



Bruselloz; Aynı Aileden 3 Olgu Sunumu

Fatma Kesmez CAN¹, Erdal TEKİN², Selma SEZEN³, Zülküf KAYA⁴

¹ Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Erzurum

² Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi, Acil Servis, Erzurum

³ Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum

⁴ Palandöken Devlet Hastanesi, Kulak Burun Bođaz Kliniđi, Erzurum

Geliş Tarihi / Received
10.05.2017

Kabul Tarihi / Accepted
05.08.2017

Yayın Tarihi / Published
31.12.2017

Özet: Bruselloz çoğunlukla enfekte hayvanlardan insanlara bulaşan zoonotik bir hastalıktır. Erken tanı ve tedavi ile prognozu iyidir. Enfeksiyon hastalıklarının sık görüldüğü ülkemizde ateş etiyojisi araştırılırken hatırlanması gerekir. Bu olgu sunumunda hastanemiz acil servisine 4-5 aydır devam eden ateş, terleme, vücut ağrısı şikayetleri ile başvuran hasta değerlendirilmiştir. Bu sürede tanı konulamamış olmasının sebepleri, aile bireylerinin aynı şikayetler yönünde sorgulanması, brusella tanısındaki karmaşa ve gecikme nedenleri ile hastalığın ülkemizdeki önemi tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Bruselloz, Aile Bireyleri, Bulaşma

Brucellosis; 3 Case Reports From The Same Family

Abstract: Brucellosis is a zoonotic disease mostly transmitted from infected animals to humans. It has a good prognosis with early diagnosis and treatment. It is important to remember when investigating fever etiology in our country, where infectious diseases are common. In this case report, the patient who was admitted to the emergency department with complaints of fever, sweating, body pain for 4-5 months was evaluated. The reason they have not been diagnosed at that time, family members questioned the direction of the same complaints, brucellosis in complexity and importance of the disease in our country with the reasons for the delay are discussed.

Keywords: Brucellosis, family members, transmission

Sorumlu yazar: Selma SEZEN

Adres, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye

e-mail: selma-sezen@hotmail.com

1. GİRİŞ

Brusellozis enfekte hayvanlardan insanlara doğrudan temas, süt ve süt ürünlerinin taze olarak tüketilmesi veya enfekte damlacıkların inhalasyonu ile bulaşlabilen bir enfeksiyon hastalığıdır (2). Hayvancılıkla uğraşan kişilerde, kasaplarda, veterinerlerde, taze peynir yeme öyküsü olanlarda ve laboratuvar çalışanlarında görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde hayvanlar arasında tamamen yok edilmiş olan bu enfeksiyon, ülkemizde, Dođu, Güneydođu ve Orta Anadolu başta olmak üzere hala yaygın olarak görülmektedir. Ülkemizde en çok görülen tür *Brucella melitensis*' tir (5). Birçok enfeksiyon ve inflamatuvar hastalıkla benzer klinik semptomlar oluşturabilen Brusella enfeksiyonlarının kendine has ayırt edici belirtileri yoktur. Hastaların çoğunda en belirgin klinik semptom ve bulgular yüksek ateş, eklem ağrıları, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybıdır (4). Bu çalışmada aynı aileden üç kişiyi etkileyen ve tanısında gecikmenin yaşandığı 3 bruselloz olgusu sunulmuştur.

2. OLGU 1

Emekli memur olan 59 yaşındaki erkek hasta 4-5 aydır devam eden, son 15 günde şiddetlenen halsizlik, ateş, terleme, kilo kaybı, bel ağrısı ve sol kalçada ağrı şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Hasta ateş şikayetinin özellikle geceleri olduğunu, terlemeden dolayı bir kaç kez kıyafet değiştirdiğini, bu süreçte çeşitli hastanelere başvurduğunu herhangi bir tanı almadığını, parasetamol grubu ve çeşitli anti-inflamatuvar ilaçlar, ampisilin-sulbaktam gibi antibiyotik tedavileri kullandığını belirtmiştir. Hasta hiçbir dönem hayvancılıkla uğraşmadığını ancak taze peynir tüketiminin çok olduğunu, kardeşinin süt ürünleri satışı yaptığını ve ürünleri oradan temin ettiğini ifade etmiştir.

Acil serviste semptomatik yaklaşıp tetkik edilen hasta enfeksiyon hastalıkları polikliğine yönlendirilmiştir. Fizik muayenede ateş 37.8° C, kan basıncı 130/90 mmHg, nabız 88/dk olup dalak kot altını 1cm geçmişti. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 10800 mm³, sedimentasyon hızı 34 mm/saat, CRP 3 mg/l, brucella rose bengal testi pozitif, brucella tüp aglutinasyon testi 1/320 pozitif olarak belirlenmiştir. Tedavi öncesi alınan kan kültüründe üreme olmadı, diğer laboratuvar değerleri normal sınırlarda görülmüştür.

Bel ve kalça ağrısı olan hasta sakroiliak ve lomber MR ile değerlendirildi. sakroiliac MR sakroileit olarak raporlanmış olup ,Lomber MR de L2-L3 ve L3-L4 de santral posterior protrüzyon saptandı. Fizik tedavi kliniği ile konsulte edildi ve anti-inflamatuvar tedavi verildi. Hastaya Doksisiklin 200mg/gün ve rifampisin 600 mg/gün olarak tedavi başlandı. Bir ay sonraki kontrolünde şikayetlerinde gerileme olup, çekilen grafide sakroileit tablosunda düzelme mevcuttu. Kontrolleri devam eden hastanın 6 aylık tedavi sonunda sakroilak MR da sakroileit görüntüsü saptanmadı. Hastanın ailesinde benzer şikayetlerin varlığı sorgulandığında eşinde ve erkek kardeşinde de semptomların olduğu öğrenildi. Bu kişiler poliklinik kontrolüne çağrıldı. Eşi ve kardeşi de brusella yönüyle değerlendirildi.

3. OLGU 2

İlk olgunun eşi olan 48 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize 2-3 aydır olan halsizlik, gece terlemesi, dizlerde ağrı ve sürekli yorgunluk şikayetiyle başvurdu. Daha önce hasta bu şikayetlerle fizik tedavi polikliniklerine başvurduğunu ve çeşitli ağrı kesici ilaçlar kullandığını belirtti. Fizik muayenede ateş 37.0° C, kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 80/dk olarak alındı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 6600 mm³, sedimentasyon hızı 25 mm/saat, CRP 1 mg/l,

brucella rose bengal testi pozitif, brucella tüp aglutinasyon testi 1/160 pozitif olarak belirlenmiştir. Tedavi öncesi alınan kan kültürlerinde üreme saptanmadı. Hastaya Doksisisiklin 200mg/gün ve rifampisin 600mg/gün olarak ikili tedavi başlandı ve taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde mevcut şikayetlerin gerilediği görüldü, tedavi 6 haftaya tamamlandı yapılan tetkiklerde brucella aglutinasyon testi sonucu negatif alındı ve tedavi kesildi.

4. OLGU 3

Birinci olgunun kardeşi olan 53 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize başvurdu peynir alım satımı yaptığını, taze peynir tüketiminin fazla olduğunu, erkek kardeşi ve ailesine de süt ürünlerini kendisinin temin ettiğini belirtti. 2-3 aydır olan halsizlik ve eklem ağrısı olduğunu özellikle bu ağrıların daha çok diz ve kalça eklemünde olduğunu belirtti. Fizik muayenede ateş 36.6° C, kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 78/dk olarak alındı dalak kot altında 2 cm ele geliyordu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 8800 mm³, sedimantasyon hızı 20 mm/saat, CRP 0.2 mg/l, brucella rose bengal testi pozitif, brucella tüp aglutinasyon testi 1/320 pozitif olarak belirlenmiştir. Tedavi öncesi alınan kan kültürlerinde üreme olmadı, hastaya pelvik grafi ve diz grafi çekildi özellik saptanmadı. Hastaya Doksisisiklin 200mg/gün ve rifampisin 600mg/gün olarak ikili tedavi başlandı ve taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde mevcut şikayetlerin gerilediği görüldü, tedavi 6 haftaya tamamlandı yapılan tetkiklerde brucella aglutinasyon testi sonucu negatif alındı ve tedavi kesildi.

5. TARTIŞMA

Bruselloz kapsülsüz, katalaz ve oksidaz pozitif, gram negatif kokobasilin sebep olduğu hafif belirtilerden ağır klinik tablolara kadar değişebilen akut veya kronik seyreden, belirti ve bulguları spesifik olmayan bir enfeksiyon hastalığıdır (8).

Bilinen altı tip brucella türü olmakla birlikte *Brucella melitensis*; esas olarak koyun ve keçilerde, *B.abortus*: daha çok sığır ve manda, *B.canis*: köpeklerde, *B.ovis*: koyunlarda, *B.suis*: domuzlardan geçişi olan insan için anlamlı patojenlerdir (1). Brusella bakterileri deriden, müköz membranlardan, konjuktivadan, inhalasyon ve gastrointestinal yolla insan vücuduna girmektedir. Hayvanlar ile direkt teması olan meslek grupları ve laboratuvar çalışanlarının yanısıra çoğunlukla çiğ süttten yapılan ürünlerin tüketilmesiyle de bulaş sık olarak görülmektedir (11). Çalışmamızda olgu 1 de sunulan hastanın hayvancılıkla uğraşmadığı fakat fazla taze peynir tüketim öyküsü bulunduğu Olgu 2 de sunulan hasta olgu 1' in eşi olması sebebiyle aynı şekilde fazla miktarda taze peynir tüketimi öyküsü vardı. Olgu 3 de sunulan hastanın ise süt ve süt ürünleri ticaretiyle meşgul olduğu farklı kaynaklardan alım satım yaptığını ve bu ürünleri kendisi ve ailesinin tükettiğini belirtmiştir. Ailesine yapılan kontrolde herhangi bir şikayet ve brucella pozitifliği saptanmamıştır.

Brusella enfeksiyonunun inkübasyon periyodu 1-8 hafta olmakla birlikte; Bakteri 60° de 10 dakikada ölürken, peynirde 2-4 ay, toprak ve suda 10 hafta, tozlarda 6 hafta canlı kalabilmektedir. Isı ve pastörizasyona oldukça duyarlıdır. Ülkemizde çokça tüketilen tulum peyniri ve kaşar peyniri uzun süre bekletilmesi sebebiyle brucella bulaşında etkili değildir. Bunun için peynirlerin %10 tuz içeren salamura (tuzlu su) da en az 45 gün bekletilip tüketilmesi önerilmektedir (10).

Brusella enfeksiyonlarının spesifik ayırt edici belirtileri yoktur, başka hastalıkları taklit edebilir. Bize başvuran olgularda öncesinde 3-4 aylık peryotta farklı tanımlarla pek çok tedavi almıştır. Hastalıkta en sık görülen semptomlar; ateş (%90-95), titreme, terleme (%40-90), halsizlik (%80-95), vücutta yaygın kas ağrıları (%40-70), eklem

ağrıları (%20-40) ve iştahsızlıktır (6). Hastaların büyük çoğunluğu gün içinde şiddetli halsizlik ve tüm vücutta yaygın ağrılardan yakınır bizim hastalarımızda da bu durum mevcuttu. Özellikle büyük eklemde ağrı pozitif olup sakroileit tespit edilmiştir. Brusella intraselüler bir bakteri olduğu için tedavide hücre içi etkili ve sinerjik etkisi olan antibiyotik kombinasyonları tercih edilmelidir. Bruselloz tedavisinde tercih edilen antibiyotikler; tetrasiklin, doksisisiklin, streptomisin, rifampisin, ko-trimaksazol, kinolonlar, seftriakson, kloramfenikol ve makrolidlerdir (7). Tek başına antibiyotik kullanımı relaps ve başarısızlıkla sonuçlanır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafında bruselloz için önerilen tedavi, altı hafta süreyle doksisisiklin 200 mg/gün ve rifampisin 600-900 mg/gün ya da altı hafta tetrasiklin veya doksisisiklin ve üç hafta süreyle streptomisin uygulamasıdır (3). Bizim üç olgumuzda rifampisin + doksisisiklin tedavisine yanıt vermiştir. Olgu 1 de sakroileit tespit edilmiş olup, rifampisin + doksisisiklin tedavisi 6 ay kullanılmış olup kontrol sakroileit MR da sakroileit bulgusu görülmemiştir. Olgu 2 ve 3 de ise rifampisin + doksisisiklin tedavisi 6 hafta süreyle kullanılmıştır. Brusellozda relaps oranları çalışmalara göre değişmekler birlikte ortalama %5-8'dir (9). Bizim olgularımızda tedavi ile tam iyileşme görülmüş ve tedavi bitiminden itibaren altı aylık süre içerisinde relaps izlenmemiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde infeksiyonlar %34-64, kollajenözler %4-23, neoplazmlar %11-26, diğer sebepler %2-16 olarak bildirilmiştir (3). Brusella sık görülen bir enfeksiyon hastalığı olup nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde tedavi başlanmadan önce nonspesifik bulgu ve belirtilerle seyreden hastalık olarak hekimlerimizin aklına gelmelidir. Her bulaşıcı hastalıkda olduğu gibi bruselloz içinde

hayvanlarda aşılama ve koruma yöntemlerinin yaygınlaştırılması önemlidir. Süt ve süt ürünlerinin tüketiminin nasıl yapılacağı konusunda toplumun bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bruselloz vakalarında ayrıntılı anamnez almak, diğer aile bireylerinin index vaka yönünden taranması erken tanı ve tedavi sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. **Christenson, J. C. (2002):** Brucellosis. In: Jenson HB, Baltimore RS (eds). Pediatric Infectious Diseases. (2 nd edition), Philadelphia: WB Saunders Company, p. 379-82.
2. **Çelebi, S., Hacımustafaoğlu, M. (2004):** Brusellozis. Güncel Pediatri, 2 : 39-43
3. **Demiroğlu, Z., Turunç, T., Alışkan, H., Çolakoğlu, Ş., Arslan, H. (2007):** Bruselloz: 151 Olgunun Klinik, Laboratuvar ve Epidemiyolojik Özelliklerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Mikrobiyol Bül 41: 517-27.
4. **Efe, S., Karahocagil, M. K., Dilek, İ., Akdeniz, H. (2007):** Bruselloz Olgularında Yüksek Ferritin Düzeyleri:3 Olgu Sunumu, Van Tıp Dergisi, 14 (3):87-89.
5. **Kader, Ç., Erbay, A. (2014):** Bir Ailede Gelişen Bruelloz Olgularının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Derg,36: 562-566.
6. **Korkmaz, S., Candan, F., Kılıçlı, M. F., Akıcı, M. Z. (2005):** Brusellozlu Olgularda Tanısal Yaklaşım: Olgu Sunumu, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 27 (2): 83 – 87.
7. **Mantur, B. G., Amarnath, S. K., Shinde, R. S. (2007):** Review of Clinical and laboratory features of human brucellosis. Indian Journal of Medical Microbiology 25: 188-202
8. **Orduna, A., Almaraz, P. A., Gutierrez, M. P., Garcia-Pascacual, A., Duenas, A., Cuervo, M., Abad, R., Hernandez, B., Lorenzo, B., Bratos, M. A., Torres, A. R. (2000):** Evaluation of

immunocapture-Agglutination test
(brucellacapt) for serodiagnosis of Human
brucellosis. J Clin Mic. 38:4000-5.

9. **Skalksy, K., Yahav, D., Bishara, J., Pitlik, S., Leibovici, L., Paul, M. (2008):** Treatment of human brucellosis: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 336: 701-4.
10. **Sözen, T. H. (1996):** Bruselloz. Wilkee-Topçu A, Söyletir G, Dođanay M, ed. İnfeksiyon Hastalıklarında. İstanbul:Nobel Kitabevleri 486-491.
11. **Young, E. J. (1998):** Brucellosis. In:Feigin RD, Cherry JD (eds). Textbook of Pediatric Infectious Diseases. (4th edition), Philadelphia: WB Saunders Company, p.1417-23.