



Olgu sunumu

Akut Viral Hepatit A'ya Bağlı Nadir Bir Komplikasyon: Akut Kolesistit[#]

Üner KAYABAŞ¹, Yaşar BAYINDIR¹, M. Kemal OKUYAN²

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, MALATYA

² Niğde Devlet Hastanesi, Radyoloji Birimi, NİĞDE

ÖZET

Hepatit A virusuna (HAV) bağlı akut taşsız kolesistit nadir görülen bir tablodur. On beş yaşında erkek hasta, bir haftadır devam eden halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kas ve eklem ağrısı, dışkı renginde açılma, idrarda koyulaşma ve karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenede ciltte ve skleralarda sarılık, sağ hipokondriumda palpasyonda hassasiyet (Murphy işareti pozitifliği) saptandı. Laboratuvar incelemesinde serum aspartat aminotransferaz 1095 U/L, alanin aminotransferaz 1645 U/L, total bilirubin 4.0 mg/dL, direkt bilirubin 2.2 mg/dL, CRP 6 mg/dL bulundu. Batın ultrasonografisinde (USG) sonografik Murphy işareti pozitifliği ve safra kesesi duvar kalınlığının diffüz olarak 7.1 mm'ye kadar arttığı saptandı. ELISA ile HBsAg, anti-HBc-IgM ve anti-HCV negatif, anti-HAV-IgM pozitif bulundu. Hasta akut viral hepatit A'ya (AVHA) bağlı akut kolesistit tanısıyla yatırıldı, herhangi bir antibiyotik tedavisi verilmedi. On dört gün sonra yapılan batın USG'de herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

Sonuç olarak, akut kolesistitin klinik bulguları olan AVHA'lı hastalarda, HAV'a bağlı taşsız akut kolesistit olabileceği akıldan tutulmalı ve ileri tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit A virusu, akut kolesistit, akut viral hepatit.

SUMMARY

A Rare Complication Due To Acute Viral Hepatitis A: Acute Cholecystitis

Hepatitis A virus-associated acute acalculous cholecystitis is a rare complication. A fifteen-year-old male was admitted with the complaints of ongoing weakness, anorexia, nausea, myalgia, arthralgia, paleness in stool, dark urine and abdominal pain lasting a week. Physical examination revealed a positive Murphy's sign and, icterus on skin and sclera. Laboratory examination revealed an aspartate aminotransferase of 1095 U/L, an alanine aminotransferase of 1645 U/L, total bilirubin of 4.0 mg/dL, direct bilirubin of 2.2 mg/dL, and a CRP of 6 mg/dL. Abdominal sonography revealed gallbladder thickening (high to 7.1 mm) and the positive sonographic Murphy's sign. HBsAg, anti-HBc-IgM and anti-HCV were determined negative, whereas anti-HAV-IgM was determined positive, through ELISA. The patient was hospitalized with the diagnosis of acute cholecystitis due to acute viral hepatitis A. No antibiotic therapy was administered. There was no pathological sign on abdominal sonography after 14 days.

In conclusion, acute acalculous cholecystitis should be considered in hepatitis A patients with clinical signs of acute cholecystitis, and further investigations should be done.

Key words: Hepatitis A virus, acute cholecystitis, acute viral hepatitis.

[#]Bu araştırma 3-6 Nisan 2008 tarihlerinde Belek-Antalya'da yapılan IX. Ulusal Viral Hepatit Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Hepatit A virusunun (HAV) neden olduğu akut viral hepatit A (AVHA), gelişmekte olan ülkelerde, özellikle çocukluk çağında sık görülmektedir (1, 2). Hastalığın seyri sırasında kolestatik hepatitin yanı sıra; gastrointestinal, hematolojik, nörolojik, renal, dermatolojik ve romatolojik bulgular da saptanabilmektedir (3, 4).

Çocukluk çağında taşsız kolesistit yaygın değildir. Sıklıkla sepsis, tifo, gastroenterit, pnömoni, giardiyaz ve otitis media gibi infeksiyonların seyri sırasında gelişir. Ek olarak, total parenteral beslenme ve geniş yanıklar sırasında, cerrahi girişim veya travma sonrası görülebilir (5, 6). Hepatit A virusuna bağlı akut kolesistit nadir görülen bir tablodur (1, 4, 7). Bu yazıda AVHA olan ve buna bağlı akut kolesistit komplikasyonu gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU

On beş yaşında erkek hasta, bir haftadan beri süren halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kas ağrısı, eklem ağrısı, karında sağ üst kadranda ağrısı, dışkı renginde açılma ve idrarda koyulaşma şikayetleri

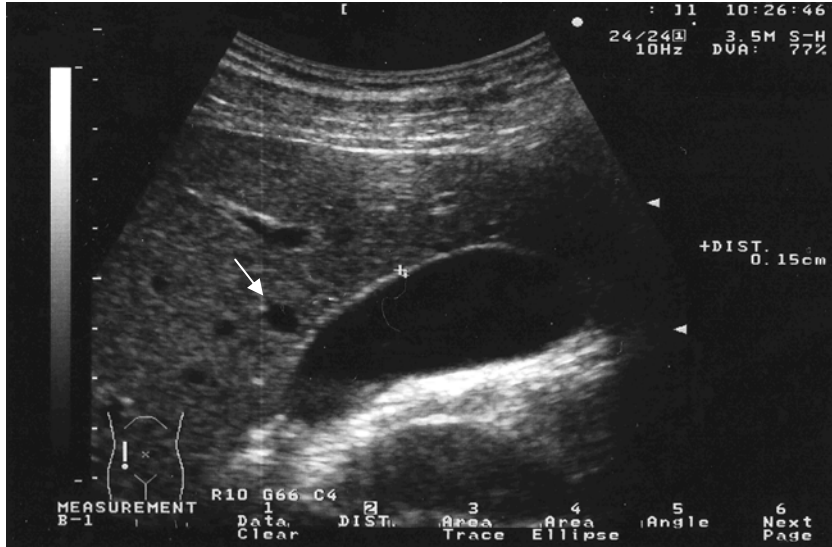
ile başvurdu. Fizik muayenede ciltte ve skleralarda sarılık, sağ hipokondriumda palpasyonla hassasiyet (Murphy işareti pozitifliği) saptandı. Laboratuvar incelemesinde kan lökosit sayısı, hemoglobin, trombosit sayısı normal; serum aspartat aminotransferaz 1095 U/L, alanin aminotransferaz 1645 U/L, total bilirubin 4.0 mg/dL, direkt bilirubin 2.2 mg/dL, CRP 6 mg/dL bulundu. Batın ultrasonografisinde (USG), safra kesesi bölgesine ultrason probu ile bastırıldığında ağrı (sonografik Murphy işareti) vardı. Ultrasonografide safra kesesi duvar kalınlığının diffüz olarak 7.1 mm'ye kadar arttığı görüldü (Resim 1). ELISA ile HBsAg, anti-HBc-IgM ve anti-HCV negatif, anti-HAV-IgM pozitif bulundu. Hasta akut viral hepatit A'ya bağlı akut kolesistit tanısıyla yatırıldı. Bulantı nedeni ile oral alımı yetersiz olan hastaya parenteral aminoasit ve sıvı-elektrolit desteği sağlandı. Herhangi bir antibiyotik tedavisi verilmedi. İzleminin üçüncü gününde karın ağrısı ve bulantısı gerilemeye başladı, sonraki dönemlerde ateşi olmadı ve vital bulguları normal seyretti. Karın ağrısı ve bulantısı geçen, ağızdan beslenmeye başlayan, karaciğer testleri düzelmeye başlayan hasta, yatışının 5. gününde taburcu edildi.



Resim 1. Akut Hepatit A'lı hastanın yatıştaki safra kesesi duvar kalınlığındaki artış (+ işaretleri arası 7.1 mm) (SK: Safra kesesi).

İlkinden 13 gün sonra yapılan ikinci batın USG incelemesinde safra kesesi duvar kalınlığının belirgin olarak azaldığı (en fazla 3 mm) saptandı

(Resim 2). Bir aylık izleminde hastanın anormal olan biyokimyasal testleri de normale döndü.



Resim 2. Akut hepatit A'lı hastanın ilkinden 13 gün sonra çekilen USG'de safra kesesi duvar kalınlığı normal (+işareti).

TARTIŞMA

Akut viral hepatit A, çocukluk çağında daha sık olmakla birlikte her yaşta görülebilen, genellikle asemptomatik seyreden bir infeksiyondur (1, 2, 4). Kolestaz, uzamış ve tekrarlayan hastalık, fulminan hepatit ve kronik aktif hepatitin tetiklenmesi gibi karaciğer ile ilişkili komplikasyonlara neden olabilir. Bradikardi ve elektrokardiyografide PR mesafesinde uzama, T dalgasında çökme, ensefalit, Gullian-Barre sendromu, kolesistit, akut pankreatit, akut böbrek yetmezliği, anemi, nütropeni, trombositopenik purpura, pansitopeni, artrit, vaskülit, kriyoglobulinemi ve depresyon HAV'a bağlı nadir görülen karaciğer dışı komplikasyonlardır (4, 8).

Akut taşsız kolesistit (ATK) safra kesesinin taş içermeyen inflamasyonudur. Erişkinlerde akut kolesistitlerin %5-10'unu oluştururken, çocuklarda daha nadir görülür. ATK tanısı bazı klinik, laboratuvar ve USG bulgularına dayanır (6). Belirtileri ateş, sağ üst kadranda ağrısı, bulantı ve kusmadır. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyet ve kitle genellikle saptanan bulgulardır. Beyaz küre sayısındaki artış ve sarılık sıklıkla vardır. Ancak, ATK'nin klinik ve laboratuvar teşhisi zordur ve şüphelidir (5). Özellikle çocuklarda tanı belirsiz ve karmaşık olabilir (6). Akut kolesistitin USG tanı kriterleri; sonografik Murphy işareti, safra kesesi duvar kalınlığının artışı (>4 mm), safra kesesinin genişlemesi, sıkışmış safra taşı, debris ekosu görünümü, safra kesesi etrafında sıvı birikimi, safra kesesi duvarında lineer ve strial hipoekojen görünümdür (9). Teşhisteki zorluklar ve gecikme,

morbidite ile mortalitenin artışına neden olabileceği gibi, gereksiz cerrahi girişim ile de sonuçlanabilir (5, 6, 10). Viruslara bağlı ATK oldukça nadirdir (6). Hepatit A virusu, ATK'nin nadir nedenlerinden biridir. (1, 4, 7)

Akut viral hepatit A hastalarında yapılan çalışmalarda safra kesesi duvar kalınlığında artış ve safra çamuru varlığı bildirilmiş olmasına karşın, akut kolesistit nadiren görülmektedir (1, 4, 7). Bunun nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte iki hipotez öne sürülmüştür. Bunlardan biri HAV'a bağlı olarak safranın fiziksel özelliğinin değişmesi, diğeri ise safra yollarının ve safra kesesi epitelinin virus ile direkt temasıdır (4, 6, 11, 12). Bu konuda Mourani ve ark., AVHA sırasında akut kolesistit gelişen 68 yaşındaki bir hastanın safra yollarında ve safra kesesi epitelinde histopatolojik olarak lenfositlerden oluşan inflamasyonu, immunohistokimyasal incelemelerde ise, HAV antijenini saptamışlardır. Bu bulgulara göre, biliyer epitelin HAV ile direkt olarak infekte olduğunu saptamışlar ve bu durumun kolestaz ve safra kesesi anormalliklerinin en önemli nedeni olabileceğini öne sürmüşlerdir (12). Hem klinik hem de deneysel çalışmalarda, HAV'a bağlı karaciğer hasarının immunolojik mekanizmalar ile geliştiği gösterilmiştir (13). Biliyer epitel ve çevresindeki inflamatuvar sürecin sadece lenfositlerden oluşması, araştırmacılara HAV'a bağlı kolanjiopatinin patogeneğinde de hücresel immunitenin rolü olabileceğini düşündürmüştür (12).

Literatürde olgumuza benzer başka olgular da saptanmıştır. Ozaras ve ark. da 28 ve 20 yaşında

olan, Murphy işareti pozitif AVHA'lı iki erişkin hastanın birinde bilgisayarlı tomografi, diğerinde manyetik rezonans görüntüleme safra kesesi duvarında kalınlaşma, safra kesesi etrafında sıvı saptanması ile ATK tanısı koyduklarını bildirmişlerdir. Hastalardan birinde semptomlar ve görüntüleme patolojik bulgular dört gün sonra düzelmişken; diğerinin semptomlarının beş gün sonra gerilemeye başladığı, iki hafta sonra klinik bulgular ve görüntüleme patolojik bulguların kaybolduğu saptanmıştır. Her iki hastanın da cerrahi girişim gereksinimi açısından dikkatlice izlendiğini, ancak antibakteriyel veya cerrahi tedavi uygulanmaksızın akut hepatitin iyileşmesi ile birlikte kolesistit tablosunun ortadan kaybolduğunu bildirmişlerdir (1).

Bouyahia ve ark., AVHA seyrinde gelişen taşsız kolesistitli 14 yaşındaki olguya sepsis şüphesi ile antimikrobiyal tedavi uyguladıklarını, beş gün sonra yapılan batın USG'sindeki bulguların birinci ile benzer olduğunu, semptomların ancak 10 gün sonra düzeldiğini ve USG bulgularının 21 gün sonra kaybolduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca viral enfeksiyona bağlı kolesistit tanısı konan hastalarda kolesistektomiden kaçınılması gerektiğine dikkat çekmişlerdir (4).

Black ve ark., altı yaşındaki AVHA'ya bağlı gangrenöz kolesistit saptanan bir olguya uygulanan laparotomide, yaygın ödem ve inflamatuvar infiltrasyon içeren şiddetli gangrenöz kolesistit saptandığını rapor etmişlerdir (14).

Olgumuzda akut viral hepatit A'nın düzelmesi ile birlikte ATK'nin de düzeldiği antimikrobiyal tedavi verilmesine gerek olmadığı gözlemlendi. Klinik olarak akut kolesistit bulguları olan AVHA'lı hastalarda HAV'a bağlı ATK olabileceği akıldaki tutulmalı bu olgular sadece destekleyici tedavi ile izlenmeli ve kolesistektomiden kaçınılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ozaras R, Mert A, Yılmaz MH, et al. Acute viral cholecystitis due to hepatitis A virus infection. *J Clin Gastroenterol* 2003; 37: 79-81.
2. Dökmetaş İ. HAV enfeksiyonunun epidemiyolojisi ve patogenezi. *Tabak F, Balık İ, Tekeli E (eds). Viral Hepatit 2007. 1. Baskı. İstanbul: Viral Hepatit Savaşım Derneği, 2007: 52-60.*

3. Brundage SC, Fitzpatrick AN. Hepatitis A. *Am Fam Physician* 2006; 73: 2162-8.
4. Bouyahia O, Khelifi I, Bouafif F, et al. Hepatitis A: a rare cause of acalculous cholecystitis in children. *Med Mal Infect* 2008; 38: 34-5.
5. Imamoglu M, Sarihan H, Sari A, Ahmetoglu A. Acute acalculous cholecystitis in children: diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 36-9.
6. Gora-Gebka M, Liberek A, Bako W, Szarszewski A, Kaminska B, Korzon M. Acute acalculous cholecystitis of viral etiology--a rare condition in children? *J Pediatr Surg* 2008; 43: e25-7.
7. Maudgal DP, Wansbrough-Jones MH, Joseph AE. Gallbladder abnormalities in acute infectious hepatitis. A prospective study. *Dig Dis Sci* 1984; 29: 257-60.
8. Bell BP, Anderson DA, Feinstone SM. Hepatitis A virus. *Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 2162-85.*
9. Hirota M, Takada T, Kawarada Y, et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007; 14: 78-82.
10. Savoca PE, Longo WE, Zucker KA, et al. The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in outpatients. Results of a 7 year study. *Ann Surg* 1990; 211: 433-7.
11. Sharma MP, Dasarathy S. Gallbladder abnormalities in acute viral hepatitis: a prospective ultrasound evaluation. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13: 697-700.
12. Mourani S, Dobbs SM, Genta RM, Tandon AK, Yoffe B. Hepatitis A Virus-associated cholecystitis. *Ann Intern Med* 1994; 120: 398-400.
13. Lemon SM. Type A viral hepatitis. *N Engl J Med* 1985; 313: 1059-67.
14. Black MM, Mann NP. Gangrenous cholecystitis due to hepatitis A infection. *J Trop Med Hyg* 1992; 95: 73-4.

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd. Doç. Dr. Üner KAYABAŞ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı
MALATYA
e-mail: ukayabas@inonu.edu.tr