

Akdeniz Benekli Ateşi: İki Olgu Bildirisi

Yaşar BAĞDATLI*, Gürkan BAŞARAN*, Nalan USALAN*, Aynur ENGİN*

* İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Akdeniz benekli ateşi olan iki hasta sunulmuştur. Bunlardan birinde etyolojik ajan olarak *Rickettsia conorii* immunofluoresan yöntemiyle tanımlanmıştır. Amacımız *R. conorii*'nin ülkemizdeki varlığını vurgulamak ve korunma yöntemlerini özetlemektir.

Anahtar Kelimeler: *Rickettsia conorii*, Akdeniz benekli ateşi

SUMMARY

Mediterranean Spotted Fever: Report of Two Cases

Two patients with Mediterranean spotted fever are presented. The etiologic agent, *Rickettsia conorii* was diagnosed by immunofluorescence in one of them. We aim to emphasize the presence of *Rickettsia conorii* in our country and to summarize the preventive measures.

Key Words: *Rickettsia conorii*, Mediterranean spotted fever

GİRİŞ

Rickettsia conorii, Akdeniz benekli ateşinden (Marsilya ateşi, butonöz fever) sorumlu tutulan mikroorganizmadır. Ülkemizin de içinde bulunduğu coğrafi alanda Akdeniz benekli ateşi (ABA) endemiktir^[1]. Ülkemizde riketsiyoz vakaları 1925 yılından beri bildirilmekte olup, 1970 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'na toplam 20484 olgu ihbar edilmiştir^[2]. Literatür araştırmalarımız sonucunda Türkiye'de *R. conorii* tür tanısı da yapılarak 4 olgu bildirilen bir yayına rastladık^[3]. Etkili korunma tedbirleri ile önlenilebilen ABA'nın ülkemizdeki varlığını ve ateşli-döküntülü hastaların ayırıcı tanısında dikkate alınması gerektiğini vurgulamak üzere birisi IFA ile tür tayini yapılmış, diğeri tür tayini yapılmamakla birlikte klinik ve serolojik olarak *R. conorii* enfeksiyonu ile uyum-

lu iki olgu bildirmekte ve korunma yöntemlerini gözden geçirmekteyiz.

VAKA 1

Beş gün önce başlayan titremeye yükselen ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve bir gündür ortaya çıkan cilt döküntüsü sebebiyle hastanemize başvuran 52 yaşındaki deri işçisi erkek hasta tanı ve tedavi amacı ile kliniğimize yatırıldı.

Fizik muayenede ateş (38.5°C), el ve ayak tabanı dahil olmak üzere gövde, kol ve bacaklarda pembe-kırmızı renkte, ilk iki gün basmakla solan, daha sonra peteşiyal karakter alan makülopapüler döküntü ve hepatomegali (1 cm) saptandı. Kan basıncı 100/70 mmHg, nabız 80/dk idi. Diğer bulgular normaldi.

Yapılan laboratuvar incelemelerinde hematokrit: %41.6, lökosit: 7700/mm³ (nötrofil: %78, lenfosit: %16, monosit: %6), trombosit: 109000/mm³, sedimentasyon: 18 mm/saat, CRP: (4+) bulundu. Hafif bir LDH yüksekliği dışında kan biyokimyası normaldi. Etiyolojik tanıya yönelik çalışmalardan Weil-Felix testi *Proteus* OX2 ile 1/50, *Proteus* OX19 ile 1/200 titrelerde pozitif, OXK ile negatif reaksiyon verdi. İndirekt immunfluoresans ile *Rickettsia conorii* spesifik antikorlar pozitif olarak bulundu.

Yatışının 4. gününde siprofloksasin (1.5 g/gün PO) başlandı. Tedavinin başlangıcından üç gün sonra ateşi normale döndü. Ateşin normale dönmesiyle birlikte döküntüleri solmaya başladı ve sekizinci günde tamamen kayboldu. Yedi gün tedavi edilen hasta klinik ve laboratuvar bulgularının düzelmesi üzerine taburcu edildi.

VAKA 2

Yedi gün önce sol bacak arka yüzünde ortaya çıkan yara ve 4 gündür süren baş ağrısı, kas ağrıları, ateş sebebiyle görüldüğü çeşitli doktorlar tarafından önerilen sefuroksim aksetil (bir gün) ve tetrasiklin (bir gün) tedavilerine rağmen şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemize başvuran 57 yaşındaki ev hanımı bayan hasta kliniğimize yatırıldı. Ateşin yükselmesinden bir gün sonra tüm vücutta pembe-kırmızı renkli döküntüler ortaya çıkmış. Fizik muayenesinde sol bacak arka yüzünde 5 mm çapında, zemini siyah renkte, çevresi hafifçe hiperemik 'tache noire' ile uyumlu ülser ve tüm vücutta, yüzde, saçlı deride, avuç içinde, ayak tabanında makülopapüler döküntü tespit edildi. Ateş: 38.°C, kan basıncı: 140/100 mmHg, nabız: 92/dk ve düzenliydi. Diğer sistem muayenelerinde ise patolojik bulgu saptanmadı.

Yapılan laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon: 17 mm/saat, hematokrit: %38, lökosit: 4900/mm³, trombosit: 192000/mm³ bulundu. Hafif AST yüksekliği dışında kan biyokimyası normaldi. CRP (4+) saptandı. Serolojik çalışmalardan Weil-Felix testi *Proteus* OX2 ve OX19 ile 1/400 titrede pozitif, OXK ile negatif reaksiyon verdi. Bu hastada indirekt immunfluoresans tekniği ile tür tayini yapmak mümkün olmadı.

Hastaya yatışının 3. günü ABA tanısı konarak doksisisiklin tedavisi (200 mg/gün PO) başlandı. Tedavinin başlangıcından bir gün sonra ateş normale indi; döküntüler solmaya başladı ve 7. günün sonunda tamamen kayboldu. On dört günlük tedavi sonrası klinik ve laboratuvar bulgularının düzelmesi üzerine hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA

Hastalarımızdaki klinik bulgular ABA ile uyumluydu. Her iki hastamızda da makülopapüler deri lezyonları tespit ettik. Bir hastamızdaki peteşiyal döküntüler diğerine göre daha fazlaydı. İki hastamızda da palmar ve plantar lezyon mevcuttu. Türkiye'de bildirilen tüm vakalarda deri lezyonları tarif edilmiştir. Bir hastamızda "Tache noire" saptadık. Her iki hastamızda ateş, baş ağrısı, myalji, artralji vardı. Vakalarımızda hematokrit ve lökosit sayısı normal iken birinde trombositopeni vardı. ABA'da olguların %35'inde trombositopeni bildirilmiştir^[6,7]. Olgularımızın birine 7 gün süreyle siprofloksasin, diğerine 14 gün süreyle doksisisiklin verdik. Her iki hasta da şifaya kavuştu.

ABA ilk olarak 1910 yılında Conor ve arkadaşları^[4] tarafından Tunus'ta tarif edilmiştir. *R. conorii* infeksiyonu, Hindistan, Pakistan, İsrail, Rusya, Ukrayna, Etiyopya, Kenya, Güney Afrika, Fas, Güney Avrupa'dan ve ülkemizden bildirilmiştir^[1].

Ülkemizde Antalya'da yapılan bir seroprevalans çalışmasında *R. conorii* antikorlarının 98 sağlıklı bireyin %13.27'sinde pozitif bulunması, Türkiye'de bu *Rickettsia* türünün varlığını gösteren epidemiyolojik bir bulgudur^[5].

ABA'nın morbiditesine ek olarak %1 ile %6 arasında mortalitesi vardır^[5,6]. Endemik olduğunda çok sayıda kimsenin hastalığa tutulması söz konusu olacağından *R. conorii* infeksiyonu azımsanamayacak sayıda ölümlere yol açabilir. Ülkemiz için bu bakımdan başta *R. conorii* olmak üzere riketsiyozlar konusunda duyarlı olmakta fayda vardır. Bu konudaki duyarlılık, uygulamaya öncelikle korunma çarelerine başvurulması şeklinde yansımalıdır. *R. conorii*'nin doğal konak ve vektörü *Rhipicephalus sanguineus* denilen bir köpek kenesidir. Transovarial periyod kene nede olur ve hastalık insana kene ısırığı ile geçer. *R. conorii* köpekte hastalık yapmaz. ABA çoğunlukla bahar ve yaz aylarında görülür. Bu dönemler kenenin en aktif olduğu mevsimdir. Hastalar genelde kene ısırığını hatırlamazlar. Bu hastalıktan korunmada kene ile mücadele amacıyla DDT, dieldrine, toxaphene gibi insektisitler, ayrıca repellant olarak elbisele emdirilen %5 diethyltoluamide eriyik ve emülsiyonu kullanılabilir^[4]. ABA'nın sık görüldüğü bölgelerde ölü riketsiyalarla hazırlanan ve her sene tekrarlanan aşılar başarıyla kullanılmaktadır^[4].

Tedavi için doksisisiklin (200 mg/gün), tetrasiklin (25 mg/kg/gün), kloramfenikol (2 g/gün PO, 7-10 gün) veya siprofloksasin (1.5 g/gün PO, 5-7 gün) önerilmektedir^[6].

Sonuç olarak, Türkiye’de *R. conorii* ile enfekte olmuş olguların varlığı kanıtlanmıştır. Özellikle yaz, ilk ve sonbahar mevsimlerinde ortaya çıkan ve ateş, miyalji, makülopapüler cilt lezyonları olan hastalarda ABA’da akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Manor E, Ighbarieh J, Sarov B, et al. Human and tick spotted fever group rickettsia isolates from Israel: a genotypic analysis. J Clin Microbiol 1992;30:2653-6.
2. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklar (1925-1993).
3. Mert A, Tabak F, Dumankar A ve ark. Mediterranean spotted fever in Turkey, clinical findings and therapy. 10th Mediterranean Congress of Chemotherapy, Antalya-Türkiye, Ekim 1996.
4. Unat EK. Riketsiyozlar. Unat EK. (ed). Tıp bakteriyolojisi ve virolojisi (kitabında) 2. baskı. İstanbul: Dergah yayınları, 1987;810-4.
5. Vural T, Ergin Ç, Kuşun AE. Antalya yöresinde *Rickettsia conorii* antikorlarının araştırılması. Mikrobiyol Bül 1994;28:370-4.
6. Saah AJ. Rickettsiosis. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th edition, New York: Churchill-Livingstone, 1995;1719-52.
7. Woodward TE. Rickettsial diseases. Braunwald E, et al, (eds). In: Harrison’s Principles of Internal Medicine. 13th edition New York, Mc Graw-Hill 1994;747-56.

Yazışma Adresi:

Dr. Gürkan BAŞARAN

Günaydın Sok. No: 44/12

Şehremini, Fatih-İSTANBUL

Makalenin Geliş Tarihi: 11.02.1998 Kabul Tarihi: 10.07.1998