

Baş Ağrısıyla Kendini Gösteren Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi: Bir Olgu Sunumu

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Presented With Headache: A Case Report

Ruhsen Öcal¹, Okan Delikan², Kazım Çebi³, Serkan Öcal⁴, Cemal Bulut⁵, Tolga Bayazit²

¹Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hitit Üniversitesi, Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Çorum, Türkiye

³Hitit Üniversitesi, Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Çorum, Türkiye

⁴Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁵Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Baş ağrısı, acil servislerde en sık karşılaşılan semptomlardan birisidir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda primer baş ağrısı vardır. Sekonder baş ağrıları daha az görülmesine rağmen, altta yatan ikincil bir hastalığa işaret ettiği için çok önemlidir. Sekonder baş ağrıları grubunda ayrı bir alt grup, enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkilendirilen baş ağrısıdır. Baş ağrısı, enfeksiyon hastalıklarında sık karşılaşılan bir semptomdur. Bazen ciddi bir enfeksiyon hastalığının ilk semptomu, baş ağrısı olabilir. Özellikle tedaviye yanıtız baş ağrıları, hekimi sekonder baş ağrılarında yönlendirmelidir. Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), mortalitesi yüksek endemik bir hastalıktır. Zamanında ve doğru tanı konulması, hastanın tedavisinin yanı sıra, bulaşma oranı yüksek olan bu hastalıktan korunma tedbirlerinin alınması açısından da önemlidir. Bu yazıda, KKKA'ya bağlı nadir bir sekonder baş ağrısı olgusu sunulmaktadır. *Klimik Dergisi 2014; 27(2): 76-7.*

Anahtar Sözcükler: Baş ağrısı, enfeksiyon hastalıkları, Kırım-Kongo hemorajik ateşi virusu.

Abstract

Headache is one of the most common symptoms of patients applying to emergency departments. In the majority of these patients the cause is usually primary. Although secondary headaches are less common, the diagnosis of the underlying reasons is important since they may be due to a potentially dangerous cause. Headache is also a common symptom of infection. The first symptom of infection can be a serious headache. Headaches which do not respond to medical treatment usually suggest secondary headache. Crimean-Congo haemorrhagic fever (CCHF) is an endemic disease with high mortality. Timely diagnosis as well as treatment of patients with high rates of transmission is also important in terms of disease prevention measures. In this study, a patient diagnosed as CCHF as a cause of secondary headache has been reported. *Klimik Dergisi 2014; 27(2): 76-7.*

Key Words: Headache, infectious diseases, Crimean-Congo haemorrhagic fever virus.

Giriş

Baş ağrısı sık karşılaşılan bir semptomdur. Primer baş ağrıları organik bir sebebe bağlanmayan baş ağrısı grubundandır ve baş ağrılarının büyük bir kısmı bu gruptadır. Öykü, fizik muayene, nörolojik muayene veya ileri tetkiklerle gösterilebilir bir nedenle ilişkilendirilebilen baş ağrılarında sekonder baş ağrısı denir. Enfeksiyonla ilişkilendirilen baş ağrısı da sekonder baş ağrısının bir alt grubunu oluşturur (1). Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) kene kaynaklı, bulaşıcılığı ve mortalitesi yüksek, endemik bir hastalıktır (2). Tanı, moleküler ve serolojik testlerle konulur. Klinik özellikleri progresyon gösteren

myalji, ateş ve kanamalıdır. Erken tanı bulaştırıcılık açısından önemlidir. Temel tedavisi destek tedavisidir (3). Bu yazıda, KKKA'ya bağlı nadir bir sekonder baş ağrısı olgusu sunulmaktadır.

Olgu

Romatoid artriti olduğu bilinen 54 yaşında kadın, şiddetli baş ağrısıyla acil servise başvurdu. Romatoid artrit için deksametazon ve nonsteroid antiinflatuar ilaçlar kullanıyordu. Şikayeti, yeni başlayan, şiddetli, ağrı kesiciye yanıtız, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği bir baş ağrısıydı. Vital bulguları, sistemik ve nörolojik muayenesi

49. Ulusal Nöroloji Kongresi (15-21 Kasım 2013, Antalya)'nde bildirilmiştir.
Presented at the 49th National Congress of Neurology (15-21 November 2013, Antalya).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Ruhsen Öcal, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Tel./Phone: +90 312 212 66 98 Faks/Fax: +90 312 221 37 59 E-posta/E-mail: ruhsenocal@yahoo.com
(Geliş / Received: 6 Aralık / December 2013; Kabul / Accepted: 3 Mayıs / May 2014)

DOI: 10.5152/kd.2014.18



ve rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Acil olarak çekilen bilgisayarlı kraniyal tomografisi (BT) normal bulundu. Ağrı kesicilere yanıt vermeyen baş ağrısı nedeniyle hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla Nöroloji Kliniği'ne yatırıldı. Santral sinir sistemi vaskülitini ön tanısıyla kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapıldı. Periventriküler beyaz cevherde kontrast tutmayan birkaç adet nonspesifik hiperintens lezyon saptandı. Yatışının ikinci gününde baş ağrısı şiddetlendi, ateşi yükseldi ve buna ek olarak yaygın peteşiler görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde saptanan trombositopeni ve trombosit fonksiyon bozukluğu nedeniyle lomber ponksiyon yapılamadı. Aynı gün yinelenen biyokimyasal incelemelerinde karaciğer fonksiyon testlerinin normal değerlerin üzerine çıktığı bulundu. Tekrar değerlendirilen hastada Çorum endemik bir bölge olduğu için Kırım-Kongo kanamalı ateşi olabileceği düşünüldü. Tekrar sorgulanan hastanın hastaneye başvurusundan önce kene teması olduğu öğrenildi. KKKA yönünden polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) incelemesi istenen hasta, hastanemizde plazmaferez yapılamadığından, ileri bir merkeze sevk edildi. Hastanın PCR sonucu KKKA tanısını doğruladı. Hastanın, sevk edildiği merkezde destek tedavisine rağmen eksitus olduğu öğrenildi.

İrdeleme

KKKA, ilerleyen myalji ve ateşle kendini gösterir; ilerleyen dönemde bazı olgular hemorajiyile ortaya çıkabilir (2,3). Hastamızdaki ilk semptom medikal tedaviye yanıt vermeyen baş ağrısıydı. Daha önce de bir olguda baş ağrısının ilk semptom olduğu, ancak buna yüksek ateş ve myaljinin eşlik ettiği bildirilmiştir (4). Türkiye'de yapılan bir çalışmada olguların %69'unda baş ağrısı bulunmuştur (5). Baş ağrısı şikayetiyle başvurmuş olan hastamızın ateşi sonradan yükselmişti. Acil servis'e başvurusunda laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Ulaşabildiğimiz literatürde ilk prezentasyonun sadece baş ağrısı olduğu bir olguya rastlayamadık.

KKKA'nın tipik laboratuvar bulguları, trombositopeni, lökopeni, aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), kreatin kinaz (CK) ve laktat dehidrogenaz (LDH) düzeylerinin yükselmesidir (6,7). Hastamızda ilk günkü hemogram, AST, ALT, LDH ve CK değerleri normal sınırlardaydı. İntrakraniyal patolojiler açısından yapılan kraniyal BT ve MRG'de baş ağrısını açıklayacak bir bulgu saptanmadı. Hastamızın takibinde vücudunda yaygın peteşiler ve yüksek ateş ortaya çıktı. Yinelenen hemogramında trombosit sayısı $18\ 000/\text{mm}^3$, karaciğer fonksiyon testlerinde ise yükselmeler bulundu. Çorum KKKA açısından endemik bir bölge olduğu için hastanın öyküsü derinleştirilince kene teması bilgisi elde edildi.

KKKA'da tanı, hastamızda da olduğu gibi, özgül IgM ve IgG antikorlarının PCR ile saptanmasıyla konulmaktadır (6,8).

KKKA tedavisi, destek tedavisi şeklindedir. Literatürde yüksek doz metilprednizolon, ribavirin ve intravenöz immün globülin kullanımı da bildirilmiştir (8-10). Türkiye'de Duran ve arkadaşları (11)'nin yaptığı çalışmada KKKA'nın mortalitesi %8.8 olarak bulunmuştur. Hastamız KKKA ön tanısı konulunca ileri bir merkeze sevk edilmiş ve orada destek tedavisine rağmen eksitus olmuştur.

Hastamızın sadece baş ağrısı yakınmasıyla başvurması, tanı konulmasını zorlaştırmıştır. Sekonder baş ağrıları, tedaviye dirençli baş ağrılarıdır ve primer tanıya götüren önemli bir semptom olabilir. Bu olgunun da öğrettiği gibi özellikle KKKA açısından endemik bölgelerde hastanın öyküsünün ayrıntılı olarak alınması çok önemlidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Clinch CR. Evaluation of acute headaches in adults. *Am Fam Physician*. 2001; 63(4): 685-92.
2. Appannavar SB, Mishra B. An update on Crimean Congo hemorrhagic fever. *J Glob Infect Dis*. 2011; 3(3): 285-92. [\[CrossRef\]](#)
3. Ergonul O. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus: new outbreaks, new discoveries. *Curr Opin Virol*. 2012; 2(2): 215-20. [\[CrossRef\]](#)
4. Meriç Koç M, Willke A. Kocaeli'de uzun inkübasyon süreli sporadik Kırım-Kongo kanamalı ateşi olgusu. *Mikrobiyol Bü*. 2012; 46(1): 129-33.
5. Ozkurt Z, Kiki İ, Erol S, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Eastern Turkey: clinical features, risk factors and efficacy of ribavirin therapy. *J Infect*. 2006; 52(3): 207-15. [\[CrossRef\]](#)
6. Ozturk B, Tutuncu E, Kuscu F, Gurbuz Y, Sencan I, Tuzun H. Evaluation of factors predictive of the prognosis in Crimean-Congo hemorrhagic fever: new suggestions. *Int J Infect Dis*. 2012; 16(2): e89-93. [\[CrossRef\]](#)
7. Vanhomwegen J, Alves MJ, Zupanc TA, et al. Diagnostic assays for Crimean-Congo hemorrhagic fever. *Emerg Infect Dis*. 2012; 18(12): 1958-65. [\[CrossRef\]](#)
8. Bakır-Özbey S. Kırım-Kongo kanamalı ateşi hastalarında erken ribavirin kullanımının fataliteye etkisi. *Klimik Derg*. 2010; 23(1): 6-9.
9. Kadanalı A, Özden K, Erol S. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus infection: clinical and laboratory observations and predictors of fatality. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012; 32(2): 432-7. [\[CrossRef\]](#)
10. Erduran E, Bahadır A, Palancı N, Gedik Y. The treatment of Crimean-Congo hemorrhagic fever with high-dose methylprednisolone, intravenous immunoglobulin, and fresh frozen plasma. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2013; 35(1): e19-24. [\[CrossRef\]](#)
11. Duran A, Küçükbayrak A, Ocak T, et al. Evaluation of patients with Crimean-Congo hemorrhagic fever in Bolu, Turkey. *Afr Health Sci*. 2013; 13(2): 233-42. [\[CrossRef\]](#)