

Olgu Sunumu

Gebe Bir Hastada Kızamık Enfeksiyonu: Olgu Sunumu

Aysel Sünnetçioğlu*, Sevdegül Karadaş**, Osman Menteş***

Özet

Kızamık, kızamık virüsünün neden olduğu akut, ateşli, çok bulaşıcı, döküntülü, akut dönemde pnömoni, otitis media gibi komplikasyonlara geç dönem ensefalit gibi öldürücü sekellere yol açan bir hastalıktır. Özellikle aşısı olmayan ya da yeterli bağışıklık düzeyi gelişmeyen kişilerde görülür. Enfeksiyon zincirini kırabilmek için %94 aşılama oranına ulaşmak gerekmektedir. İnfantlarda ve yetişkinlerde ciddi komplikasyonların riski yüksektir. Ölümün yaklaşık %60'undan sorumlu olan pnömoni genç hastalarda daha yaygındır. Burada altta yatan bir hastalığı ya da immün baskılanması olmayan kızamık tanısı alan erişkin bir olgu sunuldu. Bu olgu ile ülkemizde etkin bir aşılama programının sağlanmadığı ve kızamığın ayırıcı tanda düşünülmesinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kızamık, gebelik, aşı

Kızamık, kızamık virüsünün neden olduğu akut, ateşli, çok bulaşıcı, döküntülü, kış-bahar epidemileri şeklinde 3-4 ay boyunca sürebilen ve 2-5 yıllık döngüler izleyen bir hastalıktır. Kızamığa karşı etkin bir aşı olmasına rağmen hala dünya genelinde önemli bir sağlık problemi olarak varlığını devam ettirmektedir. Kızamık çok bulaşıcı bir enfeksiyon olduğundan, enfeksiyon zincirini kırabilmek için %94 aşılama oranına ulaşmak gerekmektedir. Duyarlı kişilerin topluluktaki sayısı ve coğrafi yaygınlığı salgının ciddiyeti ile doğru orantılıdır. Virus, endemik olmadığı izole bir topluluğa girerse hızlı yayılır ve %100'lük bir yakalanma hızı olur.

Her yaş grubundan insan kızamığa yakalanabilir. Kızamığa bağlı otitis media, pnömoni ve ensefalomiyelit sık gözlenen komplikasyonlardır. İnfantlarda ve yetişkinlerde ciddi komplikasyonların riski yüksektir. Kızamık salgınlarında mortalite oranı yaklaşık %25 olduğu bildirilmektedir (1,2).

Bu çalışmada, kızamık geçiren ve buna bağlı pnömoni gelişen olgunun sunumu amaçlandı.

Olgu Sunumu

Yirmibeş yaşında, 3 aylık gebe olgu ateş, baş ağrısı, öksürük, idrar yaparken yanma ve döküntü şikayetleri ile acil servise başvurdu. Alınan anemneze göre, olgunun döküntülerden 5 gün öncesinde halsizlik, yorgunluk, burun akıntısı, gözlerde yanma gibi gribal şikayetlerin başladığı, ateş, kuru öksürük ve döküntü şikayetleri ile 2. basamak bir sağlık kuruluşunun acil servisine başvurduğu ve allerjik deri döküntüsü ön tanısı ile paranteral antihistaminik tedavisi uygulandığı öğrenildi. Döküntüler ateş sonrasında, yüzden başlayan ve gövdeye yayılan noktasal tarzda, kaşıntılı, deriden kabarık döküntüler şeklinde ortaya çıkmıştı. Olgunun özgeçmişinde, 3 ay önce peptik ulkus tedavisi aldığı ve Behçet hastalığı tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Ayrıca çevresinde kızamıklı kişi ile temas öyküsü yoktu.

Başvuru anındaki fiziki bakıda genel durumu orta-iyi, bilinci açık, koopere, oryante, aksiller vücut ısısı 38.3°C, arteriyel kan basıncı 90/70 mmHg, nabız 104/dakika, solunum sayısı 28/dakika idi. Orofarenks muayenesinde postnazal minimal akıntısı mevcut idi. Koplik lekesi yoktu. Yüzünde ve gövdede belirgin ekstremitelerde daha az olmak üzere makülopapüler döküntüleri vardı. Akciğer sesleri dinlemekle doğal, kalp taşikardik ve epigastrik bölgede hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; kan beyaz küresi 6.2 x10³/µL (%80 nötrofil), hemoglobin 12.3 g/dL, trombosit 117x10³/µL, sedimantasyon 42 mm/saat ve C-

*Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Van

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Acil Tıp Anabilim Dalı, Van

***Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Yazışma Adresi: Dr. Sevdegül Karadaş
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Acil Tıp AD, 65200, Van, Türkiye
Tel: +90 5349870331
Fax-tel: +90 432 216 75 19
E-mail: sevdegulkaradas@yahoo.com.tr
Makalenin Geliş Tarihi: 11.03.2013
Makalenin Kabul Tarihi: 20.03.2013

reaktif protein(CRP) 69 mg/L idi. Tam otomatik idrar analizinde her sahada 55 lökosit olduğu gözlemlendi. Diğer laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı. Batın ultrasonografik (USG) değerlendirmede olgunun 12 hafta ile uyumlu gebeliği mevcut idi.

Olgu kızamık ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine damlacık izolasyonu alınmak üzere yatırıldı. Takiplerinde kan ve idrar kültürü alındıktan sonra, seftriakson 1 gram, 2x1 intravenöz tedavi başlandı. Yapılan enzim-linked immunosorbent assay kızamık spesifik IgM testi pozitif olarak saptandı. Takibinin 3. gününde idrar şikayetleri gerileyen olgunun öksürük ve nefes darlığı şikayetinde artma gözlemlendi. Takipleri sırasındaki fizik muayenesinde dinlemekle solda belirgin olmak üzere bilateral akciğer bazalinde ralleri saptandı. Gebelik dolayısıyla öncelikle toraks USG planlandı. USG’de sol plevral aralıkta 5 mm genişliğinde plevral efüzyon ile uyumlu şüpheli hipoekoik görünüm izlendi. Takibinin 6. gününde ateşi 36.7°C, idrar ve kan kültüründe üreme saptanmadı ve CRP:16 mg/L idi. Olgunun takibinin 7. gününde solunum sesleri doğaldı. Şikayetleri ve laboratuvar bulguları düzelen olgu takibinin 8. gününde şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Kızamık aşı ile önlenilebilir bir hastalık olmasına rağmen, halen tüm dünyada önemli bir sağlık problemidir. Kızamık aşılması Türkiye’de 1970 yılında başlamakla birlikte düzenli aşılamaya 1985 yılında geçilmiştir. Kızamık aşısının dünyada yaygın olarak uygulanması toplumda dolaşan virus yükünde azalmaya neden olmuştur. Bunun sonucu olarak erken yaşlarda kızamık virusuyla karşılaşma insidansı azalmış ve ileri yaşlarda koruyucu düzeyin altında antikör taşıyan bireylerin sayısı artmıştır (3). Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre Avrupa Bölgesi’nde 2005 yılından bu yana çeşitli ülkelerde salgınlar yaşanmaktadır. 2012 yılında da, Romanya, Rusya, Ukrayna, Almanya, Fransa, İspanya, İtalya, İngiltere, İrlanda, Belçika ve sınır komşularımız olan İran, Irak ve Suriye başta olmak üzere birçok ülkede salgınlar/vakalar görülmüştür. Bu ülkelerden ülkemize gelenlerin ve bu ülkelere gidenlerin sık olması da importasyon riskini arttırmıştır (4). Sağlık bakanlığı verilerine göre 2007 ile 2010 yılları arasında 18 kızamık vakası rapor edilmiştir. Ancak ilk vakanın ortaya çıktığı 2010 tarihinden 2011 tarihine kadar kızamık vaka sayısı 111 olarak açıklanmıştır (5). Ülkemizde 2012 yılı sonunda tespit edilen vakalar son haftalarda yoğunlaşmış ve tüm Türkiye’de salgına neden olmuştur. İlimizde de kızamık vakaları son

günlere artarak görülmeye başlanmıştır. Yetişkin popülasyonda gördüğümüz kızamık vaka sayısı azımsanmayacak kadar artmış görülmektedir. Havayolu veya damlacıklar aracılığıyla bulaşan kızamık virüsü 10-12 günlük inkübasyon dönemi sonrası 2-4 günlük prodromal evrede; ateş, kırıklık, konjoktivit, koriza ve trakeobronşit (öksürük olarak kendini gösteren) semptomları gözlenir. Sonraki 4 gün içinde vücut ısısı artarak 40.0 °C’ye kadar yükselebilir (1,2,6).

Kızamık enfeksiyonuyla ilişkili en çok bildirilen komplikasyonlar akut otitis media (%7-9), pnömoni (%1-6), diyare (%6), postenfeksiyöz ensefalit (1/1000-2000 kızamık olgusu), subakut sklerozan panensefalit (SSPE) (1/100.000 olgu) ve ölümdür (1000 olguda 1.0-3.0) (6). Ateş, döküntüler başladıktan 1-2 gün sonra düşmezse komplikasyonların var olduğu düşünülebilir. İnfantlarda ve yetişkinlerde ciddi komplikasyonların riski yüksektir (7). Ölümün yaklaşık %60’ından sorumlu olan pnömoni genç hastalarda daha yaygındır (8). Virusa bağlı dev hücre infiltrasyonlu interstisyel (Hecht) pnömoni gelişmesine rağmen pnömoniye bağlı ölümün nedeni genellikle sekonder bakteriyel (stafilkokoklar, pnömokoklar, Haemophilus influenzae) enfeksiyonlardır (1,6). Kızamık komplikasyonu olarak alt solunum yolu enfeksiyonları vakaların yaklaşık %15’inde rastlanır (1). Ülkemizden ve yurtdışından bildirilen yayınlarda pnömoni en sık görülen 2. komplikasyon olarak gözlenmektedir. Ülkemizde Pasha ve ark. (3)’nın takip ettiği 284 olguda kızamığa bağlı pnömoni %3.9 oranında gözlemlendiği rapor edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1987 ve 2000 yılları arasında tanımlı 67.032 kızamık hastasının, %19.2’si hastaneye yatırılmış ve %5.9’unda pnömoni komplikasyonu gözlenmiştir (9). İtalya’da 2002 ve 2003 yılları arasında hastaneye yatırılan 5.154 kızamık hastasında pnömoni görülme oranı %11.5 olarak rapor edilmiştir (10). Japonya’da Yasunaga ve ark. (11) 2007 ve 2008 yılları arasında takip ettiği 1, 037 kızamık hastasında pnömoni görülme oranı %8.7 olarak saptanmıştır. Yurtdışı ve yurtiçi bildirilen vakalarda mortalite daha çok kızamığa bağlı pnömoni ve ensefalomiyelit tabloları ile ilişkilendirilmiştir. Bizim hastamızda kızamığa bağlı pnömoninin selim seyretmesi ve klinik ile laboratuvar bulgularının hızlıca düzelmesi sekonder enfeksiyon olasılığını azalttı.

Virüsün dolaşımını ortadan kaldırmak şu an için yetersiz olduğundan gebe kadınlarda kızamık önleme politikası aşılama oranlarını yükseltmek üzerine kuruludur. Gebelikte kızamığın etkileri konusunda bilgiler kısıtlıdır. Ancak gebelik döneminde ağır geçirilebilir (12). Kızamıkçığın

aksine gebelikte kızamık geçirilmesi konjenital anomaliye neden olmaz. Gebeliğin son döneminde konjenital kızamığa bağlı etkilerin olabileceğini bildiren yayınlar rapor edilmiştir. Konjenital kızamık ekzantemleri yaşamın ilk 10 günü kadar görülebilir. Gebelik esnasında kızamık geçirilmesi; çok düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, %20 oranında spontan abortus, prematür ve ölü doğuma neden olabilir (1,12). Chiba ve ark. (13)'nın takip ettiği kızamık görülen 4 gebede 24. hafta öncesinde 3 olguda spontan düşük veya ölü doğum olduğu, 25. haftadan büyük 4 olgunun ikisinde konjenital kızamık bulguları olduğu rapor edilmektedir. Bizim 12 haftalık gebe hastamızın takipleri sırasında gebelikte ilgili bir sorun yaşamadığı gözlemlendi.

Sonuç olarak, erişkin yaşta gözlemlenen kızamık olgusunun aşılama daha çok önem verilmesi gerektiği, gebelerde ve immunsupresif hastalarda aşılama rağmen hastalığın gelişebileceği bilinmelidir. Bu yüzden gebe kalacakların gebelik öncesi bir doz daha kızamık aşısı ile aşılanmaları ve hasta temasından kaçınmaları gerekmektedir. Bu olgu toplumda etkin bir immunizasyon ve eğitim programının sağlanmadığını, kızamık salgınlarının ve kızamık komplikasyonlarının gelişebileceğini göstermektedir.

Measles Infection in a Pregnant Patient: Case Report

Abstract

Measles is a disease caused by the virus of measles that leads to the complications such as acute, febrile, highly contagious, rash, pneumonia, otitis media in acute period and fatal sequelae such as late encephalitis. It is seen especially in those who are not vaccinated or do not develop the level of sufficient immunity. In order to be able to break the chain of infection, it is necessary to achieve 94% of the immunisation rate. The risk of serious complications is high in infants and adults. Pneumonia, which is responsible for approximately 60% of the deaths is more common in young patients. An adult case with the diagnosis of measles but without an underlying disease or immune suppression was presented here. It was emphasized that an effective vaccination program was not provided with this case in our country and it was aimed to think about the measles in the differential diagnosis.

Key words: Measles, pregnancy, vaccination

Kaynaklar

1. Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (ed.). Balık İ. Kızamık. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi Cilt I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008, 1218-1225.
2. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. (ed.) Gershon AA. Measles virus. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone; 2000: 1801-1809.
3. Pahsa A, Özsoy MF, Altunay H, Koçak N, Yıldırım A, Kocabeyoğlu Ö ve ark. Erişkinlerde kızamık: 284 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. Flora 1999; 4(3):200-205.
4. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bilgi Notu: Kızamık Bilim Danışma Kurulu Kararları. Ankara, 2013.
5. Başara BB, Güler C, Eryılmaz Z, Yentür GK, Pulgat E. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. Ankara, 2012.
6. Plotkin S, Orenstein W, Offit P, (ed): Plotkin SL, Plotkin SA. Measles vaccine. Vaccines.4th ed. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders; 2004: 389-440.
7. Black FL. Measles. Evans AS (ed). Viral Infections of Humans. Epidemiology and Control. 3rd ed. New York, Plenum Publishing, 1989: 451-465.
8. Atkinson WL, Markowitz LE. Measles and measles vaccine. Semin Pediatr Infect Dis 1991; 2:100-107.
9. Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. J Infect Dis 2004; 189(1):4-16.
10. Fila A, Brenna A, Panà A, Cavallaro GM, Massari M, Ciofi degli Atti ML. Health burden and economic impact of measles-related hospitalizations in Italy in 2002-2003. BMC Public Health 2007; 7:169.
11. Yasunaga H, Shi Y, Takeuchi M, Horiguchi H, Hashimoto H, Matsuda S, et al. Measles-related hospitalizations and complications in Japan, 2007-2008. Intern Med 2010; 49(18):1965-1970.
12. Guillet M, Vauloup-Fellous C, Cordier AG, Grangeot-Keros L, Benoist G, Nedellec S, et al. Measles in pregnancy: a review. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2012; 41(3):209-218.
13. Chiba ME, Saito M, Suzuki N, Honda Y, Yaegashi N. Measles infection in pregnancy. J Infect 2003; 47(1):40-44.