

BİR SAĞLIK ÇALIŞANI KABUSU: GEÇ TANI ALAN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ OLGUSU

A HEALTHCARE WORKER'S NIGHTMARE: DELAYED DIAGNOSIS OF CRIMEAN-CONGO HAEMORRHAGIC FEVER CASE

İD MEHMET VEYSEL COŞKUN¹ İD MERVE ÖZTÜRK² İD YUNUS EMRE ÖZDEMİR³

¹Sivrihisar Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir, Türkiye

²Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

³Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi viral hemorajik ateş grubunda yer alan, akut seyirli, bulaşıcı ve mortal bir hastalıktır. Tanı konulması gecikmesi durumunda hasta ile yakın teması olan sağlık çalışanları için ciddi risk taşımaktadır. Bu olgu sunumuyla, atipik seyir nedeniyle geç tanı aldığından hasta ile yakın temas kuran sağlık personelinin ribavirin profilaksisi almak durumunda kaldığı bir Kırım Kongo Kanamalı Ateşi olgusunu sunarak bu konudaki farkındalığı artırmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Geç tanı, KKKA, profilaksi

ABSTRACT

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever is an acute, contagious, and fatal disease that belongs to the viral hemorrhagic fever group. A delay in diagnosis carries a severe risk to healthcare professionals who have close contact with the patient. This case report aims to raise awareness on this issue by presenting a case of delayed diagnosis of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever due to its atypical clinical course so that healthcare personnel had close contact with the patient and had to receive ribavirin prophylaxis.

Keywords: CCHF, delayed diagnosis, prophylaxis

GİRİŞ

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Bunyaviridae ailesinde Nairovirus cinsi içerisinde yer alan zarflı bir RNA virüsü tarafından oluşturulan viral kanamalı ateş hastalığıdır. Dünyada en fazla Asya, Afrika ve Güney Doğu Avrupa'da görülen KKKA, ülkemizde de özellikle İç Anadolu Bölgesi ve Doğu Anadolu Bölgesi'nin kuzeyinde endemik olarak görülmektedir (1,2). Virüsü taşıyan Hyalomma cinsi kenelerin ısırığı ana bulaş yolu olmakla birlikte kan ve vücut salgılarının teması ile insandan insana bulaş da olabilmektedir. Bu sebeple yeterli koruyucu önlemin alınmadığı ve geç tanı alan vakalarda sağlık çalışanlarına ciddi bulaş riski bulunmaktadır (3).

Bu olgu sunumu ile amacımız, KKKA'nın atipik seyir gösterebileceğinin akılda tutulması, özellikle endemik bölgelerden gelen hastaların ayrıca tanısında KKKA'nın atlanmaması ve klinik şüphe halinde tanı testleri ile aksi ispat edilene kadar koruyucu önlemlerin alınmasının önemini vurgulamaktır.

OLGU

Bilinen dahili hastalığı olmayan, Çankırı'da merkezde yaşayan ev hanımı 44 yaşında kadın hasta, 2019 Mayıs ayının başında başlayan 3-4 gündür olan halsizlik ve kanlı, mukussuz, kahverengi ishal yakınması ile acil servise başvurdu. Yapılan tetkiklerinde trombositopeni tespit edilmesi üzerine hasta İdiyopatik Trombositopenik Purpura

(ITP) ve gastrointestinal kanama ön tanısı ile hastanemize sevk edildi. Hastanemize başvurusunda alınan anamnezde herhangi bir kene teması olmadığını, çevresinde benzer şikayetleri olan başka birileri bulunmadığını ifade eden hastanın fizik muayenesinde; genel durumu iyi-orta, bilinci açık, koopere, oryante, ateş 36.5 0C, nabız 104/dakika, kan basıncı 110/70 mmHg, satürasyon oda havasında %95 ve bilateral alt ekstremitelerde birleşme eğilimi gösteren vaskülit benzeri peteşiyel tarzda döküntüleri mevcuttu (Şekil 1).

Yapılan tetkiklerinde lökosit sayısı 9140/mm³, nötrofil 7590/mm³, lenfosit 1090/mm³, hemoglobin 16 gr/dl, trombosit 16.000/mm³, Direk/İndirekt Coombs negatif, böbrek fonksiyon testleri normal, aspartat amino transferaz (AST) 260 U/L, alanin aminotransferaz (ALT) 77 U/L, laktat dehidrogenaz (LDH) 760 U/L, kreatin kinaz (CK) 223 U/L, INR: 1.36, protrombin zamanı (PT) 54.9 sn, CRP 30 mg/L, d-dimer 80 mg/L, fibrinojen 0.90 g/L olarak bulundu. Periferik yaymada trombosit 20.000-30.000/mm³ ile uyumlu idi ve atipik hücre saptanmadı.

Çekilen EKG'de göğüs derivasyonlarında yaygın T negatifliği, akciğer grafisinde sağ akciğerde minimal sıvı tespit edilen hasta kardiyojiye konsülte edildi (Şekil 2). Hastaya ekokardiyografi (EKO) yapıldı. EKO'da restriktif tip diyastolik disfonksiyon tespit edildi. Yapılan abdominal ultrasonografi tetkikinde pelviste yaygın sıvı ve safra duvar kalınlığında artış gözlenen hasta akalkülöz kolesistit olarak değerlendirildi.

Sorumlu yazar: Mehmet Veyssel Coşkun, Sivrihisar Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği, 26600 Sivrihisar/Eskişehir

E-posta: coskun.veysel@gmail.com

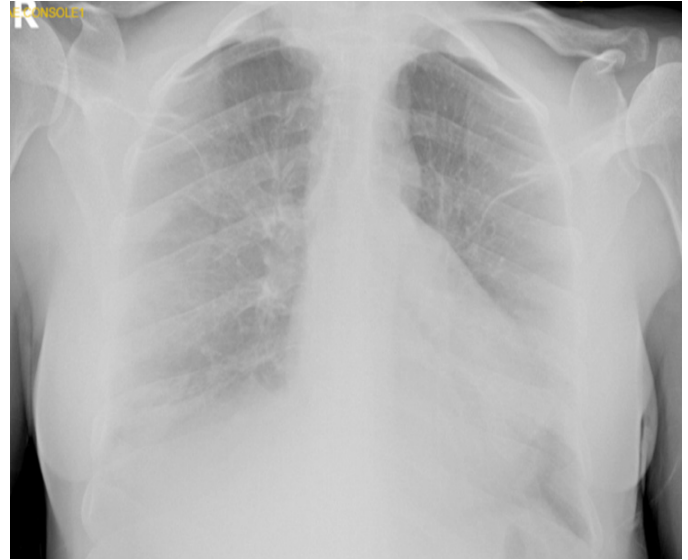
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6626-9518>

Gönderim tarihi: 11.12.2023 **Kabul tarihi:** 02.01.2024

Atf: Coşkun MV, Öztürk M, Özdemir YE. Bir Sağlık Çalışanı Kabusu: Geç Tanı Alan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Olgusu. Eskisehir Med J. 2024; 5(1): 29-31. doi: 10.48176/esmj.2024.155.



Şekil 1. Alt ekstremitelerde görülen vaskülit benzeri lezyonlar



Şekil 2. Sağ akciğerde minimal sıvı

Acil serviste yapılan tetkikleri sonrasında hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı acil iç hastalıkları servisine yatırıldı. Oral alımı kesilen hastaya uygun sıvı replasmanı, taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonu ve ampirik seftriakson 2x1 gr IV tedavisi planlandı. Hastanın trombositopeni etiyojisine yönelik olarak TORCH paneli, açık hepatit paneli (Anti HAV IgM, Anti HAV IgG, HBsAg, Anti HBs, Anti HBc IgG, Anti HCV), Anti Nükleer Antikor (ANA) paneli ve Lyme hastalığına (Anti-borelia IgG/IgA) yönelik tetkikleri planlandı. KKKA ekarte edilmek üzere Halk Sağlığı Kurumu Laboratuvarı'na KKKA PCR tetkiki gönderildi. Servis yatışından hemen sonraki saatlerde karın ağrısı şiddetlenen hastanın yapılan fizik muayenesinde batın bölgesinde yaygın hassasiyet haricinde bir değişiklik tespit edilmedi. Kontrol amaçlı laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri planlanan hastanın ani olarak bilincinin kapandığı ve kardiyak arrest olduğu görüldü. Hastaya 15 dk kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) uygulandı. CPR sonrasında yanıt alınan hasta Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi'ne nakil edildi. Hastanın yoğun bakım ünitesinde aynı gün exitus olduğu görüldü. Sonraki gün Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Laboratuvarı'ndan hastanın KKKA PCR testinin pozitif olarak sonuçlandığı öğrenilmesi üzerine infeksiyon hastalıkları kliniği ile görüşüldü. Aynı gün içerisinde hastaya acil serviste abdominal ultrasonografi çekilirken, EKO tetkiki yapılırken ve servis yatışı sonrası arrest olduğunda CPR için müdahale edilirken hastanın vücut salgıları ile temas ettiği belirlenen veya şüphelenilen 7 hekim ve 2 hemşireye profilaktik amaçlı 10 gün boyunca günde 2 gr ribavirin tedavisi başlandı. Profilaksi başlanılan sağlık çalışanları KKKA bulguları konusunda bilgilendirildi. Toplam 8 sağlık personelinin tamamı profilaksi süresini tamamlarken bir sağlık personeli karın ağrısı ve karaciğer fonksiyon testlerinde hafif yükselme nedeniyle 5. günde ribavirin kullanımını

sonlandırdı. Profilaksi sonrasında hiçbir personelde KKKA bulgularına rastlanmadı.

TARTIŞMA

KKKA ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı, miyalji ve kanama bulguları ile seyretse de atipik prezentasyonlar ile karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır (4,5). Literatürde geç tanı alan KKKA vakaları sonrasında hasta ile yakın teması olan kişilere yönelik profilaksi yapılan çalışmalar bulunmakla birlikte, profilaksinin etkinliği konusunda net bir görüş bildirilmemiştir (6-8).

Güven ve ark yaptıkları bir çalışmada, farklı tanıları nedeniyle yapılan klinik seyri sonrasında hayatını kaybeden bir hastada KKKA tanısı konulması üzerine hasta ile teması olan sağlık çalışanlarını yüksek, orta ve düşük risk grubu şeklinde sınıflandırılmış, yüksek riskli ve orta riskli sağlık çalışanlarına profilaktik olarak ribavirin tedavisi uygulamıştır. Çalışmada profilaksi yapılan ve yapılmayan hiçbir sağlık çalışanında KKKA bulguları saptanmamış, yapılan KKKA PCR testi tüm temaslılar için negatif olarak sonuçlanmış ancak bazı sağlık çalışanlarında ribavirin kullanımı sonrası birtakım yan etkiler gözlenmiştir (7).

Güner ve ark'nın klinik deneyimlerini paylaştığı başka bir çalışmada, KKKA nedeniyle takipli hasalara yakın teması olan, infekte hasta kanları ile kontamine iğne batması olan ve/veya vücut salgılarına temas eden toplamda 7 sağlık çalışanına profilaktik olarak ribavirin tedavisi başlamıştır. Profilaksi başlanan 6 sağlık çalışanının hiçbirinde KKKA bulgular gözlenmemiş ve yapılan KKKA PCR testi negatif olarak sonuçlanırken; 1 sağlık çalışanında KKKA bulguları saptanmış, yapılan KKKA PCR testi pozitif olarak sonuçlanmış ancak ribavirin tedavisi sonrası hasta iyileşmiştir (8).

Olgu sunumumuzda hastanın endemik bölgeden ilkbahar aylarında başvurması KKKA hastalığı açısından anlamlı

olmakla birlikte öyküsünde kene teması olmaması, kırsal bölgede yaşamaması ve döküntülü lezyonlarının sadece alt ekstremitelerde olup vaskülit taklit etmesi nedeniyle ayrırcı tanılarda romatolojik ve hematolojik patolojiler de düşünülmüştür. Bu sebeple hasta ilk başvurduğu merkezde ön tanıda öncelikli olarak gastrointestinal kanama ve ITP düşünülerek hastanemize sevk edilmiştir. Hastanemizde yapılan değerlendirmede ön tanıları içerisinde KKKA düşünülmeyle birlikte yapılan tetkiklerde akalküloz kolesistit, akciğerlerde bilateral minimal plevral mayi ve restriktif tip diyastolik disfonksiyon tespit edilmesi tipik KKKA kliniğinden uzaklaştırıcı bulgular olarak yorumlanmıştır. Bu süreç içerisinde acil servisten sevk edilirken ön tanıda KKKA düşünülmemesinin ve sevk sonrasında saptanan başka patolojiler için acil serviste pek çok ileri tetkik yapılmasının hastanın KKKA tanısı açısından vakit kaybetmesine neden olduğunu düşünmekteyiz. Hastadan ancak acil iç hastalıkları servisine yatışı sonrasında KKKA PCR testi gönderilmiş ve servis yatışını takiben saatler içerisinde kardiyojenik arrest sonrası hayatını kaybettikten sonra hastaya KKKA tanısı konulabilmiştir. Bu dönemde hastanın vücut salgıları ile temas eden toplamda 9 sağlık çalışanına ribavirin profilaksisi başlanmış, profilaksi boyunca ve sonrasında hiçbir sağlık çalışanında KKKA bulgularına rastlanmamış, bir sağlık çalışanı ribavirin yan etkileri nedeniyle profilaksi süresinin yarısını tamamlayabilmiştir.

Sonuç olarak, özellikle endemik bölgelerden bahar ve yaz aylarında başvuran, trombositopeni ve karaciğer fonksiyon testi yüksekliği bulunan hastalarda kene teması olup olmadığına bakılmaksızın KKKA ayrırcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve şüphelenilen her hastaya müdahale esnasında uygun ekipman ile yaklaşılması gerektiği akıld tutulmalıdır. Bununla birlikte her ne kadar etkinliği, dozu ve süresi tam olarak belirtilmemiş olsa da, riskli yakın temas durumlarında infeksiyon hastalıkları ile görüşülerek ribavirin profilaksisi açısından temaslı kişiler değerlendirilmelidir.

Ek bilgi: Bu olgu sunumu 23. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur. (PS 040, 6-10 Ekim 2021, Elexus Otel, KKTC)

Bilgilendirilmiş Onam: Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazarlık Katkısı: Fikir/Kavram: MVC, YEÖ, Tasarım/ Dizayn: MVC, MÖ, Denetleme/Danışmanlık: MVC, Veri Toplama ve/veya işleme: MÖ, YEÖ, Analiz ve/veya Yorum: MÖ, YEÖ, Literatür Taraması: MVC, Makalenin Yazımı: MVC, Eleştirel İnceleme: MÖ, Kaynaklar ve Fon Sağlama: -, Malzemeler: -.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemiştir.

Finansal Kaynaklar: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- 1.Fillâtre P, Revest M, Tattevin P. Crimean-Congo hemorrhagic fever: An update. *Med Mal Infect.* 2019;49:574-85.
- 2.Uyar Y, Çarhan A. Kırım Kongo Kanamalı ateşinin ülkemizdeki epidemiyolojisi. *Türk Hij Den Biyol Derg.* 2009; 66: 13-6.
- 3.Charrel RN, Attoui H, Butenko AM, et al. Tick-borne virus diseases of human interest in Europe. *Clin Microbiol Infect.* 2004;10: 1040-55.
- 4.Rehman K, Bettani MAK, Veletzky L, et al. Outbreak of Crimean-Congo haemorrhagic fever with atypical clinical presentation in the Karak District of Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Infect Dis Poverty* 2018; 7:116.
- 5.Krüger HJ, De Wet R, Blumberg LH, et al. Atypical presentation of Crimean-Congo haemorrhagic fever: Lessons learned. *S Afr Med J.* 2019;109:91-4.
- 6.Elaldi N, Bodur H, Ascioğlu S, et al. Efficacy of oral ribavirin treatment in Crimean-Congo haemorrhagic fever: A quasi-experimental study from Turkey. *J Infect* 2009; 58: 238– 44.
- 7.Guven G, Talan L, Altintas ND, et al. An unexpected fatal CCHF case and management of exposed health care workers. *Int J Infect Dis* 2017;55: 118-21.
- 8.Guner R, Hasanoğlu I, Tasyaran MA, et al. Is ribavirin prophylaxis effective for nosocomial transmission of Crimean-Congo hemorrhagic fever? *Vector-Borne and Zoonotic Diseases* 2014;14: 601-5.



Bu eser [Creative Commons Atıfı-GayriTicari-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansı](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) ile lisanslanmıştır.