

Doğu Anadolu'dan Üç Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Olgusu

Three Cases of Crimean-Congo Haemorrhagic Fever from Eastern Anatolia

Tümer Güven¹, Cemal Üstün¹, Mustafa Gökhan Gözel², Gülsüm Biten-Güven³

¹Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

²Muş Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Muş, Türkiye

³Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

Özet

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), yüksek mortalite ile seyredilebilen viral zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. KKKA virusu Bunyaviridae ailesindeki Nairovirus cinsi içinde yer alır. İnsanlara infekte kenelerin tutunması, infekte hastaların veya viremik çiftlik hayvanlarının kan ve dokularıyla temas sonucu bulaşır. KKKA ülkemizin Orta ve Kuzey Anadolu bölgelerinde endemik olarak görülmektedir. Bu yazıda, ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesi'nden üç KKKA olgusu sunulmuştur. Hastalarımızın üçü de destek tedavisiyle tamamen iyileşmiştir.

Klimik Dergisi 2010; 23(1): 29-30.

Anahtar Sözcükler: Kırım-Kongo kanamalı ateşi, kene tutunması, zoonoz, Nairovirus, ribavirin.

Abstract

Crimean-Congo haemorrhagic fever (CCHF) is a viral zoonotic infectious disease with a high mortality rate. CCHF virus is a member of the Nairovirus genus of the Bunyaviridae family. Infection is transmitted to humans by tick bite or by direct contact with the blood or tissues of infected humans or viraemic livestock. CCHF is endemic in the Central and Northern Anatolia regions of our country. In this article, three cases of CCHF from Eastern Anatolia of Turkey were presented. All of the patients completely recovered with supportive treatment.

Klimik Dergisi 2010; 23(1): 29-30.

Key Words: Crimean-Congo haemorrhagic fever, tick bite, zoonosis, Nairovirus, ribavirin.

Giriş

Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA), yüksek mortalite ile seyredilebilen viral, zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır (1,2). Hastalığın etkeni Bunyaviridae ailesinin Nairovirus alt grubunda yer alan bir RNA virusudur (1,2). KKKA insanlara esas olarak infekte kenelerin tutunmasıyla bulaşır. Ancak infekte keneler, hasta insan ya da viremik çiftlik hayvanlarının kan veya dokularıyla temas sonucu da bulaşabilmektedir (1,2). Hastalığın temel klinik özellikleri halsizlik, baş ağrısı, yaygın kas ağrısı, yüksek ateş, bulantı-kusma, ishal ve değişik miktarlarda cilt ve mukoza kanamalarıdır. Laboratuvar bulguları arasında trombositopeni, lökopeni, aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), kreatin fosfokinaz (CPK), laktat dehidrogenaz (LDH) değerlerinde yükselme ve protrombin zamanında (PTZ) uzama önemlidir (1,2). Hastalık; ülkemizde ilk olarak 2002-2003 yıllarında Tokat, Yozgat, Çorum, Çankırı, Sivas, Erzurum ve Amas-

ya yörelerinde tanımlanmıştır (2). KKKA sonraki yıllarda Orta, Kuzey ve Doğu Anadolu bölgelerinde endemik hale gelmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda hastalık yayılmış ve ülkemizin hemen her bölgesinden vaka bildirimleri yapılmıştır (2-4). Bu yazıda; 2009 yılında Elazığ, Muş ve Tunceli illerinden gelen ve kliniğimizde takip edilen üç KKKA olgusu sunulmuştur.

Olgular

Kliniğimizde 2009 yılında üç KKKA olgusu takip edilmiştir. Takip edilen üç olgunun biri 28 yaşında erkek, diğerleri ise 51 ve 76 yaşında iki bayan hastaydı. Olgular sırasıyla Elazığ, Muş ve Tunceli illerinden gelmişti. Her üç olguda da hayvancılık yapma ve kırsal bölgede yaşama öyküsü vardı. Birinci olguda keneye temas veya kene tutunması öyküsü yoktu. İkinci olguda kene tutunması yoktu; ancak keneye temas öyküsü vardı. Üçüncü olguda ise kene tutunması ve keneyi eliyle çıkarma öy-

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Tümer Güven, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

Tel./Phone: +90 424 248 09 75 Faks/Fax: +90 424 212 14 61 E-posta/E-mail: tumerguven@yahoo.com

doi:10.5152/kd.2010.09

küsü vardı. Hastalarımızın hastaneye başvuruları sırasındaki şikayetleri benzerdi. Her üç olguda da baş ağrısı, yaygın vücut ağrısı, yüksek ateş, üşüme ve titremeyle bulantı şikayetleri mevcuttu. Hastaların fizik muayenelerinde ateş yüksekliği dışında patolojik bulgu yoktu. Üç olguda da muayenede vücutta kanama bulgusu tespit edilmedi. Olguların laboratuvar incelemelerinde, üç olguda da lökopeni, trombositopeni, AST, ALT, LDH yüksekliği, üç olgunun ikisinde kreatin fosfokinaz (CPK) yüksekliği tespit edildi. Üçüncü olguda, takipler sırasında hastanın trombosit sayısının 10 000/mm³'e düşmesi üzerine hastaya bir ünite aferez trombosit süspanasyonu verildi. Hastanın trombosit sayısının ertesi gün yükselme eğilimine girmesi nedeniyle trombosit transfüzyonuna devam edilmedi. Tablo 1'de hastaların takipleri sırasında tespit edilen en düşük hemoglobin, lökosit ve trombosit değerleri ile en yüksek AST, ALT, LDH, CPK, PTZ ve aPTT değerleri görülmektedir. Üç olguda da ribavirin tedavisi uygulanmadı. Sadece destek tedavileri uygulandı. Hastalar, ortalama 7 günlük takip sonrasında, klinik düzelmeye birlikte laboratuvar bulgularında yeterli iyileşme gözlenmesi üzerine poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Hastaların Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Viroloji Laboratuvarı'na gönderilen serum örneklerinde KKKA-PCR'ın pozitif olarak bulunduğu bildirildi.

İrdeleme

KKKA ülkemizde ilk defa 2002 ve 2003 yıllarında İç ve Doğu Anadolu Bölgelerinin kuzey kesimleri ile Karadeniz Bölgesi'nin iç kesimleri arasında geniş bir coğrafi alanda görülen salgın sonucunda dikkati çekmiş ve tanımlanmıştır (2). Son yıllarda KKKA vaka sayısı her yıl gittikçe artmakta ve ülkemizin hemen her bölgesinden vakalar bildirilmektedir (1-4). Bu çalışmadaki KKKA olguları, KKKA hastalığı açısından özellikli vakalar olmamasına rağmen, hastalığın bölgemizde de endemik olarak görülmeye başlandığına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur. Takip edilen üç KKKA olgusunun sadece bir tanesinde kene tutunması öyküsü vardı. Olgulardan bir tanesi ise vücudunda kene gördüğünü, ancak kenenin deriye tutunmadığını ifade ediyordu. Yapılan çalışmalarda, KKKA hastalarının %19-47'sinde kene tutunması öyküsünün olmadığı bildirilmiştir (4,5). Bu nedenle, klinik ve laboratuvar olarak KKKA açısından şüpheli olgularda kene tutunması veya keneye temas öyküsünün olmaması, KKKA şüphesinden

Tablo 1. Olguların Laboratuvar Bulguları

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
Hemoglobin (gr/dl)	14.3	14	11
Lökosit sayısı (/mm ³)	2600	1500	1100
Trombosit sayısı (/mm ³)	52 000	53 000	10 000
AST (İÜ/lt)	63	184	170
ALT (İÜ/lt)	49	120	88
LDH (İÜ/lt)	623	744	855
CPK (İÜ/lt)	81	266	394
PTZ (saniye)	14	13	11
aPTT (saniye)	35	34	33

uzaklaştırmamalıdır. Hastalığın endemik olduğu ülkelerde kırsal bölgelerde yaşama, çiftçilik ve hayvancılıkla uğraşma, veteriner hekimlik ve mezbaha çalışanı olmak da KKKA hastalığı için önemli risk faktörleridir (1,5).

Bazı çalışmalarda KKKA hastalarında oral ribavirin tedavisinin mortaliteyi azalttığı bildirilmiştir (2,5,6). Oral ribavirin tedavisinin faydalı olduğunu bildiren çalışmalarda ribavirin tedavisinin ciddi seyirli hastalarda ve hastalığın erken döneminde başlanması önerilmektedir (5-8). KKKA için ciddiye ölçütleri Ergönül ve arkadaşları (9) tarafından tekrar gözden geçirilmiştir. Bu çalışmada, aPTT'nin 60 saniyenin üzerinde olması, uzamış PTZ, trombosit sayısının 10 000/mm³'ün altında olması, AST'nin 700 İÜ/lt'nin üzerinde olması, ALT'nin 900 İÜ/lt'nin üzerinde olması, fibrinojenin 110 mg/dl'nin altında olması, hastada melena, hematemez veya somnolans olması kötü prognoz göstergeleri olarak belirtilmiştir (9). Çalışmamızdaki olgulara, başvuru sırasında hastalığın erken döneminde olmamaları ve KKKA için Ergönül ve arkadaşları (9) tarafından tanımlanan ciddiye ölçütlerine göre ciddi seyirli hastalık kriterlerini karşılamamaları nedeniyle oral ribavirin tedavisi verilmemiştir.

Sonuç olarak, KKKA artık ülkemizin hemen her bölgesinde görülebilen endemik bir hastalıktır (2-4). Doğu Anadolu Bölgesi'nde üç farklı ilde KKKA görülmüş olmasının epidemiyolojik olarak önemli olduğu düşünülmektedir. Hastalığın endemik olduğu bölgelerde kene temas öyküsü olsun ya da olmasın, klinik ve laboratuvar olarak KKKA ile uyumlu hastalarda mutlaka KKKA ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Ergönül O. Crimean-Congo haemorrhagic fever. *Lancet Infect Dis.* 2006; 6(4): 2003-14.
2. Ergönül Ö. Viral kanamalı ateşler. In: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, eds. *Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyolojisi*. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2008: 1251-65.
3. Kırım Kongo Hemorajik Ateşi [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı [erişim 20 Ocak 2010]. <http://www.saglik.gov.tr/KKKA>.
4. Bakir M, Ugurlu M, Dokuzoguz B, et al. Crimean-Congo haemorrhagic fever outbreak in Middle Anatolia: a multicentre study of clinical features and outcome measures. *J Med Microbiol.* 2005; 54(Pt 4): 385-9.
5. 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(2): 284-7.
6. Ergonul O. Treatment of Crimean-Congo hemorrhagic fever. *Antiviral Res.* 2008; 78(1): 125-31.
7. Tasdelen Fisgin N, Ergonul O, Doganci L, Tulek N. The role of ribavirin in the therapy of Crimean-Congo hemorrhagic fever: early use is promising. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2009; 28(8): 929-33.
8. Izadi S, Salehi M. Evaluation of the efficacy of ribavirin therapy on survival of Crimean-Congo hemorrhagic fever patients: a case-control study. *Jpn J Infect Dis.* 2009; 62(1): 11-5.
9. Ergonul O, Celikbas A, Baykam N, Eren S, Dokuzoguz B. Analysis of risk-factors among patients with Crimean-Congo hemorrhagic fever virus infection: severity criteria revisited. *Clin Microbiol Infect.* 2006; 12(6): 551-4.