

Brusellozlu Hastalarda Görülen Deri Lezyonları

CUTANEOUS LESIONS IN PATIENTS WITH BRUCELLOSIS

Uz.Dr.Ferda ARTÜZ, Uz.Dr.Yasemin ORAM, Uz.Dr.Nurdan LENK, Uz.Dr.Ufuk Ziya ÖZEK, Doç.Dr.Nuran ALU

Ankara Numune Hastanesi Dermatoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, ANKARA

ÖZET

Bruselloz, *Brucella* bakterilerinin neden olduğu sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Bakteriye direkt temas veya hematogen yayılım cilt döküntüsü ile seyreden tablolara yol açabilir. Biz bruselloz tanısı almış 50 hastada deri lezyonlarını araştırdık ve 8 hastada makülopapüler ve subkutanöz nodüler lezyonları saptadık.

Anahtar Kelimeler; Bruselloz, Deri lezyonları

T Klin Dermatoloji 1994, 4:94-96

Bruselloz gram negatif kokobasillerin neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. Bruselloza yol açan suşlar 1) B.abortus, 2) B.melitensis, 3) B.suis, 4) B.canis, 5) B.ovis, 8) B.neotomae'dir. İnsanlarda enfeksiyonlarda virulansitesi en yüksek olan B.melitensis, en düşük olan ise B.abortus'tur. Koyun, keçi gibi hayvanlarla uğraşanlarda ve çoğu kez erkek çiftçilerde görülür, insanlara enfekte hayvanlardan direkt kontakt veya kontamine vücut sıvılarından bulaşır, 1-3 haftalık kuluçka döneminden sonra başağrı, yüksek ateş, genel durum bozukluğu ile başlar (1-4).

Brucella enfeksiyonuna %5-10 oranında deri lezyonlarının eşlik ettiği bildirilmiştir (5). Bu lezyonlar Tablo 1'de gösterilmektedir (8).

Bu çalışmada Ankara Numune Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde yatan bruselloz tanısı almış 50 hastada saptadığımız deri lezyonlarının araştırma sonuçlarını bildirmekteyiz.

MATERYEL VE METOD

Ankara Numune Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde bruselloz tanısı almış yaşları 14-80 arasında

Geliş Tarihi: 12.07.1994

Kabul Tarihi: 09.09.1994

Yazışma Adresi: Dr. Ferda ARTÜZ
Farabi Sokak 58/3
Çankaya/ANKARA

SUMMARY

Brucellosis is a systemic infectious disease caused by microorganisms belonging to genus Brucella. Direct contact or hematologic spread of bacteria may lead to the pictures showing skin eruption. We investigated cutaneous lesions among 50 patients diagnosed as brucellosis and identified maculopapular and subcutaneous lesions in 6 patients

Key Words: Brucellosis, Skin lesions

Turk J Dermatol 1994. 4:94-96

değişen 32'si erkek 181 kadın toplam 50 hasta çalışmaya alındı. Dermatolojik muayeneleri ve bu yönden sorgulamaları yapıldı. Deri lezyonu olanların sistemik şikayetleri not edildi.

BULGULAR

Çalışma grubumuzdaki hastalarımızın 32'si erkek, 18'i kadın olup, yaş ortalaması 37.8'dir. *Brucella* agglutinasyon litresi >1/160 olan hastalar çalışma grubuna alındı ve deri lezyonları dissémine papülonodüler erüpsüyon, eritema nodozum benzeri lezyonlar, yaygın purpura ve diffüz makülopapüler raş olarak 4 grupta değerlendirildi.

Hastalarımızın dermatolojik yönden sorgulanması ve muayeneleri sonucunda olguların 4'ünde (%8) eritema nodozum benzeri subkutan nodul, 2'sinde (%4) yaygın makülopapüler erüpsiyon saptandı (Tablo 2) (Şekil 1-2). 20 hasta tedavi öncesi ilaç kullanımı (değişik analjezikler) tanımlıyordu (%40). Döküntü saptanan hastaların hiçbirinin anamnezinde ise tedavi öncesi ilaç kullanımı yoktu.

Deri lezyonu olan hastalarda saptadığımız sistemik şikayetler Tablo 3'te gösterilmektedir.

Hastalarda deri lezyonları başlamadan önce gelişen sistemik semptomların süresi 7 gün ile 3 ay (ortalama 37.1 gün) değişti, * yordu. Bu süre ile deri lezyonları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (P>0.05).

Tablo 1, Brusellozda görülen kutane lezyonlar (6)

KONTAKTBRUSELLOZ
Brusella dermatiti
Primer inokülasyon absesi
TRANSİENT NONSPESİFİK DERİ BELİRTİLERİ
Papüler veya papüler ürtiker benzeri erüpsiyonlar
Eritema nodozum veya eritema nodozum benzeri derin dermal nodüller
Malar lupus eritematozus benzeri eriteni
Erizipel benzeri
Psoriaziform
İmpetiginöz
Pitriazis rosea benzeri
Ekzematöz
Ödem
DISSEMİNE LEZYONLAR
Multipl kutane abseler
Fasyal ve bacak skar ve ülserleri
SİSTEMİK BELİRTİLER VE KUTANÖZ-VASKÜLER LEZYONLAR
Peteşi ve purpura
Tromboflebitis ve pulmoner emboli

Tablo 2. Deri lezyonu olan brusellozlu 6 hastamızın klinik tiplerini (8)

Grup	Klinik Tipler	No (%) Hastalar
A	Dissemine papülonodüle erüpsiyon	—
B	Eritema nodozum benzeri	4 (%8)
C	Yaygın purpura	—
D	Diffüz makülopapüler raş	2 (%6)

TARTIŞMA

Bruselloz insanlara hayvanlardan kontakt yolla ve hayvan ürünleriyle geçen akut veya kronik bir enfeksiyondür. Dünyanın her yerinde görülebilir. Özellikle Avrupa, Akdeniz ülkeleri ve batı yarıkürede insidansı yüksektir. Sporadik vakalar pastörize olmayan inek ve

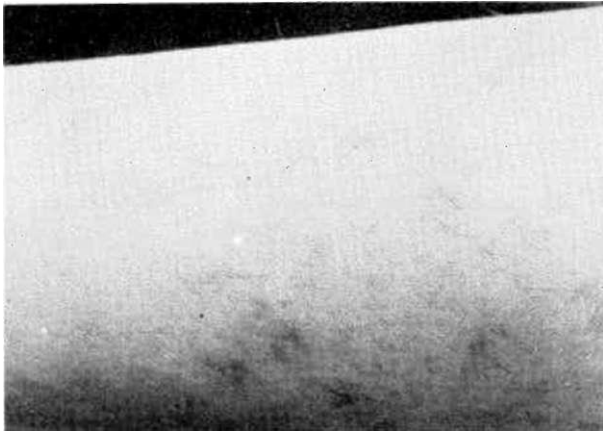
keçi sütü kullananlarda görülür. Tanıda kan kültürü, yüksek serum aglütinasyon titresi (1/160î), kemikliği ve deri lezyonlarında nonkazeöz granüloma görülmesi yardımcıdır. Klinikte en sık görülen semptomlar halsizlik, titreme, ateş, terleme, miyalji, artralji ve başağrısıdır. Sinirlilik, depresyon, iştahsızlık, konstipasyon veya diyare görülebilir. Fizik muayenede lenadenopatli, eklemelerde şişlik, hepatosplenomegali genellikle tespit edilir. Laboratuvar incelemelerinde mononükleer hücrelerde sıklıkla artış vardır (1,4,5,7,8).

Bruseillozlu hastalarda klinik bulgulara eşlik eden deri lezyonları bugüne kadar değişik tiplerde ve değişik oranlar verilerek bildirilmiştir. İlk kez 1897 yılında Hughes bakteriyolojik olarak bruselloz tanısı desteklenmiş bir hastada subkutan papüllerin saptandığını rapor etmiştir. Amerika Birleşik devletleri'nde yapılan bir çalışmada %1,5, Simpson tarafından yapılan bir değerlendirmede ise %11 oranında deri lezyonunun brusellozla birlikteliği gösterilmiştir. Arıza ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada ise kutane lezyonlar %6 oranında bildirilmiştir. Bu oranı %5-10 oranında bildiren ve lezyonları bruselloza spesifik olarak değerlendiren otörler de vardır (2,5,6,8,9).

Brusellozda görülen lezyonların etyopatogenezinde hipersensitivite mekanizmaları suçlanılmaktadır. Gerek bakteri ile direkt temas sonucu gerekse bakterinin hematogen yayılımı ile oluşan deri lezyonları bruselloz tedavisi sonucu tamamen düzelebilir (8,10).

Tedavide tetrasiklin, streptomisin, rifampin, doksisiklin veya trimethoprium-sulfamethoxazole kullanılabilir. %10-40 relaps görülebileceğinden genellikle tek ajanla tedavi önerilmemektedir. Dünya sağlık örgütünün seçimi doksisiklin (200 mg/gün)+rifampin (600-900 mg/gün) 6 hafta süreyle kullanımdır (2,7,11,12).

Brusellozlu hastalarda bildirilen kutane lezyonlar maküler, makülopapüler lezyonlar, papül, veziküler lezyonlar, psoriaziform ve impetiginöz lezyonlar ve eritema nodozumdür. Christianson ve arkadaşları enfekte bir hayvanın kanından kontaminasyon sonucu diz bölgeğinde kronik indolent ülserler gelişen bir hasta bildirdi.



Şekil 1.2. Hastalarımızdaki makülopapüler erüpsiyonun klinik görünümü

Tablo 3. Deri lezyonu olan 6 hastamızda görülen genel klinik bulgular (8)

Genel Klinik Bulgular	No	(%) Hastalar
Ateş	6	%100
Terleme	6	%100
Titreme	4	%66
Artromyalji	5	%83
Konstipasyon	1	%16
Diyare	—	—
Öksürük	1	%16
Hepatomegali	2	%33
Splenomegali	1	%16
Lenfadenopati	2	%33
Ödem	—	—

mislerdir. Arıza ve arkadaşları brusellozlu 436 hastada yaptıkları çalışma sonucunda kutanöz belirtilerin klinik ve histolojik olarak karakteristik olduğu kanısına varmışlar ve en sık papulonodular ve eritema nodozum benzeri lezyonlar saptadıklarını rapor etmişlerdir (8-12).

Goldstein ise eritema nodozum benzeri lezyonları olan brusellozlu bir hasta bildirerek etyolojik neden bulunamayan eritema nodozumlu hastalarda mutlaka bruselloz araştırılmasını önermiştir (13).

Yaptığımız çalışmada biz brusellozlu hastalarda deri lezyonu oranını %12 olarak bulduk. Kutane lezyonu olan hastalarımızda eritema nodozum benzeri lezyonlar ön plandaydı.

Biz de orijini bilinmeyen ateşle birlikte görülen özellikle makülopapüler ve eritema nodozum benzeri lezyonların ayırıcı tanısı ve etyolojisinde brusellozun düşünülmesi gerektiği sonucuna vardık. Daha geniş serilerde yapılacak çalışmaların Türk popülasyonunda brusellozlu hastalarda kutane lezyon oranını daha sağlıklı bir biçimde vereceği inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Demiş JD. Clinical dermatology. 19th rev. Philadelphia: JB Lippin Gott Comp, 1992; 3:16-45.
2. Mandell, Douglas, Bennett. Infectious diseases. 3rd ed. Churchill Livingstone Inc, 1990:1985.
3. Tüzün Y, Katogyan A, Saylan T. Dermatoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1985:107.
4. Buchanan TM, Faber LC, Feldman RA. Brucellosis in the United States 1960-1972. Anabbotoir-associated disease. I. Clinical features and therapy. Medicine 1574; 53:403-13.
5. Arnold HL, Odom RB, James WD. Andrews' diseases of the skin. 8th ed. Philadelphia, London, Toronto: WB Saunders Company, 1990:305.
6. Berger TG, Guill MA, Goette DK. Cutaneous lesions in brucellosis. Arch Dermatol 1981; 117:40-2.
7. Fitzpatrick TB, Eizen AZ, Wolff K, et al. Dermatology in general medicine. 4th ed. New York: Mc Graw-Hill Co, 1993:2356-7.
8. Arıza J, Servitçe O, Pallares R, et al. Characteristic cutaneous lesions in patients with brucellosis. Arch Dermatol 1989; 125:380-3.
9. Gee-lew BM, Nicholas EA, Hirose FM, et al. Unusual skin manifestation of brucellosis. Arch Dermatol 1983; 119:56-8.
10. Sırmatel F, Özgöztaş O, Baydar I. Cilt döküntüsü ile seyreden bir bruselloz olgusu. Lepra Mec 1993; 24:40-5.
11. Christianson HB, Pankey GA, Applewhite ML. Ulcers of skin due to brucella suis. Arch Dermatol 1968; 98:175-6.
12. Arıza J, Guidol F, Pallares R. Comparative trial of co-trimoxazole versus tetracycline streptomycin in treating human brucellosis. J Inf Disease 1985; 152:1358.
13. Goldstein RS. Erythema nodosum and brucellosis. Br Med J 1976; 809.