



## OLGU BİLDİRİSİ

# Atipik Lokalizasyon ve Klinik Prezantasyonlu Şarbon Olgusu

Dr. Muhammet Reşat Akkuş,<sup>1</sup> Prof. Dr. Mustafa Atasoy,<sup>1</sup> Doç. Dr. Kemal Özyurt,<sup>1</sup>  
Prof. Dr. İlhami Çelik,<sup>2</sup> Dr. Zehra Beştepe Dursun,<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, İntaniye Kliniği, Kayseri

**Yazışma Adresi:** Dr. . Muhammet Reşat Akkuş, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Kayseri.

E-posta: resatakkus63@gmail.com

### Özet

#### Atipik Lokalizasyon ve Klinik Prezantasyonlu Şarbon Olgusu

Küçükbaş hayvan besiciliği yapan 42 yaşında bayan hasta sağ kaşının üzerinde yara şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ kaşının üzerinde 4x3 cm boyutlarında üzeri siyah krut ile kaplı ve krut altında püy içeren lezyon ve periorbital ödem mevcuttu. Sistemik muayene bulguları normaldi. Lezyon tipik olarak şarbon düşündürmese de öyküye dayanarak şarbon araştırıldı ve yara kültürü ile tanı kesinleştirildi. Hastaya altı gün penisilin G ve doksisiklin tedavisi verildi. Hastanın lezyonu tedavi ile geriledi. Bu olguyu sunarak şarbonun ülkemizde hala endemik olduğu ve tanıda akıldan tutulması gerektiğini vurgulamanın yanı sıra tipik eskar ve ödema malignanın dışında püy içeren apse ve fronkül formasyonu şeklinde de karşımıza çıkabileceğini de vurgulamayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** : Deri şarbonu, periorbital, furonkül benzeri

Akkuş MR, Atasoy M, Özyurt K, Çelik İ, Beştepe Dursun Z. Atipik lokalizasyon ve klinik prezantasyonlu şarbon olgusu. *Dermatoz* 2017; 8 (4): dermatoz17084o1

### Abstract

#### An Unusual Location and Clinical Manifestation of Anthrax

A woman at 42 year-old and occupying with sheep and goat breeding presented with a wound on her right brow. Physical examination showed a lesion of 4x3 cm on right brow covered by black crust and containing pus under this crust and periorbital edema. Systemic examination findings were normal. Although the lesion was not typically anthrax, the anthrax was investigated due to patient history and precise diagnosis was made based on wound inoculation. Patient was treated by penicillin G and doxycycline for six days. The lesion was regressed by treatment. By reporting this case, we aimed to emphasize that anthrax is still endemic in our country and should be considered in diagnosis as well as to demonstrate that it can occur in form of pus containing abscess and furuncle formation besides typical scar and edema maligna.

**Keywords:** Cutaneous anthrax, periorbital, furuncle like

### Giriş

Şarbon, *Bacillus anthracis*'in etken olduğu koyun, keçi ve sığırlardan insanlara bulaşan zoonotik bir enfeksiyondur (1). *Bacillus anthracis* aerobik, sporlu, gram-pozitif basildir. Spor formuna dönüşebildiği için çoğu bakteriye göre dezenfektanlara daha dayanıklıdır. Şarbon basili inhalasyon, direkt temas, gastrointestinal yolla bulaşabilir (2). Olguların büyük bir kısmı mesleksel olarak hayvan besiciliği, kasap, veteriner, yün tarayıcılığı gibi hayvan teması öyküsü bulunanlarda oluşur. Klinik olarak solunum, gastro-

intestinal ve kutanöz olmak üzere üç tipe ayrılır. Kutanöz antraks olguların %95'ini oluşturur. Deri lezyonu tipik olgularda mikroorganizmanın bulaşından ortalama yedi (1-12) gün sonra eritemli bir papül gelişir. Papül geliştikten 48 saat sonra küçük bir vezikül gelişir. Vezikül ülser olur ve merkezi çökük hemorajik bir hal alır. Daha sonra yara çevresi eritemli ve ödemli bir hal alırken yara merkezinde siyah krutlu bir yara kabuğu oluşur (3, 4). Ülkemizde sıklığı azalmakla birlikte hala endemik bölgeler arasında bulunmaktayız (5). Bu olguyu sunmaktaki amacımız deri şarbonunun yukarıda anlatılan tipik

linik prezentasyonunun yanı sıra lezyonun püye içeren apse ve fronkül formasyonu ile de karşımıza çıkabileceğini vurgulamaktır. Bu şekildeki lezyonlarda da şarbon tanısını akılda tutmak hekim ve hasta için fayda sağlayabilir.

## Olgu

42 yaşında kadın hasta sağ kaşının üzerinde yara şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde lezyonun yaklaşık beş gün önce kaşının üzerinde kaşınma ve sivilce gibi bir papül ile başladığı öğrenildi. Son iki günde ise lezyonun büyüdüğünü ve gözünü çok zor bir şekilde açacak derecede periorbital ödem oluştuğunu ifade etti. Hastanın anamnezinden koyun ve keçi besiciliği yaptıkları öğrenildi.

Fizik muayenesinde; inspeksiyonda sağ kaş üzerinde 4x3 cm boyutlarında üzeri siyah krut ile kaplı lezyon görüldü. Lezyon palpe edildiğinde ise fronkül formasyonuna benzer içi püye ile dolu olduğu görüldü (**Resim 1**). Bu formasyon kutanöz şarbon kliniği için tipik değildi. Buna rağmen yaradan şarbon ön tanısı ile tetkikler yapıldı. Yaradan elde edilen püyden gram boyama ve yara kültürü, tam kan sayımı, biyokimya, tam idrar tahlili, idrar kültürü, PTZ, INR, PT, Aptt, HBV, HCV, HIV, TPHA, VDRL, CRP, ASO, Brucella aglütinasyon yapıldı. Gram boyamada; PNL görülmedi, gram (+) basil görüldü (**Resim 2**). Yara kültüründe; şarbon basili üredi. CRP:9,07 ASO:198 Brucella aglütinasyon testi:1/60 ve diğer laboratuvar sonuçları normal aralıklarda saptandı.

Göz konsültasyonunda herhangi bir patoloji saptanmadı. Sistemik muayenelerinde; kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, batın muayenesi, nörolojik muayenesi normaldi.



**Resim 1.** Bilateral dizlerde ve bacaklarda ortasında keratotik tıkaç bulunan papüller

Tedavi için servise yatırılan hastaya 6x4 MÜ penisilin G 2x100 mg doksisisiklin ve 2x8 mg deksametazon tedavisi başlandı. Üç gün içinde ödemi önemli derecede geriledi. Altı günün sonunda ödem tamamen düzeldi ve yaradaki püye de önemli derecede azaldı. Yaranın çevresindeki eritem de kayboldu.

Altı günün sonunda hasta siprofloksasin reçete edilerek poliklinik kontrolüne çağırılarak taburcu edildi.

## Tartışma

Şarbon hastalığı gelişmiş ülkelerde halen nadir olmayan hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu hastalık üç ana form olarak deri, gastrointestinal ve pulmoner sistemleri etkilediği için çoğu branştaki doktorların akılda tutması gereken bir tanıdır (2). Bu tutulumlar içinde ise %95 ile en sık prezentasyonu deri şarbonudur (3). Deride oluşan bu hastalıkta en sık yerleşim minör abrazyon yerlerinden bakterinin cilde girişi ile oluşur. Dolayısıyla deri şarbonunun en sık etkilediği bölgeler; eller, kollar, yüz ve boyundur (4,5). Bu hastalığa yaz ve sonbahar aylarında diğer dönemlere göre daha sık rastlanır (6). Eğer deri şarbonuna ek olarak ateş ve diğer sistemik belirtiler gelişirse deri dışı tutulumu yönelik kan kültürü alınarak araştırılmalıdır. Klasik deri şarbonunda tipik lezyon eskar ve ödema malignadır (3,7). Fakat sunduğumuz olguda ise bu bulgulara ek olarak içi püye ile dolu fronkül benzeri lezyon mevcuttu.

Deri şarbonunun ayırıcı tanısında kahverengi münzevi örümcek sokması, çeşitli riketsiyal hastalıklar,



**Resim 2.** Lezyonların yakından görünümü

yumuşak doku enfeksiyonları (selülit, erizipel), orf, sütçü nodülü, fırsatçı bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar, ülseroglandüler tutulum paterni yapan hastalıklar (tularemî) ve layşmanya yer almaktadır (8). Vakamızdaki klinik prezantasyon tipik olmadığı için apse yapısı ile karşımıza çıkan tüm hastalıklar ile kolayca karışıp tedavisi gecikebilir. Bu nedenle bu tutulumun da akılda tutulması önem arz etmektedir.

Toksik şok, havayolu obstrüksiyonu, temporal arter inflamasyonu, subkutan doku nekrozu ve enfeksiyonu, derin sikatrisler ve gözkapağı deformiteleri deri şarbonunda görülebilecek komplikasyonlardır. Kompartman sendromu, menenjit ve sepsis gibi ciddi komplikasyonlar da görülebilir (9,10).

Şarbon hastalığı hayvanlarla veya hayvan ürünleri ile temas sonrası bulaştığı için anamnezde bunların sorgulanması klinik önem teşkil etmektedir (11).

### Kaynaklar

1. LaForce FM. Anthrax. Clin Infect Dis 1994; 19: 1009-1013; quiz 1014.
2. Hashemi SA, Azimian A, Nojumi S, Garivani T, Safamanesh S, Ghafouri M. A case of fatal gastrointestinal anthrax in north eastern iran. Case Rep Infect Dis 2015; 2015: 875829
3. Millett C R, Halpern A V, Reboli A C and Heymann W R. Infections, Infestations and Bites, Bacterial Disease, Dermatology'de. 3. Baskı, Bologna J, Jorizzo JL, Schaffer JV, ve ark (Eds), Elsevier, Philadelphia 2012; Vol 1, 1205.
4. Ozkurt Z, Parlak M, Tastan R, ve ark. Anthrax in eastern Turkey, 1992–2004. Emerg Infect Dis 2005; 11: 1939–1941.
5. Irmak H, Buzgan T, Karahocagil MK, ve ark. Cutaneous manifestations of anthrax in Eastern Anatolia: a review of 39 cases. Acta Med Okayama 2003; 57: 235–240.
6. Ozkol HU, Karadas S, Sunnetcioglu M, ve ark. The evaluation of clinical and laboratory findings of 63 inpatient with cutaneous anthrax: characteristics of cutaneous anthrax in Turkey. Turkderm 2014; 48: 197–203.
7. Swartz MN. Recognition and management of anthrax--an update. N Engl J Med 2001 29; 345: 1621-1626.
8. Ertek M. Şarbonun ülkemizdeki durumu. ANKEM 2011; 25: 88-91
9. Tekin R, Sula B, Deveci O, ve ark. Cutaneous anthrax in Southeast Anatolia of Turkey. Cutan Ocul Toxicol 2015; 34: 7–11.
10. Parlak E, Aydın A, Parlak M. Cutaneous anthrax cases leading compartment syndrome. J Microbiol Infect Dis 2013 ;3: 214–217.
11. Gulacti U, Ustun C, Erdogan MO. A small cutaneous anthrax epidemic in Eastern Turkey. J Microbiol Infect Dis 2012; 2: 9–13