

TROMBOFLEBİT VE AKCİĞER EMBOLİSİ İLE SEYREDEN BİR BRUSELLOZ OLGUSU

A CASE OF BRUCELLOSIS COMPLICATED WITH TROMBOFLEBITIS AND PULMONARY EMBOLI

S. Başol TEKİN, Ramazan ÇETİNKAYA, Mehmet GÜNDOĞDU, Hasan KAYA, Aynur İNCE

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları (SBT, RÇ, MG, HK) ve Enfeksiyon Hastalıkları (Aİ) Anabilim Dalı, Erzurum

Özet

Bruselloz sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Dolaşım ve solunum sistemini de tutabilir. Hastalık dolaşım sisteminde perikardit, myokardit, endokardit şeklinde izlenir. Solunum sisteminde plörezi ve alveolit şeklinde görülür. Hastalığın tromboflebit ve pulmoner emboli şeklinde görülmesi son derece nadirdir. Bu makalede tromboflebit ve pulmoner emboli ile seyreden akut bir bruselloz olgusu literatürün ışığında tartışıldı.

Anahtar kelimeler : *Bruselloz, Tromboflebit*

Summary

Brucellosis is a systemic infectious disease. It may effect both circulatory and respiratory system as well. This disease could be observed as plorezi and alveolit in respiratory system while it may appear as pericardit, myocardit, and endocardit in circulatory system. It would rarely occur with thrombophlebit and pulmonary embolism. In this article, We discuss a brucellosis event which goes along thrombophlebit and pulmary embolism

Key words : *Brucellosis, Thromboflebitis*

AÜTD 1997, 29:406-408

MJAU 1997, 29:406-408

Giriş

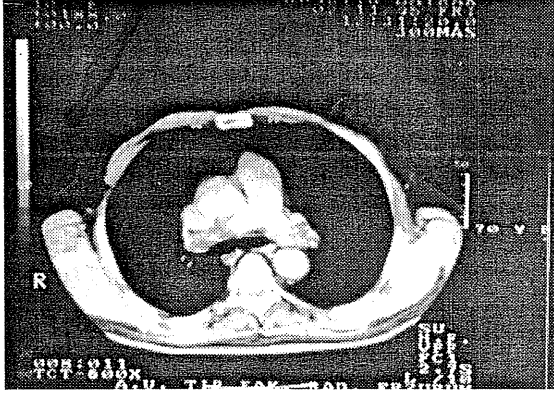
Bruselloz, hasta hayvanların süt ve süt ürünleriyle bulaşan *Brucella* cinsi bakterilerin oluşturduğu, titreme, ateş, kilo kaybı, halsizlik, terleme ve etraf ağrılarıyla ortaya çıkan sıklıkla dalak ve karaciğeri büyüten bir hastalıktır (1,2). Kronikleşmeye eğilimi vardır. Bruselloz en yaygın olarak kemik, santral sinir sistemi, kalp, akciğer, dalak, testisler, karaciğer, mesane, böbrek, prostat ve deriyi tutar (3). Brusellozu oluşturan *brucella* bakterileri hücre içi paraziti olup gram negatif, haraketsiz, spor oluşturmayan kokkobasil şeklinde, 0.5-2 mikron boyunda mikroorganizmalardır (1-3). Kliniğimizde ateş, halsizlik, iştahsızlık, öksürük şikayetleriyle takip ettiğimiz tromboflebiti olan bir vakada bruselloz teşhisi koyduk. Brusellozda tromboflebite çok nadiren rastlandığı için vakayı sunmak istedik.

Olgu Sunumu

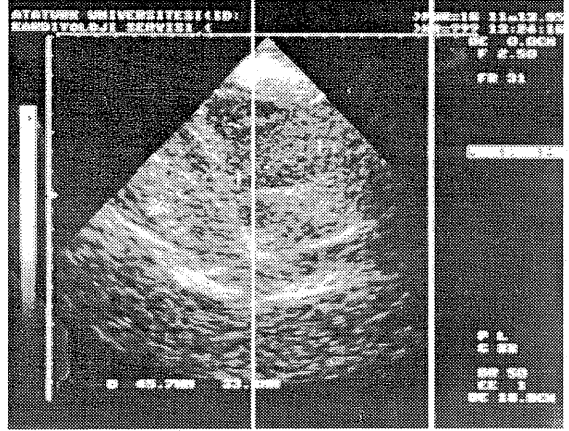
Altmışbeş yaşında erkek hasta. Birbuçuk aydan bu tarafa ortaya çıkan ateş, halsizlik, iştahsızlık ve öksürük şikayetleriyle Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğine yatırıldı. Fizik muayenesinde ateşi 38.5 °C ölçüldü. Nabız 110/dakika taşikardikti. Dinlemekle sol akciğer bazalinde inspiratuvar raller vardı. Yatışının ikinci gününde sağ alt ekstremitede ısı artışı, şişlik, kızarıklık tespit edildi Homans delili müsbetti. Laboratuvar bulgularından: Hb: 11gr/dl, lökosit: 5100/mm³, trombosit: 154000/mm³, periferik yaymada %66 PNL, %7 monosit, %27 lenfosit

mevcuttu. Anizositoz vardı. Sedimentasyon 125 mm/h idi. Kan biyokimyasında anormal bir değer tesbit edilmedi. Protrombin zamanı 15 saniye (normali 14), protrombin aktivitesi %87 (normali %100), parsiyel tromboplastin zamanı 33 saniye (normali 30-40) olarak ölçüldü. İdrar bulguları normaldi. ASO (-), CRP 24mg/dl), RF (-) olarak bulundu. Üç kez bakılan *brucella* aglütinasyonu 1/320'de müsbet bulundu. İdrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Boğaz ve balgam kültüründe *Neisseria* ve Non-hemolitik streptokoklar üredi. Balgamda ARB üç kez negatif geldi. Serum demir ve total demir bağlama kapasiteleri normal bulundu. Ferritin 1000 mg/dl olarak ölçüldü. PPD negatif olarak tesbit edildi. Hepatit göstergelerinden Hbs Ag'ni negatif, Anti-HBs negatif, Anti-HCV negatif, Anti-HAV IgG pozitif olarak bulundu. PA akciğer grafisinde kardiyotorasik oran normal sınırlarda idi. Hiler bölgede kalsifikasyonlar vardı. Her iki akciğer bazal kesiminde fibrotik değişiklikler mevcuttu. Toraksın bilgisayarlı tomografisinde paraaortik ve hiler bölgede patolojik boyutta olmayan lenf nodları izlendi. Bu bulgu geçirilmiş tüberküloz olarak yorumlandı (Şekil 1). Batın USG'de özellik tesbit edilemedi. Heparinizasyonun yedinci günü oral antikoagülan başlandı. Onuncu gün heparin kesildi. Oral antikoagülan tedavi başladıktan sonra aniden sol yan ağrısı ve dispne şikayetleri ortaya çıktı. Çektirilen akciğer perfüzyon sintigrafisinde sol akciğerde multiple embolilerle uyumlu bulgular tesbit edildi. ECHO'da sağ atrium ve sağ ventrikül

Şekil 1. Hastanın Akciğer Tomografisi



Şekil 2. Hastanın Ekokardiyografik Görünümü



geniş olarak bulundu (Şekil 2). Pulmoner emboli tanısı konularak yeniden heparin tedavisine başlandı. Hastanın yatışında başlanan nonspesifik antibiyotik tedavisine rağmen, ateş düşmedi. Üç kez tekrarlanan Brucella aglütinasyon testi 1/320'de müsbet gelmesi üzerine tetrasiklin 2 gr/gün PO, rifampisin 600 mg/gün PO başlandı. Hastanın ateşi düştü. Klinik olarak kendisini iyi hissetmeye başladı. Heparinizasyon sonrası dispne ve sol yan ağrısı azaldı. Sağ alt ekstremitede mevcut olan tromboflebit düzeldi. İkinci kez başlanan heparin tedavisinin yedinci günü oral antikoagülana geçildi. Onuncu gün heparin kesildi. Hastanın kliniği tamamen düzeldi.

Tartışma

Bruselloz, brucella cinsi bakteriler tarafından oluşturulan kuluçka süresi ortalama iki hafta süren, sinsi başlangıçlı bir enfeksiyon hastalığıdır (3). Hastalar, ateş, baş ağrısı, halsizlik, uykusuzluk, etraf ağrıları ve aşırı terlemeden yakınır. Ateş, ondülan tipte olup, genellikle öğleden sonra titremeye ortaya çıkar. 38-39 °C kadar yükselebilir (1,2). Bruselloz akut veya kronik seyir gösterebilir (1). Kronik bruselloz vakaları akut vakaların kronikleşmesi ya da sinsi seyreden vakaların geç farkedilmesiyle ortaya çıkar (1,2). Solunum sistemini tutması nadir olup %10'un altındadır. Alveolit, plörezi, pnömni ve ampiyem görülebilir (4). Bizim vakamızda, kırkbeş günden bu tarafa olan halsizlik, ateş, terleme şikayetleri mevcuttu. Perikardit, miyokardit ve endokardit lehine bulgu yoktu. Yatışında öksürük şikayeti vardı. Dinlemekle sol akciğer bazelinde inspiratuar raller duyuldu. Ancak PA akciğer

grafisinde pnömonik infiltrasyon tesbit edilmedi. Sağ alt ekstremitede tromboflebit tesbit edildi. Tromboflebitler genelde varikoflebit, infüzyon flebiti, tromboflebitis migrans, enfeksiyöz-septik tromboflebit, monodor tromboflebiti gibi tiplerde izlenebilir (4). %40'ında etyoloji belli değildir. Brusellozun dolaşım sisteminde tromboflebite yol açması ender rastlanan bir durum olmakla birlikte, nadiren görülebilir (5-7). Bruselloz vakalarında allerjik vaskülit şeklinde damar tutulumları görülmektedir. Hastada laboratuvar bulgularıyla da desteklenen ve tromboflebitin bir komplikasyonu olduğu düşünülen pulmoner emboli mevcuttu. Uzun süredir devam eden ateş, halsizlik, iştahsızlık semptomları ile birlikte bulunan tromboflebit vakalarının etyolojisi araştırılırken bruselloz da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bruselloz hastalarının %30'unda adenomegali, % 50-60'ında splenomegali, %40-50'sinde hepatomegali vardır (3). Siyatalji, koksajli, sakroileit, her iki diz eklemlerinde artrit ve bursit görülebilir (1-3). Akut seyir gösteren bazı vakalarda interstisyel nefrit olabilir (1). Bazı vakalarda osteomyelit ve lokalize deri altı abseleri de izlenebilir (3). Sık olmamakla birlikte menenjit, meningoensefalit, myelit şeklinde tutulumda mümkündür (1-4). Üveit, keratit, retinit, papillit, optik nörit gibi göz bulgularına da rastlanabilir. Biz vakamızda hepatomegali, plenomegali ve adenomegali tesbit etmedik. Cilt ve diğer sistem bulgularında mevcut değildi. Brusellozun teşhisinde en kesin metod olan mikroorganizmanın üretilmesinden bir sonuç alınamaz ise, standart tüp aglütinasyon tekniği kullanılmakta olup, 1/160 titrede olanlarda test pozitif olursa tanı konulur (1).

Bizim vakamızda 1/320 titrede müsbet olarak bulundu. Hastalık, %90 vakada istirahat ve antibiyotik tedavisi ile iyileşir. Terleme azalır, iştah artar, hasta kilo almaya başlar (3). Nörobruselloz hariç ölüm nadirdir (3). Tedavide tetrasiklin, streptomisin kombinasyonu ya da tetrasiklin rifampisin kombinasyonu kullanılabilir (1-4). Brusellozda kinolonlar ve trimetoprim tetrasiklin kombinasyonu da kullanılmıştır (3). Ancak nöks oranı yüksek bulunmuştur. Vakamızda tetrasiklin, rifampisin kombinasyonu 6 hafta kullanıldı. Klinik olarak olumlu cevap alındı.

Kaynaklar

- 1- Robert A. Salata, Brucellosis In Cecil Textbook Of Internal Medicine Wyggarden JB, Smith LH, eds. 19th. ed. Philadelphia WB Saunders 1992- PP:1727-1729
- 2- Mandell GL, Daugles RG, Bennet JE, eds. Principles And Practice Of Infectious Diseases,

3rd. Ed. New York Churchil Livingstone,1990 p:2056

- 3- Büyüköztürk K. İç hastalıkları, 1. baskı İstanbul, BAYDA, 1992 ss: 1022- 1024
- 4- Kate D, Brucellosis in Harrison's Principles of Internal Medicine (Companion Handbook) Wilson JD, Braunwald E, eds. 13th ed. New York, McGraw-Hill Book Company 1994, p:230
- 5- Stevens MG, et al. Comparison of immune responses and resistance to brucellosis mice vaccinated with brucella abortus 19 or RB 51. Infect immun. 1995, 63: (1): 264-70
- 6- Boudghene- Stambouli O. et. al. Allerjik vasculitis in brucellosis. An Dermatol Venereol.1994; 121(3): 240-1
- 7- Stites DP, Ter AI,eds. Basic and Clinical Immunology, 7th. ed. California, Appleton & Lange,1991 pp:643-44