

Taşsız Akut Kolesistit ve Ciddi Trombositopenili Weil Hastalığı: Olgu Sunumu

Gökhan Sargın¹, Arzu Özkan¹, İrfan Yavaşoğlu², Gürhan Kadıköylü², Zahit Bolaman²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZET

Leptospiroz dünyada sık görülen bir zoonozdur. Weil hastalığı, leptospirozun ağır formudur. Weil hastalığında sıklıkla sarılık, böbrek disfonksiyonu ve hemoraji gözlenir. Taşsız akut kolesistit ve ciddi trombositopeninin eşlik ettiği Weil hastalığı nadirdir.

Biz burada, 58 yaşında erkek hastada akut taşsız kolesistit ve ciddi trombositopeninin eşlik ettiği Weil hastalığını sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Weil hastalığı, trombositopeni, taşsız akut kolesistit

WEIL'S DISEASE WITH ACUTE CHOLECYSTITIS AND SEVERE THROMBOCYTOPENIA: A CASE REPORT

ABSTRACT

Leptospirosis is a common zoonosis throughout the world. Weil's disease is a severe form of leptospirosis. In Weil's disease jaundice, renal dysfunction and hemorrhage are frequently observed. Weil's disease with acalculous acute cholecystitis and severe thrombocytopenia is rare.

We present here, 58 years old male patient who had Weil's disease with acalculous acute cholecystitis and severe thrombocytopenia.

Keywords: Weil's disease, thrombocytopenia, acalculous acute cholecystitis

Weil hastalığı, leptospirozun ağır olan formudur. 1886 yılında Adolf Weil tarafından tanımlanmıştır. Bazı serovarlar, özellikle *Leptospira interrogans* serovar *Icterohaemorrhagiae* ve *Leptospira interrogans* serovar *Copenhageni* hastalığa neden olur. Hastalık; sistemik vaskülitte karakterizedir. Klinik; sarılık, böbrek disfonksiyonu ve hemorajik diatezle kendini gösterir. Karakteristik özelliği karaciğer, böbrek yetmezliği, hemorajik pnömoni ve dolaşım bozukluğudur (1,2).

Hastaların %30' unda anemi ve trombositopeni gözlenir. Anemi kan kayıpları ve sekonder hemolize bağlı olarak gelişmektedir. Trombosit sayısı ise 50000/ mikrol' nin altına nadiren düşer (3-6). Taşsız akut kolesistitin eşlik ettiği Weil hastalığı da olgu sunumları şeklinde olmakla birlikte enderdir (7,8).

Olgu nedeni ile ve literatür verileri ışığında taşsız akut kolesistit ve ciddi trombositopeninin eşlik ettiği Weil hastalığı irdelenmiştir.

Olgu

Elli sekiz yaşında erkek hasta 1 haftadan beri olan halsizlik, ateş yüksekliği, sarılık ve idrar renginde koyulaşma nedeniyle başvurdu. Öyküsünde çiftçilik ve avcılık mesleği dışında bir özellik yoktu.

Genel durumu orta, kan basıncı: 110/65 mmHg, nabız:118/dk, ateş: 38.3 °C idi. Peroral alanda ve yumuşak damakta peteşiler mevcuttu. Cilt ve skleralar ikterikti.

Gastrointestinal sistem bakısında barsak sesleri normoaktifti. Ele gelen herhangi bir kitle ya da organomegali yoktu. Palpasyonda, epigastrik bölge ve sağ üst kadranda hassasiyet vardı.

Hastanın laboratuvar bulgularında; Hb: 11.6 gr/dl, Htc: %34.9, beyaz küre $8.25.10^3$ / mikrol, nötrofil 7.100/ mikrol, trombosit: 14.000/ mikrol idi. Periferik yaymada; eritrosit morfolojisi normositer normokrom, % 80 nötrofil hakimiyeti ve her sahada nadiren tekli trombositler vardı. Sedimentasyon hızı 86 mm/ sa, ALT: 40 U/L (N: 0-55), AST: 71 U/L (N: 5-34), ALP: 245 U/L (N: 40-150), GGT: 80 U/L (N: 12-64), total bilirubin: 15.7 mg/ dl (N: 0.2-1.2), direkt bilirubin: 11.27 mg/ dl (N: 0-0.5), CPK: 1215 U/L (N: 30-200), albümin: 2.9 g/dl (N: 3.5-5), üre: 51 mg/dl ve kreatinin: 0.69 mg/ dl' idi. Tam idrar tetkikinde; dansite: 1015, bilirubin: +4 ve ürobilinojen: +2 olarak saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda bulgular nonspesifikti. Myeloid seride hipergranülasyon-vakuolizasyon vardı. Kan, idrar ve kemik iliğinden gönderilen örneklerin kültüründe herhangi bir üreme olmadı. Viral serolojik tetkiklerinde HBs Ag, Anti HBs, Anti HCV, Anti HIV negatifti. West Nile virus IgM, Coxiella Burnetii (Q fever) IgM ve Kırım-Kongo kanamalı ateş PCR negatif olup Leptospira serolojisi (ELISA Ig M) ise pozitifli.

Sağ üst kadranda hassasiyet ve direkt bilirubin yüksekliği olan hasta için yapılan abdominal ultrasonografide hidropik safra kesesi saptandı. İntra- ekstra hepatik kolestaz yoktu.

Hastada; direkt bilirubin yüksekliği ile seyreden sarılık, trombositopeni, Leptospira serolojisi (ELISA Ig M) pozitifliği ve özgeçmişinde çiftçilik öyküsü olması nedeniyle Weil hastalığı düşünüldü. Oral alımı kesilen ve sıvı destek tedavisi verilen hastaya antibiyoterapi olarak intravenöz 2000 mg/ gün seftriakson ve peroral 200 mg/ gün doksisiklin başlandı. Tedavinin 48. saatinde ateş yanıtı alındı. Antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Tedavi altında hastanın klinik ve laboratuvar parametreleri düzeldi. İkteri gerileyen hastanın tedavi sonrasında bakılan Leptospira serolojisi (ELISA Ig M) negatifleşirken, ELISA Ig G de pozitifleşti.

Tartışma

Leptospiroz dünyada sık görülen bir zoonozdur. Çiftçiler, kanalizasyon işçileri, avcılar ile dere ve göllerde yüzenlerde görülür. Bulaş; infekte hayvanın idrarı ile temas eden su ve topraktaki spiroketlerin deri, mukoza ve konjunktivalardan geçmesiyle olur (1,2).

Leptospiroz; iki klinik sendromla karşımıza çıkar. Vakaların %80-90'ı anikterik, geri kalanı ise ikterik leptospirozdur. İkterik leptospiroz Weil hastalığı olarak da adlandırılır. Hastalarda karaciğer, böbrek yetmezliği,

hemorajik pnömoni ve dolaşım bozukluğu gelişebilir. Ancak bizim olgumuzda böbrek yetmezliği bulguları yoktu. Leptospiroz vaskülit, endotel hasarı ve inflamatuvar infiltrasyonla karakterizedir. Endotel hasarı ciddi leptospirozun göstergesidir.

Kolesistit; Weil hastalığında alışımlı bir klinik prezentasyon değildir. Literatür taramalarımızda olgu sunumu şeklinde rapor edilmiştir. Pankreas, safra kesesi gibi organlar vaskülit nedeniyle hasarlanmaktadır (1,7,8). Bizim olgumuzda abdominal ultrasonografide hidropik kese vardı. İntra- ekstra hepatik kolestazın olmaması, bilirubin yüksekliği yapacak diğer nedenlerin de dışlanması son- ra, kolesistit mevcut leptospirozla ilişkilendirildi.

Hafif ve orta şiddetteki hastalarda trombosit sayısı normal olabilir. Turgut ve arkadaşları (9)' nın yaptığı çalışmada; leptospiral enfeksiyonu olan kişilerde %87.8 oranında trombositopeni gözlenmiştir. Weil hastalığında trombosit sayısı 50000/ mikrol'nin altına nadiren düşer (3-6). Hastalar için trombosit transfüzyon ihtiyacı olabilir. Bizim olgumuzda ciddi trombositopeni mevcut olup trombosit sayısı 14.000/ mikrol idi.

Trombositopeni; yaygın damar içi pıhtılaşmasından bağımsız ve geçicidir. Enfeksiyon sırasında plazma 11-DH-TXB2 düzeyi artar. 11-DH-TXB2; trombositlerin aktivasyon-agregasyon ve Kupffer hücreleri tarafından fagozitozunu indükler. Buna bağlı olarak trombositopeni gelişir (3). Yine de; bazı çalışmalarda trombositopeni ile Weil hastalığı arasında ilişki yaygın damar içi pıhtılaşmasıyla açıklanmıştır (10).

Leptospiroz tanısı için spesifik bir tetkik yoktur. En önemli faktör klinisyenin hastalıktan şüphelenmesidir. Mikroorganizmanın kültürde üretilmesi ya da serolojik tetkikler ile de tanı konulabilir (11).

Sonuç

Weil hastalığı yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Mortalite oranları %5 ile %40 arasında değişmektedir. Klinisyenlerin anamnezde risk faktörlerini dikkatlice sorgulaması ve hastalıktan şüphelenmesi erken tanıda rol oynamaktadır. Erken tanı, hastalığın seyrini değiştirmektedir.

Ateş, sarılık, taşsız akut kolesistit ve ciddi trombositopeni birlikteliği olan hastalarda Weil hastalığı ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Levett PN. Leptospirosis. Clin Microbiol. Rev 2001;14:296-326.
2. William AP. Leptospirosis. Goldman L, Ausiello D, Arend WP, Armitage JO, Clemmons DR, Drazen JM, Criggs RC, Larusso N. Goldman: Cecil Medicine. Saunders , An Imprint of Elsevier 24rd ed. 2011:1720-1.
3. Edwards CN, Nicholson GD, Hassell TA, Everard CO, Callender J. Thrombocytopenia in leptospirosis: the absence of evidence for disseminated intravascular coagulation. Am J Trop Med Hyg 1986; 35:352-4.
4. Nicodemo AC, Medeiros N, Negro G, Amato NV. Hematologic changes in leptospirosis. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 1989; 31: 71-9.
5. Aydemir S, Üstündağ Y, Borazan A, Sekitmez N, Özdemir H. Sarılık, akut böbrek yetmezliği ve trombositopenili bir olgu: Weil hastalığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2004; 3: 42-5.
6. Gürcüoğlu E, Öztürk Ç, Bayat N, Akalın H. Leptospiroz: Güney Marmara'dan Üç Olgu. Klimik Dergisi 2009; 22: 62-5.
7. Guarner J, Shieh WJ, Morgan. Leptospirosis mimicking acute cholecystitis among athletes participating in a triathlon. Human Pathology 2001; 32: 750-2.
8. Monno S, Mizushima Y. Leptospirosis with acute acalculous cholecystitis and pancreatitis. J Clin Gastroenterol. 1993; 16: 52-4.
9. Turgut M, Sünbül M, Bayırlı D, Bilge A, Leblebicioğlu H, Haznedaroğlu I. Thrombocytopenia complicating the clinical course of leptospiral infection. J Int Med Res. 2002; 30: 535-40.
10. Slofstra SH, Spek CA, Cate H. Disseminated intravascular coagulation. Hematol J 2003, 4: 295-302.
11. Winslow WE, Merry DJ, Pirc ML, Devine PL. Evaluation of a commercial enzyme-linked immunosorbent assay for detection of immunoglobulin M antibody in diagnosis of human leptospiral infection. J Clin Microbiol 1997; 35:1938-42.