

Kırım Kongo kanamalı ateşi ile karışan üriner sistem enfeksiyonu olan siroz olgusu

An overlap of urinary tract infection case in patients with cirrhosis looks as if Crimean Congo hemorrhagic fever

Taliha Karakök, Cemal Bulut, Salih Cesur, Pınar Gürkaynak, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Esra Kaya Kılıç, Sami Kınıklı, Ali Pekcan Demiröz

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 10.03.2016

Kabul Tarihi:13.06.2016

Doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.294877

Öz

Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA) klinik olarak ateş, hemoraji, gastrointestinal semptomlar ve laboratuvar olarak da trombositopeni, karaciğer enzimlerinde yükselme, hemostaz bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır. Bu semptom ve laboratuvar bulgularının ayırıcı tanısında KKKA ilk akla gelen hastalıklardan biri olmakta ve bazen hastalığın bulaşıcı özelliği ve mortalitesinin yüksek seyretmesinden dolayı diğer olası durumları geri planda bırakmaktadır. Diğer ön tanıları atlanılarak KKKA tanı ve ön tanısına gösterilen bu artmış hassasiyet gereksiz izolasyon önlemlerine sebep olabilir. Bu yazıda, KKKA ön tanısı ile takip edilen ancak siroz ve üriner sistem enfeksiyonu kesin tanısı konulan bir olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Kırım Kongo kanamalı ateş, ayırıcı tanı, siroz, üriner sistem enfeksiyonu

Abstract

Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) is clinically characterized by fever, haemorrhage, gastrointestinal symptoms and laboratory by lower platelet count, abnormal liver enzymes and other rare findings. In differential diagnosis of these symptoms and thrombocytopenia, abnormal liver enzymes, CCHF may be over-diagnosed and push the other diagnosis background because its contagious nature and mortality. Its over-diagnosis can cause unnecessary isolation. We present a case with cirrhosis and urinary tract infection but misdiagnosed as CCHF.

Keywords: Crimean-Congo hemorrhagic fever, differential diagnosis, cirrhosis, urinary tract infection

Giriş

Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA), etkeni Bünyavirüslerin Nairovirus grubunda yer alan, kliniği hemoraji ve ateşle seyreden zoonotik bir enfeksiyondur. Hastalık sıklıkla kene tutunması sonucu gelişir, bazen de virüsle enfekte hayvanın sekresyonları veya hastadan hastaya bulaş olabilir [1-3].

KKKA ülkemizde pek çok ilde endemik olarak görülmekte bazen de sporadik olgular bildirilmektedir [3,4].

KKKA'da ateş ve influenza benzeri semptomları takiben kanamalar gözlenir. Kanamalar peteşi purpuradan intraserebral kanamaya kadar geniş bir spektrum gösterir. KKKA klinik bulguları arasında influenza enfeksiyonuna benzer

yüksek ateş, kırgınlık, halsizlik, miyalji, baş ağrısı ve bulantı-kusma yer alır. Bunu takiben hemorajik komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında; vücut ve konjunktivalarda peteşi şeklinde kanamalar, yaygın ekimozlar, epistaksis, diş eti kanaması ve hematüri, vajinal kanama, beyin kanaması görülebilir. KKKA, semptom ve klinik bulgularıyla çeşitli enfeksiyöz veya enfeksiyöz olmayan hastalıkla karışabilir [3-9]. Bu yazıda endemik bölgeden gelen, KKKA ile uyumlu semptom ve bulguları olması nedeniyle KKKA ön tanısı konulan ancak yapılan incelemeler sonucunda siroz ve üriner enfeksiyonu tanısı alan bir olguyu sunduk.

Olgu

Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta ateş, mide bulantısı, kusma ve ishal şikayetleri ile Çankırı Devlet Hastanesi'ne başvurdu, KKKA ön tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Hastanın anamnezinden KKKA açısından endemik bir bölge olan Çankırı ili kırsalında yaşadığı öğrenildi. Hastada kene ve diğer herhangi bir hayvan ile temas öyküsü yoktu. Diyabet dışında bilinen bir kronik hastalığı yoktu, altı yıl önce sarılık nedeni ile hastanede yattığı öğrenildi. Fizik muayenede; ateş 37,9°C ve diğer vital bulguları normal, sol alt kadranda hafif bir hassasiyeti ve alt ekstremitelerinde birkaç adet küçük ekimoz mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde normaldi. Laboratuvar bulguları; trombosit sayısı: 43.000/μL, lökosit sayısı: 6000.106/μL, Hb:13,1 g/dL, Protombin zamanı: 17 sn, INR:1,4, aPTT: 36 sn, AST: 78 U/L, ALT: 51 U/L, CK: 151 U/L, LDH: 326 U/L, GGT: 78 U/L, ALP: 145 U/L idi.

KKKA hastalığı için endemik olan Çorum ilinde yaşayan hasta semptom, klinik ve laboratuvar bulguları göz önüne alınarak KKKA ön tanısıyla izole edildi ve semptomatik tedavi başlandı. Kan, idrar ve gaita kültürü alındı. Tam idrar tetkikinde piyüri saptanan hastanın idrar kültüründe E. coli üredi. Antibiyogram sonucuna göre seftriakson 2 g/gün başlandı. İki gün sonra hastanın trombositleri 29000 /μL e kadar düştü. Muayenede sol alt kadranda hassasiyeti saptanan hastaya yapılan abdomen ultrasonografide hafif derecede asit, splenomegali, karaciğerde nodüler görünüm ve kontür düzensizliği saptandı. Bulguların sirozu desteklemesi üzerine hastanın hepatit markerları istendi ve HBsAg pozitif saptandı. KKKA polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) testi ve ELISA KKKA-IgM testleri negatif olarak raporlandı. Üriner sistem enfeksiyonuna yönelik seftriakson tedavisi 10 güne tamamlandı. Olgu kronik hepatit B'ye bağlı siroz tanısıyla kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma

KKKA, halsizlik, miyalji gibi non spesifik influenza benzeri semptomlardan sonra peteşi, purpura, burun kanamasından gastrointestinal kanama, intrakraniyal kanamaya kadar değişen hemorajik ateş tablosudur. Etken olan virus Bunyavirus ailesinin Nairovirus grubunda yer alan zarflı bir RNA virüsüdür [1,3].

Türkiye'de KKKA'nın en sık bulaş şekli kene tutunması sonrası olmaktadır. Bunun dışında viremik hayvanların kan ve vücut sekresyonları ile bulaş ve nozokomiyal bulaş da bildirilmiştir (1,3,4). KKKA ayırıcı tanısı diğer he-

morajik ateşler, sıtma, riketsiya enfeksiyonu, bruselloz, Q humması, leptospiroz ve viral hepatitler gibi enfeksiyonlar ile akut lösemi ve idiyomatik trombositopeni gibi hematolojik hastalıklarla yapılmalıdır [4].

Ülkemizde özellikle endemik bölgelerde kene teması öyküsü olan, ateş ve kanaması olan olgularda ilk akla gelen viral enfeksiyonların başında gelmektedir. KKKA semptomlarının nonspesifik olması ve klinik ve laboratuvar bulgularının başka enfeksiyon hastalıkları veya sistemik hastalıklarla karışabilmesi nedeniyle ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Literatürde KKKA hastalığı ile klinik ve laboratuvar bulguları ile karışan çeşitli hastalıklar rapor edilmektedir [5-9].

Elçi ve ark. [5] KKKA ön tanısıyla tedavi edilen bir olguda kronik lenfosit lösemi (KLL) bildirmişlerdir. Olguda ekimoz, yüksek ateş, lenfadenopati (LAP), bilinç bulanıklığı ve skleralarda ikter saptanması nedeniyle enfeksiyon hastalığı düşünülmüştür. Olguya KKKA açısından endemik bir bölgeden (Erzurum kırsalı, Narman) gelmesi ve çiftçi olması nedeniyle KKKA ön tanısı konmuştur. KKKA'ya yönelik destek tedavisi ve ribavirin tedavisi sonrasında kaybedilmiştir. Olguda postmortem periferik yayma incelemesi ile KLL kesin tanısı konduğu bildirilmiştir.

Sunduğumuz olgu KKKA yönünden endemik bir bölge olan Çorum ilinden gelen, KKKA ile uyumlu klinik ve laboratuvar bulguları olan bir olguydu. Olguda yapılan incelemeler sonucunda siroz ve üriner sistem enfeksiyonu tanısı kondu. Olgumuz KKKA ön tanısı nedeniyle izolasyon odasına yatırıldı. Literatür tarandığı kadarıyla literatürde KKKA ile karışan siroz olgusu bildirilmemiştir. Olgumuz bu yönüyle dikkat çekiciydi.

Almış ve ark. [6] KKKA ile karışan bir bruselloz olgusu bildirmişlerdir. Hastada burun kanamalarının olması, ateşinin kontrol altına alınamaması, anemi ve trombositopeninin saptanması nedeniyle başlangıçta KKKA tanısı düşünülmüştür. Destekleyici tedaviye rağmen hastanın ateşinin kontrol altına alınamaması ve şikayetlerinde düzelme olmaması üzerine öyküsü derinleştirilmiş ve ailesinin hayvancılıkla uğraştığı ve çiğ süt tüketme hikayesi olduğu öğrenilmiştir. Bruselloz ile uyumlu anamnezi olan hastada Brucella standart tüp aglütinasyon testi 1/1280 titrede pozitif saptanmış ve hastaya bruselloz tedavisi başlanmıştır. Hastadan istenen KKKA'ya yönelik PZR sonucu negatif olarak rapor edilmiştir. Yazarlar KKKA bulguları ile brusellozun klinik ve laboratuvar bulgularının karışabileceğine dikkat çekmişlerdir.

Aksoy ve ark. [7] 53 yaşında bir erkek hastada epididimoorşitle seyreden KKKA olgusu sunmuşlardır. Olgunun tanısı epidemiyolojik bulgular, KKKA –IgM ve KKKA PZR pozitifliği ile konmuştur. Celikbas ve ark. [8] akut apandisiti taklit eden KKKA olgusu bildirmişlerdir. Olguda akut apandisiti düşündürülen akut batın bulguları ile birlikte ciddi kanama gelişmiş, tanısal laparatomide abdominal kasta kanama saptanmıştır. Olgunun tanısı klinik bulgular ve KKKA IgM pozitifliği ile konmuştur.

KKKA olgularındaki başlangıç nonspesifik semptomlar diğer enfeksiyon hastalıkları veya sistemik hastalıkları taklit edebilir. Yapılan geniş olgu serili bir çalışmada 140 KKKA olgusunun 95'inin (%68) başlangıçta KKKA dışında başka enfeksiyon hastalığı tanısı aldığı bildirilmiştir [9]. Sünbül ve ark. [10] endemik bir bölgede fare teması öyküsü olan 57 yaşında bir erkek hastada ve 70 yaşında bir kadın hastada KKKA ile karışan hantavirüs enfeksiyonu bildirmişlerdir. Olguların tanısı IFA yöntemiyle hantavirüs IgM ve IgG pozitifliği ile konmuştur.

Karabay ve ark. [11] kene temas öyküsü olan ve KKKA ile uyumlu klinik (ateş, halsizlik, miyalji) ve laboratuvar bulguları (trombositopeni, AST, ALT düzeylerinde yükseklik) olan 59 yaşında bir bayan hastada Q ateşi bildirmişlerdir. Olgunun tanısı IFA yöntemiyle Coxiella burnetii faz 2 IgM ve IgG pozitifliği ile konmuş, olguda KKKA PZR negatif olarak bildirilmiştir.

Sonuç olarak, olgumuzda olduğu gibi KKKA hastalığının endemik olduğu bölgelerden gelen ve hastalıkla uyumlu klinik ve laboratuvar bulguları olan hastalarda KKKA'ya yönelik tanısal testlerin negatif çıkması durumunda KKKA kliniğini taklit edebilen başka hastalıkların olabileceği de akılda tutulmalı ve olgular bu açıdan araştırılmalıdır.

Maddi Destek ve Çıkar İlişkisi

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların çıkara dayalı bir ilişkisi yoktur.

Kaynaklar

1. Whitehouse CA. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Antiviral Res 20004; 64:145.
2. Yılmaz GR, Buzgan T, Irmak H. The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002-2007. Int J Infectious Dis 2009; 13: 380.
3. Leblebicioğlu H. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Euroasia. Int J Antimicrob Agent 2010; 36 Suppl 1:S43.
4. Leblebicioğlu H. Crimean-Congo hemorrhagic fever. <http://www.uptodate.com/contents/crimean-congo-hemorrhagic-fever>.
5. Elçi Ü, Talay S, Arslan Z, Kapkın O. Kırım-Kongo kanamalı ateşi ön tanısıyla kabul ve tedavi edilen bir kronik lenfositik lösemi olgusu. Türk Anest Rean Der Dergisi 2012; 40:163-8.
6. Almış H, Yakıncı C. A case of brucellosis misdiagnosed as Crimean-Congo hemorrhagic fever. Mikrobiyol Bul. 2012 Jul;46:475-9.
7. Aksoy HZ, Yılmaz G, Aksoy F, Köksal İ. Crimean –Congo haemorrhagic fever presenting as epididimoorchitis. Journal of Clinical Virology, 2010; 48: 282-4.
8. Celikbaş A, Ergönül O, Dokuzoğuz B, Eren S, Baykam N, Polat-Düzgün A. Crimean Congo hemorrhagic fever infection simulating acute appendicitis. J Infect. 2005;50:363-5.
9. Tasdelen Fisgin N, Doganci L, Tanyel E, Tulek N. Initial high rate of misdiagnosis in Crimean Congo haemorrhagic fever patients in an endemic region of Turkey. Epidemiol Infect. 2010;138:139-44.
10. Sunbul M, Yılmaz H, Çetinkaya H, et al. Two Cases of Hantavirus infection in Crimean-Congo haemorrhagic fever endemic region. Journal of Microbiology and Infectious Diseases 2012; 2: 117-20.
11. Karabay O, Gozdas HT, Ozturk G, Tuna N, Utku AC. A Q fever case mimicking Crimean-Congo haemorrhagic fever. Indian J Med Microbiol. 2011;29:418-9.

Sorumlu Yazar: Dr. Salih Cesur,

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

İletişim: E-mail: scesur89@yahoo.com