

Akut Akalküloz Kolesistit ile Prezente Olan Bruselloz: Olgu Sunumu ve Literatür İncelemesi

Brucellosis Presenting with Acute Acalculous Cholecystitis: A Case Report and Review of Literature

Hatice KÖSE¹, Fatih TEMOÇİN¹, Serap TEMOÇİN², Murat DEVECİ³

¹ Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat, Türkiye

² Yozgat Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Yozgat, Türkiye

³ Yozgat Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Yozgat, Türkiye

ÖZET

Bruselloz farklı klinik tablolara sebep olan zoonotik bir hastalıktır. Bruselloza bağlı akalküloz kolesistit çok nadir görülür. Şimdiye kadar bildirilmiş sadece dokuz olgu bulunmaktadır. Bruselloza bağlı akalküloz kolesistit nedeniyle bildirdiğimiz hasta medikal tedaviyle iyileşmiş, cerrahi girişime gerek kalmamıştır. Bu nedenle gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesi nedeniyle çok nadir olsa da bruselloz mutlaka hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz; Akalküloz kolesistit; Komplikasyon

SUMMARY

Brucellosis Presenting with Acute Acalculous Cholecystitis: A Case Report and Review of Literature

Hatice KÖSE¹, Fatih TEMOÇİN¹, Serap TEMOÇİN², Murat DEVECİ³

¹ Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Yozgat State Hospital, Yozgat, Turkey

² Clinic of Radiology, Yozgat State Hospital, Yozgat, Turkey

³ Clinic of Gastroenterology, Yozgat State Hospital, Yozgat, Turkey

Brucellosis is a zoonotic disease causing various clinical forms. Acalculous cholecystitis due to brucellosis is extremely rare. Until now, there have been only nine reported cases. Our patient who had acalculous cholecystitis due to brucellosis was treated medically; no surgical treatment was needed. For this reason, brucellosis must be considered to prevent unnecessary surgical intervention, even though it is uncommon.

Key Words: Brucellosis; Acalculous cholecystitis; Complication

GİRİŞ

Bruselloz dünyada en sık görülen zoonotik hastalıktır. Tüm organ ve sistemleri tutarak farklı klinik tablolara neden olabilir. Fokal organ tutulumu hastaların yarısından fazlasında görülmektedir. Hepatobiliyer sistemde karaciğer; aminotransferaz yüksekliğinden, granülom ve apse oluşumuna kadar değişik spektrumda etkilenmektedir. Bruselloza bağlı kolesistit safra kesesinde taş olmadığı zaman çok nadir görülür^[1]. Literatürde ulaşılabildiğimiz kadarıyla brusellozun akalküloz kolesistite neden olduğu bildirilmiş dokuz olgu bulunmaktadır. Bu nedenle akalküloz kolesistit ile prezente olan bruselloz olgumuz irdelenmiştir.

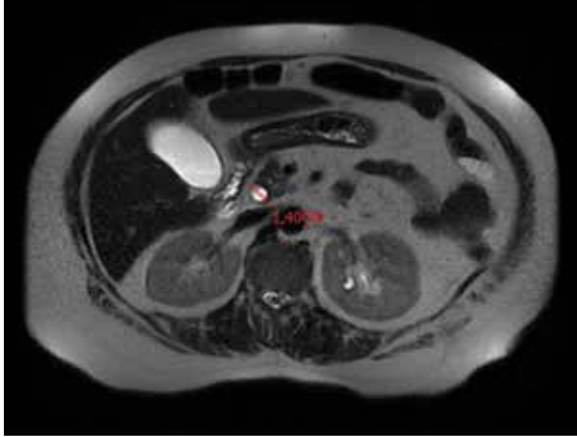
OLGU SUNUMU

Bilinen ek hastalığı olmayan 69 yaşındaki kadın hasta dört gündür olan ateş, karın ağrısı ve sırt ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı: 39.5°C, arteriyel tansiyon: 130/80 mmHg, Nabız: 100/dakika, batın sağ üst kadranda hassasiyet vardı, karaciğer kot altında palpe edildi, Murhpy bulgusu pozitif ve traube kapalı saptandı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar değerlerinde; lökosit: 8900/µL, %75 nötrofil, %17 lenfosit, %7 monosit, hemoglobin: 12.4 g/dL, trombosit: 227.000/µL, aspartat aminotransferaz (AST): 114 IU/L (0-35), alanin aminotransferaz (ALT): 79 IU/L (0-35), gama glutamil transferaz (GGT): 382 IU/L (0-38), laktik dehidrogenaz (LDH): 509 IU/L (100-250), total bilirubin: 2 mg/dL (0.3-1.2), direkt bilirubin: 0.85 mg/dL (0-0.2), C-reaktif protein (CRP): 195 mg/L (0-5), sedimentasyon hızı: 82 mm/saat (0-30) saptandı. Hastanın abdomen ultrasonografisinde safra kesesi duvar kalınlığı artmış ve ödemli saptandı, taş görülmedi. Bilgisayarlı tomografide karaciğer boyutunun 210 mm ile artmış olduğu, safra kesesi duvar kalınlığının 8.6 mm ile arttığı, kese lojunda ödem olduğu saptandı. İntrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarının normal olduğu ve taş olmadığı görüldü. Dalak boyutunun 138 mm artmış olduğu görüldü (Resim 1). Hasta akut taşsız kolesistit tanısıyla gastroenteroloji servisine yatırıldı. Hastaya seftriakson 2 x 1 g/gün ve metronidazol 3 x 500 mg/gün intravenöz (IV) başlandı. Yatışının üçüncü gününde ateşin devam etmesi ve hastanın toksik görünümde olması nedeniyle tedavi ertapenem 1 x 1 g/gün IV olarak değiştirildi. Yatışının altıncı gününde klinik yanıt



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide safra kesesi duvar kalınlığının 8.6 mm ile arttığı, kese lojunda ödem olduğu görülmektedir.

alınması nedeniyle tedavi meropenem 3 x 1 g/gün ve vankomisin 2 x 1 g/gün IV olarak değiştirildi. Hastanın bu tedavi ile de ateşinin devam etmesi, bel ve kalça ağrısının olduğunu ifade etmesi nedeniyle gönderilen rose bengal pozitif, standart tüp aglütinasyon testi: 1/1280 titrede pozitif, coombs aglütinasyon testi: 1/2560 titrede pozitif saptandı. İnfeksiyon hastalıkları servisine devir alındı. Hastanın özgeçmişinde epidemiyolojik olarak bruselloz açısından risk faktörü saptanmadı. Meropenem ve vankomisin kesildi. Hastanın sepsis tablosunda olması nedeniyle gentamisin 1 x 3 mg/kg/gün IV, rifampisin 1 x 600 mg/gün peroral (PO), doksisisiklin 2 x 100 mg PO başlandı. Alınan ilk dört kan kültüründe üreme olmadı. Seroloji pozitif saptandığı için uzun inkübasyona alınan üç kan kültüründe ise 14. günde tek tip koloni morfolojisinde üreme saptandı. Kültürde üreyen mikroorganizmadan çalışılan *Brucella* spp. PCR pozitif saptandı. Bel ve kalça ağrısı olduğu için çekilen lomber ve sakroiliyak manyetik rezonans görüntülemesinde tutulum saptanmadı. Bruselloz tedavisinin altıncı gününde ateşi devam eden hastanın yapılan ekokardiyografisinde vejetasyon saptanmadı. Batın manyetik rezonans görüntüsünde safra kesesi subhidropik, koledok çapı 14 mm ile dilate saptandı, taş görülmedi (Resim 2). Bruselloz tedavisiyle başlayan bulantı kusma şikayetleri üzerine premedikasyonla tedaviye devam edildi. Tedavisinin yedinci gününde ateş yanıtı alındı. Dokuzuncu gününde kreatinin değerinin 0.4 mg/dL'den 1.1 mg/dL'ye yükselmesi nedeniyle gentamisin kesilerek hasta rifampisin ve doksisisiklin ile bir hafta sonra kontrole gelmek üzere taburcu



Resim 2. Manyetik rezonans görüntülemeye koledok çapının 14 mm ile dilate olduğu, safra kesesinin subhidropik olduğu görülmektedir.

edildi. Poliklinik kontrolünde koledoktaki dilasyon hepatobiliyer ultrasonografiyle kontrol edildi. Ultrasonografide koledok ve safra kesesinin normal

olduğu raporlandı. Bulantı ve kusmasının artarak devam etmesi ve doksisisiklin tedavisini tolere edememesi nedeniyle doksisisiklin 16. gününde kesilerek trimetoprim-sülfametoksazol 2 x 800/160 mg PO başlandı. Tedavi sekiz haftaya tamamlandı. Hasta şikayetsiz olarak takiplerine devam etmektedir.

TARTIŞMA

Bruselloz herhangi bir organ veya sistemi tutabilen, asemptomatik hastalıktan ölümcül hastalığa kadar değişik klinik spektrumda görülebilen bir zoonozdur. Hastaların yarısından fazlasında fokal tutulum görülür. En sık görülen komplikasyon osteoartiküler tutulumdur. Gastrointestinal sistem komplikasyonları olarak nadiren spontan bakteriyel peritonit, akut ve kronik pankreatit, kolit, intestinal obstrüksiyon ve ileit bildirilmiştir. Hepatobiliyer sistemde ise hepatit, apse ve granülomlar yapılabilmektedir. Kolesistit ise safra kesesinde taş olmadı-

Tablo 1. Bruselloza bağlı akalküloz kolesistit olguları ve özellikleri

Yıl	Kaynak	Yaş/ cinsiyet	STA	Kolesistektomi	Kan kültürü	Safra kültürü	Tedavi-Süre	
1	1971	Valenzuela ^[4]	56/E	1/400	Evet	*	*	Tetrasiklin/ streptomisin-*
2	1979	Morris ^[5]	34/E	1/1280	Evet	<i>Brucella suis</i>	<i>Brucella suis</i>	Tetrasiklin/ streptomisin-3 hafta
3	1986	Berbagal ^[6]	33/E	1/320	Evet	<i>Brucella melitensis</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Aeromonas hydrophila</i>	Tetrasiklin/ streptomisin-*
4	2000	Ashy ^[3]	6/E	*	Hayır	<i>Brucella abortus</i>	†	TMP-SMZ/ rifampisin-6 hafta
5	2003	Andriopoulos ^[7]	72/E	1/160	Evet	<i>Brucella melitensis</i>	<i>Brucella melitensis</i>	Tetrasiklin/ streptomisin-6 ay
6	2006	Mazlum ^[8]	52/E	1/160	Hayır	<i>Brucella spp.</i>	†	Doksisisiklin/ rifampisin-6 hafta
7	2010	Otaibi ^[2]	42/E	1/80	Hayır	<i>Brucella melitensis</i>	†	Doksisisiklin/ streptomisin-8 hafta
8	2011	Hakyemez ^[9]	64/K	1/2560	Hayır	<i>Brucella spp.</i>	†	Doksisisiklin/ rifampisin-6 hafta
9	2015	Ahbab ^[10]	57/E	1/1250	Hayır	*	†	Doksisisiklin/ rifampisin-6 hafta
10	2016	Bildirilen olgu	69/K	1/1280	Hayır	<i>Brucella spp.</i>	†	Gentamisin/ doksisisiklin/ rifampisin-8 hafta

*Veri yok
† Çalışılmamış.
K: Kadın, E: Erkek, TMP-SMZ: Trimetoprim-sülfametoksazol.

ği zaman çok nadir görülür^[1]. Safra kesesi tutulumu sistemik infeksiyon sırasında lenfatik yol veya hematojen yolla olabilmektedir^[2]. Safra kesesinde püy, çevresinde sıvı veya distansiyon olmadan duvar kalınlığı görülebilir. Cerrahi tedavi safra kesesinde perforasyon olmadığı zaman gereksizdir^[3]. *Salmonella* türlerinin aksine şimdiye kadar safra kesesinde kronik taşıyıcılık bildirilmemiştir^[2]. Literatür taraması yapıldığında PUBMED’de bruselloza bağlı akalküloz kolesistit olan altı olgu, TÜRK MEDLİNE’da ise ülkemizden üç olgu bildiriminin yapıldığı görülmüştür. Ulaşabildiğimiz ilk bildirim 1971 yılında Valenzuela tarafından yapılmıştır^[4]. Bruselloza bağlı akalküloz kolesistit olguları ve özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Şimdiye kadar bizim olgumuz da dahil bildirilen olgular incelendiğinde, olguların sekizinin erkek, ikisinin kadın olduğu görülmüştür. Ortalama yaş ise 48.5’tir. Bir olguda serolojik değer bildirilmemiş, diğerlerinde ise tüp aglütinasyon titresi 1/80 ile 1/2560 arasında değişmektedir. Kan kültürleri üç hastada *Brucella melitensis*, birer hastada *Brucella abortus* ve *Brucella suis*, üç hastada *Brucella spp.* olarak tanımlanmıştır. Dört hastada kolesistektomi yapılmış, diğer hastalara medikal tedavi uygulanmıştır. Kolesistektomi yapılan hastalardan birer tanesinde safra kültüründe kan kültürü ile uyumlu olarak *B. melitensis* ve *B. suis* üremesi saptanmıştır^[5,6]. Bir hastanın safra kültüründe, kan kültüründen farklı olarak *Klebsiella pneumoniae* ve *Aeromonas hydrophila* üremesi saptanmış, bir hastanın safra kültüründe ise üreme olmamıştır^[7]. Hastalar tetrasiklin + streptomisin veya doksisisiklin + rifampisinle, altı yaşındaki hasta ise rifampisin ve trimetoprim-sülfametoksazol ile üç hafta-altı ay arası sürelerde tedavi edilmiş, kolesistektomi olmayan hastalarda da relaps bildirilmemiştir.

Bruselloza bağlı gelişen kolesistit olgularında en önemli problemin tanıda gecikme olduğu düşünülmektedir. Olgular incelendiğinde çoğunlukla kan kültüründe üremeye veya kolesistektomi yapıldıktan sonra safra kültüründe üremeye tanı aldıkları görülmüştür. Ahabab ve arkadaşlarının bildirdikleri olguda safra kesesinde ampiyem olması durumunda bile kolesistektomi yapılmadan medikal tedavi ile başarılı olunabileceği görülmektedir^[10]. Bu nedenle özellikle endemik bölgelerde brusello-

zun nadir görülen bu komplikasyonu akılda tutulmalıdır. Hastaların erken tanı alınmasıyla başarılı olarak tedavi edileceği ve gereksiz cerrahi girişimlerin önlenilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gül HC, Erdem H. *Brucellosis (Brucella species)*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2015:2584-9.
2. Al-Otaibi FE. Acute acalculus cholecystitis and hepatitis caused by *Brucella melitensis*. *J Infect Dev Ctries* 2010;4:464-7.
3. Ashley D, Vade A, Challapalli M. *Brucellosis with acute acalculus cholecystitis*. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:1112-3.
4. Valenzuela Casas E. *Colecistitis hemorragica melitococica*. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1971;33:723-6.
5. Morris SJ, Greenwald RA, Turner RL, Tedesco FJ. *Brucella-induced cholecystitis*. *Am J Gastroenterol* 1979;71:481-4.
6. Andriopoulos P, Tsironi M, Asimakopoulos G. *Acute abdomen due to Brucella melitensis*. *Scand J Infect Dis* 2003;35:204-5.
7. Berbegal Serra JM, Rodriguez Alfaro JJ, Royo Garcia G. *Brucellosis complicated by acute alithiasic cholecystitis*. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1986;70:88.
8. Mazlum A, Ceylan B, Ceylan Ş. *Safra kesesi ampiyemi ile seyreden akut bruselloz olgusu*. *Göztepe Tıp Dergisi* 2006;20:44-6.
9. Hakyemez İN, Tursun İ, Akkoyunlu Y. *Kolesistit ve pansitopeniyle seyreden bruselloz: bir olgu sunumu ve literatürün incelenmesi*. *Klinik Dergisi* 2011;24:129-31.
10. Ahabab S, Çavuşoğlu B, Ataoğlu H, Yenigün M. *Bruselloza bağlı akut akalküloz kolesistit*. *Causa Pedia* 2015;4:1163.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Uzm. Dr. Hatice KÖSE

Yozgat Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Yozgat-Türkiye

E-posta: drhaticekose@hotmail.com