

Kolesistit ve Pansitopeniyle Seyreden Bruselloz: Bir Olgu Sunumu ve Literatürün İncelenmesi

Brucellosis with Cholecystitis and Pancytopenia: A Case Report and Review of the Literature

İsmail Necati Hakyemez¹, İrfan Tursun², Yasemin Akkoyunlu³

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

²İğdır Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İğdır, Türkiye

³Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Dünyada yaygın olarak görülen ve ülkemizde endemik olan bruselloz, tüm organ ve sistemleri etkileyebilen, değişik klinik formların gözlemlendiği ve bazen tanı zorluğu yaşanan bir zoonozdur. Karaciğer tutulumu yaygın olmasına rağmen kolesistit ve karaciğer apsesi nadir görülen klinik formlarıdır. Hematolojik tutulum sıklıkla lökopeni ve anemi, nadiren de pansitopeni ile seyreder. Kolesistit ve pansitopeni tablosuyla gelen olgularda bruselloz ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve gereksiz cerrahi girişimlerden sakınılmalıdır. Bu yazımızda, böyle bir olgu nedeniyle 64 yaşında akut brusellozlu bir kadın hasta sunulmuştur. *Klimik Dergisi 2011; 24(2): 129-31.*

Anahtar Sözcükler: Bruselloz, kolesistit, pansitopeni.

Abstract

Brucellosis is an endemic disease in our country and a common problem worldwide. It can affect all organ systems. It is a zoonosis which is sometimes difficult to diagnose due to its various clinical forms. Liver involvement is usually seen, but cholecystitis and liver abscess are rare clinical forms of brucellosis. Hematological involvements are leukopenia, anemia and occasionally pancytopenia. In cases with pancytopenia and cholecystitis, brucellosis should be borne in mind in order to avoid unnecessary operations. In this article, we report a 64-year-old female with pancytopenia and cholecystitis due to acute brucellosis. *Klimik Dergisi 2011; 24(2): 129-31.*

Key Words: Brucellosis, cholecystitis, pancytopenia.

Giriş

Gram-negatif bir kokobasil olan *Brucella* cinsi bakterilerin sebep olduğu bruselloz, infekte hayvanlardan insana bulaşan yaygın bir zoonozdur. Bulaşmada infekte hayvanların pastörize edilmeden tüketilen süt, peynir ve tereyağı gibi besin maddelerinin yanında hayvanla direkt temas, aerosollerin solunması ve konjunktivaya inokülasyon da rol almaktadır. Günümüzde bruselloza en sık yol açan tür, keçi ve koyunlardan bulaşan *B. melitensis*'dir. Diğer türler ise sıklık sırasına göre *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis* olup sırasıyla sığırlar, domuzlar, köpekler aracılığıyla insana bulaşmaktadır (1). Dünyada yıllık 500 000 yeni olgu bildirilmekte olup özellikle Akdeniz ülkeleri, Ortadoğu, Hindistan, Orta ve

Güney Amerika'da hiperendemiktir. (2). Brusellozun kendine özgü, diğer enfeksiyonlardan ayırt edici belirtileri yoktur. Klasik olarak titremeye yükselen ateş, üşüme, titreme, aşırı terleme, baş ağrısı, halsizlik, kilo kaybı, yaygın eklem ve kas ağrılarıyla seyreder. Hastalık değişik organ tutulumları nedeniyle çeşitli klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanıda tüberküloz, sıtma, leptospiroz, tifo, infektif endokardit, kollajen doku hastalıkları, sarkoidoz, lenfoma gibi birçok hastalık akla getirilmelidir. Hastalarda gastrointestinal tutulumla bağlı kusma, karın ağrısı, ishal, kabızlık gibi belirtiler bulunabilir. Kolesistit, brusellozun çok nadir görülen bir komplikasyonudur (3). Brusellozda hematolojik değişikliklere de sık rastlanır. Pansitopeni mortaliteyi artırabi-

XIV. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi (25-29 Mart 2009, Antalya)'nde bildirilmiştir.

Presented at the XIVth Turkish Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (25-29 March 2009, Antalya).

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

İsmail Necati Hakyemez, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Tel./Phone: +90 374 253 46 56 Faks/Fax: +90 374 253 46 15 E-posta/E-mail: drhakyemez@hotmail.com

(Geliş / Received: 6 Aralık / December 2010; Kabul / Accepted: 10 Şubat / February 2011)

doi:10.5152/kd.2011.32

len ve farklı tanılara yol açabilen nadir bir komplikasyonudur. Brusellozun tedavisiyle pansitopeni de düzeltilmektedir (4). Bu yazıda, kolesistit ve pansitopeni tablosuyla gelen 64 yaşında akut brusellozlu bir hasta sunulmuştur.

Olgu

Altmış dört yaşında kadın hasta son iki haftadır olan karın ağrısı, yüksek ateş, halsizlik yakınmalarıyla Acil Servise başvurmuştu. Akut karın sendromu ön tanısıyla takip edilen hastaya yapılan karın ultrasonografisinde kolesistit ve splenomegali saptanmıştı. Genel Cerrahi Kliniğine kolesistit tanısıyla yatırılan hastaya ampisilin-sulbaktam 2x1 gr/gün İV başlanmıştı. Fizik incelemede, ateş 38.3°C, nabız 97/dakika, tansiyon 140/60 mmHg, mitral odakta 1/6 sistolik üfürüm, karında sağ hipokondriyumda hassasiyet ve 3 cm splenomegali vardı. Laboratuvar incelemelerinde lökosit 2200/mm³, hemoglobin 10.6 mg/dl, trombosit sayısı 72 000/mm³, ALT 23 İÜ/lt, AST 12 İÜ/lt, total serum bilirubin 1.1 mg/dl, GGT 71 İÜ/lt, alkalen fosfataz 193 İÜ/lt, CRP 4 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 13 mm/saat, HBsAg (-) negatif, anti-HCV (-) negatif, anti-HIV (-) negatif idi. Periferik yaymada %51 nötrofil, %40 lenfosit, %8 monosit, %1 eozinofil görülürken atipik hücre saptanmamıştı. Kalın damla preparatında *Plasmodium* negatifti.

Pansitopenisi ve splenomegalisi olan hastanın Genel Cerrahi Kliniğine kabulünden bir hafta sonra şikayetlerinin devam etmesi üzerine istenen İnfeksiyon Hastalıkları ve İç Hastalıkları konsültasyonlarında taze peynir yeme öyküsünün olduğu saptandı. Kan kültürleri alınan hastada rose Bengal testi pozitif; Wright testi 1/2560 titrede pozitif olarak saptandı. Serolojik testlerdeki yüksek pozitiflik ve klinik bulgular birlikte değerlendirildiğinde hastaya bruselloza bağlı kolesistit ve pansitopeni tanısı konuldu. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisine nakledilen hastaya doksisisiklin 2x100 mg/gün ve rifampisin 1x600 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın kusmalarının devam etmesi nedeniyle oral ilaçlar kesilerek tedaviye seftriakson 2x1 gr/gün ve siprofloksasin 2x200 mg/gün İV kombinasyonu ile devam edildi. Yapılan ekokardiyografide vejetasyon ve yetmezlik bulguları saptanmadı. Tedavinin beşinci gününde klinik ve laboratuvar bulgularında belirgin düzelleme gözlemlendi. Onuncu günde klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguları tamamen düzelen hastanın parenteral antibiyotik tedavisi kesildi. On üçüncü günde kan kültüründe *Brucella* sp. üredi. Doksisisiklin ve rifampisin kombinasyonu altı haftaya tamamlandı. Tedavi sonrası Wright testi titresi 1/160'a kadar düştü.

İrdeleme

Brusellozda en sık osteoartiküler komplikasyonlar görülür. Bunun yanı sıra hematolojik bozukluklarla birlikte gastrointestinal tutulum da olabilmektedir. Hastaların %70'inde gastrointestinal sistem tutulumuna ait iştahsızlık, karın ağrısı, dispepsi, kusma, diyare, konstipasyon, hepatomegali, splenomegali ve karın muayenesinde hassasiyet gibi semptomlar bildirilmiştir. Kolesistit safra kesesinin inflamatuvar bir hastalığı olup akut veya kronik formda, safra kesesi taşı ile birlikte veya taşsız görülebilir. Akut kolesistit sepsis, tifo, bruselloz ve tüberküloz gibi çeşitli infeksiyon hastalıklarının seyri sırasında görülebilir (1,5). Literatürde bruselloza bağlı

kolesistit olgusu ilk olarak 1934'te bildirilmiş (6) ve ilerleyen yıllarda benzer olgular bildirilmiştir (7-10). Nadiren apandisit (11), pankreatit (12) ve peritonite (13) bağlı akut karın sendromuyla seyreden bruselloz olguları da bildirilmiştir. Andriopoulos ve arkadaşları (14) akut kolesistit ve akut apandisit birlikteliğiyle, Starakis ve arkadaşları (15) ise karaciğer apsesi ve pansitopeniyle seyreden bruselloz olguları bildirmişlerdir. Akdeniz ve arkadaşları (16) çalışmalarında bruselloz olgularında %8 pansitopeni geliştiğini ve bunların da %67'sinde kemik iliği incelemesinde granülomatöz lezyonlar görüldüğünü bildirmişlerdir. Turhan ve arkadaşları (17) akut karın ve pansitopeni birlikteliğiyle seyreden bruselloz vakasını nadir karşılaşılan bir komplikasyon olması açısından bildirmişlerdir. Hastamız Genel Cerrahi Kliniğinde kolesistit tanısıyla takip edilmiş, ancak beraberinde splenomegali ve pansitopeni tablosunun dikkat çekmesi üzerine istenen Wright testinin titresi 1/2560 olarak saptanmış ve bruselloza bağlı pansitopeni ve kolesistit tanısıyla tedaviye başlanmıştır. Sonuçta hastanın pansitopeni tablosu düzelmiş; splenomegalisi de gerilemiştir. Kolesistit tablosunun da klinik ve ultrasonografik değerlendirilmede düzeldiği görülmüştür. Brusellozda değişik organ ve sistemlerin tutulumuna bağlı olarak hastaların semptom ve bulguları çok çeşitli olabilmektedir. Bu nedenle hastalar yanlış tanı alabilmekte ve tedavide gecikmeler olabilmektedir. Olgumuz da başlangıçta kolesistit olarak takip edilmiş, tipik bruselloz bulguları ve klasik ateş seyri gözlenmemiştir. Bu nedenle olgunun tanısında bir haftalık gecikme olmuştur. Bu hastalıkta kesin tanı, çeşitli klinik örneklerden, özellikle kan ve kemik iliğinden *Brucella* türlerinin izolasyonu ile mümkündür. Brusellozda klinik belirti ve bulguların varlığında serum aglutinasyon testinin pozitif (Wright testi $\geq 1/160$) olmasıyla tanıya gidilebilmektedir. Olgumuzda da yüksek Wright testi titresi ve klinik bulgularla tanı konularak tedaviye başlandı. Daha sonra 13. günde kan kültüründe *Brucella* sp. üredi. Kanafani ve arkadaşları (9)'nın bruselloza bağlı kolesistit olgu sunumlarıyla ilgili literatür çalışmasında dokuzunda safra taşı olan 20 olgunun 15'ine kolesistektomi yapıldığı ve bunların 12'sine ortalama altı hafta antibiyotik tedavisi verildiği bildirilmiştir. Olguların 15'inin safra, 12'sinin kan kültüründe üreme olduğu belirlenmiştir (9).

Ülkemizde endemik olan bruselloz, değişik klinik tabloların gözlemlendiği ve tanıda zorluğun yaşandığı bir hastalıktır. Kolesistit ve pansitopeni tablosuyla gelen olgularda bruselloz ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve gereksiz cerrahi müdahalelerden sakınılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Young EJ. *Brucella* species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier, 2010: 2921-5.
2. Black TF: *Brucellosis* In: Cohen J, Powderly WG, Berkley SF, et al. eds. *Infectious Diseases*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2004: 1665-7.
3. Ablin J, Mevorach D, Eliakim R. *Brucellosis and the gastrointestinal tract. The odd couple. J Clin Gastroenterol.* 1997; 24(1): 25-9.

[Crossref]

4. Ural O, Dikici N, Atabek E. Akut brusellozda pansitopeni. *İnfeksi Derg.* 2000; 14(2): 279-81.
5. Bodur H, Çolpan A, Erbay A, Akıncı E, Eren S. Akut batin tablosunu taklit eden bruselloz olgusu. *Klimik Derg.* 2003; 16(1): 41-2.
6. White CS. Cholecystitis as a complication of brucellosis: report of a case. *Medicine Annals D.C.* 1934; 12: 60-2.
7. Morris SJ, Greenwald RA, Turner RL, Tedesco FJ. Brucella-induced cholecystitis. *Am J Gastroenterol.* 1979; 71(5): 481-4.
8. Fasquelle D, Charignon G, Rami M. Acute calcular cholecystitis in a patient with brucellosis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1999; 18(8): 599-600. [\[Crossref\]](#)
9. Kanafani ZA, Sharara AI, Issa IA, Kanj SS. Acute calculous cholecystitis associated with brucellosis: a report of two cases and review of the literature. *Scand J Infect Dis.* 2005; 37(11-12): 927-30. [\[Crossref\]](#)
10. López-Prieto MD, Aller AI, Alcaraz S, Gutiérrez de la Peña C. Colecistitis aguda litiásica asociada a Brucella melitensis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003; 21(8): 464-5. [\[Crossref\]](#)
11. Fernández MD, García JL, García FD, Fernández MT. Brucella acute abdomen mimicking appendicitis. *Am J Med.* 2000; 108(7): 599-600. [\[Crossref\]](#)
12. al-Awadhi NZ, Ashkenani F, Khalaf ES. Acute pancreatitis associated with brucellosis. *Am J Gastroenterol.* 1989; 84(12): 1570-4.
13. Hatipoglu CA, Yetkin A, Ertem GT, Tulek N. Unusual clinical presentations of brucellosis. *Scand J Infect Dis.* 2004; 36(9): 694-7.
14. Andriopoulos P, Tsironi M, Asimakopoulos G. Acute abdomen due to Brucella melitensis. *Scand J Infect Dis.* 2003; 35(3): 204-5. [\[Crossref\]](#)
15. Starakis I, Polyzogopoulou E, Siagris D, Mazokopakis E, Gogos CA. Unusual manifestation of brucellosis: liver abscess and pancytopenia caused by Brucella melitensis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2008; 20(4): 349-52. [\[Crossref\]](#)
16. Akdeniz H, Irmak H, Seçkinli T, Buzgan T, Demiröz AP. Hematological manifestations in brucellosis cases in Turkey. *Acta Med Okayama.* 1998; 52(1): 63-5.
17. Turhan V, Diktaş H, Öncül O. Akut karın ve pansitopeni tablosu ile seyreden bruselloz: bir olgu sunumu. *Klimik Derg.* 2008; 21(1): 31-3.