

Pulmoner brucelloz: Olgu sunumu

Şafak YILDIZ (*), Ahmet ERTUĞRUL (**), Ömer DENİZ (***), Ergun TOZKOPARAN (***), Hayati BİLGİÇ (***)

SUMMARY

Pulmonary brucellosis: Case Report

Brucellosis is a serious, multisystemic zoonotic disease, which is continuing to be endemic in the certain regions of the world. Because the signs and symptoms of the disease are not specific, the disease usually causes delay in the diagnosis and treatment. Every system can be affected in the body, but the musculoskeletal and osteoarticular systems are the most affected. Pulmonary involvement is rare but a serious complication. In this article we report a brucellosis case with the literature data, which was clinically and radiographically presented only with pneumonia. The diagnosis was confirmed by hemoculture and serologic tests.

Key words: brucellosis, hemoculture, pneumonia

ÖZET

Bruselloz dünyanın belli bölgelerinde endemik olmaya devam eden multisistemik ciddi bir zoonotik hastalıktır. Hastalığın bulgu ve belirtilerinin spesifik olmaması nedeni ile genellikle tanı ve tedavide gecikmelere neden olmaktadır. Kas-iskelet ve osteoartiküler sistemler başta olmak üzere vücuttaki birçok yeri etkileyebilir. Pulmoner tutulum ise nadir fakat ciddi bir komplikasyondur. Bu yazımızda klinik ve radyolojik olarak sadece pnömoni ile karşımıza çıkan, hemokültür ve serolojik testler ile bruselloz tanısı konan bir olguyu literatür bilgileri eşliğinde sunuyoruz.

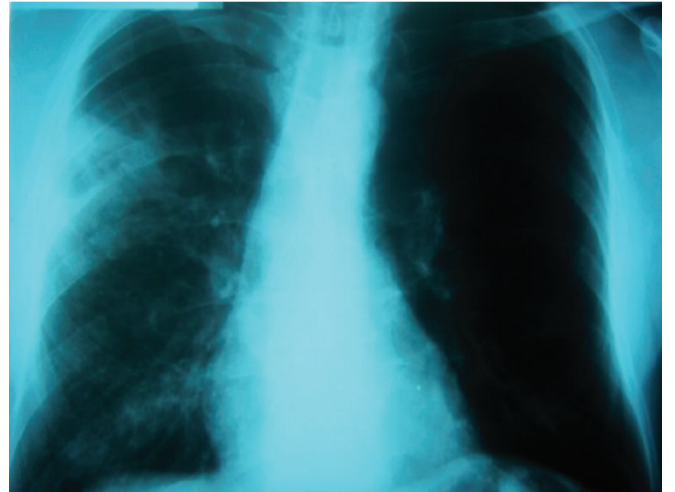
Anahtar Kelimeler: bruselloz, hemokültür, pnömoni

Giriş

Bruselloz gelişmekte olan birçok ülkede ve gelişmiş ülkelere kırsal kesimlerinde halen endemik olan majör bir zoonotik hastalıktır (1,2,3). Multisistemik tutulum yapması çok geniş klinik polimorfizme neden olmakta, bunun sonucunda tanıda ve tedavide gecikmelere ve komplikasyonların artmasına neden olmaktadır. Bulaşma genellikle kontamine süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi, daha az olarak da enfekte hayvanlar ile temas ve inhalasyon yolu ile olmaktadır (4,5). En sık osteoartiküler ve kas-iskelet sistemlerini etkilemesine rağmen kardiovasküler, santral sinir ve genitoüriner sistem tutulumu ile komplike olabilir. Bunların içinde pulmoner tutulum en nadir karşılaşılan komplikasyondur. Yapılan çalışmalarda pulmoner tutulum oranları %1- %5 arasında değişmektedir (6,7). Bu vaka, akciğer infiltrasyonlu hastalarda ayırıcı tanıda nadir olarak görülen pulmoner bruselloz'un da akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Olgu Sunumu

Elli beş yaşında erkek hasta yaklaşık iki aydır devam eden öksürük, balgam, hemoptizi, ateş, terleme ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde; ateş 37°C derece, arteriyel kan basıncı 115/70 mmHg, nabız 115 v/dak, saturasyon %94 olarak tespit edildi ve dinlemekle sağ arka bazalde plevral frotman duyuldu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulgularında beyaz küre (13 bin) ve sedimentasyon yüksekliği (41 mm/s) ile serum albümin (3.2 mgr/dl) ve protein (6.2 mgr/dl) düşüklüğü dışında başka anormallik yoktu. Hastanın eşlik eden başka bir hastalığı yoktu ve bruselloz için risk faktörlerini taşımamaktaydı. PA akciğer grafisinde sağ akciğer orta üst zon bileşiminde, içinde erime odağı olan heterojen periferik infiltrasyon mevcuttu (Resim 1). Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer



Resim 1. Sağ akciğer üst-orta zon bileşiminde, içinde erime odağı bulunan heterojen periferik infiltrasyon.

*Eskişehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği.

**Aksaz Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği.

***GATA Göğüs Hastalıkları ve Tbc AD. .

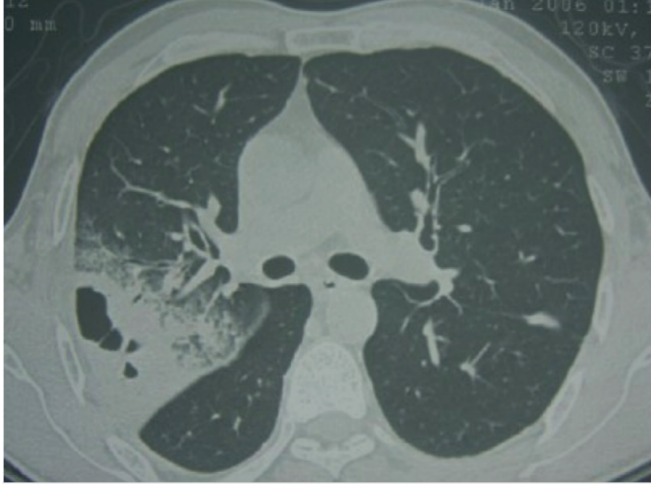
Ayrı Basım İsteği: Şafak Yıldız

Adres: Eskişehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

e-mail: safakmd@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: Nov 26, 2012 • Kabul Tarihi: Jun 07, 2013 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 30 Haziran 2015

orta lob lateral segmenti tamamen kaplayan, kavitasyon içeren konsolidasyon alanı saptandı (Resim 2), ayrıca üst ve alt



Resim 2. Toraks BT'de sağ akciğer orta lob lateral segmenti tamamen kaplayan, kavitasyon içeren konsolide alan.

loblarda dağınık infiltrasyon ve buzlu cam alanları tespit edildi. Yine sağ akciğerde minimal plevral effüzyon izlendi. Yapılan bronkoskopide endobronşiyal lezyona rastlanmadı. Hastanın takiplerinde 39°C dereceye çıkan ateşi oldu. Ampirik olarak başlanan parenteral seftriakson ve oral klaritromisin tedavisine yeterli klinik yanıt alınamayan hastanın gönderilen hemokültüründe *Brusella* spp. üremesi üzerine tedavisi doksisisiklin, rifampisin ile değiştirildi. Bruselloz için gönderilen serolojik testlerin sonuçları Wright aglütinasyonu; 1/200 (0-1/50), Rose Bengal (kan); pozitif ve *Brusella* IgG (ELISA); 53 kU/L (0-30), IgM (ELISA); 33 kU/L (0-20) olarak tespit edildi. Uygulanan tedaviye klinik ve radyolojik yanıt da alınınca tedavinin altı haftaya tamamlanmasına karar verildi. Hastanın gönderilen diğer tetkiklerinde (balgam kültür antibiyogram, balgam ve bronş lavajı ARB, bronş lavajı sitoloji) başka bir enfeksiyon etkeni saptanmadı. Hastaya iki ay sonra çekilen kontrol toraks BT tama yakın normaldi (Resim 3).



Resim 3. Tanıdan 2 ay sonra çekilen toraks BT'de konsolide alan tama yakın kaybolmuş.

Tartışma

Bruselloz ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. 15-35 yaş arası genç yetişkin ve adolesanlar en sık görülen yaş grubudur. Hastalık çoğunlukla akut ve

subakut olarak seyretmektedir. Çok geniş ve nonspesifik bulgu ve belirtilerle seyrettiği için genellikle tanı ve tedavide gecikmelere neden olmaktadır. Ateş, baş ağrısı, artralji, sırt ağrısı, öksürük, terleme, halsizlik ve kilo kaybı hastaların yarısından fazlasında görülmektedir (3,4,8).

Bruselloz multisistemik bir hastalık olduğu için hemen tüm organ ve sistemleri tutabilmektedir. Bunlar arasında kas-iskelet ve osteoartiküler sistemler başta olmak üzere genito-üriner ve retiküloendotelial sistem en sık tutulan bölgelerdir. Kardiyovasküler, nörolojik ve pulmoner tutulumlar daha az görülen ancak ciddi komplikasyonlardır (6,8,9).

Pulmoner tutulum tüm bruselloz komplikasyonları içinde en az tespit edilenidir. Yapılan çalışmalarda insidans ortalama %1-%5 arasında bulunmuştur (2). Literatürde brusellozun pulmoner tutulum şekilleri olarak; pnömonik konsolidasyon ya da yamalı infiltrasyonlar, miliyer ve retikülonodüler dansiteler, plevral effüzyon, interstisyel pnömoniler, granülomlar ve soliter nodüller, ampiyem, hiler ve paratrakeal lenfadenopatiler ve pnömotoraks bildirilmiştir (7,10,11,12).

Brusellozda solunum sistemi tutulumu sistemik hastalığın parçası olarak ortaya çıkabildiği gibi pulmoner tutulum brusellozun tek bulgusu da olabilmektedir (13). Bizim olgumuzda da pnömonik konsolidasyon, yamalı infiltrasyon ve minimal plevral effüzyon brusellozun tek bulgusuydu. Hastanın solunum sistemi dışında şikayeti yoktu ve diğer sistem muayeneleri normaldi.

Bruselloz başlangıçta üst solunum yolu belirtileri ile görülebilir. Ancak bu durum uzun sürmez ve paroksizmal olmazsa gerçek solunum sistemi tutulumu olarak değerlendirilmemektedir (2,7). Diğer yandan brusellozda solunum sistemi semptomları olan her hastada pulmoner tutulum tespit edilmemektedir. Hapitoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 110 bruselloz hastasının 23'ünde (%20.9) solunum sistemi semptomları saptanmıştır, bunların da sadece 5'inde (%4.5) radyolojik bulgular tespit edilebilmiştir (7). Lulu ve arkadaşlarının yaptığı ve prospektif olarak 400 bruselloz olgusunun araştırıldığı çalışmada ise hastaların % 17'sinde öksürük şikayeti varken, ancak %1 olguda pulmoner bruselloz tespit edilmiştir (14).

Pulmoner tutulum olan olgularda öksürük, balgam, göğüs ağrısı, nefes darlığı, ateş gibi solunum sistemi semptomları çoğu zaman olmaktadır (2,7). Bizim olgumuzda nefes darlığı dışında tüm belirtiler mevcuttu, ayrıca ek olarak hemoptizi şikayeti de vardı. Bruselloz genelde genç erişkin ve adolesanlarda görülmesine rağmen Pappas ve arkadaşlarının yaptığı ve 450 bruselloz hastasının incelendiği bir çalışmada pulmoner bruselloz saptanan erkek (29-74) ve kadın (16-85) hastaların ortalama yaşı 53 olarak bulunmuştur. Erkek hastaların yaşları genel bruselloz olgularında biraz yüksek iken, kadın hastalarda ise fark bulunamamıştır (2). Bizim olgumuzun da yaşı bu çalışmaya paralel olarak 55 olarak tespit edildi.

Pulmoner bruselloz hastalığın az görülen ciddi bir formu olmasına rağmen standart tedaviye çok iyi yanıt vermektedir (2,7,12). Olgumuzda bruselloz tedavisi başlandıktan kısa süre sonra hastanın kliniği düzeldi ve radyolojik olarak iyileşme saptandı. İki ay sonra çekilen kontrol toraks BT tama yakın normaldi.

Sonuç olarak; pulmoner bruselloz nadir görülen bir bruselloz komplikasyonu olmasına rağmen, Türkiye gibi hastalığın endemik olduğu bölgelerde solunum sistemi bulgu ve belirtileri olan hastalarda mutlaka akılda tutulmalıdır. Hızlı yapılan tanı ve tedavi hastaya sağladığı fayda yanında, tüberküloz ve malignite başta olmak üzere diğer birçok hastalık ile ayırıcı tanı yapılmasına ve gereksiz invazif işlemlere engel olacaktır.

Kaynaklar

1. Corbel MJ. Brucellosis: an overview. *Emerg Infect Dis* 1997; 3: 213-221.

2. Pappas G, Bosilkovski M, Akritidis N, Mastora M, Krteva L, Tsianos E. Brucellosis and the respiratory system. *CID* 2003; 37: 95-99.
3. Aypak C, Altunsoy A, Çelik A. K. Epidemiological and clinical aspects of human brucellosis in eastern Anatolia. *J Nippon Med Sch* 2012; 79: 343-348
4. Kokoglu O. F, Hosoglu S, Geyik M. F et al. Clinical and laboratory features of brucellosis in two university hospitals in southeast Turkey. *Tropt Doct* 2006; 36: 49-51.
5. Theegarten D, Albrecht S, Tötsch M, Teschler H, Neubauer H, Dahouk S. A. Brucellosis of the lung: case report and review of the literature. *Virchows Arch* 2008; 452: 97-101.
6. Colmenero JD, Requera JM, Martos F et al. Complications associated with *Brucella melitensis* infection: a study of 530 cases. *Medicine (Baltimore)* 1996; 75: 195-211.
7. Hatipoglu C. A, Bilgin G, Tulek N, Kosar U. Pulmonary involvement in brucellosis. *J Infect* 2005; 51: 116-119.
8. Mantur BG, Amarnath SK, Shinde RS. Review of clinical and laboratory features of human brucellosis. *Indian J Med Microbiol* 2007; 25: 188-202.
9. Namiduru M, Gungor K, Dikensoy O et al. Epidemiological, clinical and laboratory features of brucellosis: a prospective evaluation of 120 adult patients. *Int J Clin Pract* 2003; 57: 20-24.
10. Gattas N, Loberant N, Rimón D. Miliary and reticulonodular pulmonary brucellosis. *Harefuah* 1998; 135: 357-359.
11. Zengi A, Elmas F, Tasbakan M, Basoglu O. K, Ozhan M. H. Exudative pleural effusion due to brucellosis in a patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Tropt Doc* 2006; 36: 253-254.
12. Lubani MM, Lulu AR, Araj GF, Khateeb MI, Qurtom MA, Dudin KI. Pulmonary brucellosis. *Q J Med* 1989; 71: 319-324.
13. Abu-Ekteish F, Kakish K. Pneumonia as the sole presentation of brucellosis. *Respir Med* 2001; 95: 766-767.
14. Lulu AR, Araj GF, Khateeb MI, Mustafa MY, Yusuf AR, Fenech FF. Human brucellosis in Kuwait: A prospective study of 400 cases. *Q J Med* 1988; 66: 39-54.