

Boyunda ünilateral kitle: Tularemi Unilateral cervical mass: Tularemia

Uludağ Altun H Tetik H

Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Polatlı, Ankara, Türkiye

Özet

Tularemi, zorunlu aerob, hücre içi, gram-negatif kokobasil olan *Francisella tularensis*'in neden olduğu zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalar, ateş, boğaz ağrısı, konjunktivit ve servikal kitle şikayeti ile gelebilmektedir. Etkenin nazlı ve yavaş üreyen bir bakteri olması nedeniyle rutin klinik laboratuvarlarda izolasyonu ve tanımlanması zor ve zaman alıcıdır. Kültürün yapılması laboratuvar personeline bulaşın yüksek olması nedeniyle güçtür. Tanıda mikroagglütinasyon ve ELİSA gibi serolojik testler kullanılmaktadır. Hastalık ülseroglandüler, glandüler, oküloglandüler, orofarengeal, pnömonik ve tifoidal formlar olmak üzere altı tipte karşımıza çıkabilmektedir. Ateş, boğaz ağrısı, servikal kitlesi olan ve özellikle beta-laktam grubu antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen ve tulareminin endemik olduğu bölgeden gelen olgularda bu hastalık akla gelmelidir. Bu yazıda, hastanemize boyunda kitle şikayeti ile başvuran, ülseroglandüler ve glandüler tutulumu olan, serolojik testlerinin olumlu saptanması nedeni ile tularemi tanısı konulan iki olgu ve klinik özellikleri sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Tularemi, boyunda ünilateral kitle.

Summary

Tularemia is a zoonotic disease caused by Francisella tularensis, a facultative, intracellular, gram-negative cocobacilli. Tularemia should come to mind in patients with fever, sore throat, conjunctivitis and cervical mass. Since the infectious agent is a fastidious and slow growing organism, it is difficult and time-consuming to isolate and identify bacteria in routine clinical laboratories. Because of its high contagious property for laboratory personel, its culture is difficult to handle. The diagnosis of tularemia is mainly based on the serological assays such as microagglutination or ELISA. The disease can be presented in six classic types: Ulceroglandular, glandular, oculoglandular, oropharyngeal, pneumonic and typhoidal. It should be taken into consideration in the case of patients with fever, sore throat and cervical masses which are especially unresponsive to beta-lactam antibiotic therapy and which come from an endemic area of tularemia. In this report, two cases of tularemia of patients admitted to the hospital with a cervical mass with ulceroglandular and glandular involvement, diagnosed by serological tests are presented.

Key Words: Tularemia, unilateral cervical mass.

Giriş

Tularemi, kuzey yarımkürede görülen ve gram negatif, fakültatif, intraselüler bir basil olan *F.tularensis*'in neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Bu bakterinin *F.tularensis nearctica* (tip A) ve *F.tularensis holarctica* (tip B) olmak üzere iki alt tipi mevcuttur. Dünyada farklı coğrafik bölgelerde görülebilen tulareminin bulaşı deri, mukoz ve inhalasyon yoluyla olabilmektedir. Klinik olarak ülseroglandüler en sık olmak üzere glandüler, oküloglandüler, orofarengeal, pnömonik ve tifoidal formlarda karşımıza çıkabilmektedir (1-3).

Tularemi ülkemizde 2004 yılından itibaren C Grubu yani bildirimi zorunlu olan hastalıklar içinde yer almaktadır (2). Bu yazıda hastanemizde Ekim 2010 tarihinde karşılaşılan iki olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

1. Olgu: Mevsimlik tarım işçisi olarak çalışan, 23 yaşında kadın hasta, halsizlik, ateş, boyunda şişlik ve ağrı yakınması ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Beta-laktam grubu antibiyotik tedavisi ile şişliğinin geçmemesi üzerine intaniye polikliniğine yönlendirildi. Anamnezinde su kaynağı olarak bir pınarın kullanıldığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ateşi 38°C, boyun 2a bölgesinde ünilateral şişlik tespit edildi. Hemogramında beyaz küre (13.700/mm³) ve eritrosit sedimentasyon değerinde (32mm/h) artış tespit edilen

Yazışma Adresi: Hatice ULUDAĞ ALTUN

Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Polatlı, Ankara, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 06.04.2011 Kabul Tarihi: 11.05.2011

hastadan alınan kan örneği, tularemiden şüphelenilmesi üzerine mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Serumu oluşturulan örnek mikroaglutinasyon testi için Refik Saydam Hıfzıssıhha Ankara merkez laboratuvarına gönderildi. 1/160 olarak bildirilen test sonucunun pozitif kabul edilmesi üzerine hastaya streptomisin 2x1gr im, doksisisiklin 2x100 mg po başlanarak 10 günlük tedavi verildi. Tedavi sonrası hastanın şikayetleri geriledi ve servikal kitlesi kayboldu.

2. *Olgu*: Eskişehir'in bir köyünden boyunda ağrı ve ateş şikayeti ile hastanemiz acil servisine gelen 50 yaşındaki erkek hasta, yumuşak doku bozukluğu tanısı ile Dermatoloji polikliniğine yönlendirildi. Beta-laktam grubu antibiyotik tedavisi başlanan hasta şikayetinin geçmemesi üzerine Genel Cerrahi polikliniğine gönderildi. Hemogramında beyaz küresi normal ve eritrosit sedimentasyon değerinde ise artış tespit edilen hastanın yapılan muayenesinde orofarenksi normal, ateşi 38.2°C, olup boyunda kızarıklık, ısı artışı, şişlik ve boyun 2a bölgesinde fluktuasyon veren kitlesi mevcuttu. Lenf nodu süpürasyonu tanısıyla drenajı yapıldı. Alınan numune kültür ve direk mikroskopik inceleme amaçlı mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Hasta intaniye servisine yönlendirildi. Tularemiden şüphelenilen hastanın serumu mikroaglutinasyon testi için Refik Saydam Hıfzıssıhha Ankara merkez laboratuvarına gönderildi. Kanlı ve eosin metilen mavili (EMB) agarda üremesi olmayan hastanın çukulata agarda 3. gün zayıf üremesi oldu. Serolojik test sonucu 1/1280 titrede pozitif gelmesi üzerine bu süreçte daha ileri tanımlama işlemleri yapılmadı. Hastaya streptomisin 2x1gr im, doksisisiklin 2x100 mg po bir aylık tedavi verildi. Tedavi sonrası hastanın şikayetleri ve servikal kitlesi düzeldi.

Tartışma

Servikal kitle varlığında enfeksiyonlar, lenfoma, baş ve boyun bölgesi malignitelerine bağlı metastazlar akla gelebilecek ilk tanı seçenekleridir. Enfeksiyon etkenleri arasında ise başta A grubu beta-hemolitik streptokokların oluşturduğu tonsillofarenjit olmak üzere adenoviral enfeksiyonlar, enfeksiyöz mononükleoz,

sitomegalovirus (CMV) enfeksiyonu, tüberküloz, difteri, tularemi, odontojenik enfeksiyonlar v.b göz önünde bulundurulmalıdır (2, 4). Literatürde tularemi vakaları bilateral ve unilateral kitle şeklinde görülebilmektedir (1, 5). Bizim her iki olgumuzda da boyunda tek taraflı kitle mevcuttu. Tulareminin tanısında kültür altın standart olarak kabul edilmektedir. *Francisella tularensis*, koyun kanlı ve EMB agarda üremeyen, ancak zenginleştirilmiş, sistinli veya sisteinli besiyerlerinde, 35°C'de 2-5 günde üreyebilen bir bakteridir. Bakterinin üremesinin yavaş ve bulaşma riskinin yüksek olması nedeniyle pratikte, kültürün uygulanması zordur (6-8). Canlı bakteriyle çalışılması durumunda Biyogüvenlik Düzey III Emniyet kabini kullanımı gereklidir (4). Ayrıca çevresel örneklerdeki kontaminan bakteriler nedeniyle kültürde başarı oranı düşüktür. Tularemi tanısında en sık kullanılan serolojik yöntemler: mikroaglutinasyon, tüp aglutinasyonu, lateks aglutinasyonu ve ELISA'dır. Mikroaglutinasyon yöntemi $\geq 1/160$ tanı koydurucudur. Tedavide streptomisin ile kombine doksisisiklin kullanılabilir. Tularemili hastalardaki en yaygın komplikasyonlardan biri lenf nodlarının süpürasyonudur. Hastaların tedavisi gecikirse süpürasyon gelişebilmektedir. Kitlede fluktuasyon tespit edilen olgularda iğne ile ya da cerrahi olarak lenf bezleri drene edilmelidir (2, 5, 8). İkinci olgumuzda bununla uyumlu olarak lenf nodu süpürasyonu gelişmiş ve drene edilmiştir. Tedavisi bu komplikasyon nedeniyle uzun süre devam etmiştir. Ülkemizden bildirilen tularemi olguları sonbahar ve kış aylarında görülmektedir. Epidemiyolojik olarak bakıldığında ise genellikle denetimi yapılmayan, klorlanmamış, kontamine olan su kaynaklarından bulaş söz konusudur (2,5). İlk olgumuzda da kirli su kaynağı kullanımı mevcuttu.

Sonuç

Ülkemizde endemik görüldüğü bölgeler başta olmak üzere boyunda kitle yakınmasıyla gelen ve beta-laktam grubu antibiyotik tedavisi ile gerilemeyen durumlarda tularemiden şüphelenilmesi gerekir.

Kaynaklar

1. Atmaca S, Leblebicioğlu H, Ünal R, ve ark. Samsun ve çevresinde görülen tularemi olguları. KBB Forum 2005;4(4):171-2.
2. Willke A. Tularemi. ANKEM Derg 2006;20(Ek 2):222-6.
3. Gill V, Cunha B. Tularemia pneumonia. Semin Respir Infect 1997;12(1):61-7.
4. Penn RL. Francisella tularensis (Tularemia). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005:2674-85.
5. Helvacı S, Gedikoğlu S, Akalın H, Oral B. Tularemia in Bursa, Turkey: 205 cases in ten years. European J Epidemiol 2000;16(3):271-6.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tularemia-Missouri, 2000-2007. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009;58(27):744-8.
7. Evans ME, Gregory DW, Schaffer W, McGee ZA: Tularemia: A 30-year experience with 88 cases. Medicine (Baltimore) 1985; 64(4):251-9.
8. Cross JT, Jacobs F. Tularemia: Treatment failures with outpatient use of ceftriaxone. Clin Infect Dis 1993;17(6):976-80.