



# Çocuklarda Nedeni Bilinmeyen Ateş ve Psödotümör Serebrinin Nadir Nedenlerinden: Akdeniz Benekli Ateşi

A Rare Cause of Fever of Unknown Origin and Pseudotumor Cerebri in Children: Mediterranean Spotted Fever

Nurhayat Karakaya<sup>1</sup>(ID), Yalçın Kara<sup>2</sup>(ID), Mahmut Can Kızıl<sup>2</sup>(ID), Coşkun Yazar<sup>3</sup>(ID), Tercan Us<sup>4</sup>(ID), Ömer Kılıç<sup>2</sup>(ID), Ener Çağrı Dinleyici<sup>5</sup>(ID)

<sup>1</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>2</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>3</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>4</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>5</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

**Makale atfı:** Karakaya N, Kara Y, Kızıl MC, Yazar C, Us T, Kılıç Ö, ve ark. Çocuklarda nedeni bilinmeyen ateş ve psödotümör serebrinin nadir nedenlerinden: Akdeniz benekli ateşi. J Pediatr Inf 2024;18(4):249-250.

## Editöre

*Rickettsiae*, gram-negatif bakterilere benzer hücre membranlarına sahip zorunlu hücre içi bakterilerdir (1). *Rickettsia conorii*, Akdeniz benekli ateşinin (ABA) etkenidir. En yaygın başvuru semptomları ateş, baş ağrısı, kusma ve döküntü olmakla birlikte, farklı klinik semptomlar da gösterebilir. Riketsiyal hastalıkların prevalansı tüm dünyada artmakla birlikte, hastalığın tanımlanması ve ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması zor olabilmektedir (2,3). Bu yazıda, nedeni bilinmeyen ateş ve psödotümör serebri klinik bulguları ile başvuran bir ABA hastası sunulmuştur.

Yaklaşık 10 gündür devam eden yüksek ateş, baş ağrısı, kusma, miyalji ve döküntü şikayetleri ile kliniğimize başvuran 17 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde kollarında pembe-mor renkli 3 x 3 cm boyutlarında döküntü saptandı (Şekil 1). Dikkat çekici laboratuvar test sonuçları aşağıdaki gibiydi: WBC= 6500/mm<sup>3</sup>, trombosit= 122.000/mm<sup>3</sup>, C-reaktif protein= 148 mg/L, ALT= 163 U/L ve AST= 117 U/L.

Takip sırasında çift görmeye eşlik eden baş ağrısı, beyin omurilik sıvısı (BOS) materyali elde etmek için lomber ponksiyon

uygulanmasını gerektirdi. Beyin omurilik sıvısı basıncı 34 cm/H<sub>2</sub>O ve glukoz konsantrasyonu 71 mg/dL (kan glukozu= 104 mg/dL) idi (7-15). Fundus muayenesinde papilödem saptandı. Kraniyal ve orbital manyetik rezonans görüntü taramalarında optik sinirler bilateral tortoize ve intrakraniyal basınç yüksekti. Bu bulgulara dayanarak psödotümör serebri (idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon) ön tanısı düşünüldü ve asetazolamid tedavisi başlandı. Takipte trombositopeni ve lenfopeniye yüksek akut faz reaktanları eşlik etti. Pediyatrik hematoloji bölümü tarafından yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisinde blast hücre varlığı gösterilemedi. Kolajen doku hastalıklarını dışlamak için pediyatrik romatoloji bölümünden istenen Anti-nükleer antikor, Anti-ds DNA, C3, C4 testlerinin sonuçları normal sınırlardaydı. Yüksek ateş ve eşlik eden semptomlar devam ediyordu ve biyokimyasal ve invaziv test sonuçlarına dayanarak bir tanıya varamadık. Daha sonra hastanın aralıklı olarak ormanda çalıştığını, zaman zaman böcek ve kene ısırıklarına maruz kaldığını öğrendik. Referans bir laboratuvara gönderilen kan örneği Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve riketsiyal hastalıklar açısından incelendi. İndirekt immüno Floresan testinde (IFA) *R. conorii* IgM 1/192 (<1/64) pozitif bulunmuştur. Avrupa Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (ESCMID), ESCAR çalışma

## Yazışma Adresi/Correspondence Address

Nurhayat Karakaya

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Eskişehir, Türkiye

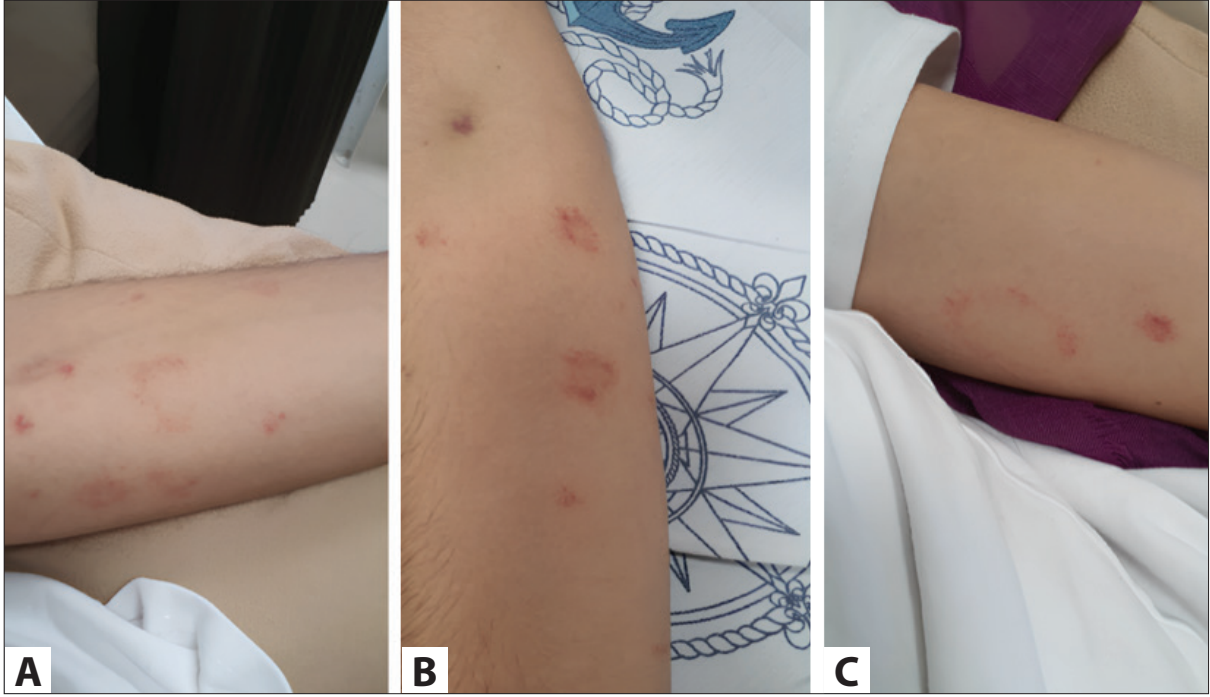
E-mail: nurhayatkarakaya@yahoo.com

Geliş Tarihi: 18.01.2024

Kabul Tarihi: 28.03.2024

Çevrim İçi Yayın Tarihi: 13.12.2024

©Telif Hakkı 2024 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği. Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.



**Şekil 1. A.** Ön kol ön yüzde riketsiyal makülopapüller döküntü. **B.** Bacakta riketsiyal makülopapüller döküntü. **C.** Ön kol arka yüzde riketsiyal makülopapüller döküntü.

grubu (ESCMID Study Group for *Coxiella*, *Anaplasma*, *Rickettsia* ve *Bartonella*) tanı kriterlerine dayanarak ABA tanısı (tanı skoru= 31) konuldu ve doksisisiklin tedavisi başlandı (3). Tedavinin üçüncü gününde oral asetazolamid tedavisine devam edilmesi ve oral doksisisiklin tedavisinin 10 güne kadar sürdürülmesi önerilerek taburcu edildi.

Ülkemiz riketsiyoz için endemik bölgede olmasına rağmen semptomlarının yeterince tanınmaması ve farkındalığının olmaması zorlu bir konudur. Özellikle yaz aylarında tipik ABA semptomları olan hastalarda kırsal alanda ikamet ve kene maruziyeti mutlaka sorgulanmalıdır (2-5). Akdeniz benekli ateşinden şüphelenilen vakalarda, IFA gibi altın standart tanısal laboratuvar testlerine erişim kolaylaştırılmalıdır. Akdeniz benekli ateşi tanılı hastaların atipik klinik bulgularla da başvurabileceği akılda tutulmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Dumler JS. Spotted fever group rickettsioses. In: Nelson Textbook of Pediatrics. Behrman RE, Kliegman R, Arvin AM, Nelson WE (eds), WB Saunders Co., Philadelphia PA. 1999; pp. 922- 5.
2. Kuloglu F, Rolain JM, Aydoslu B, Akata F, Tugrul M, Raoult D. Prospective evaluation of rickettsioses in the Trakya (European) region of Turkey and atypical presentations of *Rickettsia conorii*. Ann N Y Acad Sci 2006;1078:173-5. <https://doi.org/10.1196/annals.1374.031>
3. Brouqui P, Bacellar F, Baranton G, Birtles RJ, Bjoersdorff A, Blanco JR, et al. ESCMID Study Group on *Coxiella*, *Anaplasma*, *Rickettsia* and *Bartonella*; European Network for Surveillance of Tick-Borne Diseases. Guidelines for the diagnosis of tick-borne bacterial diseases in Europe. Clin Microbiol Infect 2004;10(12):1108-32. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2004.01019.x>
4. Ravish ME, Krowchuk DP, Zapadka M, Shetty AK. A 6-year-old girl with fever, rash, and increased intracranial pressure. J Emerg Med 2013;45(2):186-9. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.11.038>
5. Buckingham SC, Marshall GS, Schutze GE, Woods CR, Jackson MA, Patterson LE, et al. Tick-borne Infections in Children Study Group. Clinical and laboratory features, hospital course, and outcome of Rocky Mountain spotted fever in children. J Pediatr 2007;150(2):180-4, 184.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.11.023>