

KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ: OLGU SUNUMU

CRIMEAN-CONGO HEMORRHAGIC FEVER: A CASE REPORT

Elçin AKDUMAN¹, Ayşe AYAYDIN², Gülay KORUKLUOĞLU³

¹Tatvan Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Bitlis

²Tatvan Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Bitlis

³Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Viroloji Laboratuvarı, Ankara

Anahtar Sözcükler: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, kene, zoonoz

Keywords: Crimean-Congo Haemorrhagic Fever, tick, zoonosis

Geliş: 26 Ağustos 2009

Kabul: 15 Eylül 2009

ÖZET

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi viral hemorajik ateş sendromları arasında yer alan zoonoz karakterli bir enfeksiyondur. Bu sunumda; ateş, baş ağrısı, kırıklık ve yaygın vücut ağrısı yakınmaları ile başvuran ve Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi tanısı konulan 25 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

SUMMARY

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) is one of viral hemorrhagic fever syndromes and a zoonotic infectious disease. This is a report on a 25-year-old male case admitted with complaints of fever, headache, weakness and diffuse body pain and diagnosed as CCHF.

GİRİŞ

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ilk olarak 1944 yılında Kırım'da görülmüş ve Kırım Kanamalı Ateşi olarak tanımlanmıştır. 1956 yılında Kongo'da görülen hastalığın, 1969 yılında Kırım Kanamalı Ateşi ile aynı olduğunun farkına varılması ile hastalık bu tarihten itibaren bugünkü bilinen adıyla anılmaya başlanmıştır. Etkeni, Bunyaviridae Cinsi'nden Nairovirus Ailesi'nin bir üyesi olan Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi virusudur. Doğu Avrupa, Asya, Ortadoğu ve Afrika'da sporadik ve endemik olarak görülmektedir (1). Virus insanlara genellikle infekte kenelerin ısırması ya da viremik hayvanlara ait kan ve dokulara temas ile bulaşmaktadır. Bunun yanında, infekte kişilerden nozokomiyal bulaş da söz konusudur (1-3). Akut olarak ortaya çıkan; yaygın vücut ağrısı, ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, ekimoz ve kanama semptomları, aspartataminotransferaz (AST), alaninaminotransferaz (ALT) ve laktat dehidrogenaz

(LDH) yüksekliği, trombositopeni ve lökopeni laboratuvar bulguları ile seyreder. Tanı virüsün üretilmesi, virüse karşı oluşan antikorların saptanması ya da moleküler yöntemlerle konulur. Destek tedavisinin yanında antiviral bir ajan olan ribavirin tedavide kullanılır.

Sunulan yazıda KKKA ile izlenen bir olgu sunulmuştur.

OLGU

Bitlis'in Hizan İlçesi'nde yaşayan 25 yaşında erkek hasta. 20.05.09 tarihinde üç gündür süren ateş, baş ağrısı, halsizlik ve yaygın vücut ağrısı yakınması ile Tatvan Devlet Hastanesi'ne başvurdu. Hastanın ateş etyolojisinin araştırılması için yatışı yapıldı. Özgeçmişinde üç yıl önce bruselloz tanısıyla üç ay tedavi aldığı öğrenildi. Dirsekte yaklaşık 1.5 cm. boyutunda kırmızı bir lezyona rastlanması üzerine sorgulandığında üç gün önce (17.05.2009) hastanın sol dirsek epikondilinden kene çıkardığı ve bu olayın üzerinden iki gün geçtikten

sonra hastanın ateş şikayetinin başlamış olduğu öğrenildi. Hastanın başvuru sırasındaki fizik bakışında; ateşi 39-40° C arasında seyrettiği, kan basıncının 100/70 mm Hg ve nabzının 90/dakika olduğu saptandı. Hastanın genel durumu orta düzeydeydi ve organomegalisi yoktu. Hastanın kan sayımında; lökosit 3900/μL, trombosit 166x103/μL, Hb 15.7 olarak saptandı. ALT 34 U/L, AST 36 U/L, LDH 195, Rose Bengal testi pozitif ve Brucella tüp aglutinasyon testi 1/80 titrede pozitif saptandı. Waters grafisinde maksiller sinüzit ile uyumlu bulgular saptandı. Posterior-anterior akciğer grafisinde infiltrasyon görülmedi. Karın ultrasonografisi normaldi. 21. 05. 2009 tarihinde ise biyokimya testleri ALT 47 U/L, AST 237 U/L, gamaglutamil transferaz (GGT) 126 U/L, LDH 872 U/L idi. Takip sırasında hastanın kan sayımı değerleri düştü. Lökosit 3500/μL, trombosit 49x103/μL olarak ölçüldü. Hastada ani trombositopeni geliştiği görüldü. Hemoglobin ve hematokrit değerleri normaldi. Hastada hepatit markerleri negatif saptandı. Hastadan serum örneği alınarak 21.05.2009 tarihinde KKKA virusu araştırılmak üzere Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Viroloji Laboratuvarı'na gönderildi. Serumda KKKA virusu için IgM pozitif olarak rapor edildi. İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi ile temasa geçilerek trombosit suspansiyonu ve ribavirin tedavisi alması için hasta Van 100. Yıl Üniversitesi Hastanesi'ne sevk edildi.

Hastanın şikâyetlerine tüm vücutta makulopapüler döküntüler ve çoğunluğu alt ekstremitelerde olan yer yer peteşial lezyonlar eklendi. Dermatoloji ile konsülte edilen hastanın lezyonları ilaç reaksiyonu olarak değerlendirildi. Hastanın 25.05.2009'dan itibaren ateşleri olmadı ve lezyonları da giderek azalarak bir gün sonra kayboldu. Günlük hemogram takiplerinde trombosit sayısı en fazla 45x103/μL'e kadar düştü ve sonraki günlerde artarak klinik izleminin yedinci günü 171x103/μL'e ulaştı. Klinik izleminin yedinci günü hasta beş gün sonra poliklinik kontrolüne gelmek üzere yakınmaları geçmiş ve laboratuvar bulguları düzelmiş olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, Bunyaviridae Ailesi'ne bağlı Nairovirus soyundan virüslerin meydana getirdiği, şiddetli bir seyir gösteren ve oldukça yüksek mortalite oranı olan viral hemorajik bir hastalıktır. Bu grup virüsler, 100 nm büyüklüğünde, üç parçalı RNA içeren, heliksel kapsitli ve zarflıdır (4). Zoonotik bir hastalık olan KKKA, insanlara infekte kenelerin ısırmasının yanı sıra infekte hayvanların kan ve dokularıyla temas sonucu ile de

bulaşabilmektedir. Henüz ergin olmamış Hylomma soyuna ait keneler, küçük omurgalılardan kan emerken virüsleri alır, gelişme evrelerinde muhafaza eder; ergin kene olduğunda da hayvanlardan ve insanlardan kan emerken bulaştırır (5). Bu soya ait keneler ülkemizin de içinde bulunduğu çok geniş bir coğrafik alanda bulunmaktadır (6). Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi daha çok mezbaça çalışanlarında, kırsal alanda yaşayan ve hayvancılıkla uğraşanlarda görülebilmekle birlikte KKKA'nın nozokomiyal infeksiyon oluşturma riski de bildirilmektedir (7).

Hastalık sıklıkla Afrika, Asya, Ortadoğu ve Doğu Avrupa'da endemiktir. Şimdiye dek Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği, Zaire, Kongo, Güney Afrika, Pakistan, Kırım, Umman, Kazakistan, Rusya Federasyonu, Afganistan'dan salgınlar bildirilmiştir. Ayrıca 2001 yılında; Kosova, Arnavutluk, İran, Pakistan ve Güney Afrika'dan sporadik olgular ve epidemiler bildirilmiştir (4, 8).

Türkiye'de 2002 Haziran ayında Tokat İli ve çevresinden olgular bildirilmeye başlanmıştır. 2003 yılında Amasya, Artvin, Çankırı, Çorum, Erzurum, Erzincan, Karabük, Sivas, Tokat, Yozgat illerinden olmak üzere toplam 125 olgu bildirilmiştir. 2004 yılı ilk beş ayında ise 40 olgu rapor edilmiştir (6).

İnkübasyon süresi; kene tarafından ısırılma ile virüsün alınmasını takiben genellikle bir-üç gündür; bu süre en fazla dokuz gün olabilmektedir. İnfekte kan, vücut sıvısı veya diğer dokulara doğrudan temas sonucu bulaşmalarda beş-altı gün, en fazla ise 13 gün olabilmektedir (9). Sunulan olguda ise; şikâyetler başlamadan üç gün önce kene ile temas vardır. Ateş, kırıklık, baş ağrısı, halsizlik, aşırı duyarlılık, kollarda, bacaklarda ve sırtta şiddetli ağrı ve belirgin iştahsızlık hastalarda sıklıkla görülen klinik bulgulardır. Belirtilen tüm şikâyetler kliniğe başvuran hastada da bulunmaktaydı.

Bazen kusma veya ishal olabilir. İlk günlerde yüz ve göğüste peteşi ve konjonktivalarda kızarıklık dikkati çeker. Gövde ve ekstremitelerde ekimozlar oluşabilir. Epistaksis, hematemez, melena veya hematüri sıktır. Genellikle hepatit görülür, ağır olgularda hastalığın beşinci gününden itibaren hepatorenal ve pulmoner yetmezlik meydana gelebilir. Ateş beş veya 12. güne kadar yükselebilir, sonrasında dokuz-20. günler arasında lizikle düşer (6, 10). Bu olgunun ateşi ise beşinci günden itibaren düşmüştür.

Laboratuvar değerlerine bakıldığında, lökopeni ve trombositopeni dikkati çekmektedir. AST, ALT, kreatin kinaz ve bilirubin değerlerinde yükselmeyi alkalen fosfotaz,

GGT ve LDH değerlerindeki yükselme izler. Protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı ve diğer pıhtılaşma testlerinde belirgin bozukluk görülmektedir. Örneklerden virüs izolasyonu yapılabilir. Bu amaçla hücre kültürleri kullanılmaktadır (Vero E6, BHK-21, SW 13 vb.). Son zamanlarda, çoğunlukla viral genomun S segmentinin hedeflendiği polimeraz zincir reaksiyonu gibi moleküler tanı yöntemleri başarıyla kullanılmaktadır (11).

Hastalığın tedavisini antiviral ve destek tedavisi oluşturmaktadır. Antiviral ilaçlardan ribavirin oral veya parenteral olarak kullanılabilir (6-10). Sunulan olguya sadece destek tedavisi verilmiştir.

Tüm infeksiyon hastalıklarında olduğu gibi, KKKA'da korunma ve kontrol önlemlerinin alınması çok önemli ve gereklidir. Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi ve Dünya

Sağlık Örgütü'nün önerilerine göre; hastanın kan ve vücut sıvıları ile temastan kaçınmak korunmada en önemli basamaktır. Temas durumunda vücuda yapışmamış olanlar dikkatlice toplanıp öldürülmeli, yapışan keneler ise ezilmeden ve kenenin ağız kısmı koparılmadan (bir pensle sağa sola oynatarak, çivi çıkarır gibi) alınmalıdır. Bunun için en uygun olanı, kan emme durumunda olan kenelerin üzerine eter, kloroform, alkol ya da gaz sürülerek kendiliğinden deriyi terk etmeleri sağlanmalı, bundan sonra öldürülmelidir. Gerek insanları gerekse hayvanları kene saldırılarından korumak için repellent olarak bilinen böcek kaçıranlar kullanılabilir. Açık alanlarda yapılabilecek kene mücadelesi amacıyla; karbaril ve propoksur, deltametrin ve lambda-sihalotrin, permetrin, pir mifos-metil kullanılabilir (6, 12).

KAYNAKLAR

1. www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/dispages/cchf.htm
2. Ergönül Ö. Crimean-Kongo hemorrahgic fever. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 203-14.
3. Elaldı N. Kırım-Kongo hemorajik ateşi epidemiyolojisi. *KLİMİK Derg* 2004; 17: 151-6.
4. Hewson R, Chamberlain J, Mioulet V, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus: sequence analysis of the small RNA segments from a collection of viruses world wide. *Virus Research* 2004; 102:185-9.
5. LeDue JW. Epidemiology of hemorrhagic fever viruses. *Rev Infect Dis* 1989; 11 (Suppl. 11): 730-35.
6. Yalçın E. Hayvanlardan İnsanlara Geçen Hastalıklar: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi. Erzurum: Veteriner Kontrol ve Araştırma Enstitüsü Müdürlüğü, 2003.
7. Mehrabi-Tavana. A, Chinicar S, Mazaheri V. The seroepidemiological aspects of Crimean-Congo haemorrhagic fever in three health workers: a report from Iran. *Archives of Iranian Medicine* 2002; 5: 255-8.
8. Mertz GJ. Bunyaviridae: Bunyaviruses, Phleboviruses, Nairoviruses and Hantaviruses. In: Richman DD, Whitley RJ, Hayden FG, eds. *Clinical Virology*. Philadelphia: Churchill-Livingstone, 1997: 943-71.
9. Suleiman MN, Muscat-Baron JM, Harries JR, et al. Congo/Crimean haemorrhagic fever in Dubai. An outbreak at the Rashid Hospital. *Lancet* 1980; 2: 939-41.
10. Gear JHS. What is Crimean Congo Haemorrhagic Fever? *SAMJ* 1982; 62: 577-580.
11. Ergünay K. Kırım-Kongo Hemorajik Ateşi etkeninin virolojisi. XXXI. *Türk Mikrobiyoloji Kongresi Kongre Kitabı*'nda. İstanbul: Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, 2004: 208-9.
12. WHO. Communicable Disease Profile Iraq. Updated 19 March 2003. Communicable Disease Working Group on Emergencies, HQ Division of Communicable Disease Control, EMRO Who Office, Baghdad, 2003. www.who.int/infectious-diseases/news/IDdocs/whocds200317/1profile.pdf

İLETİŞİM

Dr. Elçin AKDUMAN
Tatvan Devlet Hastanesi
Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı
BİTLİS