

İzole trombositopeni ile prezente olan brusellozis olgusu

A case of brucellosis presenting with isolated thrombocytopenia

Hakan Büyükhatipoğlu¹, Turgay Ulaş¹ Muharrem İnceç², İdris Kırhan¹, Mehmet Demir¹, Mehmet Horoz²

¹ Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

² Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Hakan Büyükhatipoğlu, Harran Üniversitesi Tıp fakültesi, İç Hastalıkları A.D., 63300, Yenişehir, Şanlıurfa.
Tel: 0 532 7169535, E-mail: buyukhatipoglu@gmail.com

Özet

Trombositopeni brusellozisin nadir görülen hematolojik komplikasyonlarından biridir. Bu yazıda, izole trombositopeni ile birlikte seyreden bir brusellozis olgusu sunuldu. 25 yaş bayan hasta trombositopeni nedeniyle ile kliniğimize kabul edildi. Hastaya brusella standart tüp aglutinasyon testi sonucu brusellozis tanısı kondu. Antibiyotik tedavisinin birinci haftasında hastanın klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi. Bu olgu özellikle endemik bölgelerde trombositopeni etyolojisinde brusellozisin akılda bulundurulması açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: brusellozis, trombositopeni

Abstract

Thrombocytopenia is one of the rare hematologic complications of brucellosis. Herein, a case of brucellosis with isolated thrombocytopenia was reported. A 25-year-old female patient was admitted to our clinic with thrombocytopenia. The diagnosis of brucellosis was made by brucella standard tube agglutination test. Patients' clinical symptoms were disappeared and laboratory findings improved at the first week of the antibiotic treatment. This case is of importance in that brucellosis should be kept in mind in the etiology of thrombocytopenia, especially in the endemic areas

Key words: brucellosis, thrombocytopenia

Giriş

Brusella hastalığı özellikle Akdeniz çevresindeki ülkelerde endemik olan, dünyada hayvanlardan insanlara bulaştığı bilinen en yaygın hastalıktır. Ülkemizde yaşadığımız bölgede özellikle Brusella mellitensise bağlı bruselloz olgularıyla sıkça karşılaşmaktadır. Oldukça geniş bir klinik spektruma sahip olan brusella olgularında spesifik olmayan hematolojik anormalliklere rastlanılmaktadır (1). Brusella enfeksiyonları sırasında kemik iliği ve dalak tutulumu sonucunda periferik kan elemanlarında azalma görülmektedir (2). İzole trombositopeni ve bazen trombositopenik purpuraya yol açabilen ciddi trombositopeni vakaları görülebilmektedir (3). Brusella enfeksiyonu sırasında hafif anemi ve lökopeni sık rastlanılan bulgular iken, trombositopeni oldukça nadir görülmektedir (4, 5). Bu makalede brusella enfeksiyonunun tipik semptomu olan ateşin görülmediği, kan kültürünün negatif olduğu fakat izole trombositopenili bir olgu sunulmaktadır.

Olgu sunumu

Yirmi beş yaşında bayan hasta kliniğimize halsizlik, baş ağrısı ve yaygın vücut ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın şikâyetlerinin 3-4 aydır olduğu ve son 1 haftadır bu şikâyetlerinin artmış olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Çiğ süt ve çiğ sütte yapılan ürünlerin tüketimi öyküsü mevcut değildi veya bilinmiyordu. Olgunun fizik muayenesinde genel durumu iyi, vücut sıcaklığı 36,6 C, nabız 76/dk, TA 110/80 mmHg

bulundu. Sistem muayenelerinde patoloji tespit edilmedi. Tam kan sayımında lökosit sayısı 4,800/mm³, Hb:13,7 gr/dl, Hct: %40, trombositler 27,000/mm³ idi. C-reaktif protein 7 mg/dl ve eritrosit sedimentasyon hızının 41 mm/saat olduğu görüldü, diğer serum biyokimyasal analizleri ve idrar tetkiki normal sınırlarda bulundu. Batın ultrasonografisinde patoloji tespit edilmedi. Periferik yaymasında %54 nötrofil, %38 lenfosit, %4 monosit, %3 eozinofil, %1 bazofil, eritrositleri normokrom normositer ve trombosit kümelerinin olmadığı gözlemlendi. Hastada brusella enfeksiyonunun tipik semptomu olan ateş ve diğer bulguları mevcut değildi. Fakat bakılan standart tüp aglutinasyon testi 1:320 titrede pozitif bulundu. Kan kültürü brusella açısından negatif bulundu. Brusellanın atipik seyirli olabileceği, bazı vakalarda ateşin olmayabileceği ve kan kültürlerinde negatif olabileceği bilgisiyle brusella enfeksiyonuna bağlı trombositopeni düşünülerek olguya doksisisiklin 200 mg/gün (p.o.), ve rifampisin 600 mg/gün (p.o.) tedavisi başlandı. Tedavinin birinci haftasında olgunun trombosit sayısının yükseldiği ve genel durumunun daha iyi olduğu gözlemlendi. Hastanın tedavisinin altı haftaya tamamlanması planlandı ve poliklinik kontrolüne gelmesi önerilerek taburcu edildi. Tablo 1'de olgunun tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri gösterilmektedir.

Tartışma

Brusella enfeksiyonları sistemik hastalıklara neden olsalarda, bazı vakalarda spesifik olmayan semptomlarla başlamakta ve birçok başka hastalığı taklit edebilmektedir. Özellikle yaşadığımız bölgede sık karşılaşmamız nedeniyle birçok

hastalığın ayırıcı tanısında brusella enfeksiyonu olabileceği aklımıza gelmektedir. Bizim olgumuzda tespit edilen trombositopeni için, mevcut bulgular nedeniyle malign bir hastalık olabileceği öncelikle düşünülmüştür. Brusella hastalığında görülen hematolojik bozukluklar malign hastalıklarla benzerlik taşımaktadır. Akut bruselloziste hafif anemiye sıkça rastlanılırken bazen lökopeni veya trombositopeni görülebilmekte, trombositopeni oldukça nadir bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Geniş bir seride incelen brusellozisli 223 olguda 128'inde (%55) anemi, 49'unda (%21) lökopeni, 59'unda (%26) trombositopeni tespit edilmiş, sadece 18 olguda (%8) pansitopeni geliştiği gözlenmiştir (5). Brusellozisli olgular için bildirilmiş olan trombositopeni oranları %0,5 ile %26 arasında değişmektedir (6, 7). Trombositopeni; hipersplenizm, reaktif hemofagositoz gibi immün hasarlanmaya bağlanmıştır (5). Brusella enfeksiyonuna bağlı trombositopeninin birden fazla mekanizma sayesinde gelişmesi olasıdır ve hastalığın düzelmesiyle kendiliğinden gerilediği bilinmektedir. Bizim olgumuzda gelişen trombositopeninin antibiyoterapiyle gerilediği gözlenmiştir.

Ateş, brusella enfeksiyonun sık görülen, tipik semptomlarından birisidir fakat ateşin olmadığı brusellozis vakalarında ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda bildirilmiştir (8). Ateş bu çalışmalarda %63 ile %100 arasında değişen oranlarda saptanmıştır.

Bazı olgularda bakılan kan kültürlerinin negatif olabileceği belirtilmiştir. Geniş bir seride brusellozis tanısı konulmuş olan 52 olgu içinde 25'inde (% 48'inde) kan

kültürünün brusella mikrobu için olumsuz bulunmuş, bu olgular klinik bulgularla birlikte serolojik testlerin olumlu bulunması sayesinde tanı alabilmişlerdir (9). Brusellozis tanısı için kan kültürü yüksek oranda özgül (%90) olmakla birlikte, duyarlılığı oldukça düşüktür. Bu nedenle olguların tanısı için klinik bulgularla birlikte serolojik testlerin olumlu bulunması anlamlı kabul edilmektedir (10). Olguların tanısında gecikmemesi bölgemizde brusella enfeksiyonunun sık görülmesi sayesinde gerçekleşmiş, erken tanı konulması sayesinde başlanılan antibiyoterapi brusellozise bağlı oluşabilecek diğer komplikasyonları önlemiştir. Özellikle sık rastlanılmayan semptomlar ile başvuran olgularda brusellozis açısından kuşku uyandırabilecek bulguların öyküde dikkatli sorgulanması gerektiği kanısındayız.

Sonuç olarak brusellozis birden çok organ sistemlerini ilgilendiren, klinik spektrumu oldukça geniş bir hastalıktır, başka hastalıklarla kolayca karışabilir. Bu durum ise artmış mortalite ve morbiditeye yol açacağından oldukça önemlidir. Olgumuzda bir süredir olan kolay yorulma, halsizlik gibi spesifik olmayan bulgular olmasına rağmen yaşadığımız bölgede oldukça sık görülen brusella enfeksiyonu için baktığımız serolojik testler anlamlı bulunarak tanı konulmuştur. Endemik olan bölgelerde brusellozisli olguların erken tanı almaları için her ne kadar başvuru sırasında tipik olmayan bulgular bulunsun da hekimlerin brusella enfeksiyonu olabileceğini daha fazla düşünmeleri ve bu konuda dikkatli olmaları gerektiği kanısındayız. Trombositopenili olguların ayırıcı tanısı için malignansiler ve viral enfeksiyonlarla birlikte nadir bir başvuru nedeni de olsa brusella hastalığı düşünülmelidir.

Tablo 1. Olgunun tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri.

	Tedavinin 1.günü	Tedavinin 7. günü
Beyaz küre (mm ³)	4,800	5,500
Hb (mg/dl)	13,7	14,4
Hematokrit	40	44
Trombosit (mm ³)	27,000	131,000
AST (U/L)	47	20
ALT (U/L)	32	23
ESR (mm/saat)	41	16
Wright Agglutinasyon	+ 1/320 titrede	

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

1) Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, et al. Complications associated with Brucella melitensis infection: A study of 530 cases. Medicine 1996; 75:195-211.
2) Crosby E, Ilosa L, Miro Quesada M, et al. Hematologic changes in brucellosis. J Infect Dis 1984; 150:419-424.
3) Sevinc A, Kutlu NO, Kuku I, et al. Severe epistaxis in brucellosis-induced isolated thrombocytopenia: a report of two cases. Clin Lab Haematol 2000; 22:373-375.

4) Karakukcu M, Papiroglu T, Ozdemir MA, et al. Pancytopenia, a rare hematologic manifestation of brucellosis in children. J Pediatr Hematol Oncol 2004; 26:803-806.
5) Akdeniz H, Irmak H, Seckinli T, et al. Hematological manifestations in brucellosis cases in Turkey. Acta Med Okayama 1998; 52:63-65.
6) Çolak H. Brusellozis: 40 olguda klinik, laboratuvar ve tedavi sonuçları. Mikrobiyoloji bülteni 1987; 21:110-116.
7) Kartal ED, Özgüneş I, Çolak H, ve ark. Altmış sekiz bruselloz olgusunun sistem turulumu açısından değerlendirilmesi. Flora Derg 2004; 9:258-265.

8) Çağatay A, Küçüköğlü S, Berk H, ve ark. Otuzaltı bruselloz olgusunun değerlendirilmesi. Klimik Derg 2002; 15:19-21.
9) Hadjinikolaou L, Tripodiadis F, Zairis M, et al. Successful management of Brucella melitensis endocarditis with combined medical and surgical approach. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2001; 19:806-810.
10) Pappas G, Akritidis N, Bosilkovski M, ve ark. Brucellosis. N Engl J Med 2005; 352:2325-2326.