

KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ: KÜTAHYA'DAN İKİ OLGU SUNUMU

CRIMEAN-CONGO HAEMORRHAGIC FEVER: REPORT OF TWO CASES FROM KUTAHYA

B. Mutay SUNTUR

K. Serdar HEPGÜLER

Kütahya Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kütahya

Anahtar Sözcükler : Kırım-Kongo kanamalı ateşi, kene, zoonoz

Keywords: Crimean-Congo haemorrhagic fever, tick, zoonosis

Geliş: 05 Şubat 2007

Kabul: 13 Şubat 2007

ÖZET

Kırım-Kongo kanamalı ateşi hafif, orta ve ciddi olmak üzere farklı klinik tablolarda ortaya çıkabilir. Bu bildiride; ateş, baş ağrısı, kırıklık yakınmaları ile başvuran ve Kırım- Kongo kanamalı ateşi tanısı konulan iki olgu sunuldu. Bu olguların her ikisinde de hemorajik bir tablo gelişmedi ve hastalar şifa ile taburcu edildi.

SUMMARY

Crimean-Congo haemorrhagic fever may present in light, intermediate or severe clinical stages. This a report on two cases admitted with complaints of fever, headache and weakness and diagnosed as Crimean-Kongo haemorrhagic fever. There were no haemorrhagic manifestations in both patients. Both patients were discharged with cure.

GİRİŞ

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) fatal seyredebilen zoonotik viral bir enfeksiyondur. Hastalığın etkeni Bunyaviridae cinsinden Nairovirüs ailesinin üyesi KKKA virusudur. Virus doğada kene-vertebrali-kene döngüsü içinde dolaşır. *Hyalomma* cinsinden *Hyalomma marginatum marginatum* virusun hem rezervuarı hem de ana vektörüdür. Virus insanlara genellikle enfekte kenelerin ısırması ya da viremik hayvanlara ait kan ve dokulara temas ile bulaşmaktadır. Bunun yanında, enfekte kişilerden nozokomiyal bulaş da söz konusudur (1-3). Hastalığın klinik seyri 3–7 günlük inkübasyon döneminden sonra ani başlayan ateş, baş ağrısı, yaygın kas ağrısı, halsizlik, bulantı-kusma ve değişen derecede deri ve mukoza kanamalarıdır (2, 4).

Türkiye’de son beş yıldır artan sayıda KKKA olgusu bildirilmeye başlanmış ve 2006 yılı için aralık ayı itibarıyla 438 olgu bildirilmiştir (5, 6).

OLGULAR

Olgu 1

Kütahya’nın bir köyünde çobanlık yapan 23 yaşında erkek hasta. 27.06.2006 tarihinde halsizlik, kırıklık, ateş ve baş ağrısı yakınmaları ile sağlık ocağına başvuran hastaya güneş çarpması tanısı konularak evine gönderiliyor. 29.06.2006 tarihinde aynı yakınmalar ile Kütahya Devlet Hastanesi’ne başvuran ve beş gün önce kendisini kene ısırıldığını belirten hastanın fizik bakısında ateş dahil herhangi bir patolojik bulgu saptanmazken yapılan kan sayımında lökosit sayısı $3100/\mu\text{L}$ (% 54.6 monosit ve % 13 lenfosit) ve trombosit sayısı $92 \times 10^3/\mu\text{L}$ olarak saptanması üzerine hasta KKKA öntanısı ile Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği’ne yatırıldı. Hastanın biyokimya testlerinde; ALT 51 U/L, AST 52 U/L, GGT 68 U/L, LDH 380 U/L, CK 106 U/L olarak saptandı. Hastadan serum örneği alınarak KKKA virusu araştırılmak üzere Ankara Refik Say-

dam Hıfzısıhha Viroloji Laboratuvarı'na gönderildi. Sekiz gün boyunca izlenen hastanın ateşi olmazken baş ağrısı ve halsizlik yakınmaları giderek azaldı. Günlük olarak yapılan kan sayımında trombosit sayısı en fazla $86 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'e kadar düştü ve daha sonra tedricen yükselerek yedinci gün $197 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'e kadar ulaştı. Yakınmaları düzelen ve laboratuvar sonuçları normale dönen hasta klinik izleminin sekizinci günü taburcu edildi. 01.07.2006 tarihinde alınan serum örneğinde KKKA virusu için ELISA ile bakılan IgM pozitif olarak rapor edildi.

Olgu 2

Kütahya'nın bir köyünde yaşayan 16 yaşında kadın hasta. 30.07.06 tarihinde ateş, baş ağrısı, halsizlik ve kırıklık yakınmaları ile ilçe sağlık merkezine başvuran hastanın kan sayımında lökopeni ve trombositopeni saptanması üzerine kene ile temas sorgulandığında üç gün önce (27.07.2006) hastayı kene ısırıldığı öğreniliyor. Bunun üzerine İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi ile temasa geçilerek hasta Kütahya Devlet Hastanesi'ne gönderiliyor. Hastanın fizik bakışında; ateşi 39.8°C , kan basıncı 100/60 mmHg ve nabızı 90/ dakika, genel durumu iyi idi. Yüzünde hiperemi vardı, organomegali yoktu. Hastanın kan sayımında lökosit $2600/\mu\text{L}$ (% 28 monosit), trombosit $97 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 12.6 olarak saptandı. Biyokimya testleri ALT 12 U/L, AST 26 U/L, GGT 14 U/L, LDH 408 U/L, CK 52 U/L idi. 01.08.2006 tarihinde hastadan serum örneği alınarak KKKA virusu araştırılmak üzere Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Viroloji Laboratuvarı'na gönderildi. Hastanın ilk dört günden sonra ateşi olmadı ve diğer yakınmaları da giderek azaldı. Günlük hemogram takiplerinde trombosit sayısı en fazla $85 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'e kadar düştü ve sonraki günlerde artarak klinik izleminin dokuzuncu günü $127 \times 10^3/\mu\text{L}$ 'e ulaştı. Bu arada Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Viroloji Laboratuvarı'ndan hastanın sonucu KKKA için IgM negatif olarak rapor edildi. Bunun üzerine hastanın bu klinik tablosunu açıklayabilecek gerekli takip ve incelemelerin yapılmasına devam edilmekle birlikte, 08.08.2006 tarihinde ikinci kez hastadan serum örneği alınarak KKKA virusu araştırılması için aynı laboratuvara gönderildi. Klinik izleminin onbirinci günü hasta bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelmek üzere yakınmaları geçmiş ve laboratuvar bulguları düzelmiş olarak taburcu edildi. Hasta taburcu olduktan sonra 08.08.2006 tarihinde alınan serumda KKKA virusu için IgM pozitif olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Ege Bölgesi'nden 2006 yılında 24 Temmuz itibarıyla sekiz olgu bildirilmiştir (6). Sunulan olgularda olduğu gibi, bu olguların da seyahat öyküsü yoktur. Bu durum Ege Bölgesi'nde KKKA virusunun ve bu virüsü taşıyan kenelerin bulunduğunu göstermektedir.

Her iki olgunun yakınmaları da ateş, baş ağrısı, halsizlik gibi özgül olmayan yakınmalardır ancak laboratuvar bulgularında lökopeni ve trombositopeni saptanması üzerine KKKA'den kuşkulandırılmıştır. Kırım-Kongo kanamalı ateşi tanılı 23 olguya ait özelliklerin incelendiği bir seride (4) ateş yakınması %56.5 olarak bildirilmiştir. Birinci olgunun klinik seyrinde ateş yoktu, ancak öyküsünde hastaneye gelmeden önce üç gün devam eden ateş vardı.

İkinci olguda ilk serum örneğinde IgM negatif ikinci kez alınan serumda ise pozitif olarak rapor edildi. Bu durum hastalık belirtilerinin başlamasından altı-yedi gün sonra serumda ELISA ile IgM saptanabilir bilgisi ile uyumludur (2, 7). Hastanın ilk serum örneği belirtilerin başlamasından iki gün sonra, diğeri ise dokuz gün sonra alınmıştır.

Kırım-Kongo kanamalı ateşinin tedavisinde ribavirin kullanımı önerilmektedir (7), ancak sunulan olguların ilımlı trombositopeni ile seyretmesi nedeniyle ribavirin kullanılması düşünülmüdü.

Kırım-Kongo kanamalı ateşi kliniğinde her zaman hemorajik patoloji olmayabilir ki mortalite oranları farklı çalışmalarda %15-%70 olarak bulunmuştur. Klinik tablonun ciddiyetindeki ve mortalite oranlarındaki bu farklılıkların etkin destekleyici tedavi ve tedaviye ribavirin eklenmesinin yanında virusun coğrafi çeşitliliğine de bağlı olabileceği düşünülmekle birlikte virusun çeşitliliğinin bu duruma katkısının anlaşılması için farklı merkezlerden çalışmalara gerek olduğu vurgulanmaktadır (8).

Sunulan olguların başvuru yakınmaları özgül değildi ve klinik izlemleri boyunca hemorajik bir patoloji gözlenmedi. Bu nedenle ateş, baş ağrısı, kırıklık yakınmaları ile başvuran ve lökopeni, trombositopeni saptanan ve kırsal bölgede yaşama ya da hayvancılıkla uğraşma gibi risk faktörleri olan hastalarda benzer klinik özellikler ve laboratuvar bulguları gösterebilecek enfeksiyon hastalıklarının yanında KKKA de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurularak bu hastalarda kene ile temas sorgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/dispages/cchf.htm
2. **Ergönül Ö.** Crimean-Kongo haemorrhagic fever. *Lancet Infect Dis* **2006**; 6: 203-14.
3. **Elaldı N.** Kırım-Kongo hemorajik ateşi epidemiyolojisi. *KLİMİK Derg* **2004**; 17: 151-6.
4. **Çevik MA.** Kırım-Kongo hemorajik ateşi: Klinik özellikler. *KLİMİK Derg* **2004**; 17: 59-61.
5. www.eurosurveillance.org/ew/2006/060720.asp. Increase in cases of Crimean-Kongo haemorrhagic fever, Turkey, 2006.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı - Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
7. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208
8. **Ergönül Ö, Çelikbaş A, Dokuzoğuz B, Eren Ş, Baykam N, Esener H.** Characteristics of patients with Crimean-Congo haemorrhagic fever in a recent outbreak in Turkey and impact of oral ribavirin therapy. *Clin Infect Dis* **2004**; 39: 284-7.

İLETİŞİM

Uz. Dr. B. Mutay SUNTUR
Kütahya Devlet Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
4300 KÜTAHYA
e-posta: mutays2001@yahoo.com