

Bir Olgu Dolayısıyla Rickettsiosis

**Dr. Nurhan Ünlü CANEROĞLU (1), Dr. Hale KIZDANOĞLU (2), Dr. Cengiz KONUKSAL (3),
Dr. Naim KESKİN (4)**

ÖZET

Ateş ve döküntülü hastalıkların ayırıcı tanısında Rickettsiosis.

Bu olgu sonunda makulopapüler döküntü ve ateş nedeniyle başvuran bir hastanın tanı ve tedavisi yönünden değerlendirilmesi yapılmıştır. Rickettsial hastalıklar kendini ateş ve döküntü ile gösteren enfeksiyon hastalıklarının ayırıcı tanısında gözönünde bulundurulmalıdır. Dikkatli bir fizik muayene özel laboratuvar testlerinin gerekliliğinin yanında hastadan alınan detaylı bir anamnezin tanı koymada önemi açıktır.

Anahtar Kelime: Riketsiyoz

SUMMARY

Rickettsiosis in differential diagnosis of diseases with fever and rash.

In this report, a case with fever of unknown origin which devoleped maculopapular rash is presented. Rickettsial diseases presenting itself with fever and rash. Although a careful physical examination and spesific laboratory tests should be done also a detailed history should be taken for the evaluation.

Key Words: Rickettsiosis, a case.

GİRİŞ

Rickettsia'lar Rickettsiaceae ailesinden, gram negatif boyanan, küçük ve zorunlu hücre içi parazitleridirler. Endotelial hücrelerin ve kapiller, arterioller ve küçük arterlerin düz kas hücrelerinin sitoplazmasında çoğalarak nekrotizan vaskülitte neden olurlar (1,3). Pire, bit, kene, akar gibi eklem bacaklılar aracılığıyla insanlara bulaşarak tifüs veya benekli ateş grubu hastalıklara yol açarlar. Birdenbire ortaya çıkarak bir veya birkaç hafta süren ateş yükselmesi, baş ağrısı, halsizlik, kas ağrısı ve hemen tüm olgularda da karakteristik bir döküntüyle seyrederek (1-7). Multisistem tutulumu ile fatal seyir izleyebilen tipleri vardır (1). Lekeli ateş grubu, tifüs grubu, Q humması ve siper ateşi olmak üzere dört grupta incelenirler (1,4-7). Tanı genellikle klinik olarak konulur ve seroloji ile doğrulanır (1,3). Rickettsiaya bağlı gelişen antikorlar, proteus bakterisinin değişik suşları ile

reaksiyon verir ve bu çapraz reaksiyon weil-felix testi olarak adlandırılır. Farklı rickettsiozlarda farklı suşlar kullanılır. Weil-felix sensitif ve spesifik bir test değildir, ancak tüm önemli rickettsial enfeksiyonlarda spesifik serolojinin yerini almıştır (1). Tedavide Doxycyline 100 mg 2x1 veya Tetracycline 500 mg 4x1 kullanılır. Çocuklarda ve hamilelerde 50 mg/kg dozu ile Chloramphenicol verilebilir (1,3).

OLGU SUNUMU

62 yaşında bayan hasta, 2 hafta önce başlayan yüksek ateş, şiddetli baş ağrısı, eklem ve kas ağrısı, halsizlik, öksürük, bulantı ve kusma yakınması ile başvurduğu bir hastanede sebebi bilinmeyen ateş ön tanısı ile yatırılıp izlenmiş. Yapılan tedaviye rağmen düzelme olmayınca sevkle geldiği acil polikliniğimizden tetkik ve tedavi amacıyla servise yatırıldı.

Hastamızın fizik muayenesinde genel bir bitkinlik, dalgınlık hali vardır. Ateş 39,5 derece bulundu, nabız sayısı 110/dk, TA : 140/90 mmHg idi. Solunum sesleri sağ akciğer alt zonda kaba bulundu ve sola göre azalmıştı. Sol gözünde sulanma ve kızarıklık dikkat çekiciydi. Ayak bileklerinde 1 "+" ödem ve ayak tabanında pembe renkte, kaşıntılı, maküler döküntü gözlemlendi.

*SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği (1)
Uzmanı, (2) Asistanı, (4) Şefi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği (3)
Uzmanı*

Yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 52 mm/saat, lökosit 15700/mm³, eritrosit 346x10000/mm³, Hb 10.6 gr/dl, 5-6 epitel ve yaygın amorf urat kristali görüldü, bilirubin, protein, keton, ürobilinojen saptanmadı. Kan biyokimyasında ise Glukoz 83 mgr/dl, üre 79 mg/dl, kreatinin 1.1 mg/dl, AST 142 U/L, ALT 71 U/L, LDH 1071 U/L, CPK 381 U/L, ALP 626 U/L, T.Bil. 0.90 mg/dl, T.Protein 7 mg/dl, Alb 3 gr/dl bulundu. Ateşli dönemde kan, idrar, boğaz, balgam kültürleri alındı ve periferik yayma yapıldı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda nonhomogen konsolidasyon saptanarak pnömoni düşünüldü. Tam idrar tetkikindeki kristalüri ve piyüri nedeni ile batın ultrasonografisi ile böbrekler değerlendirildi ve pelvikalisial ektazi görüldü. Hastaya pnömoni tanısı ile Ticarcilin 3.2 gr flokon 4x1 başlandı. Kültürlerde üreme olmadı ve periferik yaymada hafif anemi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Ateşi düşmeyen hastada yatışından 2 gün sonra ayak tabanındaki döküntüler tüm vücuda yayıldı. Pembe-kırmızı renkte, makülopapüler nitelikte kaşıntılı döküntü özellikle ön kollarda belirgindi. Döküntüler nedeni ile hastada öncelikle kızamık, kızamıkçık gibi viral döküntülü hastalıklar düşünüldü. Kızamıktan hastalık döküntülerinin yüzden başlaması ve döküntülerin birleşmesi nedeni ile, kızamıkçıktan ise kulak arkası lenfadenopati saptanmaması ve hastanın toksik tablosunun uymaması nedeni ile uzaklaşıldı. Menigokoksemi olabileceği düşünüldü. Ancak döküntüler peteşiyel nitelikte değildi. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile Gruber Widal ve Weil-Felix testleri istendi. Göz konsültasyonu sonucu konjonktivite için tedavi başlandı. Hastanın yaz mevsiminde böyle bir tablo ile gelmesi, nehir kıyısında oturup köpek beslemesi öyküsü ve döküntüyle seyreden ateşli tablosu rickettsioz düşündürdü. Yapılan muayenede artropod ısırığı ve buna bağlı gelişen eskara rastlanmadı. Weil-Felix testi 0x19 ve 0x2 için sırası ile 1/160 ve 1/140 bulundu. İki gün sonra alınan kan örneğinde titre 1/320 ve 1/60 bulundu. Bu titrasyon artışı çok anlamlıydı ve Tetralet 500 mg 4x1 kapsül ile ateş düştü, döküntüler solmaya başladı ve hastanın toksik tablosu dramatik olarak düzeldi.

TARTIŞMA

İlkbahar ve yaz aylarında, ateş, baş ağrısı ve döküntü tablosu görülen hastalarda rickettsial etiyo-loji mutlaka düşünülmelidir (3, 4, 6). Açık havada kamp yapma, hayvan besleme ve kene ısırığı öyküsü çok önemlidir (2, 3, 7). Etken deri veya solunum yolundan girer. Benekli ateş etkenleri kene ve akarların ısırması ile bulaşır. Giriş sonrası tüm rickettsia

hastalıklarında rickettsiyemi dönemi olur. Parazitler patolojik lezyon olarak nekrotizan tipte vaskülitte neden olurlar ve deri, kaslar ve diğer tüm organlar etkilenir. Küçük damarlarda trombüs oluşumu ve hastaların çoğunda rickettsia pnömonisi gelişir (1, 3, 6, 7).

Döküntülerin ortaya çıkmasından önce rickettsiozları diğer akut enfeksiyöz hastalıklarından ayırd etmek kolay değildir. Tifüs'ün, kayalık dağlar lekeli hummasının veya kenelerle taşınan diğer rickettsia hastalıklarının endemik olduğu bilinen bölgelerde bitlenme, pire infestasyonu veya kene sokması gibi durumların bilinmesi ayırıcı tanıya yardımcıdır (4).

Kayalık dağlar humması ve epidemik tifüs menigokoksemi döküntüleri ile çok karışır. Yine kızamık ile kızamıkçık döküntüleri de kayalık dağlar lekeli humması ile karışabilecek niteliktedir. Menigokoksemik döküntünün ekimotik ve palpasyonla hassas olması ayırıcıdır. Endemik tifüs kayalık dağlar benekli ateşine göre daha hafif seyrederek komplikasyon pek gelişmez. Epidemik tifüsde çok ciddi multisistem tutulum vardır (pulmoner, renal, gastrointestinal, nörolojik, kardiyak) Trombositopeni ve dissemine intravasküler koagülopati tablosu gelişir ve mortalite, tedavisiz vakalarda %15-20'yi bulur. R. tsutgamushi etkenli çalılık ateşinde, R. akari etkenli rickettsia çiçeğinde ve lekeli ateşin diğer tiplerinde yerel eskarlar meydana gelir. Rickettsia çiçeği döküntüleri vezikülerdir ve su çiçeği ile çok karışır. Coxiella burnetti etkenli Q ateşinde döküntü alışılmadık bulgudur ve Rocholimaia Quintana etkenli siper ateşinde döküntü görülmez.

Serolojik testler, kandan veya dokulardan rickettsia rickettsii'nin izolasyonu veya dokulardaki etkenlerin immunofluoresan teknikleriyle ortaya konması yardımcı laboratuvar testleridir. Proteus O x 19 suşları epidemik tifüs ve kayalık dağlar benekli ateşi ile aglutinasyona uğrar. Kayalık dağlar lekeli humması ve kene ile taşınan diğer rickettsiozlarda (R. conorii, R. australis, R. sibirica) O x 19 suşu yanı sıra O x 2'ye yönelik aglutininler vardır. Çalılık hummasında yalnızca O x 19 "+"dir. Rickettsia çiçeği, Brill-Zinsser hastalığı, Q ateşi ve siper ateşinde weil-Felix testi "-"dir. Tipe özgü antijenler kullanılarak yapılan diğer serolojik testlerle rickettsia hastalıklarını birbirinden ayırmak, akut dönemde Ig M, geç dönemde ve nükslerde IgG antikorlarını saptamak mümkündür. Çeşitli rickettsia hastalıklarının gruba özel, çözünebilir rickettsia antijenlerini kullanarak birbirinden ayırdetmek mümkündür. Tifüsün ve kayalık dağlar benekli ateşinin serolojik özelliklerini son derece belirgindir. Kompleman fiksasyonu ile ilgili antikorlar hastalığın ilk 3-5 günü içinde, antibiyotik alanlarda ise daha geç dönemde ortaya çıkar. Dokularda rickettsia rickettsinin biyopsi ile immunofluoresans tetkiki ile gös-

terilmesi mümkündür.

Bizim olgumuzda ayak ve el içleri de dahil tüm vücutta jeneralize makülopapüler döküntü ve konjonktivitin ön planda olması ve yanısıra O x 19 ve O x 2 suşu için pozitiflik lekeli ateş grubuna ait bir rickettsioz düşündürdü. Hastanın köpek teması ve ekoloji dikkate alınarak *R. conori* etkeni akdeniz kene tifüsü düşünüldü. Escar tesbit edilemedi ancak tekrarlayan fizik muayenede sol inguinal lenfadenopati saptandı. Karşılaştırmalı ölçümlerde antikör titresi iyileşme döneminde daha da arttı. Tipe özgül antijenler teknik imkansızlıklar nedeni ile yapılamadı.

KAYNAKLAR

- 1- **Willks D, Farington M, Rubenstein D. Mycoplasmas, Chlamydiae and Rickettsiae.** In: The Infectious Diseases Manual. Blackwell Science Ltd, 1995; 233-238.
 - 2- **Woodward TE.** Rickettsial Diseases. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Craw-Hill, 1994; 747-757.
 - 3- **Saah, AJ.** Rickettsiosis. In: Principles and Practise of Infectious Diseases. Churchill Livingstone Inc, USA, 1990; 1463-1481.
 - 4- **Woodward TE.** Rickettsial Diseasee. In: Berkow R, MD (eds). The Merck Manual. 16 th Edition. Merck & CO, USA, 1992; 171-181.
 - 5- **Çalangu S.** İç Hastalıkları. 1. baskı, İstanbul, Tayf ofset, 1992; 1145-1146.
 - 6- **Sümerkan B.** Temel İç hastalıkları. 1. baskı Ankara. Güneş kitabevi, 1996; 2281-2285.
 - 7- **Schaffer W.** The Rickettsioses. In: Dermatology in General Medicine. Mc Craw-Hill, USA, 1998; 2499-2506.
-