

# Diyare ile Başvuran Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Olgusu

## Crimean Congo Hemorrhagic Fever Case With Diarrhea

Ahmet ŞAHİN

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Çankırı Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, ÇANKIRI

### Öz

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), viral hemorajik ateş sendromları arasında yüksek mortalite ile seyredilen zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Başvuru sırasında kene teması olduğunu bilmeyen, ancak ateş, halsizlik, baş ağrısı ve ishal ile başvuran 37 yaşındaki erkek hasta takip ve tedavi amaçlı yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durumu stabil ve bilinci açık olan hastanın batında yaygın hassasiyeti vardı. Laboratuvar tetkiklerinde pansitopeni ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik saptandı. Klinik ve laboratuvar bulgularla viral hemorajik ateş düşünülen hastanın KKKA polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi pozitif saptandı. Destek tedavisi başlanan hasta yaklaşık iki haftalık takip sonrası iyileşti. Son yıllarda ülkemizde endemik olarak görülen KKKA, bu olguda Çankırı ilinde çobanlık yapan bir kişide görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** CKKKA, Diyare, Ateş

### Abstract

Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) is a zoonotic infectious disease with high mortality among viral haemorrhagic fever syndromes. The patient was a 37-year-old male who did not know that it was a tick-related disease and applied with fever, fatigue, fatigue, headache. On physical examination, the general condition was stable and there was widespread widespreadness in the patient with consciousness open. In laboratory tests, pancytopenia and liver function tests were found to be elevated. Clinical and laboratory findings of the patient who was considered viral haemorrhagic fever were positive for PCR test of CCHF polymerase chain reaction Patient in whom supportive care is initiated is improved after approximately two weeks of follow-up. CCHF, which has been seen as endemic in our country in recent years, is seen as a shepherd in Çankırı province in this case.

**Key Words:** CCHF, Diarrhea, Fever

### GİRİŞ

KKKA, özellikle endemik bölgede yaşayanlara kene temasıyla bulaşan ateş ve kanama ile seyreden viral bir hastalıktır (1). Afrika, Asya, Balkanlar ve Orta Doğu bölgelerinde endemik olan KKKA virüsü fatal seyredilmektedir (2). Türkiye’ de ilk kez 2002 yılında tespit edilmiştir. Bu tarihten beri ilkbahar ve yaz aylarında, kene ısırığı sonrası başta Tokat, Yozgat ve Sivas illeri olmak üzere İç Anadolu bölgesindeki illerimizde vakalar görülmüştür (3). Bu olgu sunumunda Çankırı’da klinik olarak kanlı ishal ve ateş, laboratuvar bulguları olarak pansitopeni ve transaminaz yüksekliği ile başvurup takip ve tedavi edilen KKKA olgusunu sunmayı amaçladık.

### OLGU SUNUMU

37 yaşında erkek hasta polikliniğe ishal, halsizlik, yorgunluk ve baş ağrısı şikayeti ile başvurmuştu. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğe yatırıldı. Hastanın son birkaç gündür ateşi de mevcuttu. Çankırı ilinin Şabanözü ilçesinde çobanlık yaptığı kaydedildi. Yakın zamanda kene tutunması, böcek ısırması, hayvanlarında bruselloz tespiti gibi özellik yoktu. Hastanın genel durumu orta ve şuuru açık idi. Ateş 39°C, tansiyon arteriyel 120/70 mmHg, nabız 100/dakika saptandı. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet dışında patoloji yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 3200/mm<sup>3</sup> ( % 90 PMNL ), hemoglobin 10.2 gr/dl, trombosit 114000/mm<sup>3</sup>, CRP 4.7 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 21 mm/saat, protrombin zamanı 17 saniye, aPTT 41 sn, uluslar arası normalleştirilmiş oran (INR) 1.2, AST 252 U/L, ALT 63 U/L, laktat dehidrogenaz (LDH) 1630 U/L, kreatin kinaz (CK) 1110 U/L saptandı. Gaita mikroskopisinde eritrosit ve lökosit

görülen hastaya invaziv gastroenterit etkenleri düşünülerek siprofloksasin başlandı. Takipli günlerde ateşli dönemlerde alınan kan kültürlerinde üreme saptanmadı. Ayırıcı tanıda bruselloz düşünülerek istenen Rose-Bengal ve Wright aglütinasyon testi negatif bulundu. Posteroanterior akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Abdomen ultrasonografisinde karaciğer boyutu 17 cm ( hepatomegali ) olarak ölçüldü. Yatışının ikinci gününde alınan kontrol tetkiklerde lökosit 1200/mm<sup>3</sup> ( nötrofil 500/mm<sup>3</sup> ), hemoglobin 9 gr/dl, trombosit 17000/mm<sup>3</sup> saptandı. Pansitopeni gelişen hastadan kene tutunma öyküsü olmasa da mesleği nedeni ile risk grubunda olduğu düşünülerek Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na KKKA ön tanısı ile serum numunesi yollandı. Trombositopeni sonrası sol kol proksimalden distale kadar uzanan ekimoz gelişti (Resim). Aferez trombosit ve eritrosit süspansiyon desteği yapıldı. Yaklaşık 10 günlük takipte semptomatik tedavi ile hastanın tam kan sayımı bulguları normale döndü, ateşi kayboldu. Halk sağlığı laboratuvarından gelen sonuçlarda KKKA PCR testi pozitif tespit edildi. Antibiyoterapisi stoplandı. Takiplerinde genel durumu düzelen hasta taburcu edildi. Hastanın taburculuk sonrası poliklinik takiplerinin ikinci haftasında hem biyokimyasal ve laboratuvar parametreleri hem de klinik bulguları tamamen düzeldi.

### TARTIŞMA

KKKA geniş bir coğrafik dağılım gösteren Hyalomma cinsi keneler aracılığıyla bulaşan ve sıklıkla fatalite gösteren bir hastalıktır. Etkeni Bunyaviridea ailesinin, Nairovirüs cinsinden tek sarmallı, zarflı RNA virüsüdür. İnsanlara kene ısırması veya enfekte kan ile temas sonrası bulaş olmaktadır (1, 4). Olgumuz

**İletişim:** Dr. Ahmet Şahin, Çankırı Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çankırı

**Tel** : 0 534 515 97 43

**E-Posta** : ahmet27sahin@hotmail.com

**Geliş Tarihi** : 13.03.2018

**Kabul Tarihi** : 18.06.2018

**DOI:** 10.17517/ksutfd.405338

Resim: Sol kol proksimalden distale kadar uzanan ekimoz



her ne kadar kene teması öyküsü vermese de mesleğinin çobanlık olması nedeni ile hastanın farkında olmadan kene penetrasyonu olduğunu düşündük.

Klinik olarak sıklıkla ateş, miyalji ve kanama bulguları ile karşımıza çıkmaktadır. KKKA hastalığının inkübasyon, prehemorajik, hemorajik ve iyileşme olmak üzere 4 evresi vardır. İnkübasyon evresi enfekte kene ısırığından sonra genellikle kısa olmakla birlikte 1-5 gün sürer. En geç 13 güne kadar sürmektedir. Hastalığın karakteristik bulguları genellikle yüzde ve farinkslerde kızarıklık, raş, peteşi, ekimoz, mukoz membranlarda ve konjonktivada kanama, hematemez, melena, epistaksis, hematüri ve hemoptizidir (1). Prehemorajik evrede ateş, iştahsızlık, halsizlik, miyalji ve baş dönmesi; bazı hastalarda ise ishal, bulantı ve kusma görülür. Bu evre yaklaşık 3 gün sürmektedir. Hemorajik evre genellikle semptomların başlamasından ortalama 3-5 gün sonra görülmektedir. Serebral hemoraji, gingiva kanaması, burun, vajina, uterus ve üriner sistem kanamaları görülebilmektedir. Serebral kanama ve karaciğerde masif nekroz kötü prognoz göstergelerindedir. Hepatomegali ve splenomegali hastaların % 40'ında görülebilmektedir. Ölüm genellikle hastalığın 5-14. günlerinde görülür. Mortalite ise çeşitli kaynaklarda % 5-80 oranında belirtilmekle birlikte yaklaşık % 30 civarındadır (5). Belet ve

ark'ın çalışmasında hastaların % 22' sinde diyare gözlenmiştir (6). Olgumuzun ise hastaneye başvurusunun en önemli sebebi idi.

Hastalığın laboratuvar bulguları arasında karaciğer fonksiyon testleri, CK ve LDH düzeylerinde yükselme, kanama zamanında uzama, trombosit seviyesinde düşme görülmektedir. Tanı serolojik olarak ELISA yöntemiyle IgM, IgG antikorlarının araştırılması veya PCR gibi moleküler yöntemlerle virüs RNA' sının saptanması ile konulmaktadır (1, 4). Olgumuzun laboratuvar tetkiklerinde de benzer patolojiler mevcuttu. Semptomların başlamasından birkaç gün sonra gönderilen KKKA virüsü PCR pozitif saptandı.

Erken tanı hasta ve olası nozokomiyal enfeksiyonları önleme açısından kritik öneme sahiptir. KKKA ateşli olguların spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Vakaların yönetiminde temel olarak hidrasyon ve kan tranfüzyonu hemostatik dengenin korunması açısından en önemli bölümü destek tedavisi oluşturmaktadır. Gerekli durumlarda eritrosit süspansiyonu, aferez trombosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma kullanılabilir (7). Ribavirin, günümüzde özellikle erken dönemde kullanıldığında KKKA virüsünün replikasyonunu durdurmada kullanılan tek antiviral ilaçtır (8,9). Ancak bazı çalışmalarda özellikle hastalığın erken döneminde başlanılarda etkinliği gözlenirken (10, 11), bazı çalışmalarda etkisiz bulunmuştur (12, 13). Takip ettiğimiz hastada hastanın ilk başta kene teması öyküsü vermediğinden dolayı erken evrede olmadığı düşünüldü ve ribavirin verilmedi, hidrasyon ile kan transfüzyon desteği yapıldı. KKKA, insana enfekte kene ısırığının yanı sıra hastanın kan ve vücut salgıları ile temas sonrası da bulaşabilmektedir (1).

Sonuç olarak ülkemizde hastalığın özellikle endemik görüldüğü yerlerde risk faktörleri olan, ateş ve pansitopeni bulgularıyla başvuran hastalarda KKKA akılda tutulmalıdır. Ayrıca olası bulaşların önüne geçebilmek için standart temas izolasyon kurallarına dikkat etmek gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Ergonul O. Crimean-Congo haemorrhagic fever. Lancet Infect Dis 2006;6: 203-214.
2. Ergonul O. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus: New outbreaks, new discoveries. Curr Opin Virol 2012; 2: 215-220.
3. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi [İnternet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [erişim 5 Ekim 2008]. <http://www.saglik.gov.tr/KKKA/Default.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE>.
4. Mardani M, Keshtkar-Jahromi M. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Arch Iran Med. 2007; 10: 204-214.
5. Whitehouse CA. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Antiviral Res. 2004; 64: 145-160.
6. Belet N, Top A, Terzi O, Arslan HN, Baysal K, Sensoy G. Evaluation of children with Crimean-Congo hemorrhagic fever in the central Blacksea region. Pediatr Infect Dis J. 2014; 33: 194-197.
7. Ergonul O. Treatment of Crimean-Congo hemorrhagic fever. Antiviral Res. 2008; 78: 125-131.

8. Ergonul O. Kırım-Kongo kanamalı ateşinin tedavisinde erken ribavirin kullanımı. *Klimik Derg.* 2010; 23: 1.
9. Mardani M, Jahromi MK, Naieni KH, Zeinali M.. The efficacy of oral ribavirin in the treatment of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Iran. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 1613-1618.
10. Izadi S, Salehi M. Evaluation of the efficacy of ribavirin therapy on survival of Crimean-Congo hemorrhagic fever patients: a case-control study. *Jpn J Infect Dis* 2009; 62: 11-15.
11. Tasdelen Fisgin N, Ergonul O, Doganci L, Tulek N. The role of ribavirin in the therapy of Crimean-Congo hemorrhagic fever: early use is promising. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2009; 28: 929-933.
12. Koksall I, Yilmaz G, Aksoy F, Aydin H, Yavuz I, Iskender S, ve ark. The efficacy of ribavirin in the treatment of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Eastern Black Sea region in Turkey. *J Clin Virol* 2010; 47: 65-68.
13. Elaldi N, Bodur H, Ascioğlu S, Celikbas A , Ozkurt Z , Vahaboglu H, ve ark. Efficacy of oral ribavirin treatment in Crimean-Congo haemorrhagic fever: a quasi-experimental study from Turkey. *J Infect* 2009; 58: 238-244.