

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever

Elif Bayçelebi¹, Figen Coşkun²

¹Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Sayın editör,

Son yıllarda yolculukların artması, biyoterorizm, ekolojik bozulma gibi değişen sosyal, ekonomik ve iklim durumları nedeni ile Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) gibi viral orijinli hastalık salgınlarında artış gözlenmektedir. Ülkemizde de keneler aracılığı ile ve enfekte hayvanlar ya da kanları ile temas sonucu insanlara bulaşan Bunyaviridae ailesinden bir RNA virüs olan Nairovirus'un sebep olduğu KKKA özellikle İç Anadolu bölgesinde 2001 yılından beri epidemik olarak izlenmektedir. Keneler, otlak, çalılık, kırsal alanlarda yaşayan; uçamayan 6-8 bacaklı hayvanlardır. Kan emerek beslenirler. Bu sayede hastalıkları insanlara bulaştırırlar. Türkiye'de 32 tür kene olduğu bildirilmektedir. Kenelerin, küçük kemiricilerden, yaban hayvanlarından evcil memeli hayvanlara, kuşlara (özellikle devekuşları) kadar geniş bir konakçı spektrumları mevcuttur. Konakçı spesifitesi göstermezler (1). Kırım Kongo Kanamalı Ateşi virüsü bulaştıran keneler Hyalomma soyuna ait (özellikle H. Marginatum marginatum) olup bunlar genel olarak Nisan ve Ekim aylarında aktiftirler. İkinci pik aktivite zamanı Kasım ayıdır (1,2,3). Hastalığın inkübasyon dönemi, kene ısırığından sonra 2-12 gün arasında değişmektedir. Hastalar ateş, baş ağrısı, gastrointestinal sistem yakınmaları, kas ağrıları ve kanama gibi yakınmalar ile başvurabilir. Lökopeni, trombositopeni ve karaciğer enzim yüksekliği gibi laboratuvar bulguları hastalığın ilerlemesiyle ortaya çıkar. Ayrıca protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı ve diğer pıhtılaşma testlerinde belirgin bozukluk görülebilir. KKKA'da kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Destek tedavisi (kan ve ürünleri replasmanı, solunum-dolaşım desteği, parenteral beslenme) yapılmalıdır. Sentetik pürin nükleosid analogu ribavirin tedavide kullanılan tek geniş spektrumlu antiviral ajandır. KKKA'ne karşı geliştirilmiş etkin bir aşı da henüz piyasada bulunmamaktadır. KKKA mortalite oranları literatürde farklılık göstermektedir. Ülkemizde Uğurlu ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada KKKA mortalitesi literatürde bildirilen oranlardan daha

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Doç. Dr. Figen Coşkun

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

GSM: + 90 532 6325577

E-Mail: figenc@hacettepe.edu.tr

Başvuru Tarihi: 22.07.2009

Kabul Tarihi: 23.07.2009

düşük olup %30-62'dir. Bu oranın düşük oluşu kan ürünleri ve diğer olanaklara ulaşmanın kolay oluşuna bağlanmıştır ⁽⁴⁾. Kene ısırığı ile acil servislerimize gelen hastalar mutlaka bilgilendirilmeli, takiplerinin doğru ve zamanında yapılması konusunda uyarılmalıdır. Ayrıca özellikle acil servislerde olmak üzere tüm sağlık personeli ateş, trombositopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, kene ile temas hikayesi olan hastalara yaklaşırken mutlaka koruyucu tedbirleri almalıdır ⁽⁵⁾.

Saygılarımızla.

KAYNAKLAR

1. Akarsu S, Erensoy A, Tosun MD, Çakıcı O, Yıldırım S. Kene Tutunması İle Başvuran Olguların Değerlendirilmesi ve Bir Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Olgusu Özgün Araştırma. Çocuk Enf Derg 2008; 2: 137-47
2. Elaldı N. Kırım Kongo Hemorajik Ateş Epidemiyolojisi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2004;26 (4):185-90,
3. Bozkurt GY, Memikoğlu KO, Azap A, Balık İ. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Olgu sunumu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005;58:193-196
4. Bakir M, Ugurlu M, Dokuzoguz B, Bodur H, Tasyaran MA, Vahaboglu H. Crimean Congo haemorrhagic fever outbreak in Middle Anolia: a multicentre study of clinical features and outcome measures. J Med Microbiology 2005;54:385-9
5. Yılmaz GR, Buzgan T, Irmak H, Safran A, Uzun R, Cevik MA, Torunoglu MA. The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002–2007. Int J Infectious Diseases. 2009;13(3),380-386