



## EDİTÖRE MEKTUP/LETTER TO THE EDITOR

### Tedavi sürecinde akut böbrek yetmezliği ve Steven-Johnson sendromu gelişen Bruselloz olgusu

A Brucellosis case who developed acute renal failure and Stevens-Johnson syndrome in treatment

Azize Yetişgen<sup>1</sup>, Pelin Durmaz<sup>2</sup>, Sibel Duysak<sup>3</sup>, Adnan Taş<sup>4</sup>, Nuran Akmirza İnci<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği; Elazığ, Turkey

<sup>2</sup>Osmaniye Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği; <sup>3</sup>Dermatoloji Kliniği; <sup>4</sup>Gastroenteroloji Kliniği; Osmaniye, Turkey

<sup>5</sup>Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Gaziantep, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2016;41(4):818-819.*

Sayın Editör,

Stevens-Johnson sendromu yüksek ateş, pürülan konjunktivit, eroziv stomatit ve jeneralize ekzantemli deri lezyonlarıyla karakterize bir hastalıktır<sup>1</sup>. Stevens-Johnson sendromlu hastaların %64'ünde ilaç kullanım öyküsü saptanırken, 1/3'ünde alta yatan bir neden saptanamamıştır<sup>1</sup>. Stevens-Johnson sendromunda ciltte soyulma, ateş, yorgunluk, bitkinlik, kas-eklem ağrıları, fotofobi ve iç organ tutulumu olabilir<sup>2,3</sup>. Burada bruselloz nedeniyle tetrasiklin ve rifampisin tedavisi sonrası gelişen Stevens-Johnson sendromlu ve akut böbrek yetersizliği (ABY) gelişen bir hasta sunulmuştur.

80 yaşında erkek hasta acile halsizlik, vücudunda yaygın döküntüler, genel durum bozukluğu ile geldi. Yapılan tetkiklerinde üre: 176, kreatinin:4.1, total bilirubin 9.2 mg/dL, direkt bilirubin 8.7 mg/dL çıkması üzerine ABY ile dahiliye servisine yatırıldı. Muayenesinde genel durumu orta-kötü, şuuru açık, koopereydi, TA:97/50 mmHg, ateş 36.2 C, nabız 74/dk idi. Hastanın her iki alt ekstremitesinde ve kalçasında daha belirgin olmakla beraber vücudunda yaygın mor-kırmızı maküller, yer yer erode olmuş lezyonlar ve ağız mukozasında yaygın erozyonlar vardı (Resim 1).

Hastada Stevens-Johnson sendromu düşünüldü. Hastanın 3 hafta önce ateş, halsizlik, eklem ağrıları şikayetleri ile Bruselloz tanısı konularak Tetrasiklin

ve Rifampisin başlandığı öğrenildi. Daha önceden bilinen böbrek yetersizlik öyküsü yoktu. Hastanın acilde yapılan laboratuvar bulgularında beyaz küresi: 4.700 K/UL, eritrosit sedimentasyon hızı : 13 saat/mm, CRP:77, üre:176, kreatinin:4.1, ALT :20 U/L, AST :21 U/L, total bilirubin: 9.2 mg/dL, direkt bilirubin: 8.7mg/dL, GGT:85 U/L, glukoz:156 mg/dL, LDH: 272 U/L, INR 1.6, a PTT:50 saniye saptandı. Tam idrar tahlilinde dansite:1005, Hb: 300 ery/ml, lökosit esteraz(+), Nitrit(-), idrar mikroskopisinde : Lökosit 35/hpf, eritrosit 292/hpf saptandı. Brusella tüp aglütinasyon testi 1/80 olarak geldi. Daha önce yattığı hastanede bakılan tetkiklerinde brusella tüp ag. testi 1/640 idi. Hastanın oral beslenmesi yetersiz olduğundan parenteral beslenmeye başlandı. Metilprednizolon (1 mg/kg/gün iv) ve Feniramin hidrogen maleat (3 x 1 iv), ursodeoksikolik asit (3x2 oral), L-ornitin-L-aspartat amp (3x2 iv) tedavisi başlandı, antibakteriyel etkili deri lezyonlarına sürülmek üzere mupirosin krem başlandı.

Hasta bruselloz açısından 3 hafta tedavi aldığı ve yanıt aldığı için (ateş yok, Wright agglutinasyon testi (-), eklem ağrıları yok), mevcut kritik durum düzelineye kadar 1 hafta ilaçlarına ara verildi. Uygun beslenme ve hidrasyonla hastanın genel durumu düzeldi ve hastanın biyokimyasal değerleri normal olarak taburcu edildi. Hastaya bruselloz için Rifampisin ve seftriakson tedavisi verildi,

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Azize Yetişgen, Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Elazığ, Turkey. E-mail: azizegokhan@windowslive.com  
Geliş tarihi/Received: 14.04.2016 Kabul tarihi/Accepted: 18.05.2016

takiplerinde kliniği ve laboratuvar değerleri normale döndü.



**Resim 1. Stevens Johnson sendromu**

Stevens-Johnson sendromunun en sık sebebi ilaç kullanımudur<sup>1,4</sup>. Olgumuzda da tetrasiklin kullanımına bağlı Stevens-Johnson sendromu tanısı konulmuştur. Döküntüler klasik olarak ilaç alınımından 7-21 gün sonra ortaya çıkar. Bu olguda da tam olarak 3. haftada ortaya çıkmıştı.

Stevens-Johnson sendromu için ilacın kesilmesi tedavide ilk basamaktır ve destek tedavisiyle birlikte Stevens-Johnson sendromu tedavisinin temelini oluşturur. Olgumuzda kullandığı antibiyotikler 1 hafta için kesildi ve progresif olarak renal fonksiyonlarında iyileşme saptandı. Stevens-Johnson sendromunun temelinde immünolojik mekanizmaların yer alması nedeniyle olgumuzda da beş gün 1mg/kg metilprednizolon tedavisiyle mevcut lezyonlar gerilemiştir<sup>5</sup>.

Sonuç olarak, Stevens-Johnson sendromunun nadir görülen fakat hayatı tehdit eden bir hastalık olduğu, günümüzde sık kullandığımız birçok ilaca karşı oluşabilecek immün bir reaksiyon olduğu uygun ve hızlı tedaviyle mortalitenin azaltılabileceği unutulmamalıdır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. *Arch Dermatol.* 1993;129:92-6.
2. Lam NS, Yang YH, Wang LC, Lin YT, Chiang BL. Clinical characteristics of childhood erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Taiwanese children. *J Microbiol Immunol Infect.* 2004;37:366-70.
3. Rappersberger K, Foedinger D. Treatment of erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis. *Dermatologic Therapy.* 2002;15:397-408.
4. Leaute-Labreze C, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taieb A. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. *Arch Dis Child.* 2000;83:347-52.
5. Fritsch PO, Sidoroff A. Drug-induced Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Am J Clin Dermatol.* 2000;1:349-60.