



Dr Sibel Bolukçu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

- **MÇ**
- 23 y, erkek
- Satış temsilcisi
- Bekar
- Fatih'te yaşıyor



Őikayet (23.9.14)

- İshal*
- Bulantı-kusma
- Ateş*
- Halsizlik*
- Gece terlemesi
- Sarılık



Öykü

- Yaklaşık 3 hafta önce Şanlıurfa'ya birkaç günlük geziye gitmiş
- Bulunduğu ortamın hijyen koşulları kötüymüş ve taze köy peyniri tüketmiş
- 2 gün önce şikayetleri başlamış



- 9-10 kez kıvamsız-sulu dışkılama, kötü kokulu değil, mukus yok
- Ateş $>39^{\circ}\text{C}$
- Oral alımı \emptyset



- Özgeçmişinde özellik **yok**
- Soygeçmişinde özellik **yok**
- Alışkanlığı **yok**





Fizik Muayene

- Genel durum orta, Őuur aŐık, oryante koopere
- **Ateş 38,3 °C**, TA: 100/60 mmHg, NDS: 96/dk
- **Skleralar ikterik, cilt turgor-tonusu azalmıŐ**



- Periferik LAP yok, tiroid non-palpable
- S₁-S₂ doğal, ek ses \emptyset , üfürüm \emptyset , periferik nabızlar palpable
- Heriki akciğer solunuma eşit katılıyor, dinlemekle B/L bronkoveziküler



- Batın rahat, defans-rebound yok, karaciğer non-palpabl, traube açık
- Diğer sistem muayeneleri de haricen doğal



Laboratuvar (23.9.14)

- WBC: 6.540 μL
(Neu %67)
- Hb: 15,5 g/dl
- Htc: 46,1 %
- Plt: 169 $\times 10^3/ \mu\text{L}$
- **ALT: 1095 U/L**
- **AST: 203 U/L**
- **ALP: 167 U/L**
- **GGT: 459 U/L**
- **T.bil: 6,98 mg/dl**
- **D.bil: 6,5 mg/dl**
- aPTT: 28,4 sn
- PT: 12,5 sn
- INR: 0,9
- Albumin: 3,7
- c-RP: 0,8 mg/dl
(0-0,5)
- ESR: 13 mm/sa



- Dışkı incelemesi:
 - Mikroskopi: lökosit ve eritrosit görülmedi
 - Parazit incelemesi: (-)
 - Kültür: (-)



- Wright: (-)



Batın USG (24.9.14)

- Karaciğer maksimal normal boyutlarda (15,5 cm)
- Dalak boyutunda minimal artış (133 mm)
- Safra yollarına ait patoloji yok



- İnterne edilerek semptomatik tedavi ve sıvı replasmanı başlandı.....



Ek olarak hangi tetkik??



- HBsAg: negatif
- Anti-HBcIg M: negatif
- Anti-HCV: negatif
- VDRL: negatif
- **Anti-HAV Ig M: positif**
- Anti-HIV: negatif



İzlem (28.9.14)

- ALT : 743 U/L
- PT : 11,3 sn
- INR : 0,8
- T.bil : 3,5 mg/dl
- D.bil : 3,02 mg/dl



- Hastanın ishal şikayeti geriledi
- Oral alımı var
- Ateş normal

..... Hasta salah ile kontrolümüzde olmak üzere taburcu edildi.....



Seyahat ile İlişkili İshal

- Seyahat sonrası en sık klinik prezentasyondur. (%30-%70)
- Seyahat sırasında /sonrasında başlayabilir
- 10-14 gün süre ile persiste eden ishali olan olgularda gaita parazit yönünden de değerlendirilmelidir



- En sık rastlanan etken ETEC



Campylobacter jejuni

Shigella spp.

Salmonella spp.

diğer *E.coli* türleri

%10-30



- *Aeromonas* spp. ve *Plesiomonas* spp. ↑
- *Vibrio* spp. ***
- Norovirus, rotavirus, astrovirus ~ %20
- En sık parazit *Giardia lamblia* (~ %5)
- *Entamoeba histolytica* ve *Cryptosporidium parvum* nispeten nadir



- *Cyclospora* spp. büyük oranda mevsimsel ve coğrafi risk: Nepal, Peru, Haiti ve Guatemala'da bulunmak
- *Dientamoeba fragilis* ishalin “low-grade” ve persiste ettiği olgularda



Bölgelerin Risk Dağılımı

- Düşük riskli bölgeler:
ABD, Kanada, Avustralya, Yeni Zellanda, Japonya, Kuzey ve Batı Avrupa ülkeleri
- Orta riskli bölgeler:
Doğu Avrupa, Güney Afrika, Karayiplerde bazı adalar

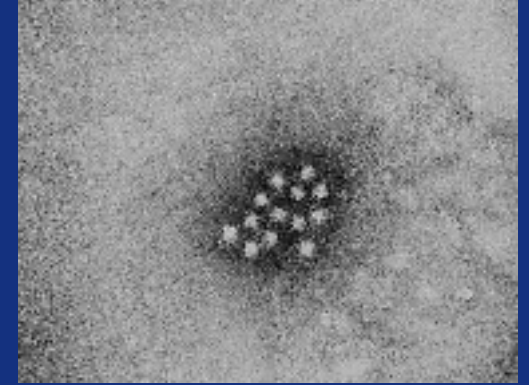


- Yüksek riskli bölgeler:
Asya'nın büyük bölümü, Ortadođu, Afrika,
Meksika, Orta ve Güney Amerika



Hepatit A Virusu

- Küresel
- Zarfsız
- 27-28 nm çapında
- Picarnavirus ailesinde
- RNA virusu

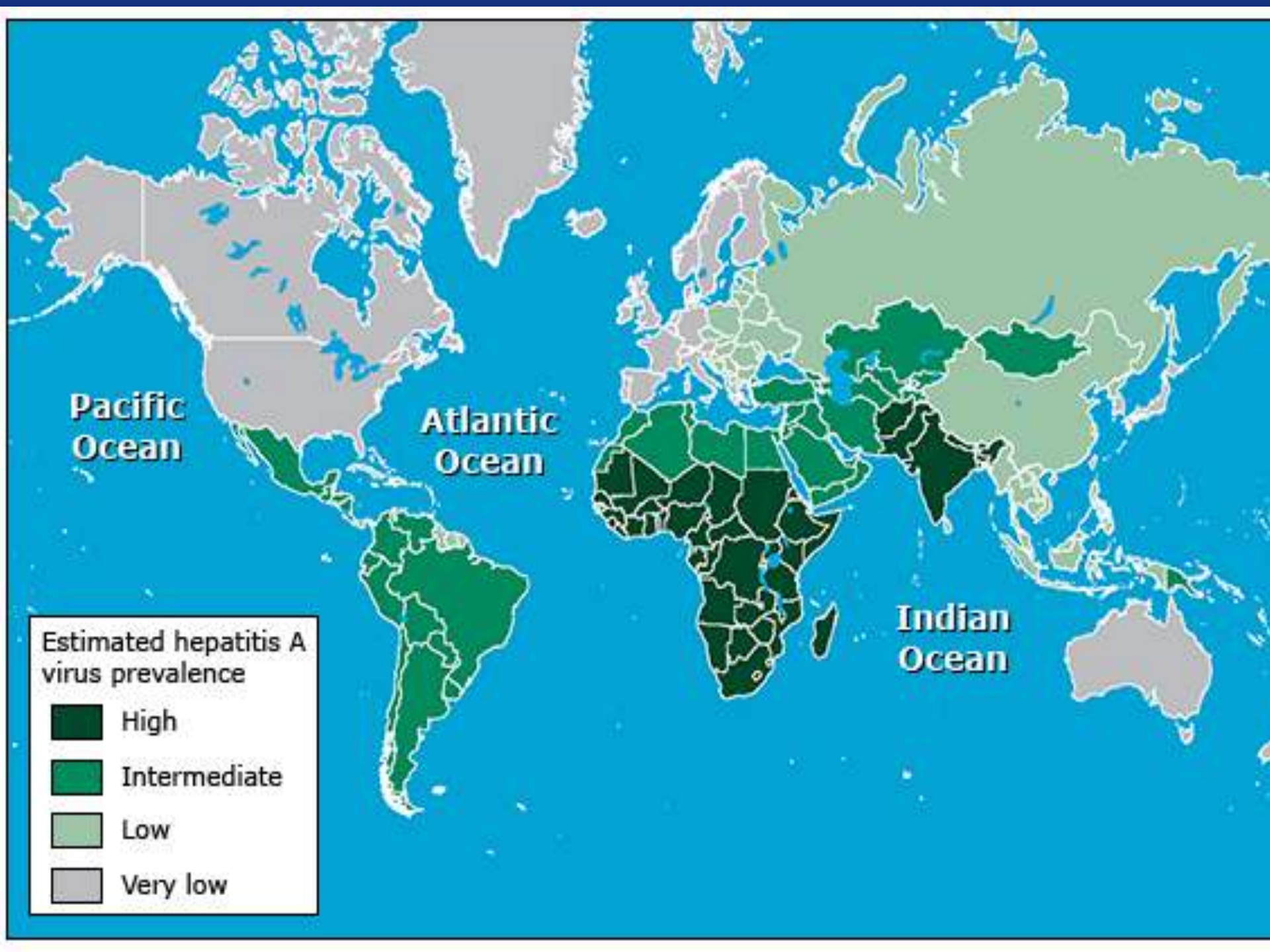


- Düşük pH'ya dayanıklı, yüksek ısı, formalin ve klorda inaktive olur
- Fekal-oral yolla bulaşır
- İnsan tek konak***
- İnkübasyon süresi 15-50 gün



- Hepatit A virusu (HAV) en sık akut viral hepatit etkeni
- Her yıl 1,5 milyon yeni HA enfeksiyonu vakası bildirilmekte fakat gerçekte bu sayının 10 katı olduğu düşünülüyor
- Çevre koşulları, hijyen, sosyo-ekonomik koşullar enfeksiyon için indikatör
- Ülkemiz orta endemik bölge





- Hepatit A (HA) çocukluk döneminde büyük oranda sessiz (%80-95) geçirilirken, erişkin dönemde büyük oranda semptomatik (%75-90)
- Semptomatik olgularda <2 ay sürer
- %10-15 olguda 6 ay persiste edebilir/relaps olabilir



Belirgin Semptomlar

- Ateş
 - Halsizlik
 - Kırgınlık
 - Sarılık
- * ishal atipik bulgular arasında



- Son 10-20 yılda Asya ve Ortadođu'da HAV epidemiyolojisi “kayma paterni” göstermekte
- Ülkemizde de benzer şekilde sanitasyonun ve gelişmişliğin artmasıyla paralel olarak ileri yaşlarda HAV duyarlılığı artmakta
- Özellikle çocukluk yaş grubunda, genç erişkinlere ve riskli gruplarda aşılama



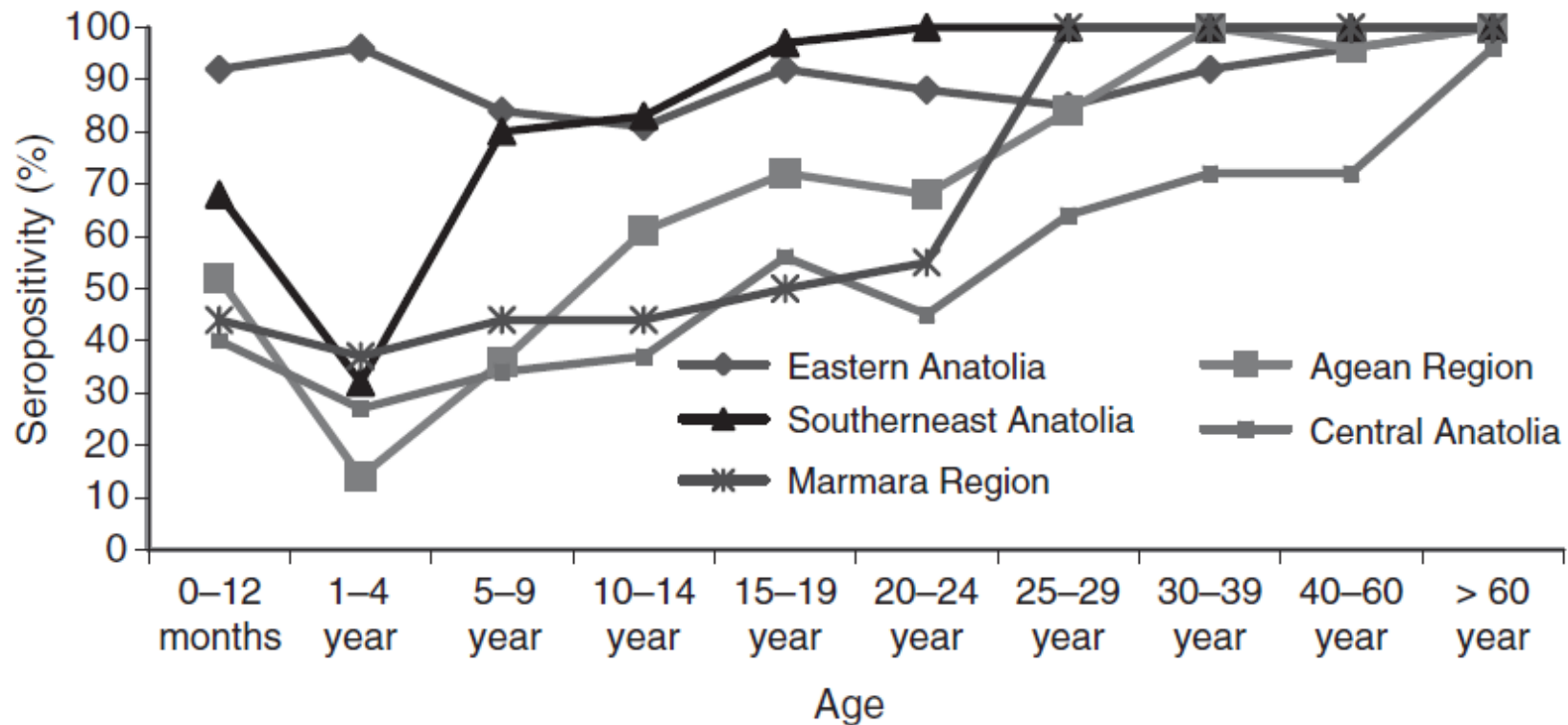
- Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği Ulusal Hepatit Sıklığı Çalışması (TÜRKHEP 2010) HAV seropozitifliği %93,2
- Genç erişkin yaş grubu büyük oranda duyarlı
- Türker ve ark. çalışmasında Ankara'da 0-24 yaş arasında HAV'a %60,1 duyarlı



- Ceyhan ve ark. yaptığı çalışmada bölgeler arasında özellikle genç erişkin yaş grubunda belirgin farklılık gösterilmiş







Tanı

- Serumda Ig M tipi antikorların gösterilmesi ile konur
- Akut enfeksiyondan sonra 6 ay içinde kaybolur
- Ig G tipi antikorlar ömür boyu saptanabilir



Korunma

- Pasif immünizasyon özellikle düşük endemik bölgeden orta-yüksek endemik bölgeye gidenlere
- Gluteal kas içine tek doz HIG, 0,02-0,06 ml/kg
- 3-5 ay koruculuđu var



- Aktif immünizasyonda uygulamadan 2 hafta sonra koruyuculuk başlar
- Ülkemizde 18. ve 24. ayın sonunda iki doz olarak HAV aşısı uygulanmakta (2012)



WHO HAV aşı önerisi

- Yüksek düzey endemik bölgede geniş çaplı aşılama önerisi yok
- Orta düzey endemik bölgelerde geniş çaplı aşılama düşünülebilir
- Düşük düzey endemik bölgelerde yaşayanlar için, orta-yüksek endemik bölgeye seyahat öncesi aşılama önerilmekte.



Ülkemizde Kullanılan Aşılar

- Avaxim
- Epaxal
- Havrix
- Vaqta
- Twinrix (HAV ve HBV birlikte)

kullanılmakta.



Kaynaklar

- <http://www.uptodate.com>
- **Reese and Betts' A Practical Approach to Infectious Diseases**
- <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014>
- **Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th Edition**

