

Olgu Sunumu

Salmonella Nedeniyle Gelişen Massif Intestinal Kanamanın Dexamethasone ile Başarılı Tedavisi: Bir Vaka Sunumu

Fatma Bozkurt, Emel Aslan, Mustafa Kemal Çelen, Davud İpek, Hüseyin Okan

Özet

Bu vakayı sunmadaki amacımız Samonela'ya bağlı massif barsak kanamasında dexamethasone ile kanama kontrolü deneyimimizi paylaşmak idi. Hasta kliniğimize yüksek ateş, kusma ve yaygın vücut ağrılarıyla kabul edildi. Ampirik olarak Tazocin 12gr/gün İ.V başlandı. Bir gün sonra barsak kanaması başlayan hastaya eritrosit süspansiyon verildi. Ancak 4 ünite eritrosit süspansiyon replasmanına rağmen kanamasının durmaması üzerine replasman kesilerek dexamethasone tedavisi başlandı. Dexamethasone tedavisinin ikinci günü kanaması duran hasta önerilerle taburcu edildi. Dexamethasone tedavisinin massif alt gastrointestinal kanaması olan hastalarda cerrahi planlamadan önce kullanılabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: *Salmonella, massif barsak kanaması, Dexamethasone*

Salmonelloz mental konfüzyon, düşmeyen ateş, baş ağrısı, karın ağrısı, relatif bradikardi, hepatosplenomegali, lökopeni, bakteriyemi ve deri döküntüleri (rozeoller) gibi başlıca belirti ve bulgularla seyredabilen tedavi edilmediğinde çeşitli komplikasyonlar nedeniyle ölüme sonuçlanabilen bir enfeksiyon hastalığıdır (1). Gastrointestinal kanama, salmonellanın en yaygın komplikasyonu olup yaklaşık % 10 oranında görülmektedir. Bu hastalara cerrahi müdahale gerekebilmekle beraber genellikle ilk yaklaşım konservatif tedavidir. Yayınlarda intestinal kanama kontrolü için Dexamethasone kullanımı hakkında çok az yayın mevcut olup (2) çalışmayı sunmamızdaki amaç massif alt intestinal kanamayla komplike olan genç salmonelloz vakamızda Dexamethasone deneyimimizi paylaşmak idi.

Olgu Sunumu

Daha önce hiçbir şikayeti olmayan 23 yaşındaki erkek hastanın 15 gün önce başlayan üşüme-titreyle yükselen ve gün boyu süren ateş, bulantı-kusma, karın ağrısı ve yaygın vücut ağrıları şikayetleri olması üzerine başvurduğu merkezde Salmonelloz ve Bruselloz ön tanılarıyla Seftriakson 2gr/gün ve Flagyl 1.5 gr/gün kombine tedavisi başlanmış. Bu tedaviyi 3 gün kullanan hasta şikayetlerinin geçmemesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta-kötü, şuuru açık, koopere, oryante, uykuya meyilli, TA: 100/60 mmHg, nabız:70 /dk ve ateş: 40.7°C idi. Diğer sistem muayenelerinde pozitif bulgu olarak dil kuru ve paslı, cilt turgor-tonusu azalmış, dalak palpabl olup traube kapalı ve karaciğer palpasyonla kosta kavsini yaklaşık 1cm geçiyordu. Hastanın özellik arzeden laboratuvar değerleri sedimentasyon: 31mm/saat, CRP: 24.2mg/dL. (referans aralığı 0-0.8 mg/L) AST: 110 U/L, ALT: 84 U/L, LDH: 470 U/L, GGT: 115 U/L, ALP:170 U/L idi. Abdominal USG'de hepatosplenomegalisi mevcut idi. Ateş yüksekliği ve genel durum bozukluğu nedeniyle hastanın kan ve idrar kültürleri alınarak ampirik olarak Tazocin 4.5 gr'dan 3x1 i.v antibiyotik tedavisi başlandı. Salmonella ve Brusellaya yönelik serolojik tetkikler (Gruber-widal, Brusella tüp aglütinasyon, Rose-bengal ve Brucella capt) negatif idi. Ara ara hipoksiye giren hasta yoğun

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Sorumlu Yazar: Yrd. Doç. Dr. Fatma BOZKURT

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Diyarbakır, Türkiye

Tel: +90 412 248 80 01- 4903

Fax: +90 412 248 84 40

E-mail: drfatmayakut@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 22.07.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 26.11.2014

bakıma alındı. Mevcut geniş spektrumlu antibiyoterapiye rağmen ateşi düşmeyen hastaya etyolojiye yönelik olarak TORCH bakıldı. EBV ve kollajen doku paneli çalışıldı. Endokardit açısından EKO bakıldı. Bütün tetkik sonuçları negatif gelen hastanın tedavisinin 3.günü her iki kolda kan kültüründe *Salmonella typhi* üredi. Hastanın tazocin tedavisi stoplanıp Cipro 400 mg, 2x1 i.v başlandı. Bir gün sonrası ateşi devam eden hasta büyük abdestte taze kan gelmesi nedeniyle acil olarak genel cerrahi ve gastroloji klinikler ile konsülte edildi. Htc değeri % 22'ye düşen hastaya günlük 4x1 Htc takibi eşliğinde toplam 4 ünite taze eritrosit süpsansiyonu verildi. Bu arada direkt ve indirekt coombs testi negatif olup, INR: 1.7, PT: 19.5sn, D- Dimer: 386 olan hastaya 1 ünite taze donmuş plazma verildi. Kanaması aktif olarak devam eden hastaya kanama odağı tespiti açısından rektoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide çekuma kadar girilerek, çekum, assendan ve transvers kolon proksimalinde farklı boyutlarda, üzeri beyaz eksüda ile kaplı çok sayıda ülserler görüldü. Kanaması ve ateşi devam eden hastaya kan replasmanı durdurularak kanama kontrolü için 3 mg/kg/gün'den 100 mL %0.9 NaCl solüsyonuyla dilüe edilerek bir saatte gidecek şekilde dexamethasone tedavisi başlandı ve kademeli olarak azaltılarak ikinci gün 2 mg/kg/gün, üçüncü gün 1 mg/kg/gün ve dördüncü gün 0.5 mg/kg/gün şeklinde verilerek kesildi. Dexamethasone tedavisinin ikinci günü hastanın kanaması durdu. Genel durumu kısmen stabilleşen hastanın iki gün sonra tekrar kanaması gelişti ve tekrar Dexamethasone tedavisi verildi. Kanaması bir gün süren ve sonraki dört günlük takipte kanaması olmayan genel durumu düzelen ve tedavisi 14 güne tamamlanan hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma

Tifo'ya bağlı intestinal kanamanın tedavisinde klasik yaklaşım destek tedavisi ve etkili antibiyotiği içeren konservatif yaklaşımdır. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen, hayatı tehdit edici massif ve persistan kanamalı vakalarda cerrahi müdahale önerilmektedir. Tifo olgularında genellikle çoğu hastada terminal ileum ve sağ kolon kısımlarında multipl ülserler nedeniyle cerrahi girişim olarak sağ hemikolektomi önerilmektedir (3,4). Massif alt gastrointestinal kanama kontrolünde dexamethasone kullanımının etkinliğini bildiren çok kısıtlı çalışmalar mevcut (5,6) olup Hoffman ve ark. (5) ciddi seyirli tifo vakalarında yüksek doz dexamethasone kullanımının mortaliteyi önlemede etkili olduğunu vurgulamışlardır. Daha

önce de kliniğimizde Tifoya bağlı massif alt intestinal kanama nedeniyle takip edilen hastanın persiste eden kanaması nedeniyle kan transfüzyonu kesilerek Dexamethasone ile başarılı bir şekilde tedavi edilmişti (6). Bu tecrübeden yararlanılarak hastamız cerrahi müdahaleye gereksinim kalmadan dexamethasone ile başarılı bir şekilde tedavi edildi.

Çalışmamız ve önceki çalışma sonuçları, massif intestinal kanamayla seyreden ciddi vakalarda, kortikosteroid kullanımının kabul edilebilir bir tedavi seçeneği olduğunu gösterdi.

Sonuç olarak massif alt gastrointestinal kanama kontrolünde Dexamethasone kullanımı daha ileri çalışmalarla desteklenmeli ve cerrahi müdahale kararı verilmeden önce uygulanabilecek alternatif bir yol olduğu unutulmamalıdır.

Successful Treatment with Dexamethasone in Massive Enteric Bleeding Caused By Salmonellosis: A Case Report

Abstract

Our objective is to share experience on administration of dexamethasone in massive enteric bleeding. Patient was admitted to our clinic with severe fever, vomiting and widespread myalgias. Tazocin 12gr/day i.v was empirically started. After a day, fresh blood was seen in his stools. Dexamethasone was started stopping blood transfusion as bleeding continued actively besides 4 units of erythrocyte suspension. On the second day of dexamethasone bleeding stopped. The general condition of the patient improved and was discharged with recommendations. The usage of dexamethasone should be considered as an alternative way in the control of massive lower gastrointestinal bleeding prior to surgical intervention.

Key words: Salmonellosis, massive enteric hemorrhage, Dexamethasone

Kaynaklar

1. Miller SI, Hohman EL, Pegues DA. Enteric fever and other causes of abdominal symptoms with fever. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th edition. New York: Churchill Livingstone; 1995.
2. Parry CM, Hien TT, Dougan G, White NJ, Farrar JJ. Typhoid fever. N Engl J Med 2002; 347(22):1770-1782.
3. Wong SH. The emergency surgical management of massive and persistent intestinal haemorrhage due to typhoid fever: a report of 3 cases. Br J Surg 1978; 65(2):74-75.

4. Bozkurt S, Celik F, Güler K. Massive lower gastrointestinal bleeding in typhoid fever. *Int Surg* 2004; 89(3):172-175.
5. Hoffman SL, Punjabi NH, Kumala S, Moechtar MA, Pulungsih SP, Rivai AR, et al. Reduction of mortality in chloramphenicol-treated severe typhoid fever by high-dose dexamethasone. *N Engl J Med* 1984; 310(2):82-88.
6. Hosoglu S, Ustun C, Geyik MF. The efficacy of dexamethasone treatment in massive enteric bleeding in typhoid fever. *Trop Doct* 2009; 39(1):53-54.