

Parotis Bezi Komşuluğunda Cilt Altı Apsesi ile Seyreden Bir Bruselloz Olgusu

Hicran Güler¹, Reşit Mıstık¹, Mine Kabaş¹, Yasemin Heper¹, Bahattin Hakyemez², Safiye Helvacı¹

Özet: Bu çalışmada parotis bezi komşuluğunda cilt altı tutulumu ile seyreden bir bruselloz olgusu sunulmuştur. Parotis bezi komşuluğundaki apse tanısı lokal bulgular ve bilgisayarlı tomografi ile, bruselloz tanısı ise serolojik testler ve sitopatolojik inceleme ile kondu. Üçlü kombinasyon tedavisi ile (doksisisiklin, rifampisin ve siprofloksasin) hastanın patolojik klinik bulguları geriledi.

Anahtar Sözcükler: Bruselloz, subkutan apse.

Summary: A case of brucellosis with subcutaneous abscess. A case of brucellosis with subcutaneous abscess adjacent to the parotis gland is presented in this study. Subcutaneous abscess was diagnosed by local physical findings and neck MR. Brucellosis was diagnosed by serological tests and cytopathological examination. Clinical findings was improved with a combined treatment with triple antibiotics (doxycycline, rifampicin, and ciprofloxacin).

Key Words: Brucellosis, subcutaneous abscess.

Giriş

Bruselloz, *Brucella* cinsi bakterilerin neden olduğu, sıklıkla pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi ve infekte dokulara direkt temasla insana bulaşabilen bir zoonozdur. Bruselloz tüm dünyada yaygın olarak görülen bir hastalıktır. Özellikle Akdeniz ülkeleri ve gelişmekte olan ülkelerde halen önemini koruyan bir halk sağlığı sorunudur. *Brucella* fagositler içinde canlı kalabilen ve bu şekilde tüm organlara yayılarak farklı klinik tablolar oluşturabilen bir bakteridir. Bruselloz her ne kadar lokomotor sistemi daha fazla tutsa da bazen izole viseral organ infeksiyonu şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir (1). Bu çalışmada, daha önce bildirilmeyen *Brucella*'ya bağlı parotis bezi komşuluğunda cilt altı infeksiyon olgusu bildirilmektedir.

Olgu

Üç ay önce sol kulak önünde başlayan şişlik ve ağrı, iki aydır süren iştahsızlık, 15 gündür devam eden ateş yüksekliği nedeniyle nonspesifik bir infeksiyon düşünülerek sırasıyla 10 gün sefuroksim aksetil 2x500 mg/gün PO ve 10 gün spiramisin 2x3 MU/gün PO tedavisine karşın şikayetlerinde gerileme olmayan 42 yaşında kadın hastanın verilmiş boyun MR incelemesinde sol parotis bezi komşuluğunda 5x2x1.5cm boyutlarında apse ile uyumlu görünüm (Resim 1A, 1B, 1C) ve alınan ponksiyon sıvısının sitopatolojik incelemesinde granülomatöz inflamasyon saptanması üzerine yapılan *Brucella* aglütinasyon testinin, 1/160 titrede pozitif bulunması üzerine 15 gün süreyle streptomisin 1 gr/gün İM ve doksisisiklin 2x100 mg/gün PO

tedavisi aldıktan sonra klinik bulgularında gerileme olmaması üzerine tarafımıza sevk edilmiştir.

Tarım ve hayvancılıkla uğraşan ve hayvanlarında yavru atma öyküsü olan hastanın, yapılan fizik muayenesinde sol parotis lokalizasyonunda 2x3 cm çapında basmakla ağrılı ve flüktüasyon veren kitle saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Laboratuvar incelemesinde *Brucella* aglütinasyon testi 1/320 titrede pozitif, 2ME ile 1/320 titrede pozitif, Coombs'lu Wright testi 1/1280 titrede pozitif; tularemi aglütinasyon testi negatif bulundu. Lökosit 6 370/mm³, hemoglobin 11.4 mg/dl, trombosit 346 000 mm³, sedimantasyon 13 mm/saat, CRP negatif, diğer kan biyokimyası ve incelemeleri normal bulundu. Kan ve apse kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya doksisisiklin 2x100 mg/gün PO, rifampisin 1x600 mg/gün PO, siprofloksasin 2x500 mg/gün PO tedavi başlandı. Tedavinin 3. ayında yakınmaları ve fizik muayene bulguları tamamen geriledi. Ancak laboratuvar incelemesinde; *Brucella* aglütinasyon testleri (*Brucella* aglütinasyon testi 1/160, 2ME ile 1/160, Coombs'lu Wright testi 1/640 titrede pozitif) yüksek seyretmeye devam etti. Bu nedenle tedavi 6. ayda kesildi. *Brucella* aglütinasyon testleri aynı şekilde seyretti. Tedaviden 6 ay sonra yapılan klinik kontrol normaldi, relaps yoktu; ama serolojik testler yine yüksek (*Brucella* aglütinasyon 1/160, 2ME 1/80, Coombs'lu Wright testi 1/640 titrede pozitif) bulundu.

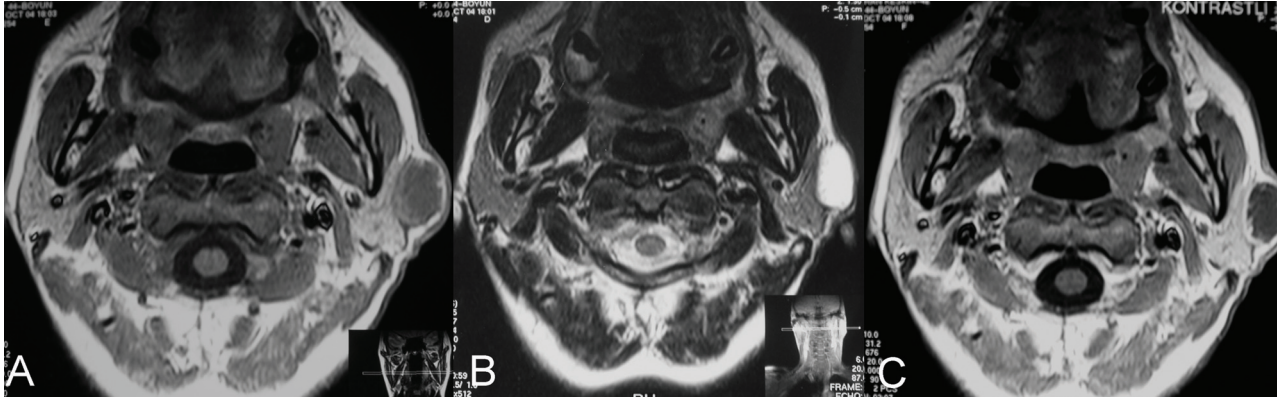
İrdeleme

Bruselloz ülkemizde hiperendemik olarak görülen bir hastalıktır ve mortalitesi düşük olmasına karşılık önemli bir morbidite nedenidir (1). *Brucella* infeksiyonlarının diğer infeksiyonlardan ayırt edici, kendine özgü belirtileri yoktur. Bizim olgumuzda da olduğu gibi farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilir.

Bruselloz kas iskelet sisteminde artrit, spondilodiskit, subperiostal ve subkondral apselere; gastrointestinal sistemde gra-

(1) Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Görükle-Bursa

(2) Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Görükle-Bursa



Resim 1A, 1B, 1C. Sol parotis bezi komşuluğunda 5x2x1.5 cm boyutlarında periferinden halka tarzında kontrast madde tutulumu izlenen T1A imajlarda hipointens, T2A imajlarda hiperintens lezyon görünümünde apse izlenmektedir.

nümatöz hepatit, karaciğer apsesi, pankreatite; santral sinir sisteminde menenjit, meningoensefalit, beyin apsesi ve myelite; kardiyovasküler sistemde endokardit, myokardit, perikardit ve tromboflebite; pulmoner sistemde bronşit, bronkopnömoni, pulmoner nodüllere ve plevral efüzyona; genitoüriner sistemde epididimoorşit, prostatit ve pyelonefrite yol açabilir. Hasta karşımıza gözde üveit, endoftalmite ve retinopati tablosu ile ya da tiroidit, sürrenal yetmezlik bulguları ile gelebilir. Literatürde osteoartiküler komplikasyonlar %10-80, santral sinir sistemi tutulumu ~%5, epididimoorşit %20, kemik iliği tutulumu %75, kutanöz lezyonlar ~%5, endokardit ~%2 oranında bildirilmiştir (2). Colmenero ve arkadaşları (3)'nın 530 hastada yaptıkları prospektif çalışmada, hastaların %31.9'unda fokal tutulum saptanmıştır. Hastaların %66'sında osteoartiküler, %5.1'inde genitoüriner, %2.5'inde hepatik, %1.7'sinde nörolojik, %1.5'inde kardiyak komplikasyonlar geliştiği ve bu hastaların %10.6'sında da relaps, terapötik yetersizlik ve mortalite geliştiği gözlenmiştir.

Ülkemizden ve dünyadan olgu sunumları şeklinde nadir organ tutulumları bildirilmiştir (4-11). *Brucella* sp'ye bağlı parotis komşuluğunda apse daha önce bildirilmeyen, nadir bir organ tutulumudur. Klinik regresyona rağmen serolojik yanıtın geç de olsa alınmaması, bu olgunun temel özelliği olarak düşünülmüştür. Granülatöz infeksiyonların tedavisindeki zorlukların burada da mevcut olduğu görülmüştür.

Ülkemizde endemik olarak görülen bruselloz hastalığı; yüksek morbiditeye sahip olması, bazı fokal tutulumlarının prognozunun kötü olması ve sekellere yol açabilmesi nedeniyle

le ateş ve organ tutulumu yakınması ile gelen her hastada ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Kılıçturgay K, Gökırmak F, Töre O, Helvacı S, Göral G. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde izlenen bruselloz olgularının klinik ve serolojik analizi. *İnfeksiyon Dergisi* 1987; 1: 257-62
2. Young EJ. *Brucella* species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. New York: Churchill Livingstone, 2005: 2669-72
3. Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, Sanchez-De-Mora D, Delgado M, Causse M, Martin-Farfan A, Juarez C. Complications associated with *Brucella melitensis* infection: a study of 530 cases. *Medicine (Baltimore)* 1996; 75: 195-211
4. Peled N, David Y, Yagupsky P. Bartholin's gland abscess caused by *Brucella melitensis*. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 917-8
5. Mıstık R, Gürcan T, Yüce O, Oral HB, Töre O. Thyroid gland involvement in brucellosis: report of two cases. *Clin Microbiol Infect* 2000; 6: 62
6. Fenkci V, Cevrioğlu S, Yılmaz M. Ovarian abscess due to *Brucella melitensis*. *Scand J Infect Dis* 2003; 35: 762-3
7. Cokca F, Azap A, Meco O. Bilateral mammary abscess due to *Brucella melitensis*. *Scand J Infect Dis*. 1999; 31: 318-9
8. Guven MB, Cirak B, Kutluhan A, Ugras S. Pituitary abscess secondary to neurobrucellosis. *J Neurosurg* 1999; 90: 1142
9. Bekir NA, Gungor K, Namiduru M. *Brucella melitensis* dacryoadenitis: a case report. *Eur J Ophthalmol* 2000; 10: 259-61
10. Yılmaz E, Parlak M, Akalın H, et al. Brucellar spondylitis: review of 25 cases. *J Clin Rheumatol* 2004; 10: 300-7
11. Puente S, Laguna F, Mateu B, Enriquez A. Brucellar cutaneous abscess. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1989; 7: 336-7