

Turist Hastada Saptanan *Plasmodium falciparum* Sıtması: Bir Olgu Sunumu

Plasmodium falciparum Malaria in a Tourist Patient: A Case Report

Haluk Erdoğan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Cite this article as: Erdoğan H. Turist Hastada Saptanan *Plasmodium falciparum* Sıtması: Bir Olgu Sunumu. Türkiye Parazitoloj Derg 2019;43(2):96-8.

ÖZ

Plasmodium falciparum (*P. Falciparum*) neden olduğu sıtma diğer türlerden daha şiddetlidir ve olgu fetalite riski yüksektir. Burada yüksek ateş ve halsizlik şikayeti ile hastanemize başvuran 32 yaşında erkek hastada saptanan *P. falciparum* sıtma olgusu sunulmuştur. Finlandiya'da ikamet eden hastanın hikayesi detaylı alındığında Kongo Cumhuriyeti'ne seyahatte bulunduğu öğrenilmiştir. Bu olgudan anlaşıldığı gibi yüksek ateş ile başvuran ve endemik bölgede ikamet etmeyen hastalarda detaylı hikaye alınmalı ve sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat öyküsü sorgulanmalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi komplikasyonların azaltılması, ölümlerin önüne geçilmesinde en önemli faktördür.

Anahtar Kelimeler: *Plasmodium falciparum*, sıtma, gezgin

ABSTRACT

Plasmodium falciparum (*P. Falciparum*) causes the most severe form of malaria and has a high case fatality rate. Herein, a 32-year-old male tourist who was diagnosed as having *P. falciparum* malaria was reported. Although the patient lives in Finland, he had a history of a two-week holiday to Congo Republic. This case report showed that malaria should also be suspected in tourist patients with febrile illness and that travel history to a malaria-endemic region must be questioned. Early diagnosis and appropriate treatment can prevent severe complications and can be life saving.

Keywords: *Plasmodium falciparum*, malaria, travelers

GİRİŞ

Sıtma *plasmodium* cinsi parazit ile enfekte dişi anofel cinsi sivrisineklerin ısırması ile insana bulaşır ve dünyanın bir çok bölgesinde endemik olan bir hastalıktır. İnsanda enfeksiyona neden olan dört tür *plasmodium* [*Plasmodium vivax* (*P. vivax*), *Plasmodium ovale* (*P. ovale*), *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) ve *Plasmodium malaria* (*P. malaria*)] vardır. Ülkemizde ve dünyada *P. vivax* en sık saptanan türdür. *P. falciparum* neden olduğu hastalık diğer türlerden daha şiddetlidir, olgu fetalite riski yüksektir ve tedavisiz bırakılan *P. falciparum* sıtması her zaman öldürücüdür. Erken tanı ve uygun tedavi komplikasyonların azaltılması, ölümlerin önüne geçilmesinde en önemli faktördür. Ülkemizde saptanan *P. falciparum* olguların çoğu yurtdışına seyahat ve çalışma amaçlı giden vatandaşlarımıza aittir (1-3). Burada turist bir hastada saptanan bir sıtma olgusu sunularak *P. falciparum*'a

karşı farkındalığı artırmak ve ilgili literatürü gözden geçirmek amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşında, erkek, turist hasta yüksek ateş ve halsizlik şikayeti ile hastanemize 24.04.2015 tarihinde başvurdu. Ateşi üşüme ve titreme hissi ile geliyormuş. İki gün önce de benzer şikayetler ile acil servise başvurmuş. Finlandiya'da ikamet eden hastanın hikayesinde 5-18 Mart 2015 tarihleri arasında Kongo Cumhuriyeti'ne seyahate gittiği ve 19 Mart 2015 tarihinde ülkemize turist olarak geldiği öğrenilmiştir. Seyahati süresince sıtmaya yönelik profilaktik tedavi kullanmamış. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, oryante ve koopere idi. Vital bulgularından ateşi: 38,5 °C, nabız: 88/dakika ritmik, solunum sayısı: 24/dakika ve oksijen saturasyonu %98 idi. Meninks irritasyon bulgusu saptanmadı. Baş, boyun muayenesi

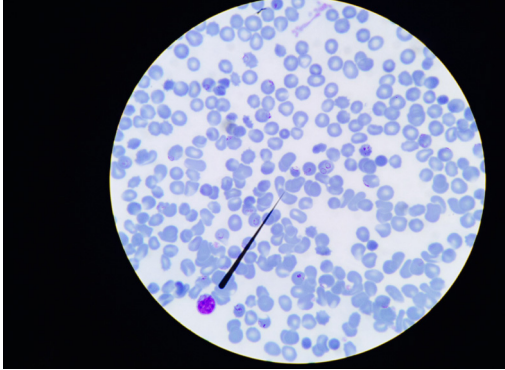


Geliş Tarihi/Received: 07.05.2015 Kabul Tarihi/Accepted: 08.04.2016

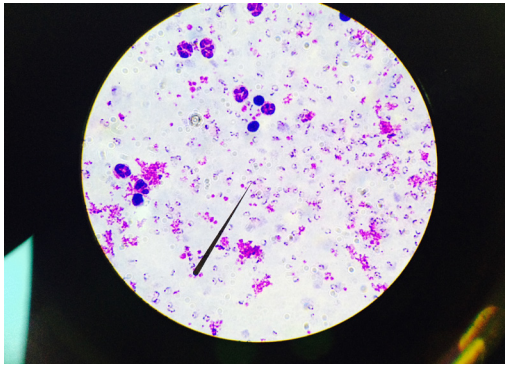
Yazar Adresi/Address for Correspondence: Haluk Erdoğan, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Tel/Phone: +90 242 511 25 11 **E-Posta/E-mail:** erdoganhaluk@hotmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0002-9033-4236

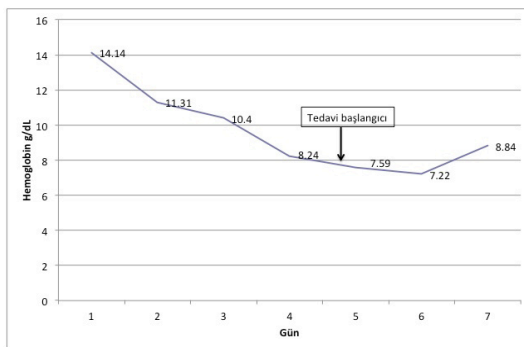
doğaldı ve kardiyovasküler muayenede kalp atımı ritmik, ek ses, üfürüm duyulmadı, periferik nabızlar 4 yanlı açık ve eşit alınıyordu. Solunum sistemi muayenesinde her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyordu ve ral, ronküs saptanmadı. Batın serbest, bağırsak sesleri normoaktif; hassasiyet, defans saptanmadı. Nörolojik muayenesi doğaldı. Yatışı sırasındaki laboratuvar incelemesinde WBC: 12.200/ μ L (%88 polimorfonükleer lökosit hakimiyetinde), Hemogloblin: 11,3 g/dL, hematokrit %30,9, trombosit: 84.900/ μ L, c-reaktif protein: 138,2 mg/L, glukoz: 120 mg/L, kan üre azotu: 22 mg/dL, kreatinin: 1,2 mg/dL, Na: 130 meq/L, aspartat transaminaz: 27 U/L, alanin transaminaz: 19 U/L idi. Tam idrar tetkikinde keton bir pozitif, eritrosit ve lökosit saptanmadı.



Resim 1. İnce yayma preparatında eritrositler içinde *Plasmodium falciparum* trofozoitleri



Resim 2. Kalın damla yaymasında yoğun *Plasmodium falciparum* trofozoitleri



Grafik 1: Hastanemize başvurduğu günlere göre Hemogloblin değerleri

Hasta yüksek ateş etiyojoloji araştırılmak üzere tek kişilik odaya yatırıldı, temas ve solunum izolasyonuna alındı. Sıtma açısından ince yayma ve kalın damla alındı. Kırım Kongo hemorajik ateşi ve Ebola açısından bildirim yapıldı. Hastanın hemogloblin ve trombosit değerlendiren de hızlı bir düşüş saptandı (Grafik 1). Sabah vizitinde aktif hareketli olan hastanın akşam vizitinde gözlerinde sarılık, bitkinlik ve solunum açlığı geliştiği görüldü. Terleme ve kalp atışlarında hızlanma saptandı. Damardan sıvı desteği verildi. Hastanın yatışının birinci gününde yapılan boyalı preparatlar *P. falciparum* ile uyumlu bulundu (Resim 1 ve 2). Sıtma savaş Dairesi'nde elde edilen Artemether 20 mg ve Lumefantrine 120 mg oral tedavisine başlandı. Başlangıç dozu 4 tablet, 8 saat sonra 4 tablet ve sonra günde iki kez 4 tablet olmak üzere toplam 24 tablet üç günde verildi. Takiplerinde hemogloblin değerlerinde düşme hızı yavaşladı ve ateş yanıtı alındı. Tedavinin birinci gününde yapılan ince yaymasında plasmodium sayısında anlamlı azalma (<%1) ve ikinci gün yapılan yaymasında ise *plasmodium* saptanmadı. Altı dozluk oral tedavisi tamamlanan hasta taburcu edildi. Hastadan onay alınmıştır.

TARTIŞMA

Klinik şüphe sıtmanın tanısında esastır ve sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat öyküsü sorgulanmalıdır. Sıtma inkübasyon süresi 2-4 hafta arasında değişmektedir. İlk semptomlar non-spesifiktir ve viral enfeksiyonlar ile kolaylıkla karışabilir. Baş ağrısı, bitkinlik, karın ağrısı, kas ve eklem ağrılarını titreme, düzenli aralıklarla gelen yüksek ateş nöbetleri, terleme, bulantı ve kusma takip eder. Koma, metabolik asidoz, akut böbrek yetmezliği, akut pulmoner ödem ve ölüm gelişir. Tedavisiz bırakılan hastalarda bu progresif seyir günler alabileceği gibi saatler içinde de hasta kötüleşebilir (4). Bizim olgumuzda da ilk bulguları non-spesifik olup sıtmayı düşündürmemiş ve hastanın kliniği takip eden günlerde hızla kötüleşmiştir. Uygun boyanmış ince yayma ve kalın damlanın incelenerek parazitin gösterilmesi tanıda esastır. Kalın damlada tür ayrımı yapılamayacağı akılda tutulmalıdır. Tanıyı dışlamadan önce tekrarlayan yaymalar yapılması özellikle hastalığın başlangıcındaki düşük parazitemi olgularda önemlidir. Boyalı mikroskopi yapılamayan veya kısmi tedavi alanlarda hızlı tanı testlerinin değeri önemlidir. Bizim olgumuzda *P. falciparum* tanısı ince yayma ve kalın damlada parazitin görülmesi ile konmuştur.

Çok yakın bir zamanda çıkan ve literatürün gözden geçirildiği bir makalede kemoproflaksinin uygunsuz veya hiç kullanılmaması, yaş, sağlık kuruluşuna başvurunun geç olması, doğru olmayan tedavi, tanıda gecikme, *P. falciparum* ile enfeksiyon, immünitenin olmaması seyahat ilişkili ölümcül seyreden sıtma risk faktörü olarak bildirilmiştir (5). Koma (serebral malarya), metabolik asidoz, ciddi anemi, hipoglisemi, akut böbrek yetmezliği veya akut pulmoner ödem bulgularından biri varsa ciddi sıtma düşünülmeli, parenteral tedavi başlanmalıdır (4). Hastamızın oral alımının olması ve ciddi seyirli *P. falciparum*'u düşündürecek bulguların bulunmaması nedeniyle oral tedavi seçilmiştir. Antalya Sıtma Savaş Dairesi'nde elde edilen Artemether ve Lumefantrine tablet başlanmıştır, üç günlük tedavi dozu tamamlanmıştır. İlk tabletin alınmasından sonraki takiplerinde kliniğinde iyileşme, hemogloblin değerlerinde hızlı düşüşün önlenmesi ve ince yaymasında parazitin temizlenmesi oral tedavinin başarılı olduğunu göstermiştir. Anemi olgumuzda olduğu gibi hızla gelişebilir. Sıvı resürsitasyonu öncelikle

düşünülmesi gereken tedavidir, kan transfüzyonu konusu ise tartışmalıdır. Hematokritin %20 (Hemoglobün <7 mg/L) altında olması durumunda kan transfüzyonu düşünölmelidir (4). Bizim olgumuzda kan transfüzyonu yapılmamış ve tedavi sonrası hematolojik parametrelerin hızla düzeldiği görölmüşür. Ciddi parazitemili olgularda eritrosit değişiminin de bir tedavi seçeneği olduğu akılda tutulmalıdır (6).

SONUÇ

Sonuç olarak yüksek ateş, endemik olduğu bölgelere seyahat öyküsü olan hastalarda sıtma akla getirilmeli, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı ve Tıbbi Parazitoloji Uzmanları ile konsülte edilmelidir. Bu olgumuzda olduğu gibi ciddi seyirli *P. falciparum*'da erken tanı ve uygun tedavi hayat kurtarıcı olabilir.

* Etik

Hasta Onayı: Hastadan onay alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ser Ö, Çetin H. [Evaluation of malaria cases in Antalya between 2001 and 2011]. Türkiye Parazitoloj Derg 2012;36:4-8.
2. Kuşcu F, Öztürk DB, Gül S, Babayigit ML. [The epidemiology of malaria in Adana between 2002 and 2012]. Türkiye Parazitoloj Derg 2014;38:147-50.
3. Tamer GS, Yılmaz M, Akçer B. [Evaluation of Malaria Cases that Were Detected in Kocaeli Province During 2008 Through 2013]. Türkiye Parazitoloj Derg 2015;39:1-4.
4. World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria, 2015, 3rd edition, <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>
5. Lüthi B, Schlagenhauf P. Risk factors associated with malaria deaths in travellers: a literature review. Travel Med Infect Dis 2015;13:48-60.
6. Demirođlu YZ, Kozanođlu I, Turunç T, Kuşun E, Arslan H. [A severe falciparum malaria case successfully treated by exchange transfusion as an adjunct therapy]. Mikrobiyol Bul 2012;46:493-8.