

## Değişik klinik görünümle gelen iki brusella olgusu

### Two cases of brucellosis with different clinical manifestation

Nilgün Selçuk, Emel Ataoğlu, Gizem Kara, Murat Eveli

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul, Türkiye

#### Özet

Bruselloz ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olan zoonotik bir hastalık olup akciğer, deri, sinir sistemi, sindirim sistemi, genitouriner, kardiyovasküler ve hematolojik komplikasyonlar ile seyredebilmektedir. Burada ender görülen bir komplikasyon olan trombositopeni ile seyreden bir olgu ile enfektif endokardit kliniğinde gelen bir diğer olguyu sunarak brusella enfeksiyonlarının değişik klinik görünümle ile karşımıza çıkabileceğini ve ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik. (*Türk Ped Arş 2007; 42: 37-9*)

**Anahtar kelimeler:** Brusella, endokardit, trombositopeni

#### Summary

Brucellosis is an important zoonotic infection which is a problem of public health in our country. The infection can develop with pulmonary, cutaneous, neurological, gastrointestinal, genitourinary, cardiovascular and hematological complications. As brucellosis can mimic many diseases with different clinical manifestations, we emphasized that the disease should be taken into consideration in the differential diagnosis. Thus we presented two different cases of brucellosis with relatively uncommon complications one of which is thrombocytopenia and the other is infective endocarditis. (*Turk Arch Ped 2007; 42: 37-9*)

**Key words:** Brucellosis, endocarditis, thrombocytopenia

#### Giriş

Bruselloz birincil olarak hayvanların hastalığı olmakla birlikte insanlara enfekte hayvanlarla ve doğrudan salgılarıyla temasla veya pastörize edilmiş süt ve süt ürünlerinin alımı ile bulaşır.

Tüm dünyada görülmele birlikte ülkemizin de içinde yer aldığı Orta ve Doğu Akdeniz, Arap Yarımadası, Orta ve Güneydoğu Asya ile Orta ve Güney Amerika'da endemiktir. Ateş, kırgınlık, başağrısı, eklem ağrısı, miyalji, bel ağrısı, titreme, terleme, isteksizlik ve halsizliğin ön planda olduğu brusella enfeksiyonlarında çok farklı klinik bulgular ve çoklu organ tutulumları görülebilir.

Bu yazıda nadir görülen trombositopeni komplikasyonu ile seyreden 10 yaşındaki bir olgu ile enfektif endokarditi taklit eden 12 yaşındaki bir diğer olguyu sunmak istedik.

#### Olgu 1

On yaşındaki erkek hasta kliniğimize halsizlik, ateş, vücudunda morluklar ve ufak kırmızı noktalar ol-

ması yakınması ile getirildi. Öyküsünde hastanın üç aydır halsizliğinin olduğu, üç gün önce de bacaklarından başlayan morlukların ve kırmızı noktaların bütün vücuduna yayıldığı, ateşlenmeye başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Anne ve baba birinci dereceden akraba idi. Fizik muayenesinde kilo ve boyu normal sınırlarda olan hastanın ateşi 39 °C idi. Özellikle ekstremitelerde belirgin olmak üzere vücudunda yaygın peteşi ve ekimozları vardı. Kalp muayenesinde kalp tepe atımı 120/dak idi ve 2/6 sistolik üfürüm alınıyordu. Karın muayenesinde defans ve rebound yoktu, karaciğer orta hat üzerinde kot kavsini 3 cm, dalak 2 cm geçiyordu, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 7600/mm<sup>3</sup>, eritrosit: 3 000 000/mm<sup>3</sup>, Hb: 9,3gr/dl, Hct: %29,7, trombosit: 3000/mm<sup>3</sup>, eritrosit çökme hızı: 28 mm/sa, AST: 59 IU/l, ALT: 38 IU/l, fibrinojen: 330mg/dl, kolesterol: 110mg/dl, trigliserit: 74 mg/dl bulundu. Periferik yaymasında trombosit kümesine rastlanmadı. Klinik ve laboratuvar bulguları ile ön planda malinite düşünülen hastaya yapılan kemik iliği aspirasyonunda hemofagositoz gözlemlendi, malinite bulguları görülmedi. İntravenöz immünglobulin tedavisiyle kliniği ve

trombositopenisi düzelmeyen hastanın Wright aglütinasyon testinin 1/320 titrede kuvvetli pozitif bulunması üzerine brusella tanısı konarak tetrasiklin ve streptomisin tedavisi başlandı. Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları hızla düzeldi.

## Olgu 2

On iki yaşındaki erkek hasta iki gün önce başlayan yüksek ateş, kusma, baş ağrısı yakınmaları ile kliniğimize getirildi. Öyküsünden üç yıl önce akut romatizmal ateş nedeniyle kliniğimizde yatırıldığı ve yapılan renkli dopler ekokardiyografisinde hafif mitral yetersizliği ve hafif aort yetersizliği saptandığı öğrenildi. Kontrollere gelmeyen ve penisilin profilaksisini düzenli almayan hasta kalp kapak tutulumu ile birlikte yüksek ateşinin olması nedeni ile ön planda enfektif endokardit düşünülmek üzere yatırıldı. Fizik muayenesinde antropometrik ölçümleri normal, ateşi 39,5 °C bulundu. Orofarenksinde bol miktarda pürülan salgı vardı. Kalbin oskültasyonunda kalp tepe atımı 140/dak idi ve 2/6 diyastolik üfürüm alınıyordu. Organ büyüklüğü yoktu ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 4 900/mm<sup>3</sup>, eritrosit: 3 980 000/mm<sup>3</sup>, Hb: 10,3 gr/dl, hematokrit: %29,9, trombosit: 137 000/mm<sup>3</sup>, eritrosit çökme hızı: 64 mm/sa bulundu. Tam idrar tetkiki normaldi. Hemokültürü alınarak ikili antibiyotik tedavisine başlandı. Yapılan ekokardiyografik incelemesinde vejetasyon görülmedi. Tedavi ile tam düzleme sağlanamayan hastanın kan kültüründe *Brusella* spp. üremesi ve Wright aglütinasyon testinin pozitif olması üzerine tetrasiklin ve streptomisin tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde ateşi düşen ve kliniği düzelen hasta taburcu edildi.

Her iki hastanın daha sonraki sorgulanmalarında taze peynir yeme hikayelerinin olduğu öğrenildi.

## Tartışma

*Brusella* enfeksiyonlarında olguların hemen yarısında başlangıç sinsidir ve uzun sürer. Belirtiler özgül değildir. Galanakis ve ark. (1) 52 olguluk geriye dönük çalışmalarında ateş ve artraljiyi en yaygın bulgular olarak gözlemişlerdir. Literatürde bunların yanısıra karaciğer ve dalak büyüklüğü de başta gelen bulgular arasında bildirilmelidir (2-4). Gür ve ark. (5) ülkemizde yaptıkları 283 olguluk geriye dönük çalışmada olguların %69'unda osteoartiküler, %17'sinde deri, %8'inde genitoüriner, %7'sinde sinir sistemi, %5'inde solunum, %4'ünde hematolojik komplikasyonlar bulunmuştur. Ateş her iki olgumuzda; organ büyüklüğü yalnız birinde mevcuttu. Literatürde en sık bildirilen bulgulardan biri olan osteoartiküler tutulum iki olgumuzda da yoktu.

Subakut seyirli bruselloz olgularında %20-30 ora-

nında hematolojik komplikasyonlara rastlanabilmektedir. Bu hematolojik komplikasyonlar arasında anemi, lökopeni, trombositopeni ve pansitopeni vardır (6). Suudi Arabistan'da al-Eissia ve ark. (7) 110 brusellalı çocukta hematolojik komplikasyonları incelemişlerdir. Olguların %44'ünde anemi, %33'ünde lökopeni, %15'inde pansitopeni, %5 oranında ise trombositopeni gözlemişlerdir. Bu hematolojik anormallikleri bruselloz seyrinde görülen hemofagositoz, hipersplenizm ve kemik iliğinin granülomatöz lezyonlarına bağlamışlardır. Yine al-Essia ve ark. (8) başka bir çalışmada 276 bruselloz olgusunun 16'sında pansitopeni tespit etmişler, bunlarında 14'ünün (%87,5) kemik iliğinde hemofagositoz gözlemişlerdir. Amerika Birleşik Devletlerinde Young ve ark. (9) ciddi mukozal kanamalı ve purpuralı iki trombositopeni olgusunun bruselloz olduğunu tespit etmişler, literatür taramasında 41 ilave trombositopenili bruselloz olgusu bularak bunları sunmuşlar ve bu çalışmaya dayanarak trombositopeninin olası nedenleri olarak hipersplenizm, reaktif hemofagositoz ve trombositlerin immün yıkımını göstermişlerdir. Tsolia ve ark. (2) Yunanistan'da 39 olguluk bir geriye dönük olarak yapılan bir çalışmada brusellozlu iki olguda alışılmadık bir komplikasyon olarak niteledikleri trombositopeni saptamışlardır. Ülkemizden Yıldızdaş ve ark. (6) trombositopeni ile gelen 11 yaşında brusellozlu bir kız hastayı sunmuşlardır. Karaciğer ve dalak büyüklüğü, lenfadenopati de gözledikleri bu hastanın kemik iliğinde megakaryositer seride artış dışında başka patoloji bulmamışlardır. Burada sunumunu yaptığımız birinci olgumuz organ büyüklüğü, yaygın peteşi ve ekimozlar ile gelmişti. Laboratuvar tetkiklerinde trombositopeni görülerek olası tanıları içinde malinite ön planda düşünülmüştü. Ancak brusella aglütinasyon testlerinin pozitif gelmesi üzerine bruselloz tedavisi uygulanmış ve trombositopenisi bu tedavi ile kısa sürede düzelmiştir. Hastamızın kemik iliğinde hemofagositoz bulguları olması trombositopeninin buna bağlı olacağını düşündürmüştür.

Bruselloz olgularının diğer nadir bir komplikasyonu olan kalp tutulumu genellikle endokarditli akut romatizmal ateşli olgularda görülür. Literatürde bruselloz olgularında %1,5 gibi düşük oranlarda kalp komplikasyonu bildirilmiştir (10). Kula ve ark. (11) aort kapığı tutulumu olan bir brusella olgusu yayınlamışlardır. Bu hastaların tedavisinde medikal tedavi yeterli olmamış, cerrahi tedavi yapılmıştır. Gür ve ark. (5) 283 olguda oluşan çalışmada da iki olguda kardit görülmüş ve her ikisine de cerrahi tedavi gerekli olmuştur. İkinci olgumuz ön tanıda öncelikle enfektif endokardit düşünerek yatırdığımız eski bir kapak hastasıydı. Ancak ekokardiyografisinde verrü görülmedi. Kan kültüründe brusella spp. üremesi üzerine buna bağlı endokardit olabileceğini düşündük. Ancak olgu brusella tedavisine hızla cevap verdi ve bulgular geri-

ledi. O nedenle akut romatizmal ateş ve brusellanın birlikteliğinin rastlantısal olduğu kanısına vardık. Hastanın izlemimizde olan bu hasta klinik ve laboratuvar olarak tamamen normale dönmüştür.

Bruselloz olgularında hastalık genellikle özgül olmayan ateş ve klinik bulgularla seyredip çok geniş bir yelpazeye yayılan komplikasyonları olduğu için tanıda güçlük çekilebilir. Burada brusellanın iki farklı klinik görünümü ile gelen iki hastanın sunumunu yaparak ülkemiz gibi endemik bölgelerde birçok hastalığın ayırıcı tanısında unutulmaması gerektiğini vurgulamak istedik.

### Kaynaklar

1. Galanakis E, Bouratos KL, Leveidiotu S, Lapatsanis PD. Childhood Brucellosis in North-Western Greece: A retrospective analysis. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 1-6.
2. Tsolia M, Drakonaki S, Messaritaki A, et al. Clinical features, complications, and treatment outcome of childhood brucellosis in central Greece. *J Infect* 2002; 44: 257-62.
3. Taşbakan MI, Yamazhan T, Gokengin D, et al. Brucellosis: a retrospective evaluation. *Trop Doct* 2003; 33: 151-3.
4. Namiduru M, Gungor K, Dikensoy O, et al. Epidemiological, clinical and laboratory features of brucellosis: A prospective evolution of 120 adult patients. *Int J Clin Pract* 2003; 57: 20-4.
5. Gur A, Geyik MF, Dikici B, et al. Complications of brucellosis in different age groups: A study of 283 cases in Southwestern Anatolia of Turkey. *Yonsei Med J* 2003; 44: 33-4.
6. Yıldızdaş D, Alhan E, Antmen B, Yağar H. Trombositopeni ile giden bir Brusella olgusu. *Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 1998; 23: 59-60.
7. al-Eissia Y, al-Nasser M. Haematological manifestation of childhood brucellosis. *Infection* 1993; 21: 23-6.
8. al-Eissia Y, Assuhami SA, al-Fawaz IM, Higgy KE, al-Nasser MN, al-Mobaireek KF. Pancytopenia in children with brucellosis: clinical manifestations and bone marrow findings. *Acta Haematol* 1993; 89: 132-6.
9. Young EJ, Torry A, Genta RM, Aydın N, Gotuzzo E. Trombocytopenic purpura associated with brucellosis: Report of cases and literature review. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 904-9.
10. Colmenero JD, Requena JM, Martos F, et al. Complications associated with brucella melitensis infection, a study of 530 cases. *Medicine* 1996; 75: 195-211.
11. Kula S, Erer D, Büyüktaş M, Tunaoğlu FS, Olguntürk R, Özdoğan EM. Brucella endocarditis: case report and review of the literature. *J Heart Valve Dis* 2001; 10: 486-8.