

Ağır İkter Tablosu ile Seyreden Bir Sıtma Olgusu

[A Malaria Case with Serious Icterus]

ÖZET

Sıtma vakaları, Türkiye’de Doğu Akdeniz ve Güney Doğu Anadolu bölgelerinde daha sık, diğer bölgelerde ise nadir olarak görülebilmektedir. En sık tespit edilen etken dünyada ve Türkiye’de *Plasmodium vivax*’tır. Sıtma dünyada en sık ölüme yol açan enfeksiyonlar arasında beşinci sırada yer almaktadır. Seyahat ile ilişkili olarak hem *Plasmodium falciparum*’a bağlı olgulara hemde *P. vivax* olgularına giderek daha sık rastlanmaktadır. Burada *P. vivax*’a bağlı importe sıtma olgusu sunulmaktadır.

SUMMARY

Malaria has frequently been seen in the East Mediterranean and Southeast Anatolia and rarely seen in other regions. Both in the world and Turkey the most seen agent is *Plasmodium vivax*. Malaria is the fifth infection in the world that leads to death. Associated with travel *Plasmodium falciparum* and also *P. vivax* cases have been seen more and more often. An importe *P. vivax* case is presented in this article.

Gürkan MERT¹
Gonca FİDAN¹
H.Cem Gül¹
Özgür Kuru²
Can Polat Eyigün¹

¹GATA Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara.

²GATA Tıbbi Parazitoloji BD, Ankara.

Anahtar Kelimeler:

İkter, *Plasmodium vivax*, Sıtma.

Key Words:

Icterus, *Plasmodium vivax*, Malaria.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Gürkan Mert
GATA Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Ankara, Türkiye.
gmert@gata.edu.tr

GİRİŞ

Sıtma dünyanın halen en önemli paraziter enfeksiyonlarından olup dünya nüfusunun %40’ı sıtmanın endemik olduğu bölgededir. Her yıl yaklaşık 250 milyon kişi sıtma tanısı alıp çoğunluğu çocuk bir milyon kişi ölmektedir (1). Ülkemizde sıtma ile programlı mücadele Cumhuriyetin kuruluşundan sonra başlamıştır. Günümüzde en sık *P. vivax* olguları görülmekle birlikte importe olarak *P. falciparum* ve *P. malariae*’a da rastlanmaktadır (2–3). Bu yazıda *P. vivax* ‘ın neden olduğu ağır ikter ile seyreden importe bir malaria olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği’ne 46 yaşında erkek hasta aşırı halsizlik, eklem ağrıları, zaman zaman yükselen ateş, iştahsızlık ve sarılık şikâyetleri ile başvurmuştur. Alınan anamneze göre bir yıldır Afganistan’da işçi

olarak çalışan hastaya o bölgenin imkânlarıyla akut viral hepatit öntanısı konulmuştur. Hastanın Afganistan’a gitmeden önce sıtma için profilaksi almadığı tespit edilmiş ve fizik muayenesinde; konjunktivaları soluk, karaciğer kot altında midklavikuler hatta palpabl ve traube alanında perküsyonla matite saptanmıştır. Hastanın ateşi karakter olarak siklik özellik göstermemekteydi.

Kliniğimizde akut hepatite yönelik yapılan serolojik testlerin sonucunda anormal bulgu saptanmamıştır. Hastaneye yatırılışının birinci gününde yapılan bilirubin tetkiklerinde total bilirubin değeri 20,60 mg/dL olarak tespit edilmiştir. Beyaz küresi normal sınırlarda, Hb 13,1 g/dL, tam idrar tetkiki sonucunda anormallik saptanmamıştır. Acil batın ultrasonografisinde; dalak normal sınırlarda, karaciğer 15 cm boyutlarında bulunmuştur. Hastaneye yatırılışının ikinci gününde hastada pansitopeni gelişmiş ve akşam saatlerinde ateş 39,8°C olarak ölçülmüş, hastada inkontinans ve uykuya meyil başlamıştır.

Tablo 1: Olgunun biyokimyasal değerleri.

Hospitalizasyon	Hb	Plt	D.Bil	İ.Bil	Alb	AST	ALT
1. gün	13,1	14000	11,1	9,5	3,2	54	29
2. gün	11,6	22000	9,6	8,6	1,8	50	21
3. gün	9,4	25000	6,5	5,7	1,8	72	31
4. gün	8,7	57000	2,8	3,2	1,8	56	35
5. gün	8,7	258000	1,9	4,3	1,96	62	45

Hb: hemoglobin (gr/dL) Plt: Platelet (sayı/ μ L) D.Bil: Direkt Bilirubin (mg/dL)
 İ.Bil: İndirekt Bilirubin (mg/dL) Alb: Albumin (g/dL) AST:Aspartat Aminotransferaz (U/L)
 ALT:Alanin Aminotransferaz (U/L)

Aspartat aminotransferaz (AST)/Alanin aminotransferaz (ALT) değerleri 54/25 U/L, sedimentasyon 80 mm/saat, albumin 1,96 g/dL olarak saptanmıştır. Diğer taraftan hastadan alınan kan örneği ile kalın damla ve ince yayma preparatlar hazırlanmış ve giemsa ile boyandıktan sonra değerlendirilmiştir. Örneklerde eritrositler içerisinde Plasmodium olgun trofozoit, genç şizont ve gametositleri görülmüştür. Klinik olarak ağır seyrettiği ve hastanın yurtdışında bulunma hikâyesinden dolayı *P. falciparum* sıtmasından şüphelenilmiş. Fakat periferik yayma preparatlarının GATA T. Parazitoloji Bilim Dalı tarafından tekrar incelenmesi sonucu *P. vivax* tanısı konulmuştur. Ayrıca kan örneklerinden DNA ekstraksiyonu yapıldıktan sonra Rougemont ve arkadaşlarının tanımladığı multipleks real-time PCR çalışması sonucu *P. vivax* tanısı doğrulanmıştır (4).

Tedavide hastaya klorokin (1. gün 1200 mg+600 mg, 2. ve 3. gün 600 mg p.o.) ve primakin (15 mg/gün, 14 gün boyunca) başlanmış olup tedaviye başladıktan iki gün sonra hastanın şikâyetleri azalmış ve bilirubin değerlerinin gerilemeye başladığı görülmüştür (Tablo 1). Dördüncü gün sonunda yapılan ince yayma preparatlarda plasmodiumlara rastlanılmamıştır. Hasta bir hafta sonra taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Plasmodium vivax daha çok genç eritrositleri (retikulositleri) enfekte ettiğinden eritrositlerin %2'sinden fazlasını enfekte etmez. Bu yüzden eritrositlerin ortalama %30'unu enfekte eden *Plasmodium falciparum* gibi çok ciddi komplikasyonlara sık neden olmaz. Genellikle 12-17 gün arasında inkübasyon süresi mevcuttur. Sonrasında ise atipik invazyon periyodu görülür. Bu vakada atipik invazyon döneminde hastada halsizlik,

iştahsızlık ve bulantı ön planda idi. Bu bulgular hasta bir sağlık kuruluşuna başvurana kadar 10 gün devam etmiştir. Hastada beklenenin aksine diyare yerine konstipasyon mevcuttu. *P.vivax* olan olgularda Herpes simplexe bağlı uçuk ve nörolojik komplikasyonlar görülebilir. Bu hastada üriner inkontinans gözlenmiş ancak hemiparezi, afazi gibi diğer nörolojik bulgular saptanmamıştır. Parazitli eritrositlerin yıkımı sonucu ve dalağın daha sonra büyümesine bağlı olarak artan yıkım sonucu anemi gelişmiştir.

Olgumuzda başlangıçta 13,1 mg/dL olan Hb değeri eritrosit yıkımına bağlı olarak 8,7 mg/dl'ye düşmüştür. Orta derecede trombositopeni *P.vivax* 'ta sık rastlanılan bir bulgudur ve splenik klirensin artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Hasta kliniğimize başvurduğunda trombosit değeri 14.000/mm³ olarak saptanmıştır. Olgumuzda görülen trombositopeni anti-malaryal tedavi ile hızla düzelterek tedavinin 4. gününde normal değerlere ulaşmıştır.

Daha önce bu derece yoğun ikter ile seyreden bir sıtma olgusu ile ilk kez karşılaşmıştır. Olgumuzda başlangıçta total bilirubin 20,6 mg/dL, idrarda bilirubin 3 mg/dL olarak saptanmıştır. Bu bulgular ile akut hepatit de ayırıcı tanıları arasında düşünülmüş ve yapılan serolojik testler ile ekarte edilmiştir. Anti-malaryal tedavinin 6'ncı gününde total bilirubin 3,4 mg/dl'ye gerilemiştir. Sıtma vakalarına sıklıkla viral sendromlar, nedeni bilinmeyen ateş ve farenjit olarak tanı konulabilmektedir (5,6).

Sıtma tanısında altın standart olma özelliğini halen koruyan yöntem, periferik kandan yapılan bakı işlemidir (7). Özellikle ataklar sırasında bakıldığında gerek kalın, gerekse ince yayma preparatlarında etkeni görme şansı oldukça yüksektir. Ayrıca sıtma türlerinin ayırt edilmesi ve parazitin yoğunluğunun tespit edilebilmesine olanak vermesi açısından da değerli bir yöntemdir. Diğer taraftan ataklar arasında özellikle tek bakı ile etkeni görme şansı azalırken,

tedavi gören olgularda ise canlı olmayan parazitlerin görülmesi özgüllüğün düşmesine neden olur. Bunun yanı sıra etkeni görme şansı teknik personelin tecrübesi ile de oldukça yakından ilişkilidir (8). Sıtma tanısında moleküler yöntemler ise parazitin saptanması yanında, türü ayırımı yapabilmesi, mutasyonları ve ilaç direncini saptayabilmesi, 5 parazit/µl kadar oldukça düşük düzeydeki paraziteminin tespit edilebilmesi yönüyle oldukça iyi tanısal bir yöntemdir. Duyarlılık ve özgüllüğü oldukça yüksek olan moleküler yöntemler iyi bir referans test olarak kullanılabilirken; yüksek maliyeti, zaman alması, teknik donanım ve deneyim gerektirmesi gibi nedenler altın standart olarak kullanılmasını engellemektedir (9,10). Laboratuvar olanağı ve deneyimli laboratuvar personeli bulunmayan bölgelerde sıtmanın klinik ve epidemiyolojik özellikleri de göz önüne alınarak seçilmiş iyi kalitedeki bir hızlı tanı testi kullanılmasının, pozitif örneklerin ise donanımlı laboratuvarlar tarafından mikroskopi ve moleküler yöntemler kullanılarak tür bazında tanımlanmasının ekonomik yönden ve tedavisi açısından oldukça iyi bir yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1 World Malaria Report. World Health Organization, 2008.
- 2 Akdur R. Sıtmanın epidemiyolojisi. Özcel MA Sıtma. İzmir Ege Üniversitesi Basımevi, 1999, s. 51-75.
- 3 Ok ÜZ, Vurgun N, Limoncu ME, Ceylan H, Kuman HA. Türkiyede son yıllardaki ilk yerli falciparum, vivax mix sıtması olgusu. T Paraz Derg. 1996; 20(2): 211-216.
- 4 Rougemont, M, Van Saanen M, Sahli R, Hinrikson H.P, Bille J, Jatton K. Detection of four Plasmodium species in blood from humans by 18S rRNA gene subunit-. based and species-specific real-time-PCR assays. J. Clin. Microbiol. 2004; 42(12): 5636-5643.
- 5 Winters RA, Murray HW. Malaria-the mime revisited: fifteen more years of experience at a New York City teaching hospital. Am J Med. 1992; 93: 243-246.
- 6 McCaslin RI, Pikis A, Rodriguez WJ. Pediatric Plasmodium falciparum malaria: a ten-year experience from Washington, DC. Pediatr Infect Dis J. 1994; 13: 709-715.
- 7 Malaria microscopy quality assurance manual: version 1. 2009.
- 8 World Health Organization Meeting Report, 20–23 January 2003.
- 9 Playford EG, Walker J. Evaluation of the ICT Malaria P.f/P.v and the OptiMal Rapid Diagnostic Tests for malaria in febrile returned travellers. J Clin Microbiol. 2002; 40(11): 4166-4171.
- 10 Murray CK, Gasser RA, Magill AJ, Miller RS. Update on rapid diagnostic testing for malaria. Clin Microbiol Rev. 2008; 21(1): 97-110.

