

diğer aile bireylerinin bruselloz yönünden incelendiği 3 ileri dönük çalışmada aile üyelerinde %13-20 oranında seropozitivite ve %10-12 oranında akut bruselloz tespit edildiği bildirilmiştir (3-5).

Sonuç olarak bir hastaya bruselloz tanısı konulduğunda diğer aile üyelerinin hem belirti ve bulgular yönünden değerlendirilmesinin hem de serolojik testlerin yapılmasının önemini vurgulamak isterim. Böylece henüz asemptomatik olan enfekte kişilere veya semptomatik olduğu halde henüz tanı konulmamış olanlara tanı konulması ve komplikasyonlar gelişmeden erken tedavi olanağı sunulması mümkün olabilir.

Saygılarımla,

### Dr. Ayşe Palanduz

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, *İstanbul, Türkiye*  
Tel: +90 212 414 20 00 / 32652  
E-posta: apalanduz@yahoo.com  
doi:10.5152/ced.2011.42

### Kaynaklar

1. Çelebi S, Hacimustafaoğlu M, Demirtaş F, Salı E, Gül Ü, Özel M. Çocukluk Çağında Bruselloz. J Pediatr Inf 2011; 5: 59-62.
2. Palanduz A, Telhan L, Kadioğlu LE, Erdem E, Öztürk AO. Çocukluk Çağında Bruselloz: 43 Olgunun Değerlendirilmesi J Pediatr Inf 2007; 1: 139-42.
3. Alsubaie S, Almuneef M, Alshaalan M, et al. Acute brucellosis in Saudi families: relationship between brucella serology and clinical symptoms. Int J Infect Dis 2005; 9: 218-24. [CrossRef]
4. Sharifi-Mood B, Metanat M, Alavi-Naini R. Screening of the family members of patients with acute brucellosis in Southeast Iran. Indian J Med Microbiol 2007; 25: 176-7. [CrossRef]
5. Almuneef MA, Memish ZA, Balkhy HH, et al. Importance of screening household members of acute brucellosis cases in endemic areas. Epidemiol Infect 2004; 132: 533-40.

### Çocukluk Çağında Bruselloz

Sayın Editör,

Derginizin 2011 yılı 5. sayısında yayınlanan Çelebi ve ark.'nın (1) "Çocukluk Çağında Bruselloz" başlıklı yazısını ilgi ve dikkatle okudum. Ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olan brusellozun, son yıllarda ülkemizde ve Ege Bölgesi için özellikle iç Ege Bölgesi'nde arttığı dikkatimizi çekmektedir. Brusellozun laboratuvar tanısında kültür, seroloji ve polimeraz zincir reaksiyonu gelmektedir. Kültür en ideal tanı yöntemi olsa da, etkenin oldukça yavaş üremesi ve standart kan kültürü ile etkenin üretilmesinin oldukça güç olması bu tanı yönteminin duyarlılığını düşürmektedir. Bu nedenle günümüzde serolojik testler bruselloz tanısında sıkça kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan tüp aglütinasyon testinin (Wright) 1/160 ve üzerindeki

titreleri, genellikle aktif enfeksiyonu olan olgularda bruselloz tanısı destekler. Hastalığın erken evrelerinde bu titreler düşük olsa da, ilerleyen haftalarda artış gösterir (2). Bu yazıda bruselloz tanısı alan bazı olguların tüp aglütinasyon testi titreleri 1/80 olarak belirtilmiştir. Bu olguların bruselloz için laboratuvar tanılarının kültür ya da izlemde titre artışlarıyla mı konulduğu yazıda tam olarak anlaşılmamaktadır.

Bruselloz tanısı alan olguların diğer aile üyelerinde de bruselloz olabilir. Bu yazıda 20 olgunun (%32.3) ailesinde bruselloz öyküsünün varlığı belirtilmiştir. Almuneef ve ark'ı (3) yaptıkları çalışmada, 55 akut bruselloz tanılı olgunun aile bireylerini (n=404) bruselloza yönelik serolojik olarak taramışlar ve aile bireylerinin %13'ünün seropozitif olduğunu, bu seropozitif olguların %74'ünün ise semptomatik olduğunu göstermişlerdir. Bu nedenle, akut bruselloz tanısı alan olguların tüm aile bireylerinin yakınma ve bulguları irdelenip, serolojik taramaları yapılmalıdır. Bu yaklaşımın, brusellozun halen endemik olduğu ülkemizde hastalığın kontrolünde oldukça yararlı olacağı kanısındayım.

Brusellozda rölaps, gelişen direnç ile ilişkili değildir. Rölaps genellikle uygun doz, kombinasyon ve sürede kullanılmamış antiyotik tedavisi ile ilişkilidir. Tekli ilaç tedavisi, yüksek relaps oranları nedeniyle tercih edilmemektedir. Kombine ve uzun süreli tedavi uygulamaları ile rölaps oranları oldukça azalmıştır. Amerikan Pediatri Akademisi bruselloz tedavisinde, tedavi rejimine rifampisin eklenmesinin rölaps oranlarını azaltacağını vurgulamaktadır (4). Bu yazıda %4.8 oranında rölaps saptanmış ve bu olguların tamamının kısa süreli tedavi aldığı belirtilmiştir. Bu bilgiler ışığında çocukluk çağında bruselloz tedavisinde tekli ilaç tedavilerinden kaçınıp, mutlaka uzun dönemde (En az 6 hafta) kombine tedaviler uygulanmalıdır. Ayrıca gerek tedavi süresine, gerekse tedavi dozlarına tam uyumu sağlamak için aileler ayrıntılı bilgilendirilmeli ve tedavi sürecinde olguların tedaviye uyumu denetlenmelidir.

Sonuç olarak, ülkemizde endemik bir zoonotik hastalık olan bruselloz hakkında bu gibi bilgilendirici ve hatırlatıcı yazıların yayınlanması, hastalığın hekimler tarafından hatırlanması kadar, ülkemizde bölgeler arasında olgu serilerinin karşılaştırılabilmesi açısından da oldukça önemlidir.

### Dr. Dilek Yılmaz Çiftdoğan

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Birimi,  
Manisa, Türkiye  
Tel: +90 236 232 31 33  
E-posta: drdilekyilmaz@hotmail.com  
doi:10.5152/ced.2011.43

## Kaynaklar

1. Çelebi S, Hacımustafaoğlu M, Demirtaş F, Salı E, Gül Ü, Özel M. Çocukluk Çağında Bruselloz. J Pediatr Inf 2011; 5: 59-62.
2. Mantur BG, Akki AS, Mangalgi SS et al. Childhood brucellosis: A microbiological, epidemiological and clinical study. J Trop Pediatr 2004; 50: 153-7. [\[CrossRef\]](#)
3. Almuneef MA, Memish ZA, Balkhy HH, et al. Importance of screening household members of acute brucellosis cases in endemic areas. Epidemiol Infect. 2004; 132: 533-40.
4. American Academy of Pediatrics. Brucellosis. In: Pickering LK, editors. 2009 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2009: 2379. [\[CrossRef\]](#)