

BİR PLAZMODİUM VIVAX OLGUSU

Meral İnalhan*, Betül Sümer**, Sevinç Akçaray**,
Tuğrul Sabuncu***, Savaş İnan****

ÖZET

Bir protozoa hastalığı olan malaria, belirli aralıklarla gelen ateş ve titremelerle karakterizedir.

Ülkemizde kırsal bölgelerden büyük şehirlere göçlerin artmış olması dolayısıyla, ateş, splenomegali, anemi, hatta trombositopeni bulguları ile gelen hastalarda, sıtmanın ilk araştırılacak, hastalıklar arasında olması gerektiğini vurgulamak için olgumuzu sunduk.

Anahtar kelimeler: Plasmodium vivax, trombositopeni

A CASE OF PLASMODIUM VIVAX

SUMMARY

Malaria, which is a protozoan disease, is characterized by recurrent fever and chills. With the increasing migrations from endemic rural areas to big cities we present this case in order to remind physicians of malaria in patients presenting with fever, splenomegaly, anemia, and even thrombocytopenia.

Key words: Plasmodium viv, thrombocytopenia

GİRİŞ

Malaria halen dünyada en sık görülen ve her yıl yaklaşık bir ile iki milyon insanın ölümüne neden olan bir hastalıktır. Türkiye'de özellikle güneydoğu ve güney illerimizde önemli bir sağlık sorunudur. En sık rastlanılan etken suş P. vivax'tır. Hastalığın en belirgin özelliği tekrarlayan yüksek ateş nöbetleri, kansızlık ve dalak büyümesidir(7).

Ülkemizde, kırsal bölgelerden şehre göçlerin artmasıyla, İstanbul gibi büyük şehirlerimizde de görülmeye başlayan malaria hastalığını hatırlatmak için olgumuzu sunduk.

OLGU

Bir hafta öncesine kadar ateş ve terlemeleri olan 21 aylık, erkek hasta; polikliniğimize halsizlik, iştahsızlık ve ateş yakınmaları ile başvurdu. Yapılan hemogramında anemi ve trombositopeni saptanması üzerine, tetkik amacıyla yatırıldı.

Hastanın öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde; renk soluk, dö-

küntü (-), karaciğer 2cm, dalak 3cm palpabldı. Yapılan ateş takiplerinde, bir kez 38°C'ye varan ateş gözlemlendi. Laboratuvar incelemelerinde ise;

BK: 10.600/mm ³	Htc: %25	sFe, FeBK, ferritin,
KK: 4.900.00/mm ³	Hb: 6 g/dl	PT, PTT normal
Trombosit: 17.000/mm ³	Retikülosit: %1	değerlerdeydi.
Coombs testi (-)	Kanama zamarı: 6 dk	

Periferik yayma, hafif hipokromik, mikrositer eritositler, %62 lenfosit, %38 PNL, trombositler tekli ve şiş olarak görüldü. Ayrıca bazı eritositler içinde Plasmodium Vivax trofozoitleri gözlemlendi ve Sıtma Savaş Laboratuvarı tarafından değerlendirilen kalın damlada da doğrulandı. Kemik iliği incelemesinde, eritroid seri genç elemanlarında artıştan başka bir özellik yoktu. Malign hücre görülmedi. Hastaya klorokin (3 gün) ve primokin (14 gün) tedavisi başlandı. Klinik yanıt oldukça erken gözlemlendi. Tedavinin 7. gününde dalak nonpalpabldı. 14. günde ise Hct: %29.5, Hb: 9.8 g/dl, BK: 9300/mm³, KK: 4.100.000/mm³, trombosit: 285.000/mm³ olması üzerine taburcu edildi. Halen hastamız

* Zeynep Kamil Hastanesi Şef Yrd.
** Zeynep Kamil Hastanesi Başasistan
*** Zeynep Kamil Hastanesi Uzman Dr.
**** Zeynep Kamil Hastanesi Klinik Şefi

takibimiz altında olup, şimdiye kadar bir rahatsızlık gözlenmemiştir.

İRDELEME

Üst solunum yolu infeksiyon bulgularıyla polikliniğimize başvuran hasta, anemi trombositopeni, hepatosplenomegali saptanması üzerine tetkik amacıyla yatırıldı.

Karaciğer ve dalağın büyüdüğü, anemi ve trombositopeninin görüldüğü kan hastalıklarının ayırıcı tanısı yapılırken PY'nın incelenmesi esnasında *Plazmodium Vivax* trofozoidleri görüldü ve kalın damlayla doğrulanması üzerine erkenden tanı konmuş oldu.

Malaria olgularının sık olduğu bölgelerden, İstanbul'a göçlerin artmış olması dolaşısıyla, anamnezde özellikle dikkat edilip, sorgulanmalıdır. Nitekim hastamızın ailesinden, geriye dönüp anamnez alındığında 4 ay önce sıtma bölgesinde bulunduğu, orada akrabalarından bazılarında da sıtma hastalığı olduğu öğrenildi.

Sıtma olgularında splenomegali, çoğunlukla belirlenen bir fizik muayene bulgusudur(2,3). Sıtmada tipik nöbet ile birlikte dalağın büyümesi, en önemli hastalık belirtisidir. Dalağın büyüklüğü hastalığın süresini gösteren bir ölçüdür. Tedavi edilmemiş sıtmada dalak büyümesi kısa sürede rüptüre dönüşebilir. Sıtma da karaciğer de büyüyebilir. Bizim olgumuzda da hem karaciğer, hem dalak büyüktü. Ancak sıtmaya özgü yüksek ateş, titreme gibi bulguları gözlemedik. Bunda hastamıza yattığının ilk günü tanı koyup, tedaviye başlamamızın etkisi olduğu kanısındayız.

Sıtma olgularında normal hemogramdan, ciddi pansitopeniye kadar değişen hematolojik tablolara rastlanmaktadır(2,4). Sıtmada anemi genellikle rastlanan bir bulgudur ve en sık eritrositlerin intravasküler nemolizi sonucu oluşmaktadır. Ayrıca büyümüş dalağın hem parazitli, hem de parazitsiz eritrositleri yıkması, bazı infeksiyon hasta-

lıklarında olduğu gibi kök hücrenin parazitemi arttıkça baskılanması ve az miktarda da olsa (%15) otoimmün hemoliz oluşması anemiye yol açmaktadır.

Sıtmada lökosit sayısı normal olabilir. Fakat sıklıkla lökopeniye rastlanmaktadır. Lökositoz, nadiren lökomoid reaksiyon da bildirilmiştir. Bizim hastamızda lökosit sayısı yaşına uygun değerlerdeydi.

Hastamızda da olduğu gibi, sıtmada trombositopeniye sıklıkla rastlanmaktadır. Nedeni, maksimal antijenlere bağlanan trombositlerin immun yıkımıdır. Trombositopenik olgularda PAIgA düzeyinin artmış olduğu bulunmuştur. Malaria, RES'i aktive eder. Ve IgG ile duyarlı hale getirilen trombositlerin uzaklaştırılmasını hızlandırarak trombositopeniyi şiddetlendirir.

Plazmodium vivax sıtmasında trombositler içinde de merozoitler gösterilmiştir. Bu trombosit parazitlenmesinin de doğrudan trombosit yıkımına yol açabilmektedir(5).

Froud ve ark.(6) hastanın 20'sinde (%43) anemi, 35'inde (3.74) trombositopeni ve 10'un-da (%22) lökopeni saptamışlardır.

Sıtma tanısı; çok basit ve kısa sürece sonuç veren periferik yayma ve kalın damla preparasyonu ile yapılır. Genellikle Giemsa yöntemi ile boyanan periferik kanda, *Plazmodium vivax*'ın şizojenik şekiller ve gametositler, *Plazmodium falcipacum*'un trofozoitleri ve gametositler görülerek tanı konur. Bizim olgumuzda *Plazmodium vivax*'ın trofozoitleri görülerek tanı konuldu.

Ülkemizde sıtma tedavisi, Sağlık Bakanlığınca yürütülmekte olup, bizde hastamızın tanısı ve tedavisinden (primakin + klorokin) Sıtma Savaş Başkanlığından destek aldık.

Sonuç olarak, büyük şehirlerde göçlerin sürmesiyle ilimizde artan ve bir periferik yayma, kalın damla ile tanısı konulabilen malaria hastalığını, ateş, splenomegali, anemi, trombositopeni ile gelen her hastada düşünmemiz gerektiği gibi anamnez alırken de

hastanın yaşadığı yerlerin detaylı sorgulanması gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Neyzi O, Ertuğrul T: Parazit infeksiyonları, *Pediatric Kitabı Cilt: 1*,1993:739-743.
2. Unat EK, Yücel A, Altaş K, Samastı M, Plasmodium Cinsi, Türleri ve Parazitlikleri. Unat'ın Tıp Parazitolojisi 4. Baskı. İst. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını 1991:623-24.*
3. Leech SH, Petersen C: Infections Caused by Protozoa. In: Stein JH (Editorin - Chief). Internal Medicine, 4th Ed. St. Louis, Missouri: *Mosby -Year Book 1994:2240-48.*
4. Lee GR: Acquired Hemolytic Anemias Resulting from Direct Effects of Infectious, Chemical, or Physical Agents. Wintrobe's Clinical Hematology. Eds: Lee GR, Birthel TC, Foerster S, Athens JW, Lukens Jn. Ninth Edition, *Lea and Febiger, Philadelphia 1993:1197-1210.*
5. Fajarda LF, Tallent C: Malarial Parasites with in uman Platelets. *JAMA 1974;229:1205.*
6. Froude JRL, Weiss LM, Tanowitz HB., Wittner M: Imported Malaria in the bRonx: Review of 51 *Cases Recorded from 1986 to 1991 CID 1992;15:774-80.*
7. Anlar FY, Kanra G: Malarya, Paraziter İnfekyisonlar. *Katkı Pediatric Dergisi 1992:265-273.*