

Trombositopeni ile Bulgu Veren Akut Hepatit A Enfeksiyonu: Olgu Sunumu

Thrombocytopenia with Findings of Acute Hepatitis A Infection: Case Report

Zuhal Keskin Yıldırım, Mustafa Büyükcavcı
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı, , Erzurum, Türkiye

Özet

Akut hepatitler; Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü, Parvovirus, Ebstein-Barr virüsü gibi birçok virüs ile oluşabilmektedir. Hepatit A virüsüne bağlı akut hepatit, çocukluk çağında sık görülen, genellikle kendini sınırlayan ve iyileşen bir hastalıktır. Diğer viral hepatitlerde görülmesine rağmen, Hepatit A virüsüne bağlı akut hepatitte ekstrahepatik otoimmün bulgular nadirdir. Sekonder immün trombositopeni, Hepatit B ve C enfeksiyonlarında sık görülürken, akut hepatit A enfeksiyonu bulgusu olarak nadiren bildirilmiştir. Sekonder immün trombositopeninin tek bulgu olduğu subikterik akut hepatit A enfeksiyonlu 4 yaşında kız olgu sunulmuştur. (*J Pediatr Inf 2011; 5: 80-2*)

Anahtar kelimeler: Akut hepatit A enfeksiyonu, sekonder immün trombositopeni

Abstract

Acute hepatitis such as hepatitis B virus, hepatitis C virus, parvovirus, Ebstein-Barr virus can occur with many viruses. Acute hepatitis due to hepatitis A virus in children is a common, usually self-limiting disease with recovery. Although other viral hepatitis forms occur, with extra hepatic autoimmune findings, acute hepatitis A virus infections are rare. Secondary immune thrombocytopenia is observed frequently in hepatitis B and C infections but, have rarely been reported as a sign of acute hepatitis A infection. Secondary immune thrombocytopenia was the only finding in a subicteric 4 year old girl presenting with acute hepatitis A infection. (*J Pediatr Inf 2011; 5: 80-2*)

Key words: Acute hepatitis A infection, secondary immune thrombocytopenia

Giriş

Hepatit A, tipik olarak ateş, halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma ve karın ağrısı şikâyetleri ile ortaya çıkar. Çocuklarda semptomlar hafif seyredebilir ya da olgular asemptomatik olabilirler (1). Diğer viral enfeksiyonlarda olduğu gibi, viral hepatitlerde de trombositopeni gelişen olgular bildirilmiştir. Bu olguların çoğunluğunu hepatit B ve C olguları oluşturmaktadır (2,3).

Olgu Sunumu

Dört yaşında kız olgu 5 gün önce başlayan ve özellikle alt ekstremitelerde görülen döküntü ve morluklar nedeniyle hastaneye getirildi. Herhangi bir ilaç alım öyküsü olmayan olgunun 2 gündür idrar renginin koyu olduğu fark edilmiş. Fizik muayenede özellikle alt ekstremitelerde çapları

1x1-2x2 cm arasında değişen yaygın ekimoz ve peteşiyal döküntü olduğu görüldü. Karaciğer orta klavikuler çizgide, kot altında 4 cm büyüklükte yumuşak ve hafif ağrılı olarak palpe edildi ve olgu subikterikti. Lenfadenopati tespit edilmedi. Laboratuvar incelemede; hemoglobin 13.7 gr/dl, lökosit 6 600/mm³, hematokrit %40 ve trombosit sayısı 4 000/mm³ idi. Periferik yaymada %40 polimorfonükleer lökosit, %60 lenfosit görülürken, trombositler nadir ve tekli idi. Eritrosit yapısı normokrom normositerdi. Total bilirubin 4 mg/dl, direkt bilirubin 4 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST) 1849 (normal: 8-46) U/L, alanin aminotransferaz (ALT) 2219 (normal: 7-46) U/L, gama glutamil transpeptidaz (GGT) 221 (normal: 11-80) U/L idi. Tam idrar tetkikinde, bilirubin 3 (+) ve ürobilinojenin 4 (+) olduğu görüldü. Olguda hepatomegali tespit edilmesi, subikterik olması, karaciğer enzimleri ve bilirubin

Geliş Tarihi: 09.01.2011
Kabul Tarihi: 01.03.2011

Yazışma Adresi:
Correspondence Address:
Dr. Zuhal Keskin Yıldırım
Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Pediatrik
Onkoloji Bilim Dalı,
Erzurum, Türkiye
Tel.: +90 442 231 71 71
E-posta:
drzuhalk@hotmail.com
doi:10.5152/ced.2011.28

binlerin yüksek olması nedeni ile viral bir enfeksiyon geçiyor olabileceği düşünülerek hepatit ve viral serolojisi istendi. Bu bulgularla olgudaki trombositopeninin viral enfeksiyon nedeni olması ihtimali nedeni ile tedavide steroid verilmeyerek intravenöz immunoglobulin (IVIg) uygulandı. İntravenöz immunoglobulin 0.8 gr/kg dozunda verildi ve kontrol bakılan trombosit sayısı 12 000/mm³ idi. Yatışının 2. günü subikteri devam ederken tetkiklerinde; protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel protrombin zamanı (aPTT), serum elektrolitleri, total protein, albumin ve alkalen fosfataz normal olarak tespit edildi. Total bilirubin 3.1 mg/dl, direkt bilirubin 2 mg/dl, AST 275 U/L, ALT 539 U/L, GGT 165 U/L idi. Yatışında alınan viral serolojik tetkiklerden; Anti-HAV IgM pozitif, IgG negatif; HBsAg, anti-HBs, anti HBc IgM, HBeAg ve anti-HBe negatif. Cytomegalovirus ve Epstein Barr virus antikorları negatif olarak bulundu. Olgunun yatışının 2. gününde 2. doz IVIg tedavisi verildi ve kontrol bakılan trombosit sayısı 110 000/mm³ idi. Olgunun yatışından sonra yeni döküntüsü olmadı ve mevcut döküntüleri solmaya başladı. Yatışının 4. gününde trombosit sayısı 112 000/mm³, total bilirubin 1.6 mg/dl, direkt bilirubin 0.8 mg/dl, AST 134 U/L, ALT 248 U/L, GGT 85 U/L idi. Yeni döküntüsü ve mukozal kanaması olmayan, biyokimyasal tetkikleri düzelme eğiliminde olan olgu kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Olgunun kontrole gelmemesi nedeni ile trombosit ve biyokimyasal parametrelerin kontrolleri takip edilemedi.

Tartışma

Trombositopeni, viral enfeksiyonların seyri sırasında veya bu enfeksiyonları takiben görülebilmektedir. Viral hepatitlerin klinik seyri sırasında ya da bir süre sonra pansitopeninin ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (4). Viral hepatitler gibi infeksiyöz hepatitlerin seyrinde de trombositopeni görüldüğü belirtilmiş ve çoğunu B ve C hepatitinin oluşturduğu, A hepatitinde ise trombositopeninin nadir olduğu vurgulanmıştır (5-7). Yaygın purpurik döküntü ile başvuran Tanır ve ark. (6) tarafından tanımlanan trombositopenili olguda, serum AST ve ALT değerlerinin yüksek olması nedeni ile yapılan etyolojik araştırmada akut hepatit A enfeksiyonu tespit edilmiştir. Trombositopeninin akut hepatit A enfeksiyonuna sekonder geliştiği düşünülerek tedavide, 0.8 gr/kg dozunda IVIg kullanılmış ve komplikasyonsuz tedavi edilmiştir. Shenoy ve ark. (8) ile Avcı ve ark. (5)'nin olgu sunumlarında da akut hepatit A enfeksiyonu trombositopeninin nedeni olarak tespit edilmiştir. Olgumuzda da trombositopeniye yol açabilecek başka bir neden bulunmadığı için akut hepatit A enfeksiyonuna sekonder trombositopeni olarak kabul edilmiştir. Akut ve kronik Hepatit B enfeksiyonu olan erişkinlerde immun

aracılıklı ekstrahepatik bulgular ve hematolojik komplikasyonlar rapor edilmiştir. Buna rağmen bu durum Hepatit A enfeksiyonunda nadiren izlenmiştir (9). Viral enfeksiyonlarda görülen trombositopeninin mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda ileri sürülen görüşler; virüsün trombositlerle birleşerek hapten etkisi göstermesi ve trombositlere antijenik özellik kazandırması, kemik iliğinde trombosit yapımının baskılanması, splenomegali olan olgularda trombositlerin dalakta seketrasyonu, immun komplekslere bağlı olarak trombositlerin yıkılması şeklinde sayılabilir. Bu görüşler içerisinde en muhtemel mekanizmanın immun mekanizma olduğu görüşü hakimdir (3). Bu nedenle akut hepatit A enfeksiyonunda görülen trombositopeninin mekanizması da tam olarak bilinmemektedir. Hepatitli olgularda yapılan çalışmalarda olguların kanında trombosit antikorları saptanmıştır. Trombositlerin, bu antikorlar aracılığı ile trombosit yüzeyine yapışan immun kompleksler nedeniyle retikülo-endotelial sistemde yıkıldığı belirtilmektedir (2). İmmun trombositopenik purpuralarda trombositopeni düzeldiği halde serumda trombosit antikorlarının devam ettiği daha önce de gösterilmiş ve iyileşmenin, trombosit yapımı ve yıkımı arasındaki denge ile sağlandığı bildirilmiştir (3).

Çocukluk çağı immun trombositopenik purpura tedavisinde, IVIg, yüksek doz metil prednisolon, standard doz steroid, intravenöz anti-D, splenektomi gibi farmakolojik ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. En başarılı olanlar yüksek doz metil prednisolon ve IVIg tedavisidir (10). Akbayram ve arkadaşları (11) tarafından retrospektif olarak incelenen 260 olgunun 15'ine 1 gr/kg dozunda, 2 gün intravenöz immunoglobulin uygulanmış ve etkili olduğu gözlenmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada ise, intravenöz immunoglobulinin, 0.8 gr/kg dozunda kullanılması ile 1-2 gr/kg dozunda ve 2 gün kullanılması arasında tedavinin etkinliği açısından fark olmadığı vurgulanmaktadır (10). Biz de olgumuzda viral enfeksiyon geçiyor olması nedeni ile IVIg tedavisini ve etkinlik açısından fark olmadığı için 0.8 gr/kg dozunu tercih ettik. Yatışındaki takiplerinde trombosit sayısının hızla artışı ile tedaviye cevap alındığı görüldü.

Sonuç

Diğer viral enfeksiyonlar ve B hepatiti gibi akut hepatit A enfeksiyonu da trombositopeni bulgularıyla ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, buna benzer ya da diğer hematolojik bulgularla seyredabilen viral hepatitlerin, hastalık semptomlarının hafif olduğu veya bazen hiç semptom görülmediği çocukluk döneminde daha çok dikkat edilmesi gereken bir hastalık olduğunu düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Yazigi N, Balistreri WF. Viral Hepatitis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 18th edition. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 2007. p.1680-90.
2. Aref S, Sleem T, El Menshawy N, et al. Antiplatelet antibodies contribute to thrombocytopenia associated with chronic hepatitis C virus infection. Hematology 2009; 14: 277-81.
3. Cines DB, Bussel JB, Liebman HA, Luning Prak ET. The ITP syndrome: pathogenic and clinical diversity. Blood 2009; 113: 6511-21.
4. Cines DB, Liebman H, Stasi R. Pathobiology of secondary immune thrombocytopenia. Semin Hematol 2009; 46: 2-14.
5. Avci Z, Turul T, Catal F, et al. Thrombocytopenia and emperipolesis in a patient with hepatitis a infection. Pediatr Hematol Oncol 2002; 19: 67-70.
6. Tanır G, Aydemir C, Tuygun N, Kaya Ö, Yaralı N. Immune thrombocytopenic purpura as sole manifestation in a case of acute hepatitis A immun trombositopenik purpuranın tek bulgu olduğu akut hepatit A olgusu. Turk J Gastroenterol 2005; 16: 217-9.
7. Korman SH. Thrombocytopenic purpura during the incubation of hepatitis B Acta Paediatr Scand 1991; 80: 975-6.
8. Shenoy R, Nair S, Kamath N. Thrombocytopenia in hepatitis A an atypical presentation. J Trop Pediatr 2004; 50: 241-2.
9. Schiff ER. Atypical clinical manifestations of hepatitis A. Vaccine 1992; 10: 18-20.
10. Blanchette V, Bolton-Maggs P. Childhood immune thrombocytopenic purpura: diagnosis and management. Hematol Oncol Clin North Am 2010; 24: 249-73.
11. Akbayram S, Dogan M, Ustul L, et al. The Clinical Outcome of 260 Pediatric ITP Patients in One Center. Clin Appl Thromb Hemost 2010.

DÜZELTME VE ÖZÜR

Çocuk Enfeksiyon Dergisi Mart 2011 sayısında yayınlanan "*Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Sonrası Deri ve Mukozalarda Yaygın Eritem ve Döküntü*" başlıklı makalemizin derginize gönderimi aşamasında oluşan teknik bir hata nedeniyle yazımıza ait olmayan başka fotoğrafların yüklendiği ve makalemizin bu şekilde basıldığı görülmüştür.

Vakamıza ait görsellerin doğru halleri aşağıdaki gibidir.
Bu yanlışlıktan dolayı dergi yönetiminden ve okuyuculardan özür dileriz.

Dr. Melda Çelik
Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi,
06100 Sıhhiye, Ankara



Resim 1.



Resim 2.