

Tifoya bağlı kolestatik hepatit: olgu sunumu

Cholestatic hepatitis due to typhoid fever: case report

Nuran Akmirza İnci¹, Gazi Çömez², Hadiye Demirbakan³, Azize Yetişgen¹

¹Şehitkamil Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Gaziantep

²Şehitkamil Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Gaziantep

³Şehitkamil Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, Gaziantep

Özet

Salmonelloz multisistemik bir hastalık olması ve değişik klinik şekillerde ortaya çıkması nedeniyle çoğunlukla tanı karmaşasına neden olan bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu yazıda 38 yaşında, sağ hipokondriyal ağrı, idrarında ve gözlerinde sararma şikayetleri ile başvuran bir erkek hasta sunuldu. Sonuç tanımız salmonelloza bağlı kolestatik hepatit oldu. Ülkemiz gibi salmonellozun endemik olduğu bölgelerde nadir görülen bir komplikasyon da olsa kolestatik hepatit durumunda mikrobiyolojik incelemenin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kolestatik hepatit; Salmonella

Abstract

Salmonellosis is an infectious disease that causes confusion in diagnosis because of its being a multisystem disease and appears in different clinical forms. Herein, we presented a 38 year old male who had dark urine and jaundice, admitted to hospital with abdominal pain. The final diagnosis was cholestatic hepatitis secondary to salmonellosis. Although cholestatic hepatitis is a rare complication of salmonellosis, we should keep it in mind in endemic regions like Turkey.

Keywords: Cholestatic hepatitis; Salmonella

Giriş

Tifo, daha çok gıda ve sularla, fekal-oral bulaşan, bazı ülkelerde endemik olarak bulunan ve tedavi edilmezse çeşitli komplikasyonları ile ölümlerle sonuçlanabilen bir hastalıktır. Tifo hastalığında komplikasyon görülme oranı ülkemizde %20 civarındadır. Akut kolestitit yaklaşık %3 olguda görülen bir komplikasyondur. Safra taşı, siroz, kronik kolanjit gibi hazırlayıcı, altta yatan bozukluğu olanlarda daha fazla görülür (1). Bu yazıda kolanjit tanısı ile yatırılan ve tifo olduğu saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu

Otuzsekiz yaşında erkek hasta 10 gündür devam eden iştahsızlık, halsizlik ve son 5 gündür fark ettiği idrar renginde koyulaşma, gözlerinde sararma, 3 gündür olan ateş, bulantı-kusma, karın ağrısı yakınmaları ile hastanemiz dahiliye polikliniğine başvurmuş. Bu şikâyetler ile dahiliye servisine yatırılan hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sklera ikterik, traube kapalı olup, hepatomegali ise yoktu ve onun dışında özellik saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde ise kan sayımında lökosit: 2780/mm³ (nötrofil: 1900/mm³, lenfosit: 650/mm³), hemoglobin: 12.5 g/dl, trombosit: 68.000/mm³ idi. Biyokimyada ise AST: 337 U/l (8-38), ALT: 239 U/l (8-40), ALP: 302 U/l (60-150), GGT: 250 U/l (10-43), total bilirubin: 3.4 mg/dl (<1 mg/dl), direkt bilirubin: 1.75 mg/dl (<0.25 mg/dl), sedimentasyon hızı: 4 mm/s, C-reaktif protein: 52 mg/dl idi. Hepatit tetkiklerinden anti-HAV IgM, anti-HBc IgM, anti HCV negatifti. Zaman zaman şiddetlenen karın ağrısı ile birlikte karaciğer enzimlerinin ve bilirubinlerinin yüksek olması üzerine kolanjit

düşünülerek seftriakson (Desefin, Deva) 1x2 g/gün tedavisine başlandı. Hastanın batın ultrasonografisinde dalak boyutu 148 mm ve intra-ekstrahepatik safra yollarında ise dilatasyon yoktu. Ateşi olan hastadan kan ve idrar kültürleri alındı. Hastanın yatışının ilk 3. gününde 39°C'ye varan ateşlerinin devam etmesi üzerine enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafından değerlendirildi. Hastada salmonelloz düşünülerek siprofloksasin (Ciproxin, Bayer) 2x400 mg/gün tedavisine geçildi. Gruber-Widal testinde TH: 1/160 titrede pozitif sonuçlandı ve yatışının 6. gününde seftriakson tedavisine başlamadan alınan kan kültüründe *Salmonella typhi* üredi. Siprofloksasin tedavisinin 2. gününden sonra ateşi olmadı. Tedavisi 10 güne tamamlanan ve şikâyeti olmayan hasta taburcu edildi.

Tablo 1. Tifo hepatitli olgunun tam kan sayımı ve biyokimya değerleri

Parametre	Hastaneye yatış	Hastaneden çıkış
Lökosit	2780/mm ³	4650/mm ³
Hemoglobin	12.5 g/dl	13.6 g/dl
Trombosit	68.000/mm ³	474.000/mm ³
Aspartat transaminaz	337 U/l	32 U/l
Alanin transaminaz	239 U/l	61 U/l
Alkalen fosfataz	302 U/l	213 U/l
Gamaglutamil transpeptidaz	250 U/l	133 U/l
Total bilirubin	3.4 mg/dl	1.2 mg/dl
Direkt bilirubin	1.75 mg/dl	0.52 mg/dl
Sedimentasyon C-reaktif protein	4 mm/saat	20 mm/saat
	52 mg/dl	7 mg/dl

İletişim/Correspondence to: Gazi Çömez, Şehitkamil Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Gaziantep, TÜRKİYE
Tel: + 90 505 2639035 g.comez@myynet.com

Geliş Tarihi: 22.02.2012 **Kabul Tarihi:** 05.04.2012
Received: 22.02.2012 **Accepted:** 05.04.2012

DOI: 10.5455/GMJ-30-2012-84
www.gantep.edu.tr/~tipdergi
ISSN 1300-0888

Tartışma

Tifo, halen birçok ülkede önemli oranda morbidite, mortalite nedeni olan ve gelişmekte olan ülkelerde hala önemini koruyan endemik bir enfeksiyon hastalığıdır (2,3).

Tifoid ateşte hepatik tutulum ilk defa 1899'da William Osler tarafından bildirilmiştir (4). Salmonellaya bağlı hepatik disfonksiyonun patofizyolojisi her ne kadar tam bilinmese de direkt invazyon ya da endotoksemi tarafında oluşturulan immünite ilişkili karaciğer hasarına bağlı olabileceği varsayılmaktadır (5). Karaciğer tutulumunda aminotrasferazlar ve alkalen fosfatase seviyeleri orta yükseklikten akut viral hepatitten ayırt edilemeyen seviyelere kadar yükselebilir (6). Dominant kolestatik tutulum buna rağmen literatürde nadiren bildirilmiştir (6,7).

Salmonellaya bağlı ekstraintestinal enfeksiyonlar, özellikle de gastroenterit öyküsü olmayan hastalarda önemli tanısız sorunlara yol açar. Bu olguda başlangıçta kolanjit olarak düşünülmüştü. Kolanjitin en sık nedeni koledok taşlarıdır. Ayırıcı tanıda safra kanalındaki darlıklar, primer sklerozan kolanjit, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) sonrası gibi bir çok neden vardır. Ayırıcı tanı da ultrason ilk tercih olup, ERCP tedavi yönüyle ikinci sıradır. Spiral bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans kolanjiopankreatografi veya endosonografi tanıda kullanılan diğer tetkiklerdir. Vakamızda safra yolları ultrasonda normal idi. Takiplerinde tedaviye cevap alındığı ve klinik olarak düşünülmeyen için diğer kolestatik karaciğer hastalıkları açısından ileri tetkik düşünülmedi (8-11).

Bizim olgumuzda da kolestaz için alkol kullanımı, medikasyon, diğer viral hepatit nedenleri gibi risk faktörlerinin olmaması, batın ultrasonografisinin normal olması, lökopeni ve trombositopeninin eşlik ediyor olması nedeniyle daha çok Salmonella enfeksiyonu düşündürdü.

Olgulara antibiyotik başlamadan önce alınan kan kültürlerinde bakterinin izolasyon olasılığının %73-97, antibiyotik tedavisi alan hastalarda ise %40'a kadar düşebilir (9,10). Özellikle kinolonların kullanıldığı çalışmalarda tedavi süresinin kısaldığı ve taşıyıcılık oranının düşürüldüğü belirtilmektedir (12,13). Ülkemizdeki Salmonella izolatlarında siprofloksasine azalmış duyarlılık sorununa dikkat çeken çalışmalar da vardır (14). Biz de olgumuzda ateşinin devam etmesi üzerine siprofloksasin tedavine geçtik.

Tifo, ülkemizde epidemiler yapabilen endemik bir enfeksiyon hastalığı olup erken tanı ve tedavi komplikasyonları ve mortaliteyi azaltan en önemli faktördür. Hastaların tanı konmadan gelişigüzel antibiyotik kullanmaları, hastanede yatan hastalarda düzenli kan kültürü alınmaması tanıyı engelleyen en önemli faktörlerdir. Nadir görülen bir komplikasyon da olsa abdominal semptomlar ve ateşle başvuran ve hepatit kliniği gibi düşünülen böyle olgularda tifo hepatiti olasılığının da araştırılması, kan kültürü ve serolojik testlerin yapılması erken dönemde tanı konulmasını ve komplikasyonların gelişimini engelleyecektir.

Kaynaklar

1. Willke TA, Özbakkaloğlu B. Tifo. In: Willke TA, Söyletici G, Doğanay M, eds. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 3. baskı, Nobel Kitapevi, İstanbul, 2008;909-921.
2. Finkelstein R, Markel A. New and old drugs for treating typhoid fever. J Infect Dis 1990;161(1):159.
3. Taşova Y, Saltoğlu N, Yaman A, Kılıç NB, Dündar İH. Tifo: 40 olgunun değerlendirilmesi. Klimik Derg 1997;10(1):21-4.
4. Osler W. Hepatic complication of typhoid fever. Johns Hopkins Hosp Rep 1899;8:373-87.
5. Khosla SN. Typhoid hepatitis. Postgrad Med J 1990;66(781):923-5.
6. Albayrak A, Gunbey SS, Aktas F. Cholestatic hepatitis due to Salmonella typhi. Clinics and Practice 2011;1:e13.
7. Arabaci F, Irmak H, Akdeniz H, Demiröz AP. Kolestazla seyreden bir sarılık olgusu nedeniyle: tifo hepatiti. İnfeksiyon Dergisi 2003;17(1):99-102.
8. Costi R, Sarli L, Caruso G, Iusco D, Gobbi S, Viola V, et al. Preoperative ultrasonographic assessment of the number and size of gallbladder stones: is it a useful predictor of asymptomatic choledochal lithiasis? J Ultrasound Med 2002;21(9):971-6.
9. Hornick RB. Typhoid fever. In: Hoepfich PD, Jordan MC, Ronald AR, eds. Infectious Diseases: A Modern Treatise of Infectious Processes. 4th ed. Philadelphia, JB Lippincott 1994;747-53.
10. Miller SI, Hohman EL, Pegues DA. Salmonella (including Salmonella typhi). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease. 4th ed. New York, Churchill Livingstone, 1995:2013-2033.
11. van Lent AU, Bartelsman JF, Tytgat GN, Speelman P, Prins JM. Duration of antibiotic therapy for cholangitis after successful endoscopic drainage of the biliary tract. Gastrointest Endosc 2002;55(4):518-22.
12. Ünlü S, Arman D, Altay G. Salmonella enfeksiyonlarında ofloksasin tedavisi. Mikrobiyoloji Bülteni 1993;27(3):228-32.
13. Felek S, Akbulut A, Ocak S, Kılıç SS. Tifo tedavisinde kloramfenikol ve siprofloksasinin karşılaştırılması. Klimik Derg 1992;5(3):168-70.
14. Eşel D, Telli M, Sümerkan B, Karaca N, Aygen B. Kayseri'de hastalardan izole edilen Salmonella türlerinde antimikrobiklere direnç. İnfeksiyon Dergisi 2002;16(3):335-7.