

OROFARİNGEAL TULAREMİ OLGU

Orofaringeal Tularemia Case

Fatma KESMEZ CAN¹, Zülküf KAYA², Selma SEZEN³, Emine PARLAK⁴

ÖZET

Tularemia Francisella tularensis' in sebep olduğu, kuzey yarım kürede yaygın olarak görülen bir zoonozdur. Kontamine olmuş su ve gıdaların tüketilmesiyle, enfekte hayvanlarla doğrudan temas, kene, sinek gibi vektörler aracılığıyla ve enfekte aerosollerin solunmasıyla bulaşmaktadır. 51 yaşındaki kadın hasta, 15 gün önce başlayan ateş yüksekliği, boğaz ağrısı, yaygın vücut ağrısı ve boyunda şişlik şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. 10 gün önce gittiği hastanede yatırılıp ampisilin sulbaktam tedavisi verilmiş fakat ateş yüksekliği ve şikâyetleri devam etmekteydi. Tonsillofarenjit şikâyetleri ile gelen ve betalaktam grubu antibiyotik tedavisine cevap vermeyen hastalarda tulareminin ayırıcı tanıda hatırlanması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Orofaringeal Tularemia; Francisella tularensis; Enfeksiyon*

ABSTRACT

Tularemia, caused by Francisella tularensis, is a common zoonosis in the northern hemisphere. It is transmitted by consuming contaminated water and food, direct contact with infected animals, vectors such as ticks and flies and by inhalation of infected aerosols. A 51-year-old female patient admitted to our clinic with a fever that started 15 days ago, a sore throat, a common body aches and swelling in the neck. She had admitted to hospital 10 days ago and treated with ampicillin sulbactam, but her fever and complaints persisted. In patients who complain of tonsillopharyngitis and do not respond to antibiotic treatment of betalactam group, tularemia should be remembered in differential diagnosis.

Keywords: *Oroparyngeal Tularemia; Francisella tularensis; Infection*

¹Palandöken Devlet Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,
Erzurum

²Palandöken Devlet Hastanesi, Kulak
Burun Boğaz Kliniği, Erzurum

³Palandöken Devlet Hastanesi,
Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Erzurum

⁴Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji, Erzurum

Fatma KESMEZ CAN, Dr.
Zülküf KAYA, Dr.
Selma SEZEN, Dr.
Emine PARLAK, Dr.

İletişim:

Dr. Fatma KESMEZ CAN
Palandöken Devlet Hastanesi
ERZURUM, Muratpaşa Mahallesi,
Paşalar Cad. No:1, 25080
Palandöken/Yakutiye/Erzurum

Tel: 0

e-mail:

dr.fatmakesmezcan@yahoo.com.tr

Geliş tarihi/Received: 31.05.2017

Kabul tarihi/Accepted: 19.12.2017

Bozok Tıp Derg 2018;8(1):156-59
Bozok Med J 2018;8(1):156-59

Giriş

Tularemi, etkeni Francisella tularensis olan zoonotik hastalıktır. Francisella tularensis gram negatif, pleomorfik morfolojiye sahip bir bakteridir (1-2-3). Etken insanlara enfekte hayvanlara doğrudan temas, kene ve sinek gibi vektörler aracılığıyla, enfekte aerosollerrin solunmasıyla, kontamine su ve gıdaların tüketilmesiyle bulaşmaktadır (4-5). Bulaşma yolları nedeniyle avcılar, kasaplar, endemik bölgelerdeki çiftçiler, hayvan yetiştiricileri, veteriner hekimler ve laboratuvar çalışanları risk grubu olarak kabul edilmektedir (5-6). Tularemi kuzey yarım küre ülkelerinde endemik (Kuzey Amerika, Japonya, Finlandiya ve İsveç'te endemik vb.) bir hastalıktır. Nemli ve soğuk ortamlara dayanıklı olup yüksek ısı ve güneş ışığına karşı hassastır (7). Tulareminin inkübasyon süresi ortalama 3-5 gündür, bulaşmadan sonra en erken 2.gün en geç 14. gün hastalık ortaya çıkar (8). Ülseroglandüler, glandüler, oküloglandüler, faringeal, tifoid ve pnömonik olmak üzere altı klinik formu vardır. Dünyada en sık görülen formunun ülseroglandüler form olduğu bildirilmekleyen ülkemizde en sık orofaringeal form görülmektedir (9).

Bu çalışmada endemik bir bölge olan Erzurum da tespit edilen orofaringeal tularemi olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Erzurum ili Hınıs ilçesinde ikamet eden 51 yaşında kadın hasta 15 gün önce başlayan ateş yüksekliği, boğaz ağrısı, yaygın vücut ağrısı ve bunlardan 2-3 gün sonra gelişen boyunda şişlik şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. 10 gün önce gittiği hastanede yatırılıp ampisilin sulbaktam tedavisi verilmişti. Fakat ateş yüksekliği ve şikâyetler devam etmekteydi. Fizik muayenede ateş 380C, kan basıncı 130\80 mmHg, nabız 80\dk idi. Boğazında eksüdatif tonsillofarenjit görünümü mevcuttu.(Şekil 1) Boyunda sol ön servikal bölgede 2x3 cm boyutlarda palpasyonda ağrılı, mobil ve fluktuasyon vermeyen sert yapıda lenfadenopati saptandı. (Şekil 2) Ellerde extansör yüzde eritemli döküntüler mevcuttu (Şekil 3-4). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvarında lökosit 9500\mm³, trombosit 309000\mm³, Hb 12.5gr\dl, eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) 82mm\ saat, C-reaktif protein (CRP) 6.5mg\lt idi. Brucella aglütinasyon testi negatifti. Diğer tetkikler normaldi.

Yapılan boyun ultrasonografi de (USG) sol servikal bölgede büyüğü 29x20mm ebatlı kortikal kalınlıkları artmış, hilus ekoları azalmış lenfadenopatiler görüldü. Hastadan boğaz kültürü alındı. Lenfadenopatide akıntı yoktu. Aspirasyonda örnek alınamadı. Peritonsiller apse görünümünde olduğundan seftriakson ve metranidazol tedavisi başlandı. Tonsillofaranjite tek taraflı lenfadenopati eşlik ettiğinden orofaringeal tularemi olabileceği düşünüldü. Hastanın herhangi bir hayvan tarafından ısırılma öyküsü olmayıp, içme sularının kuyudan sağlandığı ve kontrol edilmediği öğrenildi. Tularemi aglütinasyon testi gönderildi. Tedaviye doksisisiklin 2x100mg oral olarak eklendi. Hastada 2 gün sonunda ateş geriledi, tonsiller üzerinde membranöz görünüm ve diğer şikâyetler azaldı. Boğaz kültürde normal flora bakterileri üredi. Tularemi için alınan mikro aglütinasyon testi 1\160 ile pozitif alındı. Seftriakson ve metranidazol kesilerek tedaviye streptomisin eklendi. Ellerde olan döküntüler dermatoloji ile konsülte edildi. Eritema multiforme olduğu, tularemiye bağlı olabileceği düşünüldü. Deri bulguları tedavinin 2. Haftasından sonra tamamen geriledi. Birinci hafta sonunda CRP 1.5 ve ESH 56 mm\ saat alındı. İki hafta sonunda CRP 0.5 ve ESH 35 idi. Hastaya streptmycine 1gram flakon 14 gün verildi. Toplam tedavi süresi doksisisiklin 2x100mg ile 21 güne tamamlandı. Klinik ve laboratuvar bulguları normale dönen hastanın boynunda olan lenfadenopati de gerileme mevcuttu. Poliklinik takibi önerildi. 2 ay sonu yapılan USG de 14x8 mm boyutunda nekroze ve regrese lenf nodu izlendi.

TARTIŞMA

Tularemi kuzey yarım küreye endemik bakteriyel bir hastalıktır (8). F. Tularensis' in, Tularensis, Holarctica, Mediasitica ve Novicida olmak üzere bilinen dört alt türü vardır. Bunlardan sadece Tularensis (Tip A) ve Holarctica (Tip B) insanlarda tularemiye sebep olmaktadır. Tip A suyu insanlarda yüksek virulanttır (5-10). Dış ortam koşullarına oldukça dayanıklı olan F. Tularensis özellikle suda serbest yaşayan amipler (Acanthamoeba castellanii) içerisinde yaşamını sürdürebilmesi özellikle su kaynaklı epidemilerde ve hastalığın bölgesel devamlılığı konusunda önemlidir (12). Endemik bölgelerde tularemi tanısı koymak için önce hastalığın düşünülmesi şarttır hastalık farklı

klirik tablolar şeklinde seyretmesi ile fazla sayıda enfeksiyon hastalığıyla karışabilmektedir. Bakterinin çok küçük olması ve soluk boyanması nedeniyle hasta örneklerinde direkt preparatta aranmasının değeri yoktur, kültürü için zengin besi yerleri gerekmektedir, etkenin inhalasyon ile alına bilirligi ve yüksek enfeksiyon riskinin varlığı laboratuvar çalışanları için tehlikeli bir durum oluşturmaktadır. Bu nedenle bakterinin rutinde izolasyonu önerilmemektedir ancak güvenlik önlemleri eşliğinde yapılabilir. Serolojik tanı yöntemlerinden mikro-aglütinasyon tanıda çok değerlidir, bu testte 1/160 ve üzerindeki tek titre veya titre artışları tanı koydurucudur. F. tularensis aminoglikozidlere kloramfenikole, tetrasiklinlere, kinolonlara duyarlı, makrolidlere ve ko-trimoksazol'e ve beta laktamaz pozitif olduğu için beta-laktam antibiyotiklere dirençlidir (13). Zargar ve arkadaşlarının, Engin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda Türkiye de görülen tularemi vakalarının büyük bir kısmının kontamine sulardan kaynaklandığı ve bu su kaynaklarının göçmen kuşlar ve sinekler gibi ajanlarla kirletildiğini bildirmişlerdir (5-10). Yine Kader ve arkadaşlarının sundukları bir Ülseroglandüler tularemi olgusuna ait bulgular değerlendirildiğinde hastanın herhangi bir kene ya da böcek ısırması, hayvan teması öyküsü olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte hastanın elinde meydana gelen kesici alet yaralanması sonrası şikâyetlerinin oluşması yazarlara bulaşın su kaynaklı olabileceğini düşündürmüştür (8). Barut ve arkadaşları da benzer bir olgu sunumunda 7 tularemi olgusundan altısının Orofaringeal tipte birinin ise Ülseroglandüler tularemi olduğunu bildirmişler ancak bu hastada da kene, sivrisinek, fare ısırması öyküsü olmadığına dikkat çekmişlerdir (12). Zargar ve arkadaşları 1936-2011 yılları arasında Türkiye genelinde tularemi bildirimlerini taradıkları çalışmalarında rapor edilen tularemi olgularının büyük kısmının Orofaringeal tularemi olduğunu ve bulaşın %90 oranında su kaynaklı olduğunu belirlemişlerdir yine Engin ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşmışlardır (5-10). Türkiye'nin Kuzey Doğusunda yer alan Erzurum tulareminin görüldüğü endemik bölgelerden biridir. Temel geçim kaynağının hayvancılık olması, kırsalda yerleşimin yaygın olması ve içme sularının yeterli miktarda klorlanmaması Orofaringeal tularemi bildirimlerinin artmasına sebep olmuştur.

Yazgı ve arkadaşlarının Erzurum ve kırsalında yaşayan riskli gruplarda tularemi seroprevalansı üzerine, 240 gönüllü ile yaptıkları çalışmada 101 gönüllünün pozitif olduğunu bildirmişlerdir. Tularemi pozitifliğinin görüldüğü kişilerin birbirine yakın köylerde yaşadıkları ve besi hayvancılığı ya da çiftçilik yaptığı belirlenmiştir (6).

Bu olguda ısırılma, hayvan teması öyküsü olmayıp, içme sularının kuyudan sağlandığı ve yeterli kontrolün olmadığı öğrenildi. Daha önce de aynı köyden benzer şikâyetlere sahip kişilerin olduğu hasta yakınları tarafından ifade edildi. Bu olguda Orofaringeal tularemi'nin su kaynaklı olabileceği düşünüldü.

Tonsillofarenjit ve servikal lenfadenomegali şikâyetleri ile gelen hastalarda sıklıkla beta-laktam antibiyotikler verilmektedir. Francisella tularensis beta-laktam antibiyotiklere dirençlidir. Hastaların başlangıçta bu antibiyotik ile tedavi edilmesi tanıyı geciktirip, kronikleşme ihtimalini artırmaktadır. Ülkemizde daha önce epidemiler yapan tularemi bu şikâyetler ile gelen hastalarda özellikle tulareminin endemik olduğu bölgelerde ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Kaynağı belli olmayan suların kaynatılmadan içilmemesi ve epidemileri önlemek için yerleşim birimlerinin sularının düzenli klorlanması alınabilecek en önemli tedbirlerdir.

KAYNAKLAR

1. Ellis J, Oyston PC, Green M, Titball RW. Tularemia. Clin Microbiol Rev 2002;15:631-646.
2. WHO Guidelines on Tularemia. <http://www.cdc.gov/tularemia/resources/whotularemiamanual.pdf> (erişim tarihi 07.05.2017)
3. Torun AY, Öztürk M, Ulubaş D, Başarslan F, Arica V. Oculoglandular Tularemia: A Case Report. Dicle Med J 2012; 39 (1): 114-116
4. Nigrovic LE, Wingerter SL. Tularemia. Infect Dis Clin North Am 2008;22:489-504.
5. Zargar A, Maurin M, Mostafavi E. Tularemia, A Re-Emerging Infectious Disease in Iran and Neighboring Countries. Epidemiology and Health 2015;37:e2015011
6. Yazgı H, Uyanık MH, Ertek M, et al. Erzurum Merkez Ve Kırsalında Yaşayan Riskli Gruplarda Tularemi Seroprevalansı. Mikrobiyol Bül. 2011; 45(1): 67-74.
7. Yiğit M, Çevik E, Doylan Ö. Acil Serviste Unutulan Tanı. Cukurova Medical Journal 2015;40(1):129-134.
8. Kader Ç, Balcı M, Okur A, Yılmaz N, Erbay A. Ülseroglandüler Tularemi: Olgu Sunumu. Klimik Dergisi 2012; 25(1): 31-4.
9. Lindquist D, Chu C M, Probert SW. Francisella and Brucella. In: Murray PR, Barron EJ, Jorgensen JH, Landry ML, Pfaller MA, eds. Manual of Clinical Microbiology. 9th ed. Washington: ASM Press,

2007: 815-34.

10. Engin A, Altuntaş EE, Cankorkmaz L, Kaya A, Elaldı N, Şimşek H, et al. Sivas İlinde Saptanan İlk Tularemi Salgını: 29 Olgunun Değerlendirilmesi. *Klimik Derg.* 2011; 24(1): 17-23
11. Kılıç S. ve Yeşilyurt M. Tularemi: Güncel Tedavi Seçeneklerine Genel Bir Bakış. *Klimik Dergisi* 2011; 24(1): 2-10.
12. Barut S, Cetin I. A Tularemia Outbreak in an Extended Family in Tokat Province, Turkey: observing the attack rate of tularemia. *Int J Infect Dis.* 2009; 13(6): 745-8.
13. Topçu WA, Söyletir G, Doğanay M, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 3.Baskı, İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri, 2008, s 991-992-993.