

Oküloglandüler Tularemi: Nadir Bir Olgu Sunumu

Oculoglandular Tularemia: A Rare Case Report

*Dr. Zeynep KIZILKAYA KAPTAN, *Dr. Hatice EMİR, *Dr. Hakkı UZUNKULAOĞLU,
*Dr. Kürşat CEYLAN, **Dr. Cemal BULUT

* Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. KBB Kliniği,
** Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

ÖZET

Tularemi, Francisella tularensisin neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Ülseroglandüler, glandüler, oküloglandüler, orofaringeal, intestinal, pnömonik ve tifoidal formlarda hastalık tablolarına neden olabilir. Bu yazıda kliniğimize sol preseptal selülit tanısıyla başvuran bir hastayı değerlendirdik. Tedaviye rağmen şikayetleri devam ettiğinden ve bir hafta sonra sol parotis, submandibuler ve servikal bölgede ağrısız lenfadenopatiler geliştiğinden yapılan immunofloresan yöntemiyle tularemi tanısı kondu.

Anahtar Sözcükler

Tularemi, tükrük bezleri, lenfatik tutulum

ABSTRACT

Tularemia is a zoonotic disease which Francisella tularensis, takes role in the etiopathogenesis. Tularemia disease can be seen in ulceroglandular, glandular, oculoglandular, oropharyngeal, intestinal pneumonic and typhoidal forms. In this report, we evaluated a case who appealed to our clinic with the diagnosis of left preseptal cellulitis. As her complaints kept going and painless lymphadenopathies occurred at the left parotis, submandibular and cervical region after medication in a weeks time, tularemia was diagnosed with the method of immunofluorescence.

Keywords

Tularemia, salivary glands, lymphatic diseases

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **06.02.2008**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **16.04.2008**

≈

Yazışma Adresi

Dr. Zeynep KIZILKAYA KAPTAN
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. KBB Kliniği, Mamak, Ankara
E-posta: kizilkaya73@gmail.com

GİRİŞ

Tularemi, *Francisella tularensis*'in neden olduğu bakteriyel, zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. *Francisella tularensis* ilk kez 1912 yılında California'nın Tulara bölgesinde bir salgın sırasında McCoy ve Chapin tarafından izole edilmiş ve *Bacterium tularensis* olarak adlandırılmıştır.^{1,2} Bu hastalığı insanlarda ilk tanımlayan ve bunlarla ilgili çalışmalar yapan Edward Francis'dir. Bu nedenle 1947 yılında ismi *Francisella tularensis* olarak değiştirilmiştir.³

Francisella tularensis küçük, hareketsiz, aerobik, kapsülsüz, sporsuz, gram negatif bir kokobasildir.⁴ Etken enfekte hayvanlarla doğrudan temas, enfekte tozların inhalasyonu, kontamine su ve yiyecekler veya sivrisinek ve kene gibi vektörler aracılığı ile insanlara bulaşır.⁵ Hastalığın inkübasyon süresi 1 ile 21 gün arasında değişmekle birlikte ortalama 3-5 gündür.³

Francisella tularensis ülseroglandüler (bölgesel lenfadenopati ve kütanöz ülser), glandüler (ülseriz bölgesel lenfadenopati), oküloglandüler (preauriküler lenfadenopati ve konjunktivit), orofaringeal (stomatit, farenjit veya tonsillit ile servikal lenfadenopati), intestinal (karın ağrısı, kusma ve ishal), pnömonik (primer plöropulmoner hastalık) ve tifoidal (erken lokalize belirti ve bulgu olmaksızın ateşli hastalık) formlarda hastalık tablolarına neden olabilir.⁶

Bu olgu sunumunda oküloglandüler forma uyan bir tularemi hastası sunulmuştur.

OLGU

Yirmi beş yaşında bayan hasta Kasım 2007 tarihinde kliniğimize sol göz etrafında şişlik, kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Olgunun hikayesinde, 15 gün önce ateş yüksekliği ve boğaz ağrısı ile eş zamanlı sol göz etrafında şişlik şikayeti ile başka bir merkeze başvuran hastaya burada antibiyotik tedavisi verilmiş. Hasta tedaviyi kullandığı halde sol göz etrafında şişliğin artması üzerine kliniğimize başvurmuş. Yapılan fizik muayenesinde sol periorbital bölgede ödem ve hiperemi dışında başka bir patolojiye rastlanılmadı ve preseptal selülit ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Yapılan göz hastalıkları konsültasyonu sonucunda orbital bilgisayarlı tomografi (BT) çekildiğinde, sol preseptal selülit tanısı konularak antibiyotikli göz pomadı ve damla verildi. Çekilen paranasal BT'de herhangi bir patolojik bulgu mevcut de-

ğildi. Sistemik antibiyotik olarak sulbaktam-ampisilin (SAM) 4x1 gr ve metranidazol 2x500 mg başlandı. Tedaviye rağmen sol periorbital bölgede ödem ve hiperemide azalma olmadı. Yatışından 1 hafta sonra sol parotis, sol submandibuler ve sol servikal bölgede ağrısız lenf nodlarında büyüme, ödem, hiperemi gelişti (Resim 1).

Yapılan boyun ultrasonografisinde sol parotis glandinde en büyüğü 22x19 mm boyutlarında kalın cidarlı, içerisinde yoğun internal ekoları olan düzensiz konturlu nekroze lenfadenopati ile uyumlu kitle lezyonu, submental bölgede solda 10x6 mm boyutlarında lenf nodu, yine sol servikal zincirde en büyüğü 15x6mm boyutlarında olan çok sayıda lenf nodu izlendi. Yapılan boyun BT'de apse formasyonunu düşündüren, sol masseter kası, parotis bezi ve SCM kası ile yer yer sınırları net seçilemeyen, içerisinde büyüklüğü yaklaşık 1,5 cm boyutlarında periferik opaklaşmalı kistik alanların gözleendiği geniş boyutlarda lezyon ve submandibuler, servikal ve juguler zincirde multiple lenf nodları izlenmiştir (Resim 2).



Resim 1. Sol periorbital bölgede ödem ve hiperemi, sol parotis, sol submandibuler ve sol servikal bölgede ödem ve hiperemi.

Lenfadenopatilerden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu süpüratif lenfadenit geldi, daha sonra eksizyonel biyopsi ile birlikte apse drenajı yapıldı. Eksizyonel biyopsinin sonucu da kronik granülomatöz iltihabi olay geldi. Olgunun laboratuvar bulguları ise lökosit sayısı 8600/mm³, hemoglobin 11.0g/dk, hematokrit 30.7, trombosit sayısı 354000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 56mm/saat, C reaktif protein 1.72 (normali 0-0,8 mg/dk) idi.

Olgunun tetkikleri devam ederken, yaşadığı köyünde aynı su deposunu kullanan birçok kişide daha benzer şikayetlerin başladığı öğrenildi. Francisella tularensis mikroaglutinasyon testinin sonucu da tularemi pozitif olarak saptandı. Bunun üzerine hastaya doksisiklin 2x100mg verilerek tedavinin 10. gününde sol periorbital bölgedeki, sol parotis bölgesindeki ödem ve hiperemi azaldı ve lenfadenopatiler giderek küçülmeye başladı.

TARTIŞMA

Francisella tularensis vücuda giriş yoluna bağlı olarak farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. Türki-

ye’de daha çok orofaringeal formda tularemi bildirilmiştir.⁷ Orofaringeal formda ateş, boğaz ağrısı ile başlar ve haftalar içinde servikal lenfadenopati bu tabloya eşlik eder. Ülkemizde tüberküloz endemik olduğundan bu olgular süpüratif lenfadenitin tabloya eklendiği dönemlerde genellikle tüberküloz lenfadenit olarak tanı almaktadır.⁸ Bir epidemisi sırasında ateş, büyümüş lenf nodu ve deride ısırık şeklinde tipik klinik özelliklere dayanarak tanı koymak kolaydır.⁹

Bizim sunduğumuz olguda da yaşadığı yerin endemik olmaması, ancak yaşadığı köyde birçok kişide benzer şikayetlerin olması ve fizik muayenede sol alt göz kapağında ülsere lezyon saptanması ve multipl lenfadenopatilerin gelişmesi nedeniyle oküloglandüler tularemi olarak kabul edildi.

Tulareminin tanısı genellikle serolojik testler ile konulur.⁹ Bunların arasında tüp aglutinasyon, mikroaglutinasyon, hemaglutinasyon ve ELİSA testleri sayılabilir. Tulareminin kesin tanısı ise etkenin lenf nodunda, yara, balgam, kan, plevral sıvı ve gastrik içeriğinden izole edilmesi ile konur.^{5,9} Ancak mikroorganizmanın virülansının yüksek olması ve bundan dolayı gerekli güvenlik önlemlerinin alınmadığı koşullarda kültür önerilmemektedir.¹⁰

Tularemi’nin tedavisinde ilk seçilecek antibiyotik streptomisin ve gentamisinidir.⁸ Doksisiklin de diğer tercih edilen bir antibiyotiktir.^{5,11}

Erken dönemde uygun tedavi başlanan hastalarda lenf nodunda küçülme olmaktadır.¹¹ Ancak ilk 2-3 hafta tedavi başlanmayan tularemi olgularının lenf nodlarında süpürasyon ve apse geliştiği gözlenmiştir.^{12,13} Bizim olgumuzda da parotis ve submandibuler bölgedeki lenf nodlarında süpürasyon olmuştur. Tedavi sonunda apseleler kaybolmuş ve lenfadenitler küçülmüştür.

Sonuç olarak periorbital bölgede ödem ve hiperemiyle başlayan, antibiyotik tedavisine cevap vermeyen, giderek yaygınlaşan ağrısız ve süpürasyon gösteren lenfadenopatilerin bulunduğu vakalarda; çevrede benzer hastalar mevcutsa ve olası bir kaynak da tespit edilebiliyorsa tularemi akla gelmelidir.



Resim 2. Oküloglandüler tularemili vakanın boyun bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

KAYNAKLAR

1. Nano FE. Francisella. In: Collier L, Balows A, Susman M (eds), *Microbiology and Microbial Infections*. 9th ed. New York: Oxford University Pre Inc; 1998. p.1347-50.
2. Tarnvik A, Berglund L. Tularemia. *Eur Respir J* 2003; 21: 361-73.
3. Gürcan Ş. Francisella tularensis ve Türkiye’de tularemi. *Mikrobiyoloji Bülteni* 2007; 41: 621-36.
4. Gedikoğlu S. Pasteurella, Francisella, Bordetella. In: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, eds. *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002. s.1658-67.
5. Feldman KA. Zoonozis update, tularemia. *JAVMA* 2003; 222: 725-30.
6. CDC. Case Definitions for Infectious Conditions Under Public Health Surveillance. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 1997;46:1-55. (<http://www.cdc.gov/mmwr/>)
7. Gürcan Ş, Oktun MT, Oktun M, et al. An outbreak of tularemia in Western Black Sea region of Turkey. *Yonsei Med J* 2004; 45:17-22.
8. Gürcan Ş, Uzun C, Karagöl A, et al. The first tularemia case in Thrace Region of Turkey in the last 60 years. *Turk J Med Sci* 2006;36:127-8.
9. Cross JT, Penn RL. Francisella tularensis (Tularemia). In: Mandell GL, Bennett GE, Dolin R, eds. *Principle and Practice of Infectious Diseases*, 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. p. 2393-2402.
10. Haristoy X, Lozniewski A, Tram C, Siemon D, Bevanger L, Lion C: Francisella tularensis bacteremia. *J Clin Microbiol* 2003;41:2774-76.
11. Tarnvik A, Berglund L. Tularemia. *Eur Respir J* 2003;21:361-73.
12. Helvacı S, Gedikoğlu S, Akalın H, Oral HB. Tularemia in Bursa, Turkey: 205 cases in ten years. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:271-6.
13. Erbay A, Dokuzoğuz B, Baykam N, Güvener E, Diker S, Yıldırım T: Ankara yöresinde tularemi. *İnfeksi Derg* 2000; 14:453-8.

boş sayfa