

Olgu Sunumu

# İmmünsistemi Normal Olan Bir Gebede Candida Özefajit; Olgu Sunumu

Mehmet Aytaç Yüksel, Anıl Turhan, İlkbal Temel, Nimet Havare, Ahmet Birtan Boran

## Özet

Bulantı ve kusma gebeliğin ilk yarısında çok yaygındır ve genellikle destek tedavisi gerekir. Bu olgu sunumunda immünyetmezliği olmayan gebe hastada kandida özefajitinin sunulması amaçlanmıştır. Destek tedavisine cevap vermeyen inatçı bulantı ve kusması nedeniyle hastaya üst gastrointestinal endoskopi yapıldı ve candida özefajit tanısı konuldu. Altta yatan immün yetmezlik olup olmadığı araştırıldı. Human immundeficiency virüs (HIV) antikorları negatif bulundu. T cell hücre grubu normal sınırlarda idi. Oral nystatin tedavisi başlandı. Nystatin tedavisinin beşinci gününde özefajit gastrointestinal endoskopi ile tekrar değerlendirildiğinde özefajit tamamıyla düzeldi. Tedavinin sonunda hastanın semptomları kayboldu. Sonuç olarak inatçı bulantı, kusma ve kilo kaybı olan ve semptomatik tedaviye cevap vermeyen gebeler endoskopik olarak, kandida özefajit için değerlendirilmelidirler.

**Anahtar kelimeler:** Kandida özefajit, hiperemesis gravidarum, gebelik

Özefagus infeksiyonları nadirdir ve sıklıkla bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda görülmektedir. Kandida türleri, HSV ve sitomegalovirüs en yaygın enfeksiyon ajanlarıdır (1,2). Kandida özefajitine neden olan en yaygın ve en virülen tür *C. albicans*'dir. Bununla birlikte *C. tropicalis*, *C. krusei* ve *C. stellatoidea* gibi diğer türler de nadiren izole edilmiştir (3).

Kandida özefajiti için en önemli risk faktörleri; antibiyotik kullanımı, radyasyon veya kemoterapi, hematolojik malignansiler ve AIDS'dir. Diğer kandida özefajit insidansı artışı ile ilgili durumlar; özefajiyal staz, alkolizm, malnutrasyon, ilerlemiş yaş, proton pompa inhibitörü kullanımı, diyabetes mellitus, hipotroidi ve hipoparatroidi gibi endokrin hastalıklar gösterilmiştir (4-6).

Bu olgu sunumu; inatçı bulantı, kusma ve kilo kaybıyla başvuran gebelerin ayırıcı tanısında kandida özefajitinin olması gerektiğinin ve

literatür bilgileri kullanılarak etiyolojik faktörlerin gözden geçirilmesi amacıyla sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

23 haftalık gebeliği olan 21 yaşındaki hasta; üç gündür olan bulantı, çok sayıda kusma ve yutma güçlüğü şikayetleri üzerine başvurduğu hastanemiz acil servisinden ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde ateş 36,6 °C/aksiller, nabız 80/ dk, TA: 100/70 mm Hg idi. Ultrasonografi muayenesinde; BPD: 59.6 mm 24 hafta 2 gün, FL: 41.7 mm 23 hafta 4 gün ve kalp atımları olan fetus izlendi. Laboratuvar incelemesinde lökosit sayısı 12.700/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 9.9 g/dL, trombosit 268.000/mm<sup>3</sup>, açlık kan şekeri 120 mg/dL, AST 26 U/L, ALT 8 U/L, üre 21 mg/dL, kreatinin 0.4 mg/dL, NA:139 mEq/L, K 3.3 mEq/L, Ca 9.09 mg/dL idi. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Tam idrar tahlilinde keton + 3, lökosit + 1 idi. Hastaya metoklopramid ve ranitidin tedavisi verildi. Hastanın bulantı ve kusmaları gerilemedi. Hasta gastroenterolojiye danışıldı. Endoskopi ve tüm batin ultrasonografi yapıldı. Endoskopi ve tüm batin ultrasonografisinde patoloji izlenmedi. Endoskopik incelemede özefagus lümeni boyunca mukozada beyaz renkte plaklar izlendi. Kandida enfeksiyonu için tipik beyaz plakların izlenmesi nedeni ile kültür

S.B İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Yazışma Adresi:** Dr. Mehmet Aytaç Yüksel

S.B İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Abdurrahman Nafiz Gürman Caddesi Kocamustafapaşa-Fatih İstanbul/Türkiye

Telefon: +90(532) 601 60 58

E-mail: maytacyuksel@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 23.02.2011

Makalenin Kabul Tarihi: 20.08.2013

yapılmadı. Kandida özefajiti tanısıyla nystatin 4x100.000 IU tedavisi başlandı. Özofajit etyolojisi ve ayırıcı tanısını araştırmak amacıyla AntiHIV, CD4, CD8 bakıldı. Anti HIV (-) olarak tespit edildi. CD4 sayımı 878 uL, CD8 sayımı 519 uL ve CD4/CD8 oranı 1.69 olarak tespit edildi. Hücrel immünite normal olarak değerlendirildi. Bulantı ve kusmaları gerileyen hastaya 5 gün sonra kontrol endoskopi yapıldı. Kontrol endoskopide plakların kaybolduğu gözlemlendi. Toplam 10 gün nystatin tedavisi alan, bulantı ve kusma şikayeti biten hasta taburcu edildi. Taburcu sonrası 3 ay sonra hastanın doğumu gerçekleştirildi. Doğan bebekte herhangi bir sağlık problemi görülmedi. Doğum sonrası 3 gün hastanede gözlem altında tutulan bebek ve annesinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

### Tartışma

Kandida özefajiti; özefajial kolonizasyon, bozulmuş hücrel immünite veya her ikisinin birden olmasıyla oluşmaktadır. Özefajial kolonizasyon, normal özefajial motilite veya mekanik nedenler sebebiyle oluşan özefajial stazda olmaktadır. Hücrel immünite bozukluğu ise immünsüpresif terapi, malignensiler veya AIDS sebebiyle olmaktadır (7). İlk patolojik safha özefajial mukozal yüzey kolonizasyonudur ve onu epitelyal kolonizasyon, bazen de derin invazyon izler (8).

Kandida özefajiti teşhisi genellikle endoskopik olarak beyaz mukozal plakların izlenmesiyle yapılır. Doğrulayıcı olarak biyopside mantar ve mukozal hücrelere invaze olmuş psoudahifaların, kültürde Kandida türlerinin izole edilmesi ile olur (9). Biz olgumuzda Kandida enfeksiyonları için tipik olan mukozal plakları izlediğimiz için kültür yapmadık.

Kandida özefajitinde semptomlar genellikle bizim hastamızda olduğu gibi akut başlangıçlıdır. Odinafaji, disfaji, bulantı ve ateş ile retrosternal göğüs ağrısı genellikle olan semptomlardır. Semptomların şiddeti değişiklik gösterir. Ağrılı yutmadan yemek yiyememeye kadar değişir (2,4,7).

Orofarengeal kandidiazis genellikle özefajial kandidiazisle ilişkilidir. Sonuçta oral monilyazisin olması, uygun klinikte bize tanı koymada yardımcı olabilir (10). Yalnızca orofarengeal hastalık, kandida özefajitli hastaların %50-75 bulunmasına rağmen diğer tip özefajitlerde de disfaji ile birlikte bulunabilmektedir. Sonuçta bize her zaman doğru teşhisi göstermez (11,12).

H2 blokerler yaygın olarak kullanılırlar. H2 blokör tedavisi ile fungal özefajit arasında önemli bir ilişki vardır (13). H2 blokör kullananlarda

kandida özefajit enfeksiyon prevalansı %16.7 olmasına rağmen, bu ilacı kullanmayanlarda prevalans %3.5 dir (14). Hastamız H2 blokör kullanmamaktaydı.

Tip I diyabetes mellitus ile kandida özefajiti ilişkilidir (14). Bizim hastamızda tip I ve gestasyonel diyabetes mellitus kriterleri yoktur.

HIV enfeksiyonunun obstetrik hastalarda yaygın olmaya başlamasından dolayı, kandida ve diğer fırsatçı enfeksiyonlarla da sıklıkla karşılaşmaktadır. Bizim hastamız HIV negatiftir.

Özefajial kandidiazis tedavisinde nystatin, flukanazole, flusitozin, itrakonazol ve amfoterisin B kullanılır (15-17). Seçilen ajan hastaların immün sistemine ve hastalığın yaygınlığına bağlıdır. Bizim hastamızda nystatin etkili olmasına rağmen immün yetmezliği olan hastalarda flukanazol 14 gün efektif olarak kullanılabilir (18).

Sonuç olarak tedaviye cevap vermeyen şiddetli bulantı ve kusması olan hastalar endoskopik olarak değerlendirilmelidirler.

### Candida esophagitis in an immunocompetent pregnant woman: Case report

#### Abstract

*Nausea and vomiting in the first half of pregnancy is very common and often need supportive treatment. In this case report we aimed to present candida esophagitis in an immunocompetent pregnant woman. Because of refractory nausea and vomiting not responding to supportive treatment, upper gastrointestinal endoscopy was performed and was diagnosed with candida esophagitis. Investigations of underlying immunodeficiency was performed. Human immunodeficiency virus (HIV) antibody were negative. T-cell subset were within normal range. Oral nystatin treatment was started. The esophagitis resolved completely when reassessed on fifth day of nystatin treatment. At the end of the treatment her symptoms disappeared.*

*In conclusion, pregnant patients who don't respond to symptomatic treatment for refractory nausea, vomiting and weight loss should be evaluated by endoscopy for candida esophagitis. It can be treated easily with nystatin.*

**Key words:** Candida esophagitis, hyperemesis gravidarum, pregnancy

#### Kaynaklar

1. McDonald GB, Sharma P, Hackman RC, Meyers JD, Thomas ED. Esophageal infections in immunosuppressed patients after marrow

- transplantation. *Gastroenterology* 1985; 88(5 Pt 1):1111-1117.
2. Ramanathan J, Rammouni M, Baran J Jr, Khatib R. Herpes simplex virus esophagitis in the immunocompetent host: an overview. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(9):2171-2176.
  3. Simon MR, Houser WL, Smith KA, Long PM. Esophageal candidiasis as a complication of inhaled corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 79(4):333-338.
  4. Chocarro Martínez A, Galindo Tobal F, Ruiz-Irastorza G, González López A, Alvarez Navia F, Ochoa Sangrador C, et al. Risk factors for esophageal candidiasis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 19(2):96-100.
  5. Wilcox CM, Karowe MW. Esophageal infections: etiology, diagnosis, and management. *Gastroenterologist* 1994; 2(3):188-206.
  6. Yee J, Wall SD. Infectious esophagitis. *Radiol Clin North Am* 1994; 32(6):1135-1145.
  7. Baehr PH, McDonald GB. Esophageal infections: risk factors, presentation, diagnosis, and treatment. *Gastroenterology* 1994; 106(2):509-532.
  8. Walsh TJ, Pizzo PA. Nosocomial fungal infections: a classification for hospital-acquired fungal infections and mycoses arising from endogenous flora or reactivation. *Annu Rev Microbiol* 1988; 42:517-545.
  9. Sangeorzan JA, Bradley SF, He X, Zarins LT, Ridenour GL, Tiballi RN, et al. Epidemiology of oral candidiasis in HIV-infected patients: colonization, infection, treatment, and emergence of fluconazole resistance. *Am J Med* 1994; 97(4):339-346.
  10. Kogan J. Herpes simplex and Candida esophagitis. *IMJ Ill Med J* 1986; 169(6):366-368.
  11. Samonis G, Skordilis P, Maraki S, Datsiris G, Toloudis P, Chatzinikolaou I, et al. Oropharyngeal candidiasis as a marker for esophageal candidiasis in patients with cancer. *Clin Infect Dis* 1998; 27(2):283-286.
  12. Bonacini M, Young T, Laine L. The causes of esophageal symptoms in human immunodeficiency virus infection. A prospective study of 110 patients. *Arch Intern Med* 1991; 151(8):1567-1572.
  13. Vermeersch B, Rysselaere M, Dekeyser K, Rasquin K, De Vos M, Elewaut A, et al. Fungal colonization of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1989; 84(9):1079-1083.
  14. Greenspoon JS, Kivnick S. Candida esophagitis in an immunocompetent pregnant woman. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1993; 1(3):149-152.
  15. Vazquez JA, Sobel JD. Mucosal candidiasis. *Infect Dis Clin North Am*. 2002; 16(4):793-820.
  16. Ostrosky-Zeichner L, Rex JH, Bennett J, Kullberg BJ. Deeply invasive candidiasis. *Infect Dis Clin North Am* 2002; 16(4):821-835.
  17. Harvey CF, Mills JO, Barros AA. Oesophageal moniliasis. *Br J Clin Pract* 1986; 40(1):36-40.
  18. Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, Filler SG, Dismukes WE, et al. Infectious Diseases Society of America. Guidelines for treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* 2004; 38(2):161-189.