

Atipik Oküloglandüler Tularemi

Atypical Oculoglandular Tularemia: Case Report

Meydan TURAN,^a
Refik OLTULU,^b
İsmail ERŞAN^c

^aGöz Hastalıkları Kliniği,
Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi,
Balıkesir

^bGöz Hastalıkları AD,
Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi, Konya
^cGöz Hastalıkları AD,
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Çanakkale

Geliş Tarihi/Received: 31.12.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 28.04.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Meydan TURAN
Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi,
Göz Hastalıkları Kliniği, Balıkesir,
TÜRKİYE/TURKEY
meydanturan@gmail.com

ÖZET Tularemi, *Francisella tularensis*'in etken olduğu, insan ve hayvanların ciddi bazen de ölümcül olabilen hastalığıdır. En nadir görülen tiplerinden biri olan oküloglandular tip, enfekte materyallerle direkt temas ve kontamine hava ile bulaşmakta olup serbest ağırlı lenfadenopati ve tek taraflı konjunktivit ile kendini gösterir. Biz burada, kliniğimizde tanısı konup tedavisi yapılan oküloglandüler tularemi olgusunu sunuyoruz. Otuz üç yaşında erkek hasta, sol göz üst kapağında şişlik, konjunktival hiperemi ve pürülan akıntı şikâyetiyle kliniğe başvurdu. Hasta sol gözünde hordeolum ve pürülan konjunktivit tanısı konularak ampirik olarak topikal lomefloksasin göz damlası, oksitetrasiklin hidroklorür ve polimiksin B sülfatlı göz merhemi ile bir hafta süreyle tedavi edildi. Antibiyotik tedavisine rağmen şikâyetlerinin geçmemesi ve büyümüş, ağırlı servikal kitle şikâyetiyle tekrar başvurdu. Ultrasonografide servikal lenfadenopati gözlendi (36x28 mm ve 28x24 mm). Serum örneği *F. tularensis* antikorları varlığı için incelendi. Aglütinasyon testi 1/160 antikor titresinde pozitif geldi. Hasta intramusküler streptomisin ve oral doksisisiklin ile üç hafta süreyle tedavi edildi. Hasta tamamen sekel bırakmadan düzeldi ve takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: Arpacık; konjunktivit; tularemi

ABSTRACT Tularemia, caused by *Francisella tularensis*, is a serious and occasionally fatal disease of humans and animals. The oculoglandular form, one of the rarest form presented with painful lymphadenopathies and unilateral conjunctivitis may be acquired by direct contact with infected materials or by aerosolized contaminated particles. We herein report that diagnosed and treated a case of oculoglandular tularemia in our clinic. A 33-year-old male patient with upper eyelid swelling, conjunctival hyperemia and purulent ocular discharge in his left eye admitted to the hospital. Patient was diagnosed with hordeolum and purulent conjunctivitis in his left eye and was empirically treated with topical lomefloksasin ophthalmic drop and oxytetracycline HCl plus polymyxin B sulfate ointment for one week. However, he readmitted to the hospital because of the persistence of the symptoms and enlarged and sensitive cervical mass despite antibiotic therapy. Ultrasonography revealed cervical lymphadenopathy (36x28 mm and 28x24 mm). The serum sample was analyzed for the presence of *F. tularensis* antibody. The agglutination test yielded positive with and antibody titer of 1/160. Patient was treated with intramuscular streptomycin and oral doxycycline for three weeks. The patient recovered completely without sequela and he was placed in our follow-up program.

Key Words: Hordeolum; conjunctivitis; tularemia

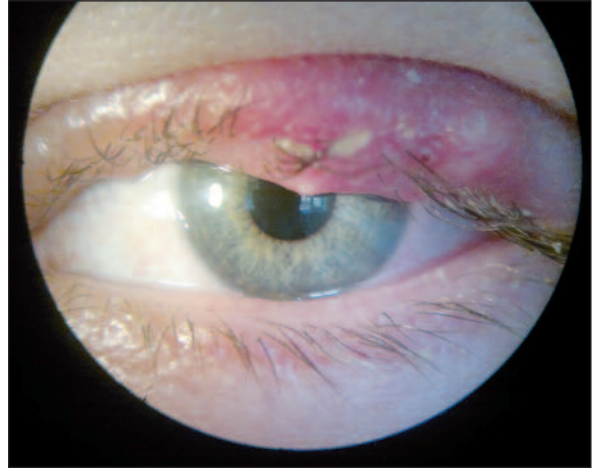
Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2014;23(3):188-91

Tularemi, gram-negatif bir bakteri olan *Francisella tularensis*'in etken olduğu, granülomatöz enfeksiyonla karakterize zoonotik bir hastalıktır. En sık görülen tipinin %45-80 sıklıktaki ülseroglandüler form olduğu bildirilmektedir.¹ Ülkemizde en sık görülen tip ise daha az sıklıkta

görülen orofaringeal tiptir.² Hastalık insanlara enfekte hayvanlarla doğrudan temas, kene ve sinek gibi vektörler aracılığıyla, kontamine sularla ve enfekte aerosollerin solunmasıyla bulaşmaktadır.² Bulaşma yolları nedeniyle avcılar, endemik bölgedeki çiftçiler, hayvan yetiştiricileri, orman çalışanları, doğa tutkunları, veteriner hekimler ve laboratuvar çalışanları risk grubu olarak kabul edilmektedir.^{1,3} Klinik spektrum, türün virülansına, giriş yoluna, sistemik tutulma derecesine, hastanın immün direncine, tanı ve tedavinin zamanında yapılmasına bağlıdır.¹ Tulareminin inkübasyon süresi ortalama üç-beş gündür. Bulaşmadan sonra en erken iki, en geç 14 gün içerisinde hastalık ortaya çıkar.¹ Etkenin gösterilmesinde kültür altın standart olmakla birlikte, bakterinin bulaştırıcılığının yüksek olması nedeniyle gerekli güvenlik önlemlerinin alınmadığı koşullarda önerilmemektedir.¹ Dolayısıyla tanıda serolojik inceleme kullanılmaktadır. Bakteriye karşı oluşan antikorlar hastalığın başlangıcından itibaren genellikle 10-14 gün içinde oluşurlar ve bu antikorlar mikroaglutinasyon veya aglutinasyon yöntemi ile saptanabilir. Mikroaglutinasyon yönteminde 1/128 titre, aglutinasyon yönteminde ise 1/160 titredeki pozitiflik tanı koydurucudur.^{4,5} Bu yazıda, atipik bir klinik sergileyen oküloglandüler tip tularemi olgusu sunuldu.

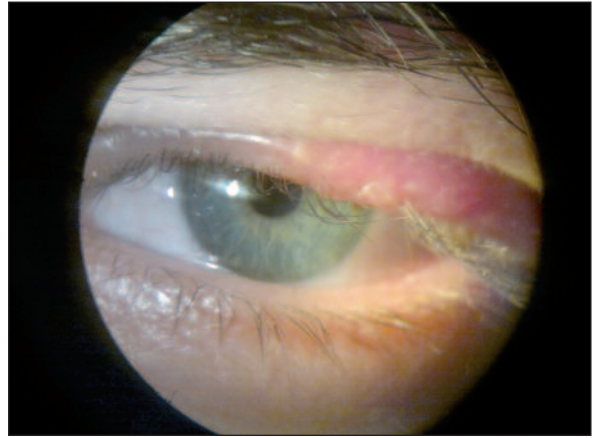
OLGU SUNUMU

Otuz üç yaşındaki erkek olgu, bir haftadır sol üst göz kapağında şişlik, ağrı, gözde kızarıklık ve akıntı şikâyetleri ile kliniğe başvurdu (Resim 1). Sistemik muayenesi normal olarak değerlendirilen olgunun oftalmolojik muayenesinde sol göz üst göz kapağında kızarıklık, şişlik, konjonktival hiperemi ve pürülan akıntı saptandı. Olgunun hordeolum ve bakteriyel konjonktivit tanıları ile ampirik olarak lomefloxasin damla 5x1 ve oksitetrasiklin HCl+polimiksin B sülfat pomad 2x1 tedavisine başlandı ve bir hafta sonra kontrol önerildi. Kontrol muayenesinde sekresyonda azalma mevcutken, kızarıklık ve kapaktaki lezyonda düzelme tespit edilmedi (Resim 2). Ancak mevcut klinik duruma ek olarak sol servikal bölgede 4x3cm ve 3x3 cm ebatlarında iki adet fiks, bastırmakla ağrılı, lenfadenopati (LAP) tespit edildi (Resim 3). Kulak burun boğaz kliniğine kon-



RESİM 1: Tedaviden önce sol göz kapağı.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)



RESİM 2: Topikal tedavi ile bir hafta sonraki klinik görünüm.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

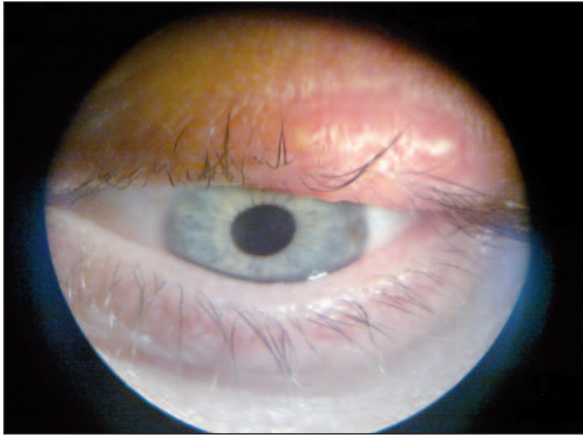


RESİM 3: Bir haftalık topikal tedavi sonrası tespit edilen servikal LAP.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

sülte edilen olgunun muayenesi LAP haricinde normal olarak değerlendirildi. Hikâyesinden avcılık yaptığı öğrenildi. Boyun ultrasonografisi 3,6x2,8 cm ve 2,8x2,4 cm ölçülerinde yoğun içerikli ve septalı kistik lezyonlar, komşuluğunda inflamasyona bağlı ekojenite artışı olarak rapor edildi. Aglütinasyon yöntemiyle yapılan tetkikte 1/160 titrede anti-kor pozitif tespit edilerek tularemi tanısı konuldu. Olguya doksisisiklin 2x100 mg (oral), streptomisin 2x1000 mg (İM) başlandı. Bir hafta sonra doksisisiklin dozu 1x100 mg'a, streptomisin dozu 1x1000 mg'a düşülerek iki hafta devam edildi. Hastanın üçüncü hafta muayenesinde göz kapağındaki şişlik ve konjonktivitin gerilediği ayrıca LAP'da küçülme olduğu tespit edildi (Resim 4,5).

Hastanın bilgilendirilmiş oluru alınmıştır.



RESİM 4: Üç haftalık sistemik tedavi sonrası göz kapağındaki klinik iyileşme. (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)



RESİM 5: Üç haftalık sistemik tedavi sonrası servikal LAP'da küçülme. (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/oftalmoloji-dergisi/1300-0365/>)

TARTIŞMA

Tularemi klinik bulgu ve semptomlar, etkenin virülansına, inokulum dozuna, konağa giriş yoluna ve konağın bağışıklık yeteneğine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.¹ Tanısında hastalığın akla gelmesi çok önemlidir. Özellikle endemik bölgeye seyahat, hayvan veya kene ile temas öyküsünün olması ve hastanın fizik muayenesi tanıda yardımcıdır. Enfeksiyon genellikle ülseroglandüler form (%70-85) tipinde ortaya çıkar ve tedavi edilmeyen hastalarda yüksek mortalite oranına (%60) sahiptir. Oküloglandüler formda göz, göz kapakları ve nadiren lakrimal sistem etkilenir.^{6,7} Oküloglandüler tularemi, tavşan başta olmak üzere enfekte hayvanlarla temas ve el parmakları vasıtasıyla konjonktivanın inokülasyonu sonucunda konjonktivit ve preauriküler LAP kliniğiyle kendini gösterir. Bu durum Parinaud'un oküloglandüler sendromu olarak adlandırılır.⁶ Çelik ve ark., 27 yaşında 18 haftalık gebe hastayı dakriosistit tanısıyla takip ettiklerini, olgunun kese bölgesinin cerrahi drenajı sonrası siprofloksasinli spançlar ile lokal tedavisini yaptıklarını ve sonuçta başarılı olduklarını bildirmişlerdir.⁸ Altuntaş ve ark., Parinaud'un oküloglandüler sendromu tanısını koydukları 18 yaşında kadın olguda önce ampicilin sulbaktam 1000 mg 2x1 (İM) tedavisine başladıklarını, lenf nodu süpürasyonu gelişmesi üzerine aglütinasyon yöntemi ile tularemi tanısı koyduklarını ve doksisisiklin 100 mg 2x1 (oral) (21 gün) tedavisine başladığını ve klinik bulguların iyileştiğini bildirmişlerdir.⁹ Olgumuz kliniğimize ilk başvurusunda konjonktivit ve hordeolum tanısı ile tedavisine başlanmıştır. Ancak birinci hafta kontrolünde LAP tespit edilmesi üzerine tularemi düşünülerek araştırılmış ve aglütinasyon yöntemiyle tanının konulmasının ardından sistemik tedavisine başlanmıştır. Erken dönemde uygun tedavi başlanan olgularda lenf nodunda küçülme olmaktadır.¹⁰ Olgumuzda erken dönem tedavisine başladığımız için tedavi sonrası lenf nodu küçülmüş ve süpürasyon gelişmemiştir. Hastalığın etkin tedavisinde erken tanı ve doğru tedavi son derece önemlidir. İlk iki-üç hafta tedavi başlanmayan tularemi olgularının lenf nodlarında süpürasyon ve apse geliştiği izlense de, süpürasyon antibiyotik tedavisine

rağmen de olabilir.^{4,5,11,12} Tularemi tedavisinde ilk seçilecek antibiyotik, kontrendikasyon yoksa streptomisindir. Kontrendikasyon varlığında alternatif tedavi ajanları olarak doksisiklin veya siprofloksasin tercih edilebilir. Tedavi süresi olgumuzda uyguladığımız şekilde en az 14-21 gün olmalıdır.^{12,13}

Sonuç olarak, antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen hordeolum olgularında, özellikle ağırlı preauriküler LAP'ın klinik tabloya eklenmesi ile atipik bir oküloglandüler tularemi olabileceği akılda tutulmalı ve bu duruma yönelik serolojik testler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lindquist D, Chu CM, Probert SW. Francisella and brucella. In: Murray PR, Barron EJ, Jorgensen JH, Landry ML, Pfaller MA, eds. Manual of Clinical Microbiology. 9th ed. Washington: ASM Press; 2007. p.815-34.
2. Ulu Kılıç A, Kılıç S, Sencan I, Çiçek Şentürk G, Gürbüz Y, Tütüncü EE, et al. [A water-borne tularemia outbreak caused by Francisella tularensis subspecies holarctica in Central Anatolia region]. Mikrobiyol Bul 2011;45(2): 234-47.
3. Yazgı H, Uyanık MH, Ertek M, Kılıç S, Kireççi E, Özden K, et al. [Tularemia seroprevalence in the risky population living in both rural and urban areas of Erzurum]. Mikrobiyol Bul 2011;45(1):67-74.
4. Helvacı S, Gedikoğlu S, Akalin H, Oral HB. Tularemia in Bursa, Turkey: 205 cases in ten years. Eur J Epidemiol 2000;16(3):271-6.
5. Meric M, Willke A, Finke EJ, Grunow R, Sayan M, Erdogan S, et al. Evaluation of clinical, laboratory, and therapeutic features of 145 tularemia cases: the role of quinolones in oropharyngeal tularemia. APMIS 2008;116(1): 66-73.
6. Thompson S, Omphroy L, Oetting T. Parinaud's oculoglandular syndrome attributable to an encounter with a wild rabbit. Am J Ophthalmol 2001;131(2):283-4.
7. Nigrovic LE, Wingerter SL. Tularemia. Infect Dis Clin North Am 2008;22(3):489-504, ix.
8. Celik T, Kosker M, Turkoglu EB. Unilateral acute dacryocystitis associated with oculoglandular tularemia: a case report. Semin Ophthalmol 2013;28(2):91-3.
9. Altuntas EE, Polat K, Durmuş K, Uysal İÖ, Müderris S. Tularemia and the oculoglandular syndrome of Parinaud. Braz J Infect Dis 2012;16(1):90-1.
10. Tärnvik A, Berglund L. Tularaemia. Eur Respir J 2003;21(2):361-73.
11. Erbay A, Dokuzoğuz B, Baykam N, Güvener E, Diker S, Yıldırım T. [Tularemia in Ankara region]. Turkish Journal of Infection 2000; 14(4):453-8.
12. Gürcan S, Eskiocak M, Varol G, Uzun C, Tattman-Otkun M, Sakru N, et al. Tularemia re-emerging in European part of Turkey after 60 years. Jpn J Infect Dis 2006;59(6):391-3.
13. Celebi G, Baruönu F, Ayoğlu F, Cinar F, Karadenizli A, Uğur MB, et al. Tularemia, a reemerging disease in northwest Turkey: epidemiological investigation and evaluation of treatment responses. Jpn J Infect Dis 2006; 59(4):229-34.