

## Olgu Sunumu

# LENFADENİT AYIRICI TANISINDA ANIMSANMAYABİLEN BİR HASTALIK: TULAREMİ

Duygu Sömen BAYOĞLU<sup>1</sup>, Can AYDIN<sup>2</sup>, Veysel BAYOĞLU<sup>3</sup>, Çağatay NUHOĞLU<sup>4</sup>, Barış AVŞAR<sup>5</sup>, Hakan ÇANKAYA<sup>6</sup>

### ÖZET

Tularemi, *F. tularensis*'in yol açtığı, çeşitli klinik formları olan zoonotik bir hastalıktır. Tulareminin özellikle orofaringeal formu üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri ve bulgularıyla karışmakta, ayırıcı tanıda tularemi düşünülmezse tanı ve tedavi süreci uzamaktadır. Bu yazımızda yaklaşık 2 aydır olan boyunda şişlik, ağrı şikâyetleriyle bize başvuran ve tularemi tanısı alan bir olgu sunulmaktadır. Olgumuzda lenf nodlarında abse formasyonu gelişmiş ve 2 kez drene edilmiştir. Sonuç olarak özellikle baş ve boyun bölgesindeki lenfadenit ayırıcı tanısında tularemi de gözönünde bulundurulursa tularemi hastalarının tanı ve tedavisinde gecikilmeyeceği ve abse formasyonunun önlenilebileceği kanısına varılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Lenfadenit, tularemi, çocuk.

### TULAREMIA ELUSIVE ETIOLOGY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CERVICAL LYMPHADENITIS

#### SUMMARY

Tularemia is a zoonotic disease that has different clinical manifestations, caused by *Francisella tularensis*. Oropharyngeal type is usually presen-

ted with upper respiratory tract symptoms. So that if not considered in differential diagnosis, treatment of tularemia is prolonged. In this case, we reported that, child with lymphadenopathy in neck for two months has been diagnosed with tularemia. The lymphadenopathy became abscess formation and was drained two times. We concluded that, for the differential diagnosis of lymphadenopathy in neck and head region, tularemia should be considered so it's possible to treat earlier and to prevent abscess formation.

**Key words:** Lymphadenopathy, tularemia, child.

### GİRİŞ

Tularemi etkeni, küçük, zor üreyen, pleomorfik, gram(-), kokobasil olan *Francisella tularensis*'tir<sup>1</sup>. İnsanlar enfeksiyonu enfekte hayvanla doğrudan temasla, av etinin yenmesiyle veya enfekte hayvanla beslenmiş kan emicilerin, özellikle kenelelerin ısırmasıyla kazanırlar<sup>2</sup>. Bulaşma ayrıca kontamine su ve gıdaların yenmesi ve inhalasyon yolu ile olabildiği gibi laboratuvar ortamında da olabilir; ancak insandan insana bulaş olmaz<sup>2,3</sup>. Enfeksiyon başlamasıyla klinik semptomların gözlenmesi arasında ortalama 3 günlük enkü-

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, Uzman Dr.

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, Asistan Dr.

Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Uzman Dr.

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, Uzman Dr., Şef Vekili.

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, KBB Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Dr.

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, KBB Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

**Yayın Gönderim ve Kabul Tarihi:** 10.12.2010-28.01.2011

basyon süresi vardır. Fizik muayenede lenfadenopati, hepatosplenomegali dışında çeşitli deri lezyonları tanımlanmıştır. Eritema multiforme, eritema nodozum dışında makülopapüler döküntüler de saptanabilir<sup>4</sup>. Francisella tularensis ülsereoglandüler, glandüler hastalık, orofarengeal, oküloglandüler, tifoidal, pnömonik formlarda hastalık yapabilir<sup>2,3</sup>.

Tanıda en güvenilir test standart tüp aglütinasyon testidir. Öykü ve fizik muayene destekliyse tek bir >1/160 titre tanı koymak için yeterlidir. 2–3 hafta arayla alınan örneklerde 4 katı artış olması da tanıyı koydurabilir. Hastalığın çok erken evresinde yalnızca negatif sonuçlar alınabilir. Enfekte olan olgularda ömür boyu aglütinasyon titreleri pozitif kalabilir (1/20-1/80 gibi)<sup>1</sup>.

#### OLGU SUNUMU

14 yaşında erkek hasta, boyunda şişlik, ağrı şikâyeti ile getirildi. Öyküsünden Van'da yaşadığı, güvercin beslediği ve şikâyetlerinin başlangıç tarihinden birkaç ay öncesinde içme sularının kesildiği ve içme suyunun dışarıdan temin edildiği öğrenildi. Yaklaşık 2 ay önce hasta, boynunda fındık büyüklüğünde şişlik fark etmesi üzerine hastaneye başvurmuş ve çocuk doktoru tarafından servikal lenfadenopati olarak değerlendirilip oral beta-laktam antibiyotik tedavisi başlanmış. İlaçlarını 1 hafta süreyle düzenli kullanmasına rağmen şişlikte artma olması, ateş, baş ağrısı şikâyetleri üzerine farklı bir hastaneye başvurmuş, 25 gün hastanede yatırılıp, metronidazol ve sefazolin tedavisi uygulanmış. Yapılan tetkiklerinde anti-CMV IgM: 0,15 mIU/ml, anti-HAV IgG: 15,94 mIU/ml, anti-HAV IgM: 0,45 mIU/ml, anti-HBs: 33,25 mIU/ml, HBsAg: 0,53 mIU/ml, anti-HCV: 0,99 mIU/ml, anti-HIV: 0,29 mIU/ml, anti-Rubella IgG: 81 iU/ml, anti-Rubella IgM: 0,26 iU/ml, anti-Toxoplazma IgM: 0,04 s/co, eritrosit sedimentasyon hızı: 60 mm, tam kan sayımında hemoglobin: 11,4 gr/dl, hematokrit: %33,6, RBC: 4,22, PLT: 251 000, WBC: 8 400/mm<sup>3</sup>, nötrofil: %64,6, lenfosit: %28,7, bazofil: %0,5, eozinofil: %0,5, kabakulak IgG: pozitif, kabakulak IgM: negatif; kızamık IgG: pozitif, ASO: 290 Todd iU, CRP: 61,4 mg/l olarak bulunmuş. Boyun ultrasonogra-



**Resim 1.** Sağ parotis bölgesinden submandibuler ve oksipital bölgeye kadar uzanan şişlik ve kızarıklık.

fisinde; sağ parotisle submandibuler bez arasındaki lokalizasyonda yaklaşık 5x2,5 cm boyutlarında yoğun içerikli multistikistik kitle (abse?) ve perilezyonel alanda büyüğü 2,5x1,5 cm ebatlı lenfadenopatiler izlenmiş. Tularemi için kan alınıp Van sağlık müdürlüğüne gönderilmiş, tetkik sonucu çıkmadan hasta başka bir özel hastaneye başvurmuş ve gentamisin tedavisi başlanmış, 10 gün yatarak tedavi alan hasta sosyoekonomik şartlar nedeniyle hastaneden ayrılıp kliniğimize başvurdu.

Özgeçmişinde; 6 yaşında 1 kez pnömoni nedeniyle hastanede yatışı dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde; ağırlık: 51 kg (25-50 p), boy: 158 cm (3-10 p), ateş: 36°C, nabız: 75/dk, genel durumu iyi, solukluk, sarılık, ödem, döküntü yok, sağ parotis bölgesinden submandibuler ve oksipital bölgeye kadar uzanan şişlik mevcut, ısı artışı ve kızarıklık yok (Resim 1). Solunum sesleri doğal, ral, ronküs yok, kardiyovasküler sistem muayenesi doğal, ek ses, üfürüm yok. Batın muayenesi doğal, distansiyon, kitle, hepatosplenomegalisi yok, nörolojik muayenesi doğal olarak değerlendirildi.

Laboratuvar tetkiklerinde; AST: 22 U/L, ALT: 18 U/L, LDH: 439 U/L, ürik asit: 4,3, EBV VCA IgG: pozitif, EBV VCA IgM: negatif, eritrosit sedimentasyon hızı: 52 mm, Brusella aglütinasyon testi: negatif, CRP: 4,5 mg/dl, WBC: 9 800/mm<sup>3</sup>, nötrofil: %72,9, lenfosit: %17,6, monosit: % 6,7, eo-

zinofil: %1,1, bazofil: %1,7, hemoglobin: 10,4 g/dl, hemotokrit: %32,4, PLT: 352 000, Francisella tularensis aglütinasyon testi: 1/2560 titrede pozitif. Alınan apse materyalinde: Gram boyamada; epitel, bol polimorfonükleer lökosit görüldü, bakteri görülmedi. EZN boyamada; aside-alkole dirençli basil görülmedi, aerob kültürde üreme olmadı. PPD; negatif, periferik yayma normal olarak değerlendirildi, atipik hücre görülmedi.

Radyolojik tetkiklerde; boyun ultrasonografisinde sağ taraf submandibuler ve parotis glandı arasında yerleşimli 18x27 mm ve sağ taraf sternokleidomastoid arkasında oksipital bölgeye yakın yerleşimli 15x38 mm boyutunda düzensiz kontürlü apse alanları ve boynun her iki tarafında apselerle yakın lokalizasyonda daha fazla olmak üzere en büyüğü 15x10 mm boyutunda multipl lenfadenopatiler izlendi. Tüm batın ultrasonografisi normal sınırlarda inceleme olarak rapor edildi.

Klinik izlem: Tularemi tanısı ile yatırılan hastaya gentamisin tedavisi başlandı, 3 gün sonra KBB Kliniğinin önerisiyle klindamisin eklendi. Yatışında ateşi yoktu, zamanla boyun bölgesindeki şişlikte kızarıklık ve ısı artışı oldu, fluktuasyon vermeye başladı. Apse direne edildi. Submandibuler bölgedeki lenfadenit geriledi, oksipital bölgedeki lenfadenitin devam etmesi üzerine ikinci kez apse drenajı yapıldı. Oksipital bölgedeki lenfadeniti gerileyen hasta ayaktan takiplerine devam etmek üzere taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Francisella tularensis vücuda giriş yoluna ve yerleşimine bağlı olarak farklı klinik formlara yol açabilir. Literatürde en sık bildirilen klinik tablo ülseroglandüler form olmasına karşın ülkemizde daha çok orofaringeal form görülmektedir<sup>5</sup>. Bu form genelde kontamine su ve gıdaların tüketilmesiyle bulaşır<sup>6</sup>. Hastaların en önemli yakınması boğaz ağrısı ve ateştir; bu nedenle anjinlerle karışır<sup>7</sup>. Fizik muayenede akut tonsillit veya tonsillitsiz akut farenjit ve servikal lenfadenit ile karakterizedir<sup>3</sup>. Çocuk ve kulak-burun-boğaz kliniklerine boyun da kitle yakınmasıyla başvuran hastalarda öncelikle üst solunum yolu enfeksiyonları, konjenital hastalıklar, tüberküloz ve primer neoplazmlar ak-

la gelirken epidemiyolojik veriler yoksa tularemi pek düşünülmez<sup>8</sup>. Bireysel kontaminasyonlar olduğunda rutin poliklinik hizmetleri sırasında sporadik vakaların saptanması zordur. Bu nedenle bildirilen vakaların çoğu epidemi şeklinde ve gecikmiş vakalar şeklinde olmaktadır<sup>9,10</sup>.

Boğaz ağrısı ve boyunda şişlik şikâyeti ile gelen hastalarda sıklıkla ilk seçenek antibiyotik olarak beta-laktam antibiyotikler tercih edilmektedir. Francisella tularensis beta laktam antibiyotiklere dirençlidir ve bu olguların başvuru öncesinde beta-laktam antibiyotikle tedavi edilmeleri süreci kronikleşmeye götürmekte ve tanıyı geciktirmektedir<sup>8</sup>.

Lenf nodu süpürasyonu % 30 oranla en sık komplikasyondur. Tularemiye özgü tedavinin geç başlanması süpürasyon olasılığını artırır<sup>7,9</sup>.

Sonuç olarak beta-laktam antibiyotik tedavisine cevap vermeyen unilateral servikal lenfadenopate tularemi ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Orofaringeal tulareminin önlenmesi için, hastalığın ülkemizdeki önde gelen bulaş yolu göz önünde bulundurularak, kontrolsüz kaynak sularının içilmemesinin sağlanması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Gershon A, Hotez P, J Katz SL. *Krugman's infectious diseases of children eleventh edition*, 2006: 672-4.
2. Osborne LM, Dewitt TG, First LR et al. *Pediatrics* 2007; 846.
3. Schutze GE, Jacobs RF. *Tularemi Nelson pediatri 17 th edition* 2004;189:937-9.
4. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. *Türkiye milli pediatri derneği temel pediatri*, 2010:322-323.
- 5) Gürçan Ş, Uzun C, Karagöl Ç et al. *The first tularemia case in thrace region of Turkey in the last 60 years. Turk J Med Sci* 2006;36:127-128.
- 6) Ellis J, Oyston PC, Green M, TitballRW. *Tularemi. Clin Microbil Rev* 2002:631-646.
- 7) Willke A. *Tularemi. Ankem dergisi* 2006;20(Ek 2):222-226.
- 8) Atmaca S, Leblebicioğlu H, Ünal R ve ark. *Samsun ve çevresinde görülen tularemi olguları. KBB forum* 2005;4(4):171-172.
- 9) Helvacı S, Gediklioğlu S, Akalın H et al. *Tularemi in Bursa, Turkey: 205 cases in ten years. Eur J Epidemiol* 16:271-276.
- 10) Bıçakçı Z, Öztürk B. *2 yaşındaki bir çocuğa sığır salyasından tularemi bulaşımı: Uzun erimli izlemi ile vaka sunumu. Çocuk dergisi* 2008;8(3):197-199.