloksasin 2x500 mg başlandı, doksisisiklin ve rifampisin tedavisine devam edildi. Ancak tedaviye rağmen fistül halen devam etmekte ve özellikle hasta yemek yerken fistül yerinden tükürük salgısı gelmekteydi. Daha sonraki takiplerinde mevcut antibiyoterapi ve düzenli pansumanlarla tedavinin 5. haftasında akıntı tamamen kesildi ve fistül kapandı (Şekil 3). Brucella tüp aglütinasyonu 1/640 titrede pozitif, CRP: negatif, sedimantasyon hızı: 25 mm/saat, hemogram



**Şekil 2.** Kontrastlı boyun manyetik rezonans:  $T_1$  ve  $T_2$  ağırlıklı aksiyel görüntülerde sialoadenit ile uyumlu sağ parotis bezinde sola göre boyut artışı,  $T_1$  ağırlıklı görüntülerde heterojen ve difüz sinyal kaybı (a) ile  $T_2$  ağırlıklı görüntülerde heterojen sinyal artışı izlenmektedir (b).  $T_1$  ağırlıklı koronal görüntülerde sağ parotis bezinde sola göre boyut artışı ve heterojen, difüz sinyal kaybı vardır (c). İntravenöz kontrast madde verildikten sonra alınan  $T_1$  ağırlıklı aksiyel SPIR (Spectral Presaturation with Inversion Recovery) görüntülerde sağ parotis bezinde kontrast tutmayan ve cilt altına uzanım gösteren cilde fistülüze olan apseye ait hipointens alan izlenmektedir (d).

ve biyokimya testleri normal idi. Toplam tedavi sekiz haftaya tamamlandı. Tedavi sonunda tamamen düzelen hastanın takiplerinde bir sorunla karşılaşmadı. Tedavi sonrası altı aylık takibinde klinik muayene ve laboratuvar değerleri normal olarak tespit edildi, Brusella aglütinasyon titreleri düşük düzeyde pozitif saptandı. Bruselloz açısından nüks tespit edilmedi.

### TARTIŞMA

Geniş bir klinik çeşitlilik gösteren Brucella enfeksiyonu, ana semptomları yüksek ateş, kas ve büyük eklemler ağrıları olmakla birlikte, insan vücudunda herhangi bir organ veya dokuda fokal tutulum yapabilir. Lökomotor, gastrointestinal, genitoüriner, hematolojik, respiratuar, kardiyovasküler ve santral sinir sistemleri en sık etkilenen sistemlerdir.<sup>[1,2]</sup> 2010 yılında yayınlanan 1028 bruselloz olgusunun incelendiği bir çalışmada fokal tutulum oranı %36.1 olarak bildirilmiştir.<sup>[3]</sup> Literatürde, endokardit oranı %1, genitoüriner sistem tutulumuna bağlı (erkek hastalarda) epididimoorşit %10, menenjit ve kranial sinir tutulumu gibi nörolojik komplikasyonlar %4, respiratuar sistem tutulumuna bağlı bronkopnömoni ve plevral komplikasyonlar %6, kütanöz değişiklikler %6 oranında bildirilmiştir.<sup>[4]</sup>

Bruselloz tüm dünyada yaygın olarak görülen zoonotik enfeksiyon olup, Türkiye’de özellikle orta, doğu ve güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaygın olarak görülmektedir.<sup>[5]</sup> Bruselloz

tanısında, bakterinin üretilmesi her zaman mümkün olmadığından, serolojik testler yaygın şekilde kullanılmaktadır.<sup>[6]</sup> Bizim olgumuzda kan ve apse kültüründe bakteri ürememesinin nedeninin yakın zamanda kullandığı antibiyotiklere bağlı olduğu düşünüldü. Bruselloz, tüberküloz gibi birçok viseral organı tutabilen kronik granülomatöz bir enfeksiyondur.



**Şekil 3.** Tedavinin beşinci haftası, lezyonun düzelmiş hali.

Sunduğumuz olguda, bize başvurusundan önce verilen antibiyotik tedavisinin kısmen etkili olmasına rağmen parotis bezinde şişlik ve ağrı yakınması devam etmişti. Daha sonra parotis bölgesinde ciltte nekroz ve süpürasyon izlenmesi, bize öncelikle granülomatöz bir enfeksiyon olabileceğini düşündürdü. Literatürde nadir organ tutulumları yapan birçok bruselloz olgusu bildirilmiştir.<sup>[5,7,8]</sup> Bruselloz komplikasyonu olarak süpüratif parotitis olgusu daha önce bildirilmemiştir. Güler ve ark.<sup>[2]</sup> parotis bezi komşuluğunda cilt altı apse ile seyreden bir olgu bildirmişlerdir. Sunduğumuz olguda, ciltte granülomatöz enfeksiyona bağlı oluşan nekroz, süpürasyon ve sonrasında gelişen tükürük fistülü üzerinde durulması gereken durumlardır. Bruselloza yönelik tedavi sonrasında pürülan akıntı kesilmiş, diğer yakınmalar tamamen gerilemiş ve pansumanlarla fistül kapanmıştır.

Sonuç olarak, bizim düşüncemiz, bruselloza bağlı birçok sistem ve organ tutulumunun mümkün olduğu, endemik bölgelerde özellikle granülomatöz enfeksiyon varlığında brusellozun akılda tutulması ve ayırıcı tanıda mutlak ekarte edilmesi gerektiğidir.

#### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

#### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

#### KAYNAKLAR

1. Young EJ. Brucella species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. p. 2669-72.
2. Güler H, Mıstık R, Kabaş M, Haper Y, Hakyemez B, Helvacı S. Parotis bezi komşuluğunda cilt altı apsesi ile seyreden bir bruselloz olgusu. Klimik Dergisi 2006;19:117-8.
3. Buzgan T, Karahocagil MK, Irmak H, Baran AI, Karsen H, Evirgen O, et al. Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. Int J Infect Dis 2010;14:469-78.
4. Dean AS, Crump L, Greter H, Hattendorf J, Schelling E, Zinsstag J. Clinical manifestations of human brucellosis: a systematic review and meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis 2012;6:1929.
5. Meşe Alp E, Doğanay M. Hematopoyetik ve lenforetiküler sistem enfeksiyonları. In: Topcu AW, Söyletir G, Doğanay M, editörler. Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s. 897-909.
6. Šiširak M, Hukić M, Knežević Z. Evaluation of some diagnostic methods for the brucellosis in humans--a five year study. Prilozi 2010;31:91-101.
7. Young EJ. Brucella species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010. p. 2921-5.
8. Korkmaz S, Candan F, Kılıçlı MF, Bakıcı MZ. Brusellozlu olgularda tanısal yaklaşım: olgu sunumu. Cumhuriyet Üniv Tıp Fak Derg 2005;27:83-7.