

## Yaygın Döküntü ile Seyreden Bir Bruselloz Olgusu

Nail Özgüneş, Saadet Yazıcı, Tahir Ceylan, Sibel Gündeş, Ayşe Canan Üçışık, Nüket Ceylan

**Özet:** Baş ağrısı, ateş, halsizlik ve bütün vücutta yaygın döküntü şikayetleri ile İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne başvuran hasta, kızamık ön tanısı ile yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş 39.5°C, ağız içinde enanem ve vücutta yaygın makülopapüleer döküntüler dışında bir bulgu tespit edilmedi. Yatışının 15. gününde hemokültürde *Brucella* cinsi bakteriler izole edilerek standard tedaviye başlandı. İzleme süresince nüks görülmüdü.

**Anahtar Sözcükler:** *Brucella*, döküntü.

**Summary:** A brucellosis case with skin eruptions. A patient who applied to the Infectious Diseases Department with the complaints of fever, headache, fatigue and cutaneous eruptions was hospitalized with the diagnosis of measles. However, on the 15th day *Brucella* organisms were isolated from the hemoculture, standard therapy was instituted and completed with success within 45 days.

**Key Words:** *Brucella*, rash.

### Giriş

Bruselloz ülkemizde sık rastlanan bir zoonozdur. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, değişik klinik formları, insidansı ve tedavi seçenekleri bildirilmiştir. Bruselloz, her organı etkileyebildiğinden, büyük klinik çeşitlilik gösteren bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Hastalık akut, subakut (veya ondulan) ve kronik formlarda görülebilir.

Hastalığın akut formunda yaşa ve bulaşma şekline bağlı olarak, artralji, yüksek ateş, hepatosplenomegali, gece terlemesi, baş ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı, konstipasyon, hematolojik değişiklikler, psikiyatrik değişiklikler ve üveit görülebilir. Bu sebeple brusellozlu hastalar ön plandaki yakınmalarına göre çeşitli polikliniklere başvurabilirler. Hastalarda nadiren deri tutulumu da görülebilir. Lezyonlar, erythema nodosum, papül, peteşi, purpura ve kutanöz granülatöz vaskülit şeklinde olabilir. Deri lezyonları bruselloz tedavisi ile tamamıyla düzelebilir (1).

### Olgu

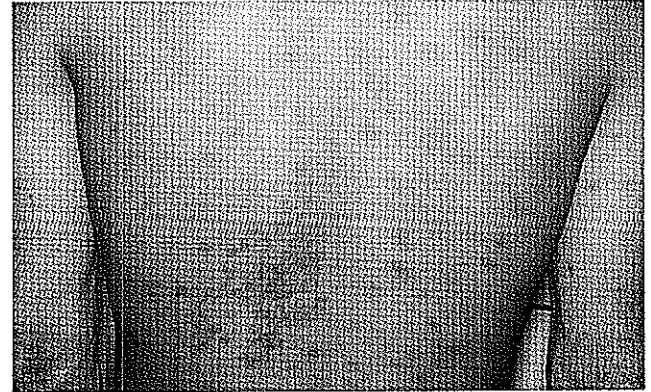
32 yaşında erkek hasta, baş ağrısı, ateş, halsizlik, vücutta yaygın döküntüler sebebiyle İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne tetkik için yatırıldı. İlk fizik muayenesinde TA 100/60 mm/Hg, nabız 100/dakika, ateş 39.5°C bulundu. Ağız içinde enanem, yüz dahil bütün vücutta yaygın papül ve makülopapüler döküntüler mevcuttu; Koplik lekesi tespit edilmedi. İyileşme dönemindeki deri döküntüleri Resim 1 ve 2'de görülmektedir. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu tespit edilmedi.

Laboratuvar incelemelerinde hematokrit % 40.8; lökosit 3 600/mm<sup>3</sup>; lökosit formülünde % 53 PNL, % 2 çomak, % 44 lenfosit, % 1 monosit idi. Eritrosit sedimentasyon hızı saatte 42 mm/saat; CRP 46 mg/lt; ASO, RF ve anti nDNA negatif; SGOT 165 ü/lt; SGPT 103 ü/lt bulundu. Diğer rutin biyokimyasal testleri ve akciğer grafisi normaldi.

Viral etyolojili, döküntülü bir hastalık düşünülerek hasta semptomatik tedavi ile izlenmeye alındı. Bir hafta içinde genel durumda ve lezyonlarda bir gerileme olmadı. Hasta tekrar değerlendirilerek kültür örnekleri alındı. Gruber-Widal aglütinasyon testi negatif, *Brucella* aglütinasyon testi 1/80 dilüsyonda pozitif bulundu. Anti-HIV ve Weil-Felix aglütinasyon testi negatifti. Cilt biyopsisinde, kronik dermatit ile uyumlu, subepitelyal alanda ve dermada fibröz bağ doku alanlarında lenfositler ve plazma hücrelerinden ibaret mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü.

Alınışının 12. gününde, hemokültürde *Brucella* cinsi bakterilerin üremesi üzerine, doksisisiklin 200 mg/gün ve rifampisin 600 mg/gün verilerek spesifik tedaviye başlandı. Disk difüzyon metodu ile yapılan antibiyogramda, bakterinin bu antibiyotiklere hassas olduğu görüldü.

Tedavinin beşinci günü ateş normale düştü; döküntüler pigmantasyon bırakarak azalmaya başladı. Bu arada, indirekt Coombs yöntemi ile yapılan *Brucella* tüp aglütinasyon testi 1/160 dilüsyonda pozitif bulundu. Tedavi altı hafta sürdürüldü. Hasta iki ay süre ile ayaktan takip edildi. Nüks görülmüdü.



Resim 1 ve 2. İyileşme dönemindeki bruselloza ait deri döküntüleri.

**İrdeleme**

Brusellozda deri bulgularına nadiren rastlanmakta olup literatürde bu oran % 1.5 ile % 11 arasında bildirilmektedir (2,3). Bu deri bulguları hemorajik purpuradan eritematöz papillonodüler erüpsiyona kadar geniş bir yelpazeyi kapsayabilir (2,4,5). Alerjik vaskülit ise nadiren görülür (3). Ülkemizde deri döküntüsü ile seyreden bruselloz olgularının sayısı, sağlıklı bir oran verebilmek için yeterli değildir. Ayaz ve arkadaşları (6), 59 olgu ile yaptıkları bir çalışmada Türkiye için bu oranı % 3 olarak bildirmişlerdir.

Cilt biyopsisinde karakteristik veriler olmayıp çoğunlukla multipl granülomlarla birlikte perivasküler histiyosit ve lenfosit infiltrasyonu görülür (2,4,5). Alerjik vaskülit olarak değerlendirilen,

ancak daha sonra serolojik ve klinik olarak bruselloz tanısı konulan olgulara literatürde rastlamaktayız (7-10). Brusellozda nadiren görülebilen trombositopeniye bağlı hemoraji de benzer cilt lezyonlarına yol açabilir (8,11). Bizim cilt biyopsi raporumuz nonspesifik kronik dermatit ile uyumlu bildirilmiş ve bizi bruselloza yönlendirememiştir. Arıza ve arkadaşları (2), saptadıkları dört döküntülü bruselloz olgusunun ikisinde *Brucella melitensis* üretebilmişlerdir.

Yapılan hemokültürle, deri döküntüsüne brusellozun yol açtığı kesinleşen hasta, uygun kemoterapi ile tamamen düzelmiştir. Sonuç olarak döküntü ile seyreden ateşli hastalıklarda brusellozun akla getirilmesi uygun olur.

**Kaynaklar**

1. Young E. *Brucella* species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. Fourth ed. New York: Churchill Livingstone, 1995: 2053-67
2. Arıza J, Servitje O, Pallares R, Fernandez VP, Rufi G, Peyri J, Gudiol F. Characteristic cutaneous lesions in patients with brucellosis. *Arch Dermatol* 1989; 125: 380-3
3. Stambouli OB, Boudia AM, Benchouk SG. Allergic vasculitis in brucellosis. *Ann Dermatol Venerol* 1994;121: 240-1
4. Martinez Salazar F, Solera J, Cebrian D, Crespo MD, Garcia Blazquez R. Bacteremia and multiple and recurrent skin ulcers due to *Brucella melitensis*. *Med Clin (Barc)* 1993; 20: 417-9
5. Di Mario A, Sica S, Zini G, Salutari P, Leone G. Microangiopathic hemolytic anemia and severe thrombocytopenia in *Brucella* infection [Abstract]. *Ann Hematol* 1995; 70: 59-60
6. Ayaz C, Hoşoğlu S, Arıtürk S. Akut bruselloz tedavisinde streptomisin-tetrasiklin ile rifampisin-doksisisiklin kombinasyonlarının karşılaştırılması. *İnfeksiyon Derg* 1992; 4: 279
7. Gee Lew BM, Nicholas EA, Hirose EM. Unusual skin manifestations of brucellosis. *Arch Dermatol* 1983; 119: 56
8. Adoue D, Arlet Suae E, Bonafe JJ. Vasculite allergique revalatrice d'une brucellose. *Press Med* 1984; 10: 1003 (9'no'lu kaynakta site edilmiştir)
9. Sırmateel F, Özgöztaşı O, Baydar İ. Cilt döküntüsü ile seyreden bir bruselloz olgusu. *Türk Mikrobiyol Cemiyet Derg* 1993; 23: 12-4
10. Köse Ş, Kokuludağ A, Çetin M, Terzioğlu E, Sin A, Sebik F, Kabakçı T. Dermatomyozit olarak tedavi edilmiş atipik seyirli brusellozis olgusu (Özet). In: Willke A, Ünal S, Doğanay M, eds. *7. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi* (11-15 Eylül 1994, Ürgüp) Program ve Kongre Tutanakları. İstanbul: Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği, 1994:244
11. Manigand G, Taillandier J, Sebag A. Thrombopenia au cours d'une brucellose aigue. *Nouv Press Med* 1980; 9: 41 (9' no'lu kaynakta site edilmiştir)