

# Loxosceles Isırığına Bağlı Gelişen Nekrotizan Araknidizm: Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

*Necrotizing arachnidism from loxosceles spider bite: a case report and review of literature*

Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Turk J Emerg Med* 2006;6(4):181-185

Ataman KÖSE,<sup>1</sup> Yıldırım ÇETE,<sup>2</sup> Cenker EKEN,<sup>2</sup> Beril KÖSE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep  
<sup>2</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya

## ÖZET

Örümcek ısırıkları, özellikle de *Loxosceles* örümceği ısırıkları sonrası çoğunlukla basit cilt lezyonları görülmesine karşın, nadiren de olsa bulantı, kusma, eklem ağrısı, hemoliz, trombositopeni, renal yetmezlik ve DIC gibi sistemik toksisite bulguları da görülebilir. Sistemik ve kutanöz semptomların bir arada bulunduğu klinik tablo *Loxoscelism* olarak adlandırılır. Genellikle asemptomatik olan ve ekstremitelerde eritem şeklinde başlayan cilt lezyonu; skar oluşumuna kadar giden şiddetli cilt ülserasyonuna, nekroza, ısırılan bölgenin fonksiyon kaybına ve amputasyonuna neden olabilir. Bu tablo "Nekrotizan Araknidizm" olarak adlandırılır. Bu nedenle *Loxosceles* türü örümceklerin ısırıklarının erken tanı ve tedavisinin sağlanması sistemik komplikasyonlar ve lokal komplikasyonları önlemek açısından önem taşır. Bu yazıda örümcek ısırığına bağlı olduğu düşünülen, küçük bir eritem olarak başlayıp tedaviye rağmen iki üç hafta içinde nekroza giden ve cerrahi debridman gerektiren bir olgu ile örümcek ısırıklarına yaklaşım literatür ışığı altında anlatıldı.

**Anahtar sözcükler:** Araknidizm/tanı/tedavi; Brown Recluse; cilt nekrozu; *Loxosceles rufescens*; örümcek ısırığı.

## SUMMARY

Commonly, simple cutaneous lesions are seen after spider bites, especially with *loxosceles* species. However, systemic findings of nausea, vomiting, arthralgia, hemolysis, thrombocytopenia, renal failure and DIC rarely occur after spider bites. *Loxoscelism* defined as the combined presentation cutaneous and systemic findings together. The cutaneous lesion which is usually asymptomatic emerges as an erythematous may progress to ulceration and necrosis leading to amputation, loss of extremity function and eschar formation. It is essential to consider the diagnosis of *loxoscelism* in the differential diagnosis of insect bites in order to arrange close follow-up and minimize the local and systemic complications. In this study we present a patient who was treated in the emergency department with a erythematous cutaneous lesion which progressed to necrosis in a 2-3 week period and required surgical debridment. We also review the literature of spider bites and their treatment in the emergency department.

**Key words:** Arachnidism/diagnosis/therapy; Brown Recluse; coetaneous necrosis; *Loxosceles rufescens*; spider bite.

## İletişim (Correspondence)

Dr. Ataman KÖSE

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Hastanesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı,  
27310 Gaziantep, Turkey  
Tel: +90 - 342 - 360 60 60 / 77123  
Faks (Fax): +90 - 342 - 360 39 28  
e-posta (e-mail): akose@gantep.edu.tr

## Giriş

*Loxosceles* türü örümcekler, arka sefalotoraksında belirgin keman biçimli görünümü olan uzun bacaklara, kısa kıllı vücuda ve üç çift göze sahip örümcek türüdür.<sup>[1-4]</sup> *Brown Recluse*; Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Güney Merkez ve Orta Batı endemik aralığında bulunan en yaygın türlerden biri iken, bizim ülkemizde bulunan tek *Loxosceles* türü, *Loxosceles rufescens*'dir.<sup>[5]</sup>

*Loxosceles* türü örümcekler ilkbahar-sonbahar gecelerinde en aktif olup, venomu *Loxoscelism* denilen lokal cilt lezyonlarına ve sistemik toksisiteye neden olur.<sup>[1,2,3,6]</sup> Nekrotizan araknidizm *Loxosceles* türü örümceklerin neden olduğu skar dokusu ile iyileşen ülserle cilt lezyonlarına denir. *Loxosceles* türü örümcekler arasında beşi nekrotizan araknidizme neden olabilir. Bunlardan en iyi tanımlanmış olanı *Loxosceles reclusa*'dır (Brown Recluse). *Loxosceles rufescens*, *L. desert*, *L. arizonoca* ve *L. latea* nekrotizan araknidizme neden olan diğer *Loxosceles* türleridir.<sup>[7]</sup> *Loxosceles* türü örümceklerin venomu; hiyaluronidaz, alkalın fosfataz, ribonükleotid fosforilaz, esteraz, sfingomyelinaz D (SMD) ve protein yapılı multipl enzimlere sahiptir.<sup>[1-3]</sup> SMD nekrozdan sorumlu majör enzim olup, direkt eritrosit lizisi, kompleman aktivasyonu, *in vitro* platelet aktivasyonu, tromboz ve iskemi içeren çeşitli etkileri vardır.<sup>[6]</sup> *Loxosceles* ısırıklarında, ısırık yerinde başlangıç olarak genelde hafif duyarlılık ve kaşıntılı eritematöz lezyon tipiktir. Bu lezyon 3-4 gün sonra nekrotik hal alabilir.<sup>[6]</sup> Sistemik etkiler nadirdir, çocuklarda daha sık görülür. Sistemik etkiler; bulantı, kusma, ateş, titreme, artralji, hemoliz, trombositopeni, hemoglobinüri ve renal yetmezlikdir. Dissemine intravasküler koagülasyon (DİC) ve ölüm son derece nadirdir.<sup>[2,3]</sup>

Bu yazıda, *Loxosceles* türü örümcek ısırığına bağlı olduğu düşünülen, küçük bir eritem olarak başlayıp tedaviye rağmen

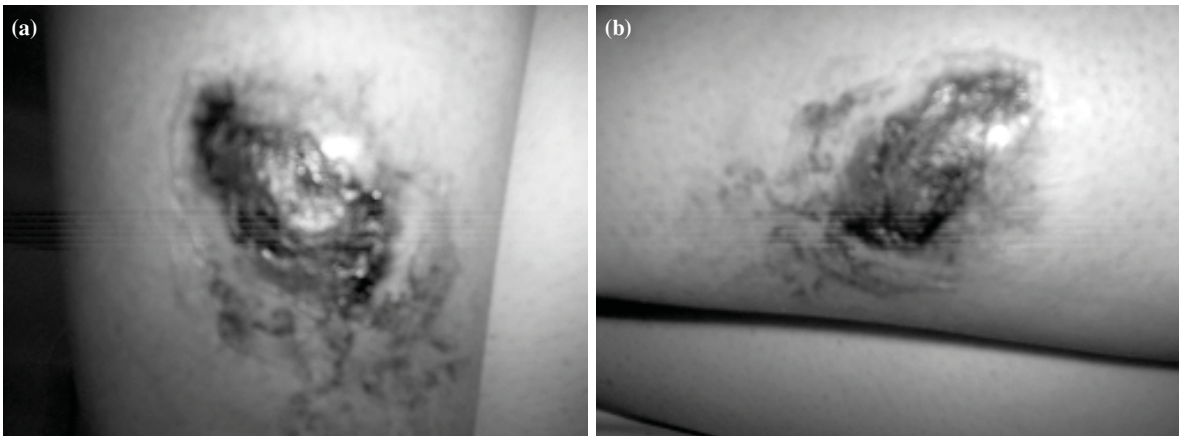
iki üç hafta içinde nekroza giden ve cerrahi debridman gerektiren bir olgu ile örümcek ısırıklarına yaklaşım literatür ışığı altında değerlendirildi.

## Olgu Sunumu

Daha önceden herhangi bir hastalığı bulunmayan 24 yaşındaki kadın hasta uygulanan çeşitli tedavilere rağmen düzelmeyen, bacağına yara ve şişlik şikayeti ile üçüncü basamak sağlık hizmeti veren merkezimize başvurdu. Hastanın hikâyesinde, iki hafta önce sol baldırında hafif iğnenme hissi ve sonra küçük sivilce şeklinde bir kızarıklıkla lezyonun oluştuğunu, daha sonra bacakta ağrı ve uyuşukluk geliştiğini ifade etti. Hasta ilk birkaç gün kendisi soğuk uygulama ve ağrı kesici ile lezyonu tedavi etmeye çalıştığını, ancak lezyonun giderek büyüdüğünü ve şiddetli ağrı başladığını bunun üzerine, dış merkezde bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu bildirdi. Burada yumuşak doku enfeksiyonu düşünülerek geniş spektrumlu antibiyotik ve analjezik başlanmasına rağmen, yara daha da büyüyerek ortası siyahlaşmaya ve yara etrafında kızarıklık halka şeklinde artmaya başlamıştı.

Hastanın başvuru sırasında genel durumu iyi, şuuru açık, oryante, koopere ve Glaskow Koma Skoru 15 idi. Vital bulguları (kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 80 atım/dk, vücut ısısı 37°C ve solunum sayısı 16 soluk/dakika) normaldi.

Fizik muayenesinde sol baldırda (sol kruris posteriorunda) 6x6 cm çapında, etrafı halka şeklinde hiperemi ve ısı artışının eşlik ettiği ortası siyah, ciltten kabarık, ülserle cilt nekrozu ve ülser kenarından seröz akıntı vardı (Şekil 1a, b). Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulguları lökosit (WBC): 7200 / $\mu$ L, hemoglobin (Hb): 13.6 g/dL, hematokrit (Htc): %40, trombosit: 303000 / $\mu$ L, glukoz: 136 mg/dL, C-reaktif protein (CRP): 0.65 mg/dL, sedimentasyon hızı 12



Şekil 1. (a, b) Olgunun sol baldır bölgesinde izlenen ülserle cilt lezyonu.

mm saat ve kruris grafisi (tibia iki yönlü) normaldi. Bu bulgular doğrultusunda hastanın lezyonunun nedeninin örümcek sokmasına bağlı olabileceği düşünüldü ve plastik cerrahi ile konsülte edildi. Etrafında lokal inflamasyon bulgularının eşlik ettiği nekroze bir lezyon olduğu için, hasta plastik cerrahi tarafından debridman amacı ile ameliyata alındı. Ameliyatla alınan numune kültür için mikrobiyolojiye ve histopatolojik tanı için patolojik incelemeye gönderildi. Mikrobiyoloji sonucu cilt florası dışında mikrobiyal ajan üremedi. Histopatolojik inceleme sonucuna göre nötrofil (PMN) hâkimiyeti vardı. Ameliyat sonrası plastik cerrahi kliniğine yatırılan hastaya ikincil enfeksiyon için profilaktik antibiyoterapi ve günlük pansuman uygulandı. Örümcek ısırığı olduğunu düşündüğümüz hasta ikinci günün sonunda günlük pansuman ve plastik cerrahi poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Hastanın kontrollerinde sorun yaşanmazken, ek bir patolojiye de rastlanılmadı.

### Tartışma

Ülkemizde örümcek ısırığına bağlı nekrotizan araknidizm gelişen tek olgu Atilla ve ark.<sup>[8]</sup> tarafından bildirilmiştir. Atilla ve ark. bildirdikleri bu olgunun *Brown Recluse* ısırığına bağlı olabileceği üzerinde durmuşlardır ancak ülkemizde şu ana kadar tanımlanan tek *Loxosceles* türü, *Loxosceles rufescens*'dir.<sup>[5]</sup> 2006 yılında Yunanistan'dan Stefanidou ve ark.<sup>[9]</sup> dördü dökümente, diğer dokuzu ise hastaların tanımlarına göre saptanan *Loxosceles rufescens*'in neden olduğu 13 nekrotizan araknidizm olgusu bildirmiştir. Bu bildiri *Loxosceles rufescens*'in nekrotizan araknidizme neden olduğunu tanımlayan önemli bir çalışmadır. *Loxosceles* ısırıklarında, özellikle *Brown Recluse* ısırıklarında görülen ve nekrotizan araknidizme neden olan hiyalurodinaz, proteaz ve sfingomyelinaz enzimleri *Loxosceles rufescens*de de tanımlanmıştır.<sup>[10]</sup> *Loxosceles* ısırıklarına bağlı cilt lezyonları başlangıçta genellikle hafif bir iğne batması şeklinde başlar ancak bazı olgular geç dönemde cilt nekrozu gelişmiş olarak, özellikle de plastik cerrahisi ve dermatoloji bölümlerine başvurlar.

Sunduğumuz olgu, literatürde daha önceden bildirilmiş olan olgularda olduğu gibi,<sup>[1,6,11,15]</sup> 2-3 hafta boyunca basit bir cilt enfeksiyonu ve yara olarak düşünülmüş, çeşitli tedavilere (analjezik, geniş spekturumlu antibiyotik, soğuk uygulama) rağmen düzelmemiştir. Bununla beraber lezyon giderek büyümüş ve bacakta şiddetli ağrı, yürümede zorluk ve ciltteki yara, etrafında geniş halo şeklinde hiperemisi olan, ortası siyah ülser nekroza dönüşmüştür. Bu lezyonun görülen basit cilt lezyonlarına benzememesi, hastanın genç ve herhangi şiddetli sistemik hastalığının olmamasından dolayı lezyonun

**Tablo 1.** Sams ve ark.nın tedavi ve prognoz tahmini için geliştirdikleri skala.<sup>[11]</sup>

Şiddet	Evre	Tanımlama
Hafif	1	Hafif eritem, noktalanma, nekroz yok
Orta	2	Eritem, hafif ödem, vezikül; cilt nekrozu <1 cm <sup>2</sup>
Şiddetli	3	Aşırı eritem, ödem, bül, ülser; cilt nekrozu >1 cm <sup>2</sup>

örümcek ısırığına bağlı gelişmiş olabileceğini düşündük. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde, küçük bir kızarıklık yaklaşık iki hafta içinde nekroza dönüşmüştü. Tipik cilt lezyonları, genç yaş, gece uyuyup sabah kalktığında olması, herhangi sistemik hastalığın olmaması ve lezyonun aldığı tedavilere rağmen ilerlemesi anamnezinden yola çıkılarak ve hastanın kliniğinin literatürdeki *Loxosceles* türü örümcek ısırıkları ile örtüşmesinden dolayı, hastanın lezyonunun yüksek olasılıkla örümcek ısırığına bağlı olabileceği düşünüldü.

*Loxosceles* ısırığından sonra ısırık yerinde ilk 6-12 saat içinde kaşıntı, ağrı, hafif eritem gelişir. Isırığın en yaygın özelliği olan eritematöz lezyon birkaç gün-hafta içinde nekroz olmaksızın skarsız veya az bir skarla iyileşebilir, yaklaşık olarak %20 oranında gelişen nekrotik ülselerin iyileşmesi aylar olabilir ve kalıcı skarlaşma ile sonuçlanabilir.<sup>[3,12,13]</sup> Ara sıra daha şiddetli lokal reaksiyonlar ve ısırktan saatler sonra şiddetli ağrı oluşabilir. Eritem alanı ilk 24 saat içinde yayılır ve mavimsi-mor bir hale döner. Bu lezyon 3-4 gün sonra büllöz formasyonu, siyanoz ve hiperestezi bulguları içeren cilt nekrozu haline gelebilir.<sup>[3,11]</sup> Hastalarda günler-haftalar sonra nekrotik cilt ülseleri (nekrotizan araknidizm) gelişebilir. Bu lezyonlar sıklıkla zor iyileşir ve önemli kozmetik defektle sonuçlanabilir.<sup>[14]</sup> Nadiren nekrotik ülseler pyoderma gangrenozuma ilerleyebilir. Sonuç olarak cilt lezyonları, hafif bir lezyondan nekrotik ülsere kadar ilerleyebilir. Lezyonun şiddeti Sams ve ark.nın<sup>[11]</sup> tedavide karar verme ve prognoz için geliştirdikleri skala ile saptanabilir (Tablo 1). Bu skalaya göre olgumuzdaki lezyon evre 3 olarak tanımlanabilir. SMD'nin nekrotik yaradaki patolojik etkileri eritrosit lizis, kompleman aktivasyonu, nötrofil (PMN) aktivasyonu, trombosit agregasyonu ve trombozisi içerir.<sup>[16]</sup> Bizim hastamızda da patoloji sonucu yoğun nötrofil aktivasyonu vardı. Isırıkların %10'undan daha azında şiddetli reaksiyonlar ve sistemik etkiler görülür. Bu etkiler daha çok yaşlı ve küçük çocuklarda görülür.<sup>[15,16]</sup> Sistemik etkiler ile kutanöz reaksiyonun şiddeti arasında korelasyon yoktur. Lokal doku reaksiyonları sistemik *Loxoscelismе* uzanmaz.<sup>[2,13,15]</sup> Bu nedenle bu olguda sistemik komplikasyonlar görülmemiştir. Dermonekrotik lezyonların birçok nedeni vardır. Ayırıcı tanıda bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar, vi-

rüsler, ilaç reaksiyonları, piyoderma gangrenozum, nekrotizan fassitis, tromboembolik fenomen, fokal vaskülit, Lyme hastalığı, neoplazmlar, kimyasal yanıklar ve diğer arthropot ısırıkları düşünülmelidir. Bu hastalıkların çoğu basit yöntemlerle teşhis edilebilir.<sup>[6,16,18]</sup> Olgumuzda nekrotik cilt lezyonlarının diğer nedenlerini; gerek lezyonun klinik seyri ve hikâyesi gerekse tanısız çalışmalar ile ekarte ettiğimiz için, nekrotik ülser ile örümcek ısırığı arasında ilişki olabileceğini düşündük. Yine de dermonekrotik lezyon varlığında, acil hekim olası nedenlerin bütününi düşünmeden örümcek ısırığı tanısında acele etmemelidir. *Loxosceles* ısırıklarının tanısı için herhangi bir spesifik seroloji, biyokimyasal ve histolojik bulgu olmadığından, kesin tanıyı koymak zordur.<sup>[6]</sup> Tanıda klinik bulguların örümcek ısırığı ile uyumlu olması (tipik ağrı ve cilt lezyonları) veya endemik bölgelerde ikamet etmesi önemlidir.<sup>[6]</sup> Hastamız Antalya'da yaşamasına rağmen şehir dışına seyahat hikâyesi olup gittiği bölgede şikâyetleri başlamıştır. Örümcek zehrinin tanımlanmasında henüz klinik kullanıma girmiş laboratuvar testleri olmadığından, tanı klinik olarak hikâye, semptomlar ve belirtiler kombinasyonuna dayanarak yapılır ki, bizim olgumuzda da benzer yolla örümcek ısırığı olabileceği düşünülmüştür.

*Loxosceles* ısırıklarının tedavisi tartışmalıdır ve konservatif yaklaşımdan ilaç tedavisine ve cerrahi girişime kadar farklı yaklaşımlarda bulunulabilir. Bu yaralanmaların tedavisi için öneriler primer olarak kontrolsüz çalışmalar ve anektodal gözlemler temeline dayanır. Kontrollü tedavi çalışmaları hayvanlarda tanımlanmıştır, fakat insanlarda kullanılan çeşitli tedavileri destekleyen az sayıda deneysel kanıt bulunur. Başlangıç tedavisi; istirahat, buz kompres, etkilenen bölgenin elevasyonu ve gerekirse analjezik-antipiretikler içeren konservatif yaklaşımı içerir. Sistemik antibiyotikler eğer lezyon enfekte olmuşsa gereklidir.<sup>[1-3,6]</sup> Basit selülitde dicloxacillin, makrolid grubu antibiyotikler ve amoksisilin-klavulanat yeterli iken, diyabetik hastalarda paraneural olarak ikinci veya üçüncü kuşak sefalosporinler, imipenem, meropenem ve travofloksasin kullanılabilir. Hastamız ve gittiği sağlık kuruluşları basit cilt yarası düşünerek bu konservatif yöntemleri uygulamıştır. Şiddetli hemolitik anemili sistemik *Loxoscelism* tedavisinde parenteral ya da oral steroidleri kullanan çalışmalar yapılmıştır ancak belirgin bir fayda saptanmamıştır.<sup>[11,13,17]</sup> Bir sülfür bileşiği olan Dapsone, özellikle eğer erken saptanmayla nekrozisten önce verilirse bazen ümit verici olabilir.

Potansiyel yan etkileri olduğu için, genellikle *Loxoscelism* şiddetli seyrettiği erişkin olgularda kullanım için ayrılmıştır. Vazodilatörler, hiperbarik oksijen, elektrik şoku ve topikal nitrogliserin içeren tedaviler denenmiştir ancak bu tedavile-

rin hiçbirinin açık olarak yararlı olduğu gösterilememiştir.<sup>[6,11,13,17]</sup> Antivenom tedavisi Güney Amerika'da rutin olarak kullanırken ABD'de *Loxosceles* örümceklerinin türleri için spesifik antivenom elde edilememiştir.<sup>[17]</sup> Lezyon eksize ve debride edilerek zehrin dokudan erken dönemde uzaklaştırılması sağlanabilir ancak çok dikkatli yapılmalıdır.<sup>[11]</sup> Erken cerrahi girişim önerilmemektedir. Ancak ısırdıktan sonra lezyon ülserleşmiş ve nekrotik bir hal almış ise, cerrahi için demarkasyon hatlarının oluşması, yani yaklaşık 2-3 hafta beklemek uygun olur.<sup>[3]</sup> Olgumuzda zaman olarak yeterli süre geçtiği ve demarkasyon hattı olduğu, ayrıca lokal inflamasyon bulguları ile beraber seröz bir akıntı mevcut olduğu için cerrahi debridman ve drenaj endikasyonu vardı. Bazı gecikmiş olgularda standart tedaviden 4-6 hafta sonra cilt grefti gerekebilmektedir. Ayrıca parmak kayıpları ve amputasyonlar da rapor edilmiştir.<sup>[2]</sup> Tedavi seçeneği açısından hafif lezyonlar (evre 1) sistemik belirtiler yoksa konservatif, orta ve şiddetli lezyonlar (evre 2-3) daha agresif olarak tedavi edilebilir.<sup>[1]</sup> Bu bilgiler ışığında olgumuzdaki lezyon şiddetli olup en uygun tedavi seçeneği olarak cerrahi girişim yapılmıştır.

Sonuç olarak, *Loxosceles* ısırıklarında şimdiye kadar nadiren bildirilmiş olsa da; kozmetik defektler, greftleme gerektirecek kadar şiddetli skarlaşma, uzun kayıpları, amputasyonlar, hospitalizasyon ve cerrahi girişime kadar uzanabilecek nekrotik cilt lezyonlarının görülebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hekimler bu nadir hastalık sürecinin farkında olmalı ve bu hastaları tanımlayabilir ve uygun olarak tedavi edebilir olmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Sams HH, Hearsh SB, Long LL, Wilson DC, Sanders DH, King LE Jr. Nineteen documented cases of *Loxosceles reclusa* envenomation. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:603-8.
2. Arnold T. Spider envenomations, brown recluse. Available at: [www.emedicine.com/emerg/topic547.htm](http://www.emedicine.com/emerg/topic547.htm). (Accessed at: June 6, 2006)
3. Richard FC, Schneir AB. Arthropod bites and stings. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine a comprehensive study guide. McGraw&Hill; 6th ed. 2004. p. 1193-6.
4. Vetter R. Identifying and misidentifying the brown recluse spider. *Dermatol Online J* 1999;5:7.
5. Available from: [http://www1.gantep.edu.tr/~varol/tr/asil\\_tr.htm](http://www1.gantep.edu.tr/~varol/tr/asil_tr.htm). (Accessed at: September 26, 2006)
6. Leach J, Bassichis B, Itani K. Brown recluse spider bites to the head: three cases and a review. *Ear Nose Throat J* 2004;83:465-70.
7. Sams HH, Dunnick CA, Smith ML, King LE Jr. Necrotic arachnidism. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:561-73; quiz 573-6.
8. Atilla R, Cevik AA, Atilla OD, Yanturali S. Clinical course of a *Loxosceles* spider bite in Turkey. *Vet Hum Toxicol* 2004;46(6):306-8.
9. Stefanidou MP, Chatzaki M, Lasithiotakis KG, Ioannidou DJ, Tosca AD. Necrotic arachnidism from *Loxosceles rufescens* harboured in Crete, Greece. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:486-7.
10. Young AR, Pincus SJ. Comparison of enzymatic activity from three species of necrotising arachnids in Australia: *Loxosceles rufescens*, *Badumna insignis* and *Lampona cylindrata*. *Toxicon* 2001;39:391-400.
11. Madion DC, Marshall MK, Jenkins CD, Kushner GM. Brown recluse spider bite

- to the face. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63:1774-8.
12. Mold JW, Thompson DM. Management of brown recluse spider bites in primary care. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:347-52.
  13. Zeglin D. Brown recluse spider bites. *Am J Nurs* 2005;105:64-8.
  14. Forks TP. Brown recluse spider bites. *J Am Board Fam Pract* 2000;13:415-23.
  15. Nunnelee JD. Brown recluse spider bites: a case report. *J Perianesth Nurs* 2006;21:12-5.
  16. Elbahlawan LM, Stidham GL, Bugnitz MC, Storgion SA, Quasney MW. Severe systemic reaction to *Loxosceles reclusa* spider bites in a pediatric population. *Pediatr Emerg Care* 2005;21:177-80.
  17. Donepudi SK, Ahmed KA, Stocks RM, Nelson D, Thompson JW. Aural involvement in loxoscelism: case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005;69:1559-61. Epub 2005;6.
  18. Osterhoudt KC, Zaoutis T, Zorc JJ. Lyme disease masquerading as brown recluse spider bite. *Ann Emerg Med* 2002;39:558-61.

## ACİL TIPTA GÖRSEL TANI

## Başlangıç s. 175

**Tanı***Olekranon Bursiti*

Bursit, bursanın aşırı kullanımı, travma, enfeksiyon ve sistemik hastalıklara bağlı ortaya çıkan enflamasyonudur. Olekranon bursiti, yüzeysel bursitler içerisinde sınıflanır ve sıklıkla travma ya da aşırı kullanım sonucu ortaya çıkar. Travma dışı etyolojiler içerisinde en sık gut, psödogut ve romatoid artrit ve diğer konnektif doku hastalıkları yer alır. Fizik muayenede sıklıkla olekranon üzerinde ağrılı hiperemik şişlik bulunur. Aspirasyon tedavi ve etyolojinin aydınlatılmasında faydalıdır. Bursa sıvı örneğinde  $5.000 \text{ mm}^3$  üzerinde lökosit görülmesi septik bursiti düşündürür. Septik bursit tanısında gram boyamanın doğruluğu %15-100 arasındadır. Protein yüksekliği ve glukoz düşüklüğü yine enfeksiyonu düşündürür. Gut ve psödogut bursitlerinde kristal görülmesi tanısaldır.

Konservatif yaklaşımlar yüzeysel bursitlerde sıklıkla tedavi edicidir. İstirahat, soğuk uygulama, anti enflamatuvar ilaçlar verilmelidir. İmmün baskılanması ve sistemik toksik bulguları olmayan septik olekranon bursitleri oral antibiyotik reçetesi ile taburcu edilebilirler.

İlk hastamız (kristal bakı yapılamadığı için gut'a bağlı enflamatuar bursit tanısı dışlanmamakla birlikte) sıvı örneğinde  $10.000 \text{ mm}^3$  üzerinde lökosit bulunması ve glukoz düzeyindeki düşüklük nedeniyle, septik bursit düşünülerek sefuroksim aksetil ve diklofenak sodyum reçetesi ile taburcu edildi. İkinci hastamızda ise aşırı kullanıma bağlı enflamatuar bursit düşünülmüş omuz kol askısı, anti enflamatuvar ve soğuk uygulama önerisi ile taburcu edilmiştir.

**Kaynak**

1. Chang E. Bursitis. Emedicine web site. Available at: <http://www.emedicine.com/emerg/topic74.htm>. (Accessed at: October 12, 2006)