

Case Report/ Olgu Sunumu

DOI: 10.61845/agrimedical.1548261

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Four cases without tick contact

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Kene teması olmayan dört olgu

Handan Alay¹, Zeynep Selin Vural^{1*}, Fatma Kesmez Can¹, Ayşe Albayrak¹, Kemalettin Özden¹

ABSTRACT

Öz

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) is transmitted through tick bites; however, apart from tick contact, it is a known disease that can frequently infect humans through close contact with viremic animals. Lack of tick contact in endemic areas or in patients with symptoms and signs compatible with CCHF during appropriate seasonal periods, during visits to these regions should not lead to a deviation from the diagnosis; and CCHF should be examined. In this article, four different CCHF cases without a history of tick contact were presented.

Key Words: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, infectious diseases, tick bite

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) kene ısırığı ile bulaşın görüldüğü; ancak kene teması dışında, viremik hayvanlarla yakın temas yoluyla da sıklıkla insanları enfekte edebildiği bilinen bir hastalıktır. Endemik bölgelerde ya da bu bölgelere ziyaretlerde uygun mevsimsel dönemde KKKA uyumlu semptom ve bulguları olan hastalarda kene temasının olmaması, tanıdan uzaklaşmaya sebebiyet vermemeli ve KKKA tetkik edilmelidir. Bu yazıda kene teması öyküsü olmayan dört farklı KKKA olgusu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon hastalıkları, kene ısırığı, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

1.Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Atatürk University, Faculty of Medicine, Erzurum, Turkey

Gönderilme Tarihi: 11/09/2024
Kabul Tarihi: 25/11/2024
Yayınlanma Tarihi: 01/02/2025

*Sorumlu Yazar

Zeynep Selin Vural

Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Atatürk University, Faculty of Medicine, Erzurum, Turkey

e-mail: z.selin95@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3471-3135

Cite this article: Alay H, Vural ZS, Kesmez Can F, Albayrak A, Özden K. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: four cases without tick contact. Ağrı Med J. 2025; 3(1): 32-34

Giriş

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), hastalığın ismiyle anılan virüsün sorumlu olduğu ciddi bir viral kanamalı ateş hastalığıdır. Ana konakları olan memeli hayvanlar hastalığı asemptomatik geçirirken, kene ısırığı ya da enfekte hayvanların kan, vücut sıvılarına temasla bu hastalığı edinen insanlarda farklı klinik tablolarda görülebilir. Hastalık non-spesifik ateş, baş ağrısı, halsizlik, miyalji, iştahsızlık, bulantı gibi semptomlarla başlayıp; kanamalarla seyreden, konfüzyon, letarji ve komaya kadar ilerleyebilen ciddi klinik tablolarla sonuçlanabilmektedir (1). Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 2002-2018 yılları arasında 11041 vaka görülmüş ve bunların 528'i mortalite ile sonuçlanmıştır (2). Hastalığın tanısı virüsün kan, plazma ya da dokulardan izole edilmesi ile konulabilmektedir. Bu amaçla sıklıkla kullanılan yöntem Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR)'dur (3). En sık bulaş yolu kene ısırıkları olmasına rağmen, herhangi bir kene teması olmadan da hastalık ortaya çıkabilmektedir. Bu raporda kene temasından bağımsız olarak gelişen dört KKKA olgusu sunulmuştur. Bu olgular aracılığıyla, kene teması öyküsünün olmadığı hastalarda tanının atlanmaması ve geciktirilmemesi hususuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu 1

Bilinen sistemik bir hastalığı olmayan 28 yaşında erkek hasta, üç gün önce başlayan ateş, halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı ve ishal şikayetleri ile acil servise başvurdu. Şehir merkezinde ikamet eden, yakın zamanda kırsal bir bölgeye ziyaret ve kene ile temas öyküsü bulunmayan hastanın, beş gün önce arkadaşına kurban kesimi için yardım etmesi dışında herhangi bir hayvan ile de teması yoktu. Genel durumu orta, bilinç açık, oryante, koopere ve vitalleri stabildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı (WBC) 2840/mm³, trombosit sayısı (PLT) 77000/mm³, hemoglobin 14.7 gr/dl, alanin aminotransferaz (ALT) 90 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST) 108 mg/dl, kreatinin 0.8 mg/dl, kan üre azotu (BUN) 12 mg/dl, total bilirubin 0.3 mg/dl, direk bilirubin 0.05 mg/dl, laktat dehidrogenaz (LDH) 560 mg/dl, kreatinin kinaz (CK) 575 mg/dl, INR 1.25 olarak saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları ile değerlendirilen hasta KKKA ön tanısı ile yatırıldı. KKKA virüsü için yapılan PCR tetkiki pozitif sonuçlandı.

Olgu 2

Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 34 yaşında erkek hasta, üç gün önce başlayan yüksek ateş, halsizlik, yaygın vücut ağrısı ve baş ağrısı şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Ek bir semptom tariflemeyen, şehir merkezinde ikamet eden hastanın bir hafta önce kurban kesimi dışında hayvan temasının olmadığı ve üzerinde ya da çevresinde hiç kene görmediği öğrenildi. Genel durumu orta, bilinç açık, oryante, koopere ve vitalleri stabildi. Malar raş mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC 2240/mm³, PLT 62000 /mm³, hemoglobin 15 gr/dl, ALT 89 mg/dl, AST 214 mg/dl, LDH 644 mg/dl, CK 818 mg/dl, INR 1,35, kreatinin 1 mg/dl, BUN 19 mg/dl, total bilirubin 0.5 mg/dl, direk bilirubin 0.1 mg/dl olarak saptandı. KKKA ön tanısı ile yatırılan hastanın, KKKA virüs PCR'ı pozitif sonuçlandı.

Olgu 3

Bilinen sistemik hastalığı olmayan 28 yaşında erkek hasta, üç gün önce başlayan yüksek ateş, halsizlik, yaygın vücut ağrıları ve eklem ağrıları şikayetleri ile acil servise başvurdu. Şehir merkezinde ikamet eden ve kırsal alana ziyaret öyküsü olmayan hastanın kasaplık yaptığı öğrenildi. Genel durumu orta, bilinç açık, oryante, koopere ve ateşi 39°C idi. Fizik muayenesinde ek bir özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC 1920/mm³, PLT 110000 /mm³, hemoglobin 15.3 gr/dl, ALT 132 mg/dl, AST 132 mg/dl, LDH 337 mg/dl, CK 281 mg/dl, INR 1.32, kreatinin 1 mg/dl, BUN 9.6 mg/dl, total bilirubin 0.89 mg/dl, direk bilirubin 0.2 mg/dl

dl olarak saptandı. Hasta KKKA ön tanısı ile yatırıldı. KKKA virüsü için yapılan PCR tetkiki pozitif sonuçlandı.

Olgu 4

Bilinen kronik hastalığı olmayan 48 yaşında erkek hasta, üç gündür olan ateş, üşüme, titreme, halsizlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın kasap olduğu ve beş gün önce tırpanla ot biçerken elini kestiği ve aynı gün tetanoz profilaksisi uygulanarak primer suture edildiği öğrenildi. Çevresinde ya da kendi üzerinde kene görmediğini belirtiyordu. Genel durumu orta, bilinç açık, oryante ve koopere olup; ateş subfebrildi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC 2110/mm³, PLT 128000 /mm³, hemoglobin 17.1 gr/dl, ALT 122 mg/dl, AST 119 mg/dl, LDH 322 mg/dl, CK 526 mg/dl, INR 1.02, kreatinin 0.68 mg/dl, BUN 13.7 mg/dl, total bilirubin 0.71 mg/dl, direk bilirubin 0.14 mg/dl olarak saptandı. KKKA ön tanısı ile yatırılan hastanın, KKKA virüs PCR'ı pozitif sonuçlandı.

Hastalara yatışları süresince parenteral sıvı replasmanı ve mukoza koruyucu ajanlar ile destek tedavisi sağlandı. Olgu-2'de gereklilik halinde aferez tedavisi uygulandı. Klinik iyileşme gözlenen hastalar sırası ile yatışlarının yedinci, dokuzuncu, dokuzuncu ve altıncı günlerinde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

KKKA dünya genelinde geniş bir coğrafyada görülebilen kene ile bulaşan bir hastalık olup, ülkemiz vakaların sıkça görüldüğü bölgeler içerisinde yer almaktadır. Hastalığın en sık görülen bulaş yolu kene ısırığı ya da kenenin çıplak el ile ezilmesi şeklindedir. Kene teması her hastada tanımlanamamakla birlikte, bu oran %60-69 arasında değişmektedir. Bu durum kene teması olmayan bulaşlara bağlı olabileceği gibi, kenenin çok kısa süre tutunup vücuttan ayrılması sebebiyle gözlenememiş olmasından kaynaklı da olabilir. İnsanlar kene dışında, enfekte hayvanların kan, vücut sıvıları ya da diğer enfekte dokuları ile temasla da bu hastalığı edinebilmektedir. KKKA hastalığı seyrinde sık görülen halsizlik, miyalji, iştahsızlık, bulantı, baş ağrısı, ateş gibi semptomlara ek olarak; laboratuvar da trombositopeni, AST, ALT, LDH ve CK'da artış görülmesi, tipik epidemiyolojik öykü vermeyen hastalarda tanı için yönlendirmelidir (1).

Türkiye'de 2002-2007 yılları arasında 1670 KKKA vakasını içeren bir çalışmada, hayvanlarla yakın temas %61.7, hayvanların kan, doku ve vücut sıvıları ile yakın temas %9.9 oranında tanımlamıştır (4). Ayrıca Türkiye'deki vakaların yaklaşık %90'ının hayvancılıkla uğraşan bireyler olduğu bilinmektedir (5). Mezbahe çalışanları, kasaplar gibi enfekte hayvanların kan ve vücut sıvılarıyla temasının olduğu meslek grupları da hastalık açısından risk grubunda yer almaktadır. Irak'ta vakaların çoğunluğunun yetiştiriciler ve kasaplar gibi sığırlarla sık sık etkileşimde bulunan kişiler olduğu bildirilmektedir (6).

Öyküde kene teması olmaması öncelikle, viremik hayvanlarla bütünlüğü bozulmuş deri, konjonktiva ve mukozalar yoluyla temas ya da tutunup fark edilemeden düşmüş olan kene ile temasları düşündürmektedir. Anamnezde kene öyküsü olmayan hastalarda bu veriler sorgulanmalı ve detaylı fizik muayene yapılmalıdır. Kene teması tanımlamayan, endemik alan ziyareti olmayan veya riskli meslek grubunda olmayan vakalarda tanı atlanabilmekte ya da gecikmektedir. Güven ve arkadaşlarının bir çalışmasında karaciğer yetmezliği ile takip edilen ve kene teması tariflemeyen hastaya ölümü sonrasında KKKA tanısı Konulduğu bildirilmiştir (7). Bir başka çalışmada benzer şekilde endemik bölgeden başvuran bir hastada kene teması olmaması sebebiyle tanının gecikmesi vurgulanmıştır (8). KKKA vakalarının sıklıkla görülmediği bölgelerden de, kene teması ile ilişkili olmayan vakalar bildirilmiştir (9). Kurban Bayramı öncesi ve sonrasında aşırı hayvan teması olması, normalde hastalık riski taşımayan kişilerde

hastalığın görülmesine sebep olabilmektedir. Afganistan'da yapılan bir çalışmada KKKA vakalarının %90'ının Kurban Bayramı'nın kutlandığı aylarda meydana geldiği bildirilmiştir (10). Son yıllarda Kurban Bayramı'nın, KKKA hastalığının görüldüğü dönemlere denk gelmesi, riskli meslek grubunda olmayan bireyler için risk oluşturmaktadır (11).

Sonuç

Kene teması öyküsü ve endemik alan ziyareti KKKA şüphesinde en önemli yol gösterici veri olsa da bu hastalığın kene teması olmadan da riskli meslek gruplarında ve viremik hayvanların çıkartıları ile teması olanlarda önemli bir risk taşıdığı unutulmamalıdır. Sık görülen semptom ve bulgular ile laboratuvar değerleri uyumlu olan hastalarda kene teması olmaması tanıdan uzaklaşmaya neden olmamalıdır. Hastalık için riskli meslek gruplarına ve bölge halkına hastalık ve bulaş yolları hakkında eğitimler planlanmalıdır. Ayrıca bu olgular nezdinde, hastalığın bulaşında önemli bir faktör olarak karşımıza çıkan Kurban Bayramı dönemi için gerekli önlemler alınmalıdır.

Bilgilendirilmiş Onam

Olgu sunumlarında etik kurul başvurusu gerekmemekte olup hastaların bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Çalışma için herhangi bir mali destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Fillâtre P, Revest M, Tattevin P. Crimean-Congo hemorrhagic fever: An update. *Med Mal Infect.* 2019;49(8):574-85.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (Hekimlere Yönelik) 2023. Erişim tarihi: 15 Ekim 2024. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoontik-ve-vektorel-hastaliklar-db/Dokumanlar/Sunumlar/KKKA_Sunum_Hekimlere_Yonelik_2023.pdf.
3. Shayan S, Bokaeen M, Shahrivar MR, Chinikar S. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. *Lab Med.* 2015;46(3):180-9.
4. Yılmaz GR, Buzgan T, Irmak H, et al. The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002–2007. *Int J Infect Dis.* 2009;13(3):380-6.
5. Ergönül Ö. Crimean-Congo haemorrhagic fever. *The Lancet Infect Dis.* 2006;6(4):203-14.
6. Tariq S, Niaz F, Safi Vahidy A, et al. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) in Pakistan: The Daunting Threat of an Outbreak as Eid-ul-Azha Approaches. *Disaster Med Public Health Prep.* 2023;17:e404.
7. Guven G, Talan L, Altintas ND, Memikoglu KO, Yoruk F, Azap A. An unexpected fatal CCHF case and management of exposed health care workers. *Int J Infect Dis.* 2017;55:118-21.
8. Coşkun MV, Öztürk M, Özdemir YE. Bir sağlık çalışanı kabusu: geç tanı alan KKKA olgusu. *Eskisehir Med J.* 2024;5(1):29-31.
9. Balinandi S, Patel K, Ojwang J, et al. Investigation of an isolated case of human Crimean-Congo hemorrhagic fever in Central Uganda, 2015. *Int J Infect Dis.* 2018;68:88-93.
10. Qaderi S, Mardani M, Shah A, et al. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) in Afghanistan: A retrospective single center study. *Int J Infect Dis.* 2021;103:323-8.
11. Gümüş A, Sefa Sayar M, Asan A. Two cases of Crimean-Congo hemorrhagic fever detected in a non-endemic feast of Sacrifice. *Türkiye Parazitoloj Derg.* 2022;46(4):339-41.