



Crimean Congo Hemorrhagic Fever: A Case Report

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Bir Olgu Sunumu

Sedat Işııkay

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

ABSTRACT

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) is a viral infection more frequently described during recent years in our country, and has a high mortality rate. A 13-year-old boy was admitted to the hospital with a history of fever, malaise, chills, headache, muscle and back pains, fatigue and vomiting. Physical examination revealed a petechial rash on his legs and soft palate with petechial haemorrhages into the skin. Laboratory findings showed elevated liver enzymes, prolonged prothrombin time and thrombocytopenia. His history indicated contact with livestock. Based on the clinical and laboratory findings, CCHF virus infection was suspected. The diagnosis of CCHF was confirmed by enzyme-linked immunosorbent assay tests. He recovered completely with ribavirin therapy for 7 days. In conclusion, CCHF should be considered in the differential diagnosis of patients who have contact with livestock and present with fever, fatigue, rash, elevated liver enzymes, thrombocytopenia and prolonged prothrombin time.

Keywords: Crimean Congo Hemorrhagic Fever, tick, child

Received: 10.05.2011 **Accepted:** 30.07.2011

ÖZET

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ülkemizde son yıllarda sık görülmeye başlayan ve mortalitesi yüksek olan viral bir enfeksiyon hastalığıdır. On üç yaşında erkek çocuk, ateş, halsizlik, üşüme, baş ağrısı, kas, sırt ağrısı, yorgunluk ve kusma şikayetleri ile kabul edildi. Fizik muayenesinde ciltte peteşiyel kanamalar ile bacaklarda ve yumuşak damakta peteşiyel döküntü görüldü. Laboratuvar bulgularında yükselmiş karaciğer enzimleri, uzamış protrombin zamanı ve trombositopeni saptandı. Hastanın hayvan ile temas öyküsü vardı. Klinik ve laboratuvar bulgular temelinde KKKA virüs enfeksiyonundan şüphe edildi. KKKA tanısı enzim immüno-sorbent assey testi ile doğrulandı. Hasta 7 günlük ribavirin tedavisi ile tam olarak iyileşti. Sonuç olarak KKKA, hayvan teması olan, ateş, halsizlik, döküntü, yükselmiş karaciğer enzimleri, trombositopeni ve uzamış protrombin zamanı olan hastaların ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, kene, çocuk

Geliş Tarihi: 10.05.2011 **Kabul Tarihi:** 30.07.2011

Giriş

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), viral hemorajik ateş sendromları arasında yer alan zoonoz karakterli, insanlarda mortaliteye neden olabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Etken Bunyaviridea ailesinden, Nairovirüs soyundan KKKA virüsüdür. Virüsü taşıyan kenelerle insan ve hayvanlara bulaş olmaktadır. Ancak insanlar hastalığın oluşabileceği yegâne konaktır, hayvanlarda hastalık oluşturmazlar (1). Vakaların çoğu Doğu ve İç Anadolu Bölgesi'nden bildirilmekle birlikte Türkiye'nin birçok ilinden sporadik vakalar bildirilmektedir. Akut olarak ortaya çıkan; yaygın vücut ağrısı, miyalji, ateş, bulantı, kusma, baş ağrısı, karın ağrısı, ishal, ekimoz ve cilt ve mukozalarda kanama semptomları, artmış karaciğer enzimleri, kreatin kinaz (CK) ve laktat dehidrogenaz (LDH) yüksekliği, trombositopeni, lökopeni ve uzamış aktive promboplastin zamanı (aPTZ) laboratuvar bulguları ile seyrederek. Tanı virüsün elde edilmesi, virüse karşı oluşan antikorların saptanması veya moleküler yöntemlerle konulur. Tedavinin esasını destek tedavisi oluşturmakla birlikte ribavirin tedavisi kullanılır. Hastalık genellikle erişkin yaş grubunda görülür ancak az da olsa çocuklarda da görülmektedir. Klinik tablo çocuklarda erişkinlere göre daha hafif seyretmektedir. Nedeni bilinmemektedir (2, 3). Bu yazıda KKKA tanısı ile izlenerek şifa ile tedavi edilen bir çocuk olgu hastalığının nadir görülmesi ve çocuklarda kliniğinin daha iyi gidişli olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu Sunumu

On üç yaşında erkek olgu, ateş, baş ağrısı, bel ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, kusma, ishal, bacaklarında döküntü, burun kanaması ve baş dönmesi şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Şikayetleri son 5 içinde gelişmiş ve giderek artmıştı. Başvurduğu gün kusma,

Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Dr. Sedat Işııkay, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Şahinbey, 27500 Gaziantep, Türkiye
Phone: +90 505 691 13 70 E-mail: dr.sedatisikay@my.net.com

©Copyright 2013 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.jaemcr.com
©Telif Hakkı 2013 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.jaemcr.com web sayfasından ulaşılabilir.



ishal, döküntü ve burun kanaması şikâyetleri başlamıştı. Öyküsünden olgunun Erzurum'un bir köyüne son 2 hafta içinde tatile gidip geldiği öğrenildi. Köyde bulunduğu süre boyunca böcek ısırma ve yakın zamanda bir enfeksiyon geçirme öyküsü ifade edilmiyordu. Öz ve soygeçmişinde başka bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık ve kooperasyonu tamdı. Aksiller vücut ısısı 38.5°C, kan basıncı 70/50 mmHg, solunum sayısı 40/dakika ve kalp tepe atımı 116/dakika idi. Halsiz, yorgun ve hasta görünümde olan olgunun burnunda kanamaya sekonder kurutlar, bacaklarda ve ayak dorsal yüzlerinde basmakla solmayan peteşiyal döküntüler (Resim 1) vardı. Palpasyonla yaygın miyaljisi mevcuttu. Ağız boğaz bakışında sert damakta sızıntı şeklinde kanama alanları ve enantemler (Resim 2) görüldü. Lomber bölge cildinde (L4 hizasında) böcek ısırığına benzer hiperemik bir odağın (Resim 3) var olduğu fark edildi. Olguya refakat eden kişiler böcek ısırma ve tutunma öyküsü açısından tekrar sorgulandı. Ailenin de bunu fark etmediği öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 15.6 gr/dL, beyaz küre sayısı 2400/mm³, absolü nötrofil sayısı 1300/mm³, trombosit sayısı 73000/mm³ idi. Periferik kan

yaymasında %60 polimorfonükleer lökosit, %40 lenfosit ve ikili kümeler halinde trombositler görüldü. Eritrosit sedimentasyon hızı 6 mm/saat, C-reaktif protein 0.33 mg/dL idi. Kan glukozu 86 mg/dL, serum kreatinin 0.4 mg/dL, serum sodyumu 134 mEq/L, potasyum 3.2 mEq/L, kalsiyum 9.5 mg/dL, alanin aminotransferaz 101 U/L, aspartat aminotransferaz 348 U/L, laktat dehidrogenaz 871 U/L, alkalin fosfataz 614 U/L, kreatin kinaz 408 U/L olarak saptandı. Protrombin zamanı 11 sn, aPTZ 30 sn, uluslararası normalleştirilmiş oran (INR) 1.1 idi. Tam idrar tetkiki normaldi. Gaita mikroskopisinde özellik yoktu. Kan, idrar, gaita ve boğaz kültürlerinde üreme olmadı. Hepatit A, B, C, Ebstein-Barr virüs, varisella-zoster virüs, sitomegalovirüs, herpes virüs, klamidya ve mycoplazma pneumonia, brusella, salmonella, Borrelia Burgdorferi ve parvovirüs B19 serolojileri negatifti. Olgunun öyküsü ve laboratuvar bulguları ile KKKA olabileceği düşünülerek izole edildi. Oral ribavirin tedavisi 30 mg/kg yükleme dozundan sonra 4 gün 6 saat ara ile 15 mg/kg/doz, daha sonra da 6 gün 6 saat ara ile 7 mg/kg olacak şekilde başlandı. Yatışının ikinci günü köyden ziyarete gelen babaannesinden 10 gün önce sırtında kene olduğu fark edilerek cımbız aracılığı ile çıkarıldığı öğrenildi. Yatışının 2. ve 3. günlerinde trombosit değerleri 18000/mm³'e kadar düşmesi sebebiyle iki kez trombosit replasmanı yapıldı. Yatışı sırasında gönderilen kan serumundan ELISA yöntemi ile çalışılan KKKA virüs IgM ve IgG antikorlarının pozitif bulundu. Yatışının 7. gününde tüm semptomları ve laboratuvar bulguları düzelen olgunun ribavirin tedavisi 10 güne tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Ayak dorsal cildinde peteşiyal döküntü



Resim 2. Burun içerisinde kurutlar ve sert damakta hemorajik enanem



Resim 3. Kene ısırık izinin görünümü

ısırdığında tükrüğünde bulunan bazı anestetik maddeler nedeniyle ağrıya neden olmazlar. Bu nedenle fark edilmeleri de görülmediği sürece güçtür. Kene ile ısırılan insanların hepsinde hastalık gelişmektedir (3-5). Hastalık ülkemizde ilk kez 2002 yılında Tokat'ta görülmeye başlanmış, daha sonra İç Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgelerine yayılmıştır (Tokat, Sivas, Yozgat, Trabzon) (4-7). En riskli grubu özellikle hayvanlarla uğraşanlar, tarımla uğraşan çiftçiler ve sağlık personeli oluşturmaktadır. Endemik bölgelere seyahat edenler, ormanlarda çalışanlar ve avcılar risk altındaki kişilerdir (7). Olgu hastalığının endemik olduğu Doğu Anadolu Bölgesi'ne seyahat etmişti. Yatışının ilk günü aşırı halsiz ve yorgun olan olgu bize kene tutunma öyküsü vermemişti. Hatta kene ısırığını fark etmemişti. Fizik muayene sırasında görülen cilt lezyonunun böcek ısırığı olduğu tarafımızca düşünülmüştü. Bel kısmına yapışan kene babaanne tarafından görülerek fark edilmişti ve bu olay hasta ziyareti sırasında, olgunun yatışının 2. günü bildirilmişti. Hatta olgu sırtından çıkarılan şeyin kene olduğunu bilmiyordu.

İnkübasyon, prehemorajik, hemorajik ve konvalesan dönemler olmak üzere hastalığın dört klinik evresi vardır. İnkübasyon dönemi kene tarafından ısırılmayı takiben geçen 1-3 günlük dönemdir, ancak 9 güne kadar uzayabilir (2). Prehemorajik dönem de ani yükselen ateş (39-41°C), baş ağrısı, miyalji ve baş dönmesi ile başlar. Ateş ortalama olarak 4-5 gün sürer. İshal, bulantı ve kusma görülebilir. Yüz, göğüs, konjunktivada peteşiler çoğu vakada görülmektedir. Bu dönem ortalama 3 gün sürmekle beraber 1-7 gün arasında devam edebilir. Hemorajik dönem 2-3 gün kadar kısa sürelidir, hızlı gelişir ve genellikle hastalığın 3. ile 5. günleri arasında başlar. Kanama bulguları mukozaya ve ciltte peteşilerden geniş hematoma kadar değişiklik gösterebilir. En sık kanayan bölgeler burun, gastrointestinal sistem, genitoüriner sistem ve solunum sistemidir. Hastaların üçte birinde hepatomegali ve splenomegali bildirilmiştir. Konvalesan dönem hastalığın başlangıcından 10-20 gün sonra başlar (2-7). Olgunun şikâyetleri kene ile ısırıldıktan 5 gün sonra başlamıştı. Ateş yüksekliği, miyalji, ishal şikâyetleri takip eden günlerde gelişmişti. Peteşiler ve burun kanaması oluncu kliniğimize başvurmuştu. Fizik muayenesinde splenomegali ve hepatomegali yoktu.

Kene tarafından ısırılma, enfekte insan veya hayvan dokuları ile temas ve endemik bölgeye seyahat öyküsü, klinik semptom ve bulguların varlığında şüphelenmelidir. Kesin tanı laboratuvar bulgularının yardımıyla konur. Hastalığın başlangıcından bir hafta sonra Enzim İmmün Assay (EIA) veya İmmunoflorasan Antikor (İFA) tekniği ile virüse özgün spesifik IgM ve IgG antikor gösterilebilir. Oluşan antikorlar serolojik yöntemlerden en hızlı ELISA ile saptanabilmektedir. Antikor cevabı enfeksiyonun birinci haftasında gelişir, 1-4 ay sonra kaybolur (8). Tam kan sayımında beyaz küre sayısında düşüş, trombositopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma, kanama testlerinde uzama, böbrek fonksiyonlarında bozulma, LDH ve CK düzeylerinde artış gibi non-spesifik laboratuvar bulguları inkübasyon döneminden itibaren tespit edilebilmekle beraber hemorajik dönemde belirgin olarak görülmekte ve konvalesan dönemden itibaren düzelmeye başlamaktadır (9). Olgumuzda laboratuvar bulguları, sırtında ısırık izinin görülmesi ve babaanneden kene çıkarılma öyküsünün alınması ile KKKA'ı düşünülmüştü. Kan serumundan ELISA yöntemi ile çalışılan KKKA

virüs IgM ve IgG antikorları pozitif olarak saptanarak tanı doğrulandı. Yatışın ilk günü lökopeni, trombositopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ve LDH değerlerinde yükseklik vardı. Başvurduğu ilk gün burun kanaması olmuştu. İzleminde trombosit değerleri düşen olguya trombosit süspansiyonu verilmişti. Ciddi bir kanaması olmamıştı. Takibinde bozuk olan laboratuvar değerleri spontan olarak düzelmişti.

Hastalığın esas tedavisi destek tedavisidir. Destek tedavisinde sıvı ve elektrolit replasmanı, kanama, şok ve dissemine intravasküler koagülopati (DİK) bulgularına göre taze donmuş plazma, trombosit ve eritrosit süspansiyonu verilmektedir. Ağır vakalarda ağızdan veya damardan ribavirin kullanılabilir. Hafif vakalarda ise kullanılması önerilmemektedir. Ribavirin hem tedavi hem de profilakside kullanılabilir. Erken dönemde başlanırsa ribavirin tedavisinden yarar görülebilir (10). Hastalık çocuklarda erişkinlere göre daha hafif seyretmektedir. Nedeni belli değildir. Literatürde çocuklar ile ilgili çok az sayıda yayın mevcuttur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın verilerinden çocuklarda mortalitenin daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2008 verilerine göre çocuk hastalarda mortalite oranının %1.35 olduğu gözlemlenmiştir (11). Ribavirin tedavisi için önerilen süre 10 gündür. Ribavirin erişkinde 2 gr yükleme dozunu takiben 4x1 gr 4 gün, daha sonra da 4x0.5 gr 6 gün süre ile kullanılmaktadır. Çocuklarda ribavirin tedavisi 30 mg/kg yükleme dozunu takiben 6 saat arayla 15 mg/kg 4 gün, sonra da 6 saat arayla 7 mg/kg 6 gün önerilmektedir (1-7). Olguya destek tedavileri ve oral ribavirin tedavisi verildi. Klinik ve laboratuvar bulguları kısa bir sürede hızla düzeldi.

Hastalığı bulaştıran keneler ile mücadele hastalıktan korunmada en önemli noktadır. Vücuda yapışan keneler ucu eğri pensle kenenin ağız kısmından tutularak çivi çıkarılır gibi ve dik bir şekilde kafası koparılmadan ve ezilmeden çıkarılmalıdır (12). Olgunun babaannesi keneyi çimbitirici ile özensizce çekerek çıkarmıştı.

Sonuç

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi'nde erken tanı ve tedavi prognoz açısından çok önemlidir. Endemik bölgelere seyahat eden, riskli grupta olan kişilerde ateş, kas ağrısı ve kanama şikâyetleri varlığında hastalık akla gelmelidir. Kene ısırığının ağrısız olmasından dolayı kene ile ısırılma öyküsü olmayan olguların fizik muayenesi dikkatli olarak yapılmalı, kene veya ısırık izi inspeksiyonla taranmalıdır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Ergonul O. Crimean-Congo haemorrhagic fever. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 203-14. [CrossRef]
2. Seçmeer G, Çelik İH. Kırım Kongo kanamalı ateşi. *Çocuk Enf Derg* 2010; 4: 152-9.
3. Kara A. Kırım Kongo kanamalı ateşi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49: 175-84.
4. Tanır G, Özgelen Ş, Tuğgun N. Kenelerin biyolojik özellikleri, kene ile bulaşan hastalıklar ve Türkiye'deki epidemiyolojik veriler. *Çocuk Enf Derg* 2008; 3: 117-23.
5. Kara A. Kırım Kongo kanamalı ateşi. *Türk Arch Ped* 2008; 43: 108-18.

6. Chinikar S, Moghadam AH, Parizadeh SJ, Moradi M, Bayat N, Zeinali M, et al. Seroepidemiology of crimean congo hemorrhagic Fever in slaughterhouse workers in north eastern iran. *Iran J Public Health* 2012; 41: 72-7.
7. Çiftci E. Ülkemizde Yeni Ortaya Çıkan Bir Enfeksiyon Hastalığı: Kırım Kongo kanamalı ateşi. *Çocuk Enf Derg* 2009; 3: 86-9.
8. Shepherd AJ, Swanepoel R, Leman PA. Antibody response in Crimean-Congo hemorrhagic fever. *Rev Infect Dis* 1989; 11: 801-6. [\[CrossRef\]](#)
9. Ergönül O, Celikbaş A, Dokuzoguz B, Eren S, Baykam N, Esener H. Characteristics of patients with Crimean-Congo hemorrhagic fever in a recent outbreak in Turkey and impact of oral ribavirin therapy. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 284-7. [\[CrossRef\]](#)
10. Ozkurt Z, Kiki I, Erol S, Erdem F, Yılmaz N, Parlak M, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Eastern Turkey: clinical features, risk factors and efficacy of ribavirin therapy. *J Infect* 2006; 52: 207-15. [\[CrossRef\]](#)
11. Tezer H, Şaylı TR, Bilir ÖA, Demirkapı S. Çocuklarda kene ısırması önemli midir? 2008 yılı verilerimiz. *J Pediatr Inf* 2009; 3: 54-7.
12. Kara A. Kene çıkartılması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 117-22.