

Kırım Kongo kanamalı ateş ile herpes zoster oftalmikus birlikteliği

Concurrence of Crimean-Congo hemorrhagic fever with herpes zoster ophthalmicus

İ Hüseyin Esmer, İ Çiğdem Ataman Hatipoğlu, İ Salih Cesur, İ Kader Arslan, İ Sami Kınıklı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZ

Kırım-Kongo kanamalı ateşi Bunyaviridae ailesinden Nairovirus cinsinin neden olduğu bir zoonotik enfeksiyon hastalığıdır. Hastalığın etkeni olan virus Hyalomma cinsi kenelerin tutunması, enfekte hayvanın kan ve vücut sıvılarıyla temas veya enfekte hastanın kan veya vücut sıvıları ile temas sonucu bulaşabilir. Zona, diğer adıyla herpes zoster, duysal ganglion içindeki endojen latent varisella zoster virüsü enfeksiyonunun reaktivasyonu sonucunda gelişen rekürren enfeksiyondur. Zonaya bağlı olarak trigeminal sinirin oftalmik dalının tutulması oftalmik zona (herpes zoster oftalmikus) olarak isimlendirilir ve ciddi bir komplikasyondur. Bu yazıda, Çankırı ilinden gelen 27 yaşında bir erkek hastada Kırım-Kongo kanamalı ateş ile oftalmik zona birlikteliği sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kırım-Kongo Kanamalı Ateş, herpes zoster oftalmikus, koenfeksiyon

ABSTRACT

Crimean-Congo haemorrhagic fever is a zoonotic infectious disease caused by the genus Nairovirus in the Bunyaviridae family. The virus that is the causative agent of the disease can be transmitted by contact with the infected animal's blood and body fluids or by contact with the infected patient's blood or body fluids. Zona, also known as herpes zoster, is a recurrent infection caused by reactivation of endogenous latent varicella zoster virus infection in the sensory ganglion. The retention of the ophthalmic branch of the trigeminal nerve, depending on the zone, is called an ophthalmic shingles (herpes zoster ophthalmicus) and is a serious complication. In this article, a 27-year-old male patient from the province of Çankırı is presented with Crimean Congo hemorrhagic fever and ophthalmic shingles.

Keywords: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, herpes zoster ophthalmicus, co-infection

GİRİŞ

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) ilk kez Kırım'da 1944 yılında görülmüştür. Daha sonra 1956'da Kongo'da saptanan hastalığın da Kırım'dakine benzediği anlaşılınca hastalık Kırım-Kongo kanamalı ateşi olarak isimlendirilmiştir (1,2). KKKA ülkemizde bazı bölgelerde endemik olarak görülmektedir. Herpes zoster oftalmikus, varicella zoster virüsün trigeminal sinirin oftalmik dalını tutması sonucunda gelişen bir komplikasyondur. Periorbital alanı içeren veziküler döküntü, göz kapağında ödem görülebilir (3,4). Bu yazıda kliniğimizde takip edilen KKKA tanısı konulan bir olguda eş zamanlı olarak gelişen herpes zoster oftalmikus klinik tablosu sunuldu.

OLGU

Yirmi yedi yaşında erkek hasta Çankırı iline seyahati esnasında sırtında kene olduğunu fark etmiş, kene yakını tarafından çıkarılmış. Kene temasından dört gün sonra ateş, üşüme, titreme olmuş. Kene temasından yedi gün sonra yapılan tetkiklerinde lökosit sayısı 2300/mm³, trombosit sayısı 81.000/mm³, AST 82 U/L olan hasta KKKA ön tanısıyla kliniğimize sevk edilmiş. Anamnezinden ateş, boğaz ağrısı, öksürük, baş ağrısı ve ishal yakınmalarının olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 37,4 °C, genel durumu iyi, bilinci açıktı. Bilateral konjonktival kanaması mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı, Peteşi, purpura ve gastrointestinal kanama

Sorumlu Yazar: Salih Cesur, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, 06230, Uluçanlar Cad, Altındağ, Ankara, Türkiye

E-posta: scesur89@yahoo.com

Geliş Tarihi: 04.10.2018 **Kabul Tarihi:** 13.11.2018 **Doi:** 10.32322/jhsm.467199

Cite this article as: Esmer H, Ataman Hatipoğlu Ç, Cesur S, Arslan K, Kınıklı S. Kırım Kongo kanamalı ateş ile herpes zoster oftalmikus birlikteliği. J Health Sci Med 2020; 3(1): 86-88.

semptomları (hematemez ve melen) yoktu. KKKA ön tanısıyla hasta izole odaya alındı, ishaline yönelik hidrasyon tedavisi başlandı. Dışkı mikroskopisinde lökosit, eritrosit ve parazit görülmedi. Konjonktivalarda kızarıklık için göz hastalıklarına danışılan hastada bilateral konjonktivalarda temporalde 1 mm² lik minimal konjonktival hemoraji saptandı, ön segment yapıları ve fundus doğal olarak belirlendi, suni göz damlası önerildi. KKKA tanısına yönelik Viroloji referans laboratuvarından KKKA polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ve KKKA-IgM ELISA testleri istendi. Takipleri esnasında trombosit sayısı 64.000/mm³, lökosit sayısı 1490/mm³, AST: 249 U/L, ALT 326 U/L olarak saptandı. HbsAg, Anti-HCV ve HAV-IgM negatif olarak rapor edildi. Yatışının üçüncü günü sol göz kapağında ödem ve veziküler lezyon gelişti (**Resim 1**). Dermatoloji kliniğine



Resim 1. Tedavi öncesi sağ göz kapağında zona oftalmikus ile uyumlu veziküler lezyonlar

danışılan hastada herpes zoster oftalmikus düşünüldü. Povidon iyot ile atuşman ve mupirosin pomad önerildi. Herpes zoster oftalmikus için valasiklovir tablet 1000 mg 3x1 tablet yedi gün başlandı. KKKA-PZR i ve KKKA-IgM testleri pozitif sonucu pozitif olarak raporlandı, yatışının yedinci gününde ateşi olmadı, sol göz kapağındaki ödem ve veziküler lezyonlar kurutuldu (**Resim 2**). Laboratuvar testlerinde; lökosit sayısı 4170/mm³, trombosit sayısı 97.000/mm³ AST 69 U/L, ALT 219 U/L idi. Hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.



Resim 2. Tedavinin 4. günü sağ göz kapağındaki kurutlanma ve ödemde azalma

TARTIŞMA

KKKA, Afrika, Asya, Doğu Avrupa ve Orta Doğu'da tanımlanmış, sıklıkla kene tutunması ile bulaşan, zoonotik viral bir enfeksiyondur (2). Ülkemizden bildirilen olgular en çok Tokat, Sivas, Yozgat, Çankırı, Amasya ve Çorum olmak üzere, Karadeniz Bölgesinin iç kesimlerinde ve İç ve Doğu Anadolu Bölgelerinin kuzey kesimlerini kapsayan bölgelerde sıklıkla ilkbahar ve yaz aylarında görülür (5). KKKA etkeni Bunyaviridae ailesindeki Nairovirus cinsinde yer alan tek iplikli bir RNA virüsüdür. Hastalığa bağlı bildirilen ölüm oranları %3-30 arasında değişmektedir. Ülkemizde ilk kez 2002'de bildirilen olgudan sonra 2009 yılı Eylül ayına kadar toplam 4435 hasta ve 217 ölüm (mortalite oranı %5) bildirilmiştir (2,6).

Hastalık en sık enfekte kenelerin tutunması ile bulaşır, bunun dışında direkt hastalıklı hayvanın vücut sekresyonları ile temasla, hasta kişinin kan ve vücut sekresyonları ile temasla da nozokomiyal bulaşta görülebilir. Büyükbaş evcil hayvanlar, sığırlar ve koyunlar kenenin taşınmasında önemli rol oynar. Endemik bölgelerde yaşayan tarım ve hayvancılıkla uğraşan kişiler KKKA yönünden yüksek risk taşırlar (2,5,7). Sunduğumuz hastada KKKA açısından endemik illerden olan Çankırı iline seyahat ve kene tutunması öyküsü mevcuttu.

Kene tutunmasına bağlı KKKA olgularında inkübasyon süresi 1-3 gün arasında değişir, en fazla 12 gündür. Bu süre enfekte kan, vücut sıvısı veya diğer dokulara doğrudan temas yoluyla bulaşmada ise 5-13 gün arasında değişir (2,8). Sunduğumuz olguda inkübasyon süresi 4 gün idi. Hastalıkta görülen başlıca semptomlar; yüksek ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve yaygın eklem ağrılarıdır. Hastalarda burun kanaması, mide kanaması, beyin kanaması, hematemez, melen, peteşi, purpura görülebilir (2,7). Sunduğumuz olguda ateş boğaz ağrısı, halsizlik, öksürük, baş ağrısı ve ishal yakınmaları mevcuttu. Aktif kanaması, peteşi ve purpurası yoktu. KKKA tanısında en sık tercih edilen yöntemler, real time polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PZR) yöntemi ile KKKA virüsün araştırılması, virüse karşı oluşan IgM ve IgG tipi antikorların ELISA yöntemiyle saptanmasıdır. ELISA yöntemiyle IgM sınıfından antikorları 5-6 gün ve IgG sınıfından antikorları 7-10 günde saptanabilir (2,9). Sunduğumuz olguda KKKA RT-PZR ve KKKA-IgM testleri pozitif olarak belirlendi.

KKKA tedavisinde destek tedavisi esastır. Destek tedavisi amacıyla, taze donmuş plazma ve trombosit süspansiyonu verilebilir. Antiviral ilaç olarak ribavirin tedavisi prehemorajik dönemde viral replikasyonu baskılamak amacıyla verilebilir (2,5,7). Sunduğumuz olguda aktif kanaması olmadığından ve izlem sırasında trombosit sayısında artış olduğundan destek tedavisi ve ribavirin tedavisi uygulanmadı.

Zona, olarak da bilinen herpes zoster, duyuşal ganglion içindeki endojen latent VZV enfeksiyonunun ağır travma, stres, yüksek ateşle seyreden enfeksiyonlar gibi durumlarda reaktivasyonu sonucu gelişen klinik tablodur. Hastalığın bu klinik formu, genellikle sınırlı bir dermatom bölgesinde

dağılım gösteren ağrılı, genellikle tek taraflı veziküler döküntü ile karakterizedir (3).

Herpes zoster oftalmikus (HZO), zonaya bağlı olarak gelişen ciddi görme kaybına neden olabilen bir durum olup trigeminal sinirin oftalmik dalının tutulması sonucu gelişir. HZO'un komplike herpes zoster enfeksiyonlarındaki insidansı %8-56 arasında değişir. Trigeminal sinirin ilk bölümünde yer alan frontal dalda en sık görülür ve hastaların %50-72'sinde doğrudan oküler tutulum saptanabilir (3,4).

Herpes zoster oftalmikusta akut sendrom genellikle baş ağrısı, halsizlik ve ateş prodromu ile başlar; Etkilenen göz, alın ve başın üst kısmında tek taraflı ağrı veya hipestezi, prodromdan önce veya prodromu takiben görülebilir. Trigeminal dermatom boyunca veziküler döküntü başlangıcı ile birlikte hiperemik konjonktivit, episklerit ve göz kapağında sarkma görülebilir (3). Yüzün bir yarısında periorbital alanı içine alan ve saçlı deri verteksine kadar uzanabilen veziküler döküntü ile birlikte özellikle göz kapaklarında belirgin ödem gözlenir (4). Ayrıca burun üzerinde ve yan kısımlarında veziküler lezyonlar herpes zoster oftalmikus ile ilişkili olup Hutchinson işaretini olarak bilinir. Yüzün bu bölgesindeki lezyonlar, trigeminal sinirin nazoseriyer dalının tutulumu sonucu gelişir ve göz tutulumunun önemli bir belirtisidir. Komplikasyon olarak konjonktivit, keratit, iritis, retinit, üveit gelişebilir (3). Sunduğumuz olguda göz kapağı tutulumu ve konjonktivit mevcuttu. HZO'da erken tanı, ilerleyici kornea tutulumunu ve olası görme kaybını önlemek için oldukça önemlidir. HZO tedavisinde VZV replikasyonunu baskılamak için antiviral tedavi (asiklovir, valasiklovir veya famsiklovir) başlanmalıdır. İnflamatuvar yanıtı azaltmak ve immün keratit ve iritis gelişimini kontrol etmek için de topikal steroid damlaları kullanılabilir (3,4). Sunduğumuz olguda valasiklovir tedavisi başlandı ve topikal tedavi uygulandı. Tedavinin yedinci gününde hastanın veziküler lezyonları düzeldi.

Benbir ve ark. (10) 51 yaşında erkek hastada internal karotis arterde vaskülitte yol açan oftalmik zona bildirmişlerdir. Olguda trigeminal sinirin oftalmik dalında tutulumu bağlı konjonktivit ve vaskülit tanısı konmuştur. Topikal steroid ve intravenöz asiklovir tedavisi sonrasında olgu tamamen düzelmiştir.

Sunduğumuz olgu KKKA ile birlikte HZO'un yani iki viral enfeksiyonun bir arada görülmesi nedeniyle ilginçtir. Literatür tarandığı kadarıyla KKKA ile HZO'un birlikte görüldüğü olgu saptanamamıştır. Zona reaktivasyonunda, suçiçeği geçirmiş olmak, aşı uygulaması, 50 yaş üstü, bağışıklık baskılanmış durum, bağışıklık sistemi baskılayan ilaçlar, kronik steroid uygulaması, AIDS, kemik iliği-organ transplantasyonu, kanser, travma, psikolojik stres risk oluşturur (11,12). Sunduğumuz olguda, KKKA hastalığı ön tanısı ve hastanın izole odaya alınmasının hastada strese ve zona aktivasyonuna neden olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; KKKA olgularında nadir de olsa zona ve zonaya bağlı komplikasyonların birlikte görülebileceği akılda tutulmalı ve hastalarda komplikasyon gelişimini önlemek için uygun antiviral tedavi gecikmeksizin başlanmalıdır.

MADDİ DESTEK VE ÇIKAR İLİŞKİSİ

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

ETİK DURUM: Görseller için hastanın onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Simpson DIH. Viral haemorrhagic fever of man. Bull WHO 1978; 56: 819-32.
2. Bölük G, Özvatan Şener T, Yılmaz E, Akalın H, Mıstık R, Helvacı S. Güney Marmara'da Kırım-Kongo kanamalı ateşi. Klimik Derg 2009; 22: 100-2.
3. Albrecht MA. Clinical manifestations of varicella-zoster virus infection: Herpes zoster. www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-varicella-zoster-virus-infection-herpes-zoster.
4. Namdar ND, Kural E, Korkut Y, Dibekliolu SE. Sağlıklı çocukta oftalmik zoster. Turk J Dermatol 2018; 12: 44-6.
5. Çevik FÇ, Naz H, Aykın N, Korkmaz P. Kırım-Kongo kanamalı ateşi: geç tanı konulan iki olgu. Flora 2011; 16: 180-3.
6. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (erişim 25 Eylül 2009). <http://www.saglik.gov.tr/KKKA>.
7. Ergönül Ö. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi. ANKEM Derg 2009; 23: 234-40.
8. Koç MM, Willke A. Kocaeli'de uzun inkübasyon süreli sporadik Kırım-Kongo kanamalı ateşi olgusu. Mikrobiyol Bul 2012 Jan; 46: 129-33.
9. Örmən B, Türker N, Ural S, et al. Batı Anadolu'dan beş Kırım-Kongo kanamalı ateşi olgusu. Klimik Derg 2010; 23: 116-9.
10. Benbir G, Özekmekci S, Ertan S, Albayram S. İnternal karotis arterde vaskülitte yol açan oftalmik zona. Cerrahpasa J Med 2006; 37: 103-5.
11. Arvin AM. Varicella-zoster virus. Clin Microbiol Rev 1996; 9: 361-81.
12. Yavaşoğlu İ, Arslan E, Gök M, Kurna R. Erişkin zona: olgu serisi ve derleme. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg 2008; 34: 123-5.