




Ailesel Parrot Hastalığı Salgını; Olgu sunumu

Outbreak of Familial Parrot Disease; Case report

Tahsin Karaaslan¹ , Cumali Karatoprak¹ , Esra Karaaslan² 

¹ Bezmialem Vakıf University, Faculty of Medicine, Internal Medicine Clinic, İstanbul, Turkey

² Medipol University, Faculty of Medicine, Chest Deases Clinic, İstanbul, Turkey

Öz.

Psittakoz, *Chlamydia psittaci*'nin (*C. Psittaci*) neden olduğu bir enfeksiyöz hastalıktır. Papağanlar, kuşlar, güvercinler ve kümes hayvanlarında enfeksiyona yol açar. Etken sıklıkla enfekte kuşların sekresyonları, dokuları ve tüyleriyle bulaşır. Bulaş yolu sıklıkla inhalasyon yoluyla olmakla beraber nadiren de direkt temas sonucu da bulaşabilir. İnsanlarda özellikle kuş besleyenlerde mortal olabilen atipik pnömoniye yol açar. Psittakoz genelde her iki akciğerde heterojen infiltrasyonlarla seyrederken çok nadiren lobar infiltrasyonla seyredebilir. Nadir görülmesi ve iyi bir anamnez alınmadığında kolaylıkla atlanması nedeni ile tanı ve tedavide gecikmelere neden olmaktadır. Bir hafta içinde aynı aileden benzer semptomlar gelişen ve psittakoz tanısı konulan iki olgu sunduk.

Anahtar kelimeler: Atipik pnömoni, Parrot hastalığı, Rabdomiyoliz

Abstract

Psittakoz is caused by *C. psittaci*. It causes infection in parrots, birds, pigeons and poultry. It is often transmitted by secretions, tissues and hair of infected birds. The route of transmission is often by inhalation but rarely by direct contact. It leads to atypical pneumonia, which can be mortal in humans, especially in bird sitter. Psittacosis is usually seen in both lungs with heterogeneous infiltrations and very rarely, lobular infiltration may occur. It causes delay in diagnosis and treatment because it is rarely seen and is easily bypassed when a good anamnesis is not taken. We report two patients with similar symptoms from the same family within a week.

Keywords: Atypical pneumonia, Parrot disease, Rhabdomyolysis

Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Dr. Tahsin Karaaslan

Bezmialem Vakıf University, Faculty of Medicine, Internal Medicine Clinic, 34093 Fatih, İstanbul, Turkey

Tel: +90 505 935 11 22

E-mail: drtkaraaslan@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 15/11/2018

Kabul tarihi / Accepted: 12/02/2019

Bu makale 10 -14 Ekim 2018 tarihinde Antalya – Belek'te yapılan 20. Ulusal iç hastalıkları kongresinde poster olarak kabul edilmiş ve sunulmuştur.

Giriş

Psittakoz, *C. psittaci* tarafından meydana getirilir. Psittacine kuşlarda (muhabbet kuşu ve papağan) ve insanlarda görülen hastalığa "Psittakoz adı verilmektedir. Son yıllarda etkenin adına göre yapılan adlandırmada hastalığa "Klamidiyoz" adı verilirken, papağanlardaki hastalığa aynı zamanda "Parrot fever = Papağan ateşi" adı da verilmektedir (1-2). Bulaş için uzun süreli temas şart değildir. Enfekte ortamda birkaç dakika kalmak enfeksiyon için yeterlidir. Psittakoz vücuda üst solunum yoluyla girer ve hematogen yolla yayılır. Akciğer alveolleri, karaciğer ve dalak makrofajlarında yoğun tutulum gözlenir. 7-14 günlük kuluçka dönemin ardından üşüme, titreme ile 40 °C'yi bulan ateş, halsizlik ve şiddetli baş ağrısı ile başlar. Daha sonra kuru öksürük ilave olur. Nadiren balgam, hemoptizi ve epistaksis görülebilir. Sıklıkla yaygın kas ağrısı vardır. Bazen huzursuzluk, uykusuzluk ve depresyon belirtileri ilave olabilir. Bazen karaciğer tutulumuna bağlı hepatit tablosu, nadiren kültür negatif endokardit tablolarına, miyokardit ve perikardite yol açabilir (3). Laboratuvar olarak sıklıkla lökosit normal veya düşük, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) genelde normal, CRP yüksek bulunur. Akciğer infiltrasyonu genelde heterojen, yama tarzındadır. Nadiren lobar tutulumu neden olur (4). Hastalığın başında ve sonrasında bakılan compleman fiksasyon veya mikro-immün floresan (IF) testlerindeki antikor titrelerindeki belirgin artış ile tanı kesinleştirilir (5). Etkenin izolasyonu bulaşma açısından tehlike yarattığından dolayı pek önerilmez ve genelde kullanılmaz. Hastalığın kesin tanısını laboratuvar yöntemleriyle koymak her zaman mümkün değildir. Bu durumda klinik ve anamnez ile tanıya gidilir. Bizde aynı aile içinde eş zamanlı ortaya çıkan anne ve oğulda görülen iki psittakoz olgusunu sunmak istedik.

Olgu 1; 25 yaşında erkek hasta. Bir hafta önce başlayan boğaz ağrısı, halsizlik, kırıklık, yaygın kas ağrısı ve kuru öksürük yakınması ile polikliniğe başvurdu. Ateş 38.5 °C olup, sistem muayeneleri normaldi. Lökosit 3650 mm³, ESH 18 mm/h, CRP 15.2 mg/dl, AST 59 U/L, LDH 337 U/L, CK 1612 U/L olarak bulundu. Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT); sol akciğer üst lobda yaygın pnemonik konsolidasyonlar ve hava bronkogramları izlendi. Sağ akciğer alt lob süperior segment lateralinde pnemonik infiltrasyon alanları vardı (Resim 1).

Olgu 2; 49 yaşında bayan hasta. Üşüme, titreme, ateş, halsizlik, yaygın kas ağrısı ile geldi. Ateş 39 °C olup sistem muayeneleri doğaldı. Lökosit 4570 mm³, ESR 56 mm/h, CRP 14,5 mg/dl, AST 74 U/L, LDH 337 U/L, CK 563 U/L olarak bulundu. Toraks BT de sağ akciğer üst lob inferiorundan başlayarak orta loba uzanan yaygın pnemonik konsolidasyon ve hava bronkogramları gözlemlendi (Resim 2). Her iki olguda idrar legionella antijeni negatifti. Balgam çıkaramadıklarından gram boyama, PCR çalış-

maları ve kültür yapılamadı. Diğer tetkik sonuçları tablo 1'de mevcuttur. Her iki olguda *C. Psittaci* IgM (MIF) değerleri anlamlı pozitif bulundu (1/16). Bir olguda daha belirgin olmak üzere her iki olguda rabdomiyoliz mevcuttu. Her iki hastanın CURB-65 skorunun sıfır olması, pnömoni ağırlık indeksi (PSI) ne göre evre I olması, 50 yaş altında olması ve komorbid ek sorunların olmaması nedeniyle ayaktan tedaviye karar verildi (6-7). Her iki olguya doksisisiklin 100 mg 2*1 başlandı. Tedavi 14 güne tamamlandı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak tam iyileşme hali sağlandı (Resim 3,4).

Tablo 1. Olgu 1 tetkik sonuçları

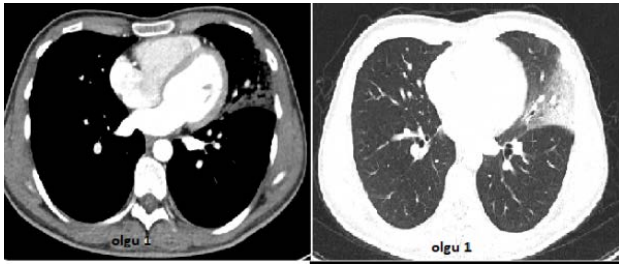
	11.07.2018	19.07.2018	Normal değerler
Glukoz	84		70-105 mg/dl
BUN	20		9-23 mg/dl
Kreatinin	0,73		0,57-1,11 mg/dl
ALT	20		0-55 U/L
AST	59	32	13-35 U/L
LDH	337	256	0-214 U/L
CK	1612	73	29-168 U/L
Na	141		136-145 mmol/L
K	3,7		3,5-5,1 mmol/L
WBC	8650		4800-10 000 /mm ³
PNL	6510		2 000-8 000 /mm ³
Hb	14,8		13-15,5 gr/dl
PLT	182.000		150 000-400 000 /mm ³
CRP	15,2	0,32	<0,5 mg/dl
Prokalsitonin	0,198		<0,5 ng/ml
ESR	18	4	<20 mm/h
İdrarda legionella Ag	Negatif		Negatif
<i>C. psittaci</i> IgM (MIF)	1/16 (pozitif)		<1/10 (Negatif)

Tablo 2. Olgu 2 tetkik sonuçları

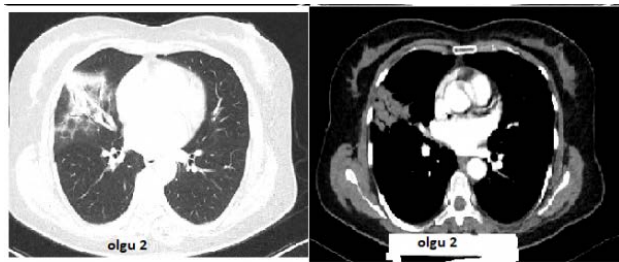
	11.07.2018	19.07.2018	Normal Değerler
Glukoz	101		70-105 mg/dl
BUN	14		9-23 mg/dl
Kreatinin	0,69		0,57-1,11 mg/dl
ALT	50	37	0-55 U/L
AST	74	19	13-35 U/L
LDH	337	228	0-214 U/L
CK	563	70	29-168 U/L
Na	140		136-145 mmol/L
K	4,25		3,5-5,1 mmol/L
WBC	4570	6070	4800-10 000 /mm ³
PNL	3390	3530	2 000-8 000 /mm ³
Hb	12,3	13	13-15,5 gr/dl
PLT	105.000	319.000	150 000-400 000 /mm ³
CRP	14,52	0,21	<0,5 mg/dl
Prokalsitonin	0,115		<0,5 ng/ml
ESR	56	18	<20 mm/h
İdrarda legionella Ag	Negatif		Negatif
<i>C. psittaci</i> IgM (MIF)	1/16 (Pozitif)		<1/10 (Negatif)

Tartışma

Parrot hastalığı veya ornitoz olarak bilinen psittakoz, sıklıkla pnömoniyle seyreden sistemik zoonotik bir enfeksiyondür. Kuluçka süresi 5-15 gün arasında seyretmektedir. Hastalık hafif veya orta şiddette olabileceği gibi ağır ve fulminan seyirli de olabilir. Tedavisiz vakalarda mortalite %20 iken, erken tanı ve uygun tedavi ile mortalite %1 ler civarındadır. Yüksek ateş, halsizlik ve yaygın kas ağrısına neden olduğundan sıklıkla bir influenza enfeksiyonu sanılır (8). Genelde öksürük sonlara doğru görülmektedir. Muayene bulgularında hepatomegali, splenomegali ve lenfadenomagali olabilir. Bu nedenle mononükleoz ile karışabilir. Tanıda enzime bağlı immün sorbent analiz (ELISA), komplement fiksasyon testi (KFT), mikroiimmün floresan testi (MIF) gibi serolojik yöntemlerin yanı sıra son yıllarda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) temelli moleküler yöntemler kullanılmaktadır (9). Biz olgularımızda mikroiimmün floresan testini kullandık. Her iki olguda anlamlı titrede pozitif bulundu. Hastalar balgam çıkaramadıklarından dolayı gram boyama, kültür ve PCR tetkikleri yapılamadı. İdrar tetkiklerinde legionella antijenleri negatif bulundu. Hastalarımız anne ve oğul her ikisinde aynı gün benzer şikayetlerle polikliniğimize geldiler. Bir olguda öksürük hiç yokken, balgam her iki vakada yoktu. Viral üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) klinikleri olan hastalarda atipik pnömoniyi dışlamak için akciğer filmleri de istendi. Her iki olguda pnömonik infiltrasyonlar vardı. Sorguladığımızda bir hafta önce eve papağan aldıklarını, papağanın hasta olduğunu ve beş gün evvel öldüğünü öğrendik. Psittakoz olabileceğini düşünerek her iki olguda istenen C. Psittaci IgM anlamlı pozitif geldi. Hastalarda atipik pnömoni kliniğinin olması ve papağanın ölmesi tanımızı destekliyordu.



Şekil 1. Olgu 1, Tedavi öncesi Toraks BT



Şekil 2. Olgu 2, Tedavi öncesi Toraks BT



Şekil 3. Olgu 1, Tedavi öncesi ve tedavi sonrası PA akciğer grafisi



Şekil 4. Olgu 2, Tedavi öncesi ve tedavi sonrası PA akciğer grafisi

Sonuç olarak; Özellikle düşünülüp araştırılmadığı sürece psittakoz tanısı kolaylıkla gözden kaçabilir. Nadiren hastalar yoğun bakımlarda multiorgan yetmezlikleri ile karşımıza çıkabilir (10,11). ÜSYE semptomlarıyla gelen hastalarda ayırıcı tanıda atipik pnömoniler de akla gelmeli ve kuş teması sorgulanmalıdır. Bu olguyu sunmadaki amacımız grip benzeri semptomları olan hastalarda psittakozun akla gelmesi, rabdomiyoliz tespit edilen hastalarda ayırıcı tanıda atipik pnömonilerin de düşünülmesi gerektiğini hatırlatmaktır.

Kaynaklar

- 1- Kılıç A, Doğanç L. Chlamydia cinsi bakteriler. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi. 2003;33:365-76.
- 2- Özbey G, Kalender H, Muz A. Avian klamidiyozis. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 22 (1): 41-8.
- 3- Lamáury I, Sotto A, Le Quellec A, Perez C, Boussagol B, Ciurana AJ. Chlamydia psittaci as a cause of lethal bacterial endocarditis. Clin Infect Dis. 1993 Oct;17(4):821-2.
- 4- Heddema ER, Kraan MC, Buys-Bergen EC, Smith HE, Wertheim-van Dillen PM. A woman with a lobar infiltrate due to psittacosis detected by polymerase chain reaction. Scand J Infect Dis 2003;35: 422-4.
- 5- Wong KH, Skelton SK, Daugharty H. Utility of complement fixation and microimmunofluorescence assays for detecting serologic responses in patients with clinically diagnosed psittacosis. J Clin Microbiol 1994;32:2417-21.
- 6- Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003;58:377-82.
- 7- Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1997;336:243-50.

- 8- Elliot JH, Psittacosis. A flu like syndrome. Aust Fam Physician 2001;30(8):739-41.
- 9- Vande Weygaerde Y1, Versteede C2, Thijs E1, De Spiegeleer A1, Boelens J3, Vanrompay .D2. An unusual presentation of a case of human psittacosis. Respir Med Case Rep. 2018 Feb 2;23:138-142. doi: 10.1016/j.rmcr.2018.01.010. eCollection 2018.
- 10- Samra Z, Pik A, Guidetti-Sharon A, Yona E, Weisman Y. Hepatitis in a family infected by Chlamydia psittaci. J R Soc Med 1991;84(6):347-8.
- 11- Chonabayashi N, Nakatani T, Otani M, Noguchi M, Yoshimura K, Nakamori Y. Successful treatment of a patient with fulminant psittacosis. Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi. 1989 Mar;27(3):357-66.