

Akut Myelositer Lösemide Konsolidasyon Tedavisi Sonrası Gelişen Febril Nötropeni Seyrinde *Blastocystis hominis*: Olgu Sunumu

Mustafa Pehlivan¹, Füsün Topcugil², İlhan Afşar³, Mehmet Sonbahar², Leyla Aslan²

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; ¹Hematoloji, ²İç Hastalıkları, ³Mikrobiyoloji, İzmir

Amaç: *Blastocystis hominis* immün sistemi baskılanmış renal transplant, malignite ve AIDS gibi hastalarında şiddetli, uzamış ve tekrarlayıcı diyare, karın ağrısı ve karında şişlik gibi yakınmalara neden olmasına karşın normal kişilerde genellikle asemptomatik seyretmektedir. Bu yazıda akut myelositer lösemide konsolidasyon tedavisi sonrası gelişen febril nötropeni seyrinde gelişen *Blastocystis hominis* infeksiyonu sunulmuştur.

Olgu: A.Y., 16 yaşında, kadın hasta Temmuz 2004 de akut myelositer lösemi FAB M4 tanısı konularak remisyon indüksiyon tedavisi olarak 7/3 Ara-C/idarubisin (200/12 mg/m²) ile tam yanıt elde edildikten sonra konsolidasyon tedavisi olarak 6/3 Ara-C/idarubisin (1000/10 mg/m²) verildi. Kemoterapinin 5. gününde febril nötropeni atağı gelişmesi üzerine imipenem/amikasin başlandı. 5 gün içinde ateşi kontrol altına alınamayan hastaya ilk febril nötropenik atakta ciddi hepatotoksisite saptandığı için caspafungin eklendi. Febril nötropeni atağının 6. gününde ateşi devam eden hastada 10 > kez gün diyare, karın ağrısı, karında şişlik, bulantı, kusma ve oral alımın bozulduğu izlendi. Aynı dönemdeki fizik bakısında genel durumu orta, ECOG performans durumu 2 ve barsak peristaltik sesleri artmış; laboratuvar incelemelerinde, lökosit 52/μL, Hb 9.6 gr/dL, Hct %32, trombosit 26000/μL, albumin 2.7 gr/dL ve potasyum 2.6 mEq/L saptandı. Hastaya parenteral sıvı ve potasyum desteği yapıldı. Gönderilen gaita örneklerinde *Blastocystis hominis* gösterildi. Tedaviye metranidazol 3x500 mg/gün eklendi ve 2. gün hastanın ateşi ve gastrointestinal yakınmaları kayboldu. Tedavi 10 güne tamamlanarak kesildi.

Sonuç ve Yorum: Diyare ve karın ağrısı yakınması olan hematolojik maligniteli hastalarda, Çukurova bölgesinde Taşova ve arkadaşları %11 *Blastocystis hominis* saptamışlardır. Kemoterapi sonrası gelişen febril nötropeni seyrinde ortaya çıkan diyarenin ayırıcı tanısında *B. hominis* düşünülmeli ve fekal oral yolla geçen paraziter infeksiyonların önlenmesi içinde hasta ve hasta yakınlarının eğitimi unutulmamalıdır.

Cidofovir ile Tedavi Edilen BK Polioma Virus Bağımlı Bir Hemorajik Sistit Olgusu

Zeynep Arzu Yegin, Şule Boyacı, Zeynep Akı, Aysun S. Keçeci, Esin Şenol, Gülsan Sucak

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Philedelphia kromozomu pozitif pre-B ALL tanısıyla takip edilen ve ilk remisyonunda Busulfan ve Siklofosamid hazırlama rejimi ile HLA tam uyumlu kardeşinden allojeneik kök hücre nakli yapılan 27 yaşındaki kadın hastada, transplant sonrası 81. günde makroskopik hematuri gelişti. Oliguri ve böbrek fonksiyon bozukluğu da mevcut olan hastanın mesane kapasitesinin 100 cc nin altında idi. Hematurisi nedeniyle hastaya, 21 ünite eritrosit süspansiyonu ve 13 ünite trombosit süspansiyonu verildi. Hastanın hematurisini açıklayacak derecede trombositopenisi yoktu. Sistoskopik incelemede mesane mukozasında yaygın hiperemi izlendi. Yapılan mesane biyopsisinin histopatolojik incelemesinde epitel hücrelerinde viral inklüzyon cisimcikleri tespit edildi. İmmunohistokimyasal olarak Sitomegalovirus, Adenovirus ve Herpes Simpleks enfeksiyonu ekarte edilirken, BK virus ekarte edilemedi ve histolojik görünüm BK virus enfeksiyonu lehine yorumlandı. İdrar sitolojisinde viral inklüzyon cisimcikleri tespit edildi Hastada gelişen pansitopeni de viral enfeksiyonu desteklemekteydi. BK virus bağımlı hemorajik sistit düşünülerek hastaya Cidofovir, 4 mg/kg/gün dozunda, 7 gün ara ile toplam 4 doz verildi. Cidofovir tedavisi ile eş zamanlı intravenöz hidrasyon ve Probenecid profilaksisi uygulandı. Tedavinin başlangıcından itibaren hematurisi gerileyen ve transfüzyon ihtiyacı azalan hastanın 4 haftalık tedavi sonundaki değerlendirmesinde mesane kapasitesi normale dönerken böbrek fonksiyonları ve tam kan sayımının düzeldiği, hematurisinin kaybolduğu görüldü. Transplant hastalarında viral enfeksiyonlar, antiviral tedavi alternatiflerinin kısıtlılığı nedeniyle önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Son yıllarda , kök hücre nakli yapılan hastalarda , immunsupresif tedavinin de katkısı ile, özellikle Polyoma virus enfeksiyon sıklığında artış görülmektedir. Hemorajik sistit Polyoma virus enfeksiyonlarının sık görülen bir komplikasyonudur. Özellikle DNA viruslarına karşı etkin olduğu bilinen Cidofovir Polyoma virus enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılması önerilen bir ajandır. Olgumuzda histopatolojik olarak BK virus enfeksiyonu kesin olarak kanıtlanamamasına rağmen ampirik olarak başlanan Cidofovir tedavisi ile tam yanıt sağlanmıştı.

Behçet Hastalığı ve Promyelositik Lösemisi Olan Olgu'nun Nötropenik Dönemlerinde Abartılı Mukozit Gelişmesi

Can Boğa, Hakan Özdoğu, Yusuf Ziya Demiroğlu, Mahmut Yeral,
Erkan Maytalan, Hikmet Uncu, Sedef Karaman, Mehmet Ali Habeşoğlu,
Arzu Karayavuz, Derya Kaya

Başkent Üniversitesi Adana Eğitim ve Araştırma Merkezi, Febril Nötropeni Grubu, Adana

Olgu: Yaklaşık 12 yıldan beri Behçet Hastalığı tanısı ile takip edilen 34 yaşındaki erkek hasta, gittikçe derinleşen anemi nedeni ile Kasım 2004' de Hematoloji Bölümüne başvurdu. Hematolojik analizleri akut promyelositik lösemi ile uyumlu bulundu. Hastaya induksiyon tedavisi olarak (ATRA-IDA) protokolü uygulandı. Yaklaşık 16 gün süren nötropenik dönemde farinx, larinx ve alt dudağında yerleşen, dudağında neredeyse nekroza giden geniş ülser lezyonlar oluştu. Bu dönemde yüksek ateşine yönelik analizlerden CMV IgM antikoru, ve CMV pp65 antijeninin pozitif bulunması nedeni ile tedaviye gansiklovir ilave edildi. PCR ile 200 kopya pozitifken sonrasında hem PCR, hem de pp65'in negatifleşmesi üzerine gansiklovir kesildi. Nötropenisinin düzelmesi ile birlikte mukozal lezyonlar geriledi. Hasta hematolojik ve sitogenetik remisyona girdi. Konsolidasyon tedavileri sırasında da proflaktik gansiklovir tedavisi almasına ve pp65 değerlerinin negatif olmasına rağmen nötropenik dönemlerde belirgin mukozal lezyonları tekrarladı. Promyelositik lösemilerde hasara uğramış cilt ve mukozaların olduğu bölgede veya herpetik lezyonlar üzerinde tipik olarak lökemik infiltrasyonun gelişebileceği rapor edilmektedir. Bu olguda remisyondan sonraki dönemlerde de mukozal lezyonlar oluştu. Nötropenin gerilemesi ile mukosal lezyonlar geriledi, diğer kültür ve mikrobiyolojik analizlerinde ise belirgin özellik saptanamadı. Ancak hem nötropenik dönemlerde, hem de remisyondan sonraki sabit durumda kan örneklerinden ölçülen sitokin düzeyleri yüksek bulundu.

Sonuç: Bu gözlemler neticesinde; inflamatuvar hastalığı olan insanların kemoterapi ile ilişkili nötropenik dönemlerinde abartılı mukozal lezyonların ortaya çıkabileceğine dikkat çekilmek istenmiştir.

Febril Nötropenik Dönemde Perikardiyal Tamponad Gelişen Myeloma Olgusu

Ebru Kızılkılıç, Can Boga, Hakan Özdoğu, Mahmut Yeral, İlknur Kozanoğlu, Alpay Sezgin, Yusuf Ziya Demiroğlu, Hikmet Uncu

Başkent Üniversitesi Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Febril Nötropeni Grubu, ve Kardiyoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş: Perikardial effüzyon myelomun nadir görülen komplikasyonlarından biridir (tüm olguların %1'inden az). Hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan perikardial tamponad ise bu güne kadar toplam 19 olguda rapor edilmiştir. Bu olguların 14'ünde exitus nedenleri bulunabilmiş, 13 olgu myelom progresyonu ve sepsis nedeni ile kaybedildiği anlaşılmıştır.

Olgu: Tedaviye (VAD, talidomid ve deksametazon tedavisi) dirençli multiple myelomasi olan 41 yaşındaki kadın hasta febril nötropenik dönemde gelişen perikardial tamponad nedeni ile tartışıldı. Extra-medullar tutulum olarak aynı zamanda retroorbital ve paravertebral tutulumu olan olguya perikardial dekompresyon yapıldı. Perikard sıvısında atipik plazma hücreleri saptandı. Dekompresyon işleminden sonra hipotansiyonu ve taşikardisi düzelmedi. Perikardial sıvısının mikrobiyolojik analizi negatif sonuç verdi. Kan kültürlerinde ise pseudomonas üredi. Hastanın sepsiste olduğu düşünülerek uygun antimikrobiyal ajanlar yanında destekleyici tedavi olarak plazma değişimleri ve hemodiyaliz uygulandı. Perikardiyal efüzyonu tekrarlamadığı için lokal betametazon ve bleomisin gibi sitostatik ajan injekte edilmedi. Olgunun yoğun bakımda destekleyici tedavisi halen sürdürülmektedir.

Tartışma: Multiple myelom sırasında perikardiyal tamponad geliştiğinde öncelikle drenaj önerilmektedir. Ancak perikard mesafesine yapılacak sitotoksik ilaç ve steroid uygulamalarının hastaların yaşam süresi üzerine avantaj sağlamadığı bildirilmektedir.

Sonuç: Multiple myelomasi olan olgularda gelişen perikardiyal efüzyonun çoğu zaman perikardiyal tamponad'a dönüşebileceği ve zamanında drenaj uygulanması gerektiği hatırlanmalı, sitotoksik ilaç uygulamalarının ise sepsis riskini arttırabileceği göz önüne alınmalıdır.

Bactrim'e Bağlı Toksik Epidermal Nekrolizis Gelişen Olguda Alternatif Tedavi Yaklaşımı

Osman Yokuş, Tümer Güven, Özlem Balçık, Funda Ceran, Murat Albayrak, Ayla Gökmen Aköz, Zeynep Erdin, Mesude Yılmaz, Simten Dağdaş, Meltem Aylı, Nuri Aydın Kama, Gülsüm Özet

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

26 yaşında Lenfoblastik Lenfoma ve Behçet Hastalığı nedeni ile izlenen ve Hyper CVAD protokolü uygulanan hastada kemoterapiyi takiben destek döneminde ateş ve solunum sıkıntısı ortaya çıkmıştır. Kliniği, radyolojik bulguların uyumluluğu ve balgam analizinde PCR ile PCP Ag'nin pozitif gelmesi üzerine Pneumocystis carinii pnömonisi tanısı konarak Trimetoprim-Sülfometaksazol 160/800 mg 3x2 dozunda başlandı. Ancak tedavinin üçüncü gününde ekstremitelerde ve sırtta makülopapüler lezyonlar ortaya çıkması üzerine Trimetoprim-Sülfometaksazol tedavisi kesildi. Hastaya Clindamisin (300 mg/gün), ve Primakin tb. (p.o. 15 mg/gün) başlandı. Bu arada da Pentamidin temin edilmeye çalışıldı. Hastanın lezyonları hızla ilerleyip tüm vücuda yayılarak yer yer ülsere ve büllöz lezyonlar oluştu. Mukoz membranların ve vücut yüzeyinin %20' den fazlasının tutulması nedeniyle Toksik Epidermal Nekrolizis (TEN) tanısı ile steroid başlandı. Lezyonların ilerlemesi üzerine tedaviye IVIG eklendi. Hastanın pnömoni bulguları geriledi, cilt bulguları nedeni ile yanık ünitesinde yoğun bakım koşullarında izlendi. Bu hasta bazında Trimetoprim-Sülfometaksazol'e reaksiyon olduğunda uygulanabilecek alternatif tedaviler ve TEN tartışılmıştır.

Trimetoprim-Sulfametoksazol'e Bağlı Trombositopeni, Nötropeni ve Eritrodermi Gelişen Bir Olgu

Zeliha Koçak, Çiğdem Hatipoğlu, Günay Tuncer Ertem, Sami Kınıklı, Hasan Irmak, Ali Pekcan Demiröz

Sağlık Bakanlığı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Giriş ve Amaç: Trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMX), bakterisidal bir kombine preparattır. Yan etkileri hafif gastrointestinal bulgulardan, cilt döküntüleri; kemik iliği supresyonuna kadar değişen bir spektrumu içerir. Bu yan etkiler esas olarak sulfonamid bileşeni ile ilişkilidir. Bu çalışmada TMP-SMX kullanımını sonrası difüz makülopapüler döküntü ve febril nötropeni gelişen bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Kırk yaşında erkek hasta ateş ve yaygın makülopapüler döküntü şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Dört hafta önce pyelolitotomi operasyonu geçirdiği ve operasyon sonrası TMP-SMX 2x500mg (po) başlandığı öğrenildi. Tedavinin beşinci gününde tüm vücuduna yayılan eritematöz döküntü gelişmişti. TMP-SMX kesilip levofloksasin 1x500 mg başlanmıştır. Steroid ve antihistaminik tedaviye yanıt alınamamıştır. Kliniğimize başvurduğunda şikayetleri ateş, halsizlik, ve döküntü idi. Fizik muayenede ateş (38.3 C), oral mukozada candidaya benzeyen beyaz plaklar ve ülserasyonlar, tüm vücudunda jeneralize difüz eritematöz makülopapüler döküntü saptandı. Laboratuvar incelemelerinde Hb: 9.6 g/dL, WBC: 5.00×10^3 /ml, Plt: 113×10^3 /ml olarak tespit edildi. Periferik yaymada ve kemik iliği yaymasında beyaz küre görülemedi. Hastaya febril nötropeni ve eritrodermi tanısı konularak sefepim 3x2 gr, nistatin ve klorheksidin ile ağız bakımı başlandı. Kan kültüründe sefepim-dirençli Escherichia coli üremesi üzerine tedavi meropenem 3x1 gr olarak değiştirildi. 60 mg/gün prednisolon tedavisi ile döküntülerde gerileme ve desquamasyon başladı. Beşinci günde trombosit sayısı 10×10^3 /ml'ye düştü. Steroid tedavisi azaltılarak kesildi. Trombosit transfüzyonları ve filgrastim (G-CSF, Neupogen) tedavisine rağmen beyaz küre ve trombosit sayısı sırası ile 0.4×10^3 /ml ve 4×10^3 /ml'ye geriledi. Hematolojik yönden düzelleme sağlanamayan hasta bir üniversitenin hematoloji kliniğine sevk edildi. Tedaviye yanıt alınmadığı ve hastanın kaybedildiği öğrenildi.

Tartışma: TMP-SMX'in sulfametoksazol bileşeni izole lökopeni ve trombositopeninin en sık nedenlerindedir. TMP-SMX'e bağlı hematolojik reaksiyonların insidansının düşüktür ve tedaviyi sonlandırdıktan sonra düzelmektedir. TMP-SMX ile hipersensitivite sendromu gelişen pek çok hastada spontan düzelleme veya antihistaminik ve kortikosteroid tedavisi ile düzelleme sağlanarak tedaviye devam edilmektedir. TMP-SMX kombinasyonu, uzun süreli kullanımlarda bile, genellikle iyi tolere edilmektedir. Buna rağmen fatal komplikasyonlara da yol açabileceği akıld tutulmalıdır.

Sonuç olarak, günümüzde kullanılan ve geniş bir antibakteriyel spektruma sahip antibiotik kombinasyonları ve uygun antiviral/antifungal modifikasyonlarla FN ataklarının tedavisinde önemli başarılar sağlanmıştır ve hastaların bu önemli komplikasyondan kayıpları azalmıştır.

Febril Nötropenili Akut Lösemili Olguda Farklı Bir Ateş Sebebi: Sweet's Sendromu

Tülay Özçelik¹, Vildan Özkocaman¹, Rıdvan Ali¹, Fahir Özkalemkaş¹,
Ülkü Ozan¹, Atilla Özkan¹, Emel Bülbül Başkan², Bülent Yazıcı³, Bülent Baran¹,
Halis Akalın⁴, Ahmet Tunalı¹

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Hematoloji Bilim Dalı, ²Dermatoloji Anabilim Dalı, Bursa
³Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, ⁴Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa

Hematolojik maligniteli olgularda özellikle miyeloid lösemide üç tip nötrofilik dermatoz görülebilmektedir; Sweet's sendromu, büllöz piyoderma gangrenozum ve nötrofilik ekrim hidradenit. Sweet's sendromu yüz, üst ekstremiteler ve gövdede ağrılı plak ve nodüllerle ortaya çıkan ateş, artralji, multiorgan tutulumu yapabilen, etkin tedavisi kortikosteroid olan bir tablodur.

Olgu: Akut lösemili bir olguda tedavi sonrası aplazik dönemde ateş yüksekliği devam ederken önce tek göz kapağında kızarıklık ortaya çıkıp selülit gibi değerlendirilen fakat Sweet's sendromu tanısı alan bir olguyu sunuyoruz. Yirmidört yaşında bayan hasta akut miyeloblastik lösemi(M4) tanısı aldı. Hastaya ilk yattığı dönemde ateş yüksekliği ve nötropenisi nedeniyle empirik sefepim ve amikasin tedavileri başlandı. Takibinde sitozin arabinosid ve mitoksantrondan oluşan kemoterapi uygulandı. Bu dönemde ateş devam etmekteydi. Olguya daha sonra vankosin ve empirik ambizom tedavileri de eklendi. Ateş yüksekliği devam etti ve kemoterapi bittikten bir gün sonra; glikopeptid tedavisinin yedinci, empirik ambizom tedavisinin ikinci gününde (bu dönemde sefepim ve mikasin tedavileri bir gün önce kesilmişti) sol göz kapağında kızarıklık ortaya çıktı. Göz hastalıkları ile konsülte edildi. Preseptal selülit olarak düşünüldü. Tedavisine imipenem eklendi. Fakat gözdeki lezyonlar progrese olduğu gibi diğer gözde de benzer lezyonlar ortaya çıktı. Bu dönemde her iki ön kolda nodüler lezyonlar oluştu. Ateş yüksekliği devam etmekteydi. Dermatoloji Anabilim dalı ile konsülte edilen hastaya cilt lezyonundan biyopsi yapıldı ve steroid tedavisi başlandı(Tedavi başlandığı günkü nötrofil sayısı 52).Tedavi ile hızlı lezyonlar gerilediği gibi ateş yanıtı da alındı. Hastanın koldaki nodülden alınan biyopsisinde orta ve derin dermis ile subkutan yağ dokusunda damarlar ve deri ekleri çevresinde, interstisyel mesafede difüz dağılan bol polimorf nüveli lökosit, nükleer kırıntılar ve mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi. Sweet's sendromu ile uyumlu bulundu.

Sonuç ve Yorum: Derin nötropenik olgularda ateş yüksekliği ile karşılaşıldığında enfeksiyon ilk olarak düşünülen tablodur ve bu olgulara kesin dayanağı olmadan steroid tedavisi başlamak klinisyen için zor bir karardır. Bu olgularda enfeksiyon dışı ateş sebepleri de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Pansitopeni ile Komplike Bir Akdeniz Humması Olgusu

H. Atilla Özkan¹, Fahir Özkalemkaş¹, Serap Karadoğan², Rıdvan Ali¹,
Halis Akalın³, Tülay Özçelik¹, Vildan Özkocaman¹, Ülkü Ozan¹, Ahmet Tunalı¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Biz, bu olgu sunumu ile ateş, makülopapüler döküntü ve sitopeni birlikteliği olan vakalarda Akdeniz Humması'nın ayırıcı tanılar arasında düşünülmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Metod ve Bulgular: Daha öncesinde sağlıklı, 39 yaşındaki bayan hasta birimizimize 5 gündür devam eden ve ani titreme ile 39-40°C'ye kadar yükselen ateş, halsizlik, baş ağrısı, bulantı ve son 1-2 gündür tüm vücuda yayılan kaşıntısız döküntü yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde; 38,6°C ateş, el ayası ve ayak tabanı dahil olmak üzere tüm vücutta basmakla solan, kırmızı-mor renkli makülopapüler döküntüler (resim-1) dışında patoloji saptanmadı. Başvuru anındaki tam kan sayımı; Hb: 11,4 gr/dl, Plt: 46.800 /mm³, BK: 1790 /mm³ (nötrofil: 1300) şeklinde bulunan hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı hospitalize edildi. Kan biyokimyasında; total protein: 5,5 (↓), albumin: 2,6 (↓) ve laktat dehidrogenaz: 425 (↑) patolojik değerler olarak izlendi. Eritrosit sedimantasyon hızı 45 mm/saat idi. Kemik iliği aspirasyonunda özellik izlenmedi. CRP: 13 (↑), prokalsitonin: 0,3 (N), RF: (-), varicella-zoster IgM: (-) ve ANA: (-) olarak bulundu. İlaçsız izlenen ve yakınmaları devam eden hasta dermatoloji bilim dalınca konsülte edildi. Sağ inguinal bölgede gözlenen, etrafı kırmızı-mor renkli alan ile çevrili 2-3 mm çapındaki nekrotik lezyon kene ısırığı yeri olarak düşünüldü. Hastaya AH ön tanısıyla 10 günlük doksisisiklin (200 mg/gün) tedavisi uygulandı. İzlemde, tedavinin 5. günü ile birlikte ateşin normale döndüğü, dökmelerin hızla gerilediği, sitopenilerin ise tedavinin 7. gününde düzeldiği gözlemlendi (Hb: 12,4 gr/dl, Plt: 312.000, BK: 4800).

Tartışma: AH, infektif kenenin ısırığı yerdeki kara bir leke (tache noire), ateş, kas ve baş ağrısı ile bütün vücutta makülopapüler dökmelerle karakterize selim bir riketsiyal infeksiyöz hastalıktır. Akdeniz ülkelerinde endemik olarak görülür ve etkeni infekte hücrelerin çekirdeğinde ve sitoplazmasında çoğalan *Rickettsia conorii*'dir. Laboratuvar bulguları arasında lökosit sayısında değişiklikler sıklıkla gözlenir de, pansitopeni tablosu nadirdir.

Sonuç olarak, ülkemizde ateş, makülopapüler döküntü ve sitopeni bulguları olan olgularda riketsiyal enfeksiyonların ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.