

## Eksudatif tonsillit ayırıcı tanısında tularemi ve seyrinde görülen cilt bulguları: iki olgu sunumu

### *Tularemia in the differential diagnosis of exudative tonsillitis and skin manifestations in progress: two case reports*

Hatice Köse, Fatih Temoçin

Yozgat Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat, Türkiye

Geliş Tarihi: 13.10.2016 Kabul Tarihi: 02.12.2016 Doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.348991

### Öz

Tularemi *Francisella tularensis*' in neden olduğu bir zoonotik enfeksiyon hastalığıdır. Ülkemizde en sık orofaringeal tularemi görülmektedir. Orofaringeal tularemi ateş, eksudatif tonsillit/farenjit, oral mukozada ülserler ve lenfadenopati görülebilir. Tularemi seyrinde sekonder cilt lezyonları da görülebilmektedir. Olgularımız ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı ile başvurmuş, fizik muayenesinde eksudatif tonsillit saptanmış, tularemi seyrinde eritema nodosum ve papuler döküntü görülmüştür. Her iki hastanın da erken başlanan uygun antibiyotik tedavisi ile tüm şikayetleri ve klinik bulguları gerilemiştir. Özellikle endemik bölgelerde eksudatif tonsillit ayırıcı tanısında tularemi hatırlanmalı ve seyrinde çeşitli sekonder cilt lezyonları görülebileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tularemi, eksudatif tonsillit, eritema nodosum, papuler döküntü

### Abstract

Tularemia is zoonotic infection diseases that caused by *Francisella tularensis*. Oropharyngeal tularemia has been seen the most frequently in our country. Oropharyngeal tularemia may be presented with fever, exudative tonsillitis/pharyngitis, lymphadenopathy, and ulcers in the oral mucosa. Secondary skin rashes may be seen in tularemia. Our cases were presented with fever, headache and sore throat. Physical examination of the patients demonstrated exudative tonsillitis, erythema nodosum and papular rash. Patients' complaints and clinical findings decreased with initiation of early and appropriate treatment. Tularemia should be remembered in the differential diagnosis of exudative tonsillitis, especially in endemic areas. It should be noted that, secondary skin manifestations can be seen in the course of tularemia.

**Keywords:** Tularemia, exudative tonsillitis, erythema nodosum, papular rash

### Giriş

Tularemi *Francisella tularensis* (*F. tularensis*)' in neden olduğu bir zoonotik enfeksiyon hastalığıdır. *F. tularensis* küçük, aerobik, gram negatif kokobasildir [1]. En sık görülen bulaşma yolu ülkemizde klorlanmamış içme suyu veya kaynak suyu tüketimiyken, dünyada ise enfekte hayvan ve kene ile temastır [2]. Klinik tablo bakterinin virülansına, giriş yoluna, konağın immün durumuna bağlı olarak asemptomatik enfeksiyondan sepsis ve ölüme kadar

değişebilir. Ülseroglandüler, glandüler, okuloglandüler, orofaringeal, tifoidal ve pnömonik tularemi formları vardır. Orofaringeal tularemi ateş, boğaz ağrısı, eksudatif farenjit veya tonsillit görülür, ülser veya lenfadenopati eşlik edebilir. Tularemi vakalarında %52'ye varan oranlarda sekonder cilt lezyonları görülebilir [1]. Olgularımız eksudatif tonsillit ayırıcı tanısında tularemiyi hatırlamak ve eşlik edebilecek cilt lezyonlarını gözden geçirmek amacıyla sunulmuştur.

## Olgu

Olgu 1: Kırk yaşında kadın hasta boğaz ağrısı, halsizlik, ateş, ciltte ağrılı şişlikler olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden şikâyetlerinin bir haftadır devam ettiği, eşinin de boyunda şişlikler olduğu, Yozgat ili Dam-basan köyünde yaşadığı, tarım ve hayvancılık ile uğraştığı, klorlanmamış çeşme suyu içtiği öğrenildi. Fizik muayesinde vücut sıcaklığı 37 0C, arteriyel kan basıncı 120/80 mm/Hg, nabız 80 /dakika idi ve ünilateral eksüdatif tonsillit, oral mukozada ülser saptandı. Patolojik boyutta lenfadenopati palpe edilmedi. Her iki kol (Resim 1) ve bacaklarda (Resim 2) yaygın eritema nodosum lezyonları görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 8700 /mm<sup>3</sup> (%66 nötrofil, %30 lenfosit, %4 monosit), CRP:15,7 mg/L (N:0-5 mg/L), böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Hastada eksüdatif tonsillit, eşlik eden ülser, hane ve köy halkında benzer bulguların olması nedeniyle ön planda tularemia olabileceği düşünüldü. Ampirik olarak moksifloksasin 1x400 mg peroral (po) başlandı. Tularemia mikroaglutinasyon testi 1/640 titrede pozitif saptandı. Hastanın 14 günlük tedavi sonrası tüm klinik bulguları tamamen geriledi.

Olgu 2: Seksen yaşında kadın hasta ateş, boğaz ve boyun ağrısı, ellerde ağrılı şişlikler olması nedeniyle başvurdu. Öyküsünden şikâyetlerinin bir hafta önce başladığı, Yozgat ili Başbüyük köyünde ikamet ettiği, köy çeşmesinden su içtiği, dört gündür amoksisilin klavulanik asit 2x1 gr po kullandığı fakat yanıt alınmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 39 0C, arteriyel kan basıncı 130/80 mm/Hg, nabız 90 /dakika, sol ünilateral eksüdatif tonsillit, sol submandibuler bölgede ağrılı lenfadenopati ve bilateral her iki el palmar bölgede ağrılı papüler döküntü (Resim 3,4) saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 10100/mm<sup>3</sup> (%56 nötrofil, %36 lenfosit, %6 monosit), CRP:161 mg/L (N:0-5 mg/L), böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Boyun ultrasonografisinde sol submandibuler bölgede 28x11 mm boyutlarında kistik nekrotik alanlar içeren lenf nodu saptandı. Hastanın endemik bölgede yaşamayı, eksüdatif tonsillit, kistik nekrotik alanlar içeren lenf nodu bulunması, beta laktam antibiyotik ile şikâyetlerinin gerilememesi nedeniyle ön planda tularemia düşünüldü. Hastaya doksisisiklin 2x100 mg po ve siprofloks-

asin 2x500 mg po başlandı. Tularemia mikroaglutinasyon testi 1/160 titrede pozitif saptandı. Tedavisinin üçüncü gününde ateşi geriledi, birinci haftada papüler döküntüleri kayboldu. Hastanın tedavisi 14 güne tamamlandı.

## Tartışma

Ülkemizde ilk tularemia salgını 1936 yılında Lüleburgaz'dan bildirilmiş, 1953 yılında Antalya, 1988 yılında Bursa ilinde salgınlar bildirilmiştir [2,3]. 2005 yılı öncesinde Marmara ve Batı Karadeniz bölgelerinde endemik iken, 2009-2010 yıllarında özellikle İç Anadolu Bölgesi olmak üzere diğer bölgelerden de vaka bildirimleri yapılmıştır [2,3]. Yozgat ilinde de tularemia 2009 yılından itibaren endemik olarak görülmekte olup, vaka bildirimleri yapılmaktadır [4-6]. İlimizden 2009 yılından itibaren toplam 565 vaka bildirimleri yapılmıştır.

Ülkemizde en sık görülen klinik tablo olan orofaringeal tularemia, kontamine su veya gıdaların alınması ile orofarinksin primer invazyonu sonrası görülür. Bu formda ateş, ciddi boğaz ağrısı, tonsillerde hiperemi, büyüme, difteridekine benzer şekilde psödomembranlar ile kaplı eksüdatif tonsillofarenjit görülebilir [1,2]. Oral mukozada ülserler ve servikal, preparotid ve retrofaringeal adenopati eşlik edebilir [1]. Bildirdiğimiz her iki vaka da klorlanmamış çeşme suyu içtiğinden, bulaş yolunun kontamine su olduğu düşünülmektedir. Birinci olgunun eşinin de aynı zamanda tularemia tanısı alması bunu desteklemektedir.

Orofaringeal tularemia ayırıcı tanısında streptokokal farenjit, adenoviral enfeksiyonlar, enfeksiyöz mononükleoz, tüberküloz lenfadenit ve difteri sıklıkla düşünülmektedir [1,2]. Özellikle endemik bölgelerde beta laktam antibiyotik tedavisine yanıtı olmayan ciddi boğaz ağrısı olduğunda tularemiden şüphelenilmelidir. İkinci olgumuzda da streptokokal tonsillit düşünülmüş, beta laktam antibiyotik ile yanıt alınamaması tularemia açısından uyarıcı olmuştur. Özellikle endemik bölgelerde eksüdatif tonsillitte, eşlik eden oral ülser/lenfadenopati varlığında, ayrıntılı epidemiyolojik öykü alınarak tularemia mutlaka hatırlanmalı ve uygun ampirik antibiyoterapi başlanmalıdır.

Tularemia seyrinde %52'ye varan oranlarda sekonder cilt lezyonları bildirilmiştir [1]. Sekonder lezyonlar tularemia'nin tüm formlarında görülebilir ve muhtemelen mikroorganizmanın sistemik yayılımına bağlıdır [7]. En sık görülen

sekonder lezyonlar papuler veya papüloveziküler erüpsiyonlardır. Bu lezyonlar bilateral, simetrik, geniş dağılımlı ve kaşıntılı olabilir. Çoğunlukla kol ve bacakların ekstansör yüzlerinde, yüz, gövde, boyun ve ellerde görülür. Hastalarda maküler, makülopapüler, veziküler, püstüler, plak benzeri, eritema nodosum, eritema multiforme, akneiform lezyonlar ve ürtiker görülebilir [1,7]. Eritema nodosum %1-13 oranı ile ikinci en sık görülen sekonder cilt lezyonu olup, en sık olarak pnömonik tip tularemiye görülmekte, hastalığın ikinci haftasının sonunda, genellikle bacaklarda nadiren kollarda görülmektedir [7]. Gene 88 olgunun değerlendirildiği bir makalede %42 papüler/papüloveziküler döküntü, %28 eritema nodosum, %9 eritema multiforme görüldüğü bildirilmiştir [8]. Bizim birinci olgumuzda kol ve bacaklarda eritema nodosum, ikinci olgumuzda ise ellerde palmar yüzeyde papüler cilt lezyonları görülmüş, tedavisinin birinci haftasında tüm lezyonlar gerilemiştir.

Tularemiye hastalığın erken döneminde başlanılan uygun antibiyotik tedavisi daha başarılı olmaktadır. Tedaviye geç başlanması durumunda iyileşme süresi artmakta, lenf bezi süpürasyonu gelişmekte ve cerrahi girişim ihtiyacı artmaktadır [2]. Bu nedenle eksudatif tonsillit ayırıcı tanısında tularemi mutlaka hatırlanmalı ve erken dönemde uygun antibiyotik tedavisi planlanmalıdır.

### **Maddi Destek ve Çıkar İlişkisi**

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

### **Kaynaklar**

1. Penn RL. Francisella tularensis (Tularemia), pp: 2590-2602. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds), Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 2015, 8th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia.
2. Tularemi Hastalığının Kontrolü İçin Saha Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı. Şubat 2011, Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71840/h/tularemi-saha-rehberi.pdf>

3. Akalın H, Helvacı S, Gedikoglu S. Re-emergence of tularemia in Turkey. *Int J Infect Dis* 2009;13:547-51.
4. Yeşilyurt M, Kılıç S, Özlem Çağaşar, Çelebi B, Gül S. Yozgat İlinde Kene Kaynaklı İki Tularemi Olgusu. *Mikrobiyol Bul* 2011;45:746-54.
5. Özel G, Arslan İB, Yeşilyurt M, Çelebi B, Kılıç S. Francisella Tularensis'in İnsan Kanlı agarda İzole Edilmesiyle Tanımlanan Bir Orofarengeal Tularemi Olgusu. *Mikrobiyol Bul* 2010;44:657-63.
6. Epidemiological Characteristics of Patients with Tularemia in Yozgat Region, Turkey. Kalın G, Yeşilbağ Z. *J Microbiol Infect Dis* 2014;Special Issue 1:58-61.
7. Polat M, Parlak A H, İsmail Ö, Sırmatel F. Erythema nodosum and Sweet's syndrome in patients with glandular tularemia. *Int J Dermatol* 2011;50:866-9.
8. Syrjälä H, Karvonen J, Salminen A. Skin manifestations of tularemia: A study of 88 cases in Northern Finland during 16 years (1967-1983). *Acta Derm Venereol* 1984;64:513-6.

Sorumlu Yazar: Hatice Köse, Yozgat Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat, Türkiye

E-mail: drhaticekose@hotmail.com