# yeni tıp dergisi

THE NEW JOURNAL OF MEDICINE

The peer – reviewed journal


EDİTORYAL

130 CD40 eksikliğine bağlı hiper-IgM
N. Kütükçüler, F. Genel

MAKALELER

132 Internal karotid arter trombozu
H. Yazgan ve arkadaşları

134 Hemanjiom ve konjenital hipotiroidi
A. Kutlu ve arkadaşları

137 Tip I tirozinemi
D. Yılmaz ve arkadaşları

140 Eritema nodozum vakası
P. Teoman ve arkadaşları

142 Tüberküloz spondilit vakası
H. Poçan ve arkadaşları

144 Hepatit A'da akut kolesistit
C. Aydemir ve arkadaşları

146 Hepatit A'da plevral efüzyon ve asit
A. Akın ve arkadaşları

149 McCune – Albright vakası
Z. Aycan ve arkadaşları

152 Klippel Trenaunay sendromu
A.Y. Baş ve arkadaşları

DERLEMELER

155 Adrenarş ve erken adrenarş
A. Güven

158 Rekürren aftöz stomatit
F. Canpolat, F. Eskioğlu

160 Ailesel Akdeniz ateşte genetik
Z. Yılmaz, F. Şahin

162 Osteoporoz patogenezi
K.İ. Karadavut ve arkadaşları

AYIN VAKALARI

165 A. Zenciroğlu ve arkadaşları

167 M. Kara ve arkadaşları

169 YORUM
İdrar yolu enfeksiyonlarında görüntüleme

171 TIBBİ YAYINLARDAN SEÇMELER

177 PARAMEDİKAL

179 ULUSLAR ARASI TÜRK SAĞLIK YAYINLARI

THE NEW JOURNAL OF MEDICINE (SUPPLEMENT : 3)
ORIGINAL ARTICLES

184 Treatment of biphasic amyloidosis
F. Canpolat et al.

187 Fetal growth in breech deliveries
G.S. Çağlar et al.

189 LETTER TO THE EDITOR
Z. Göker



ISSN 1300 – 2317

Tubitak'ca dizinlendirilmiştir

CİLT / VOLUME : 20 SAYI / NUMBER : 3 MAYIS / MAY: 2003

# Akut kolesistit ile seyreden hepatit A vakası*

Dr. Cumhur AYDEMİR ** Dr. Alper AKIN ** Gönül TANIR *** Dr. Mutlu YÜKSEK **** Dr. Tuğba LÜLECİ ****
Dr. İbrahim M. HİRFANOĞLU **

*Hepatit A virüsü çocukluk yaş grubunda sık görülen ve genellikle asemptomatik seyreden, hepatotrop bir virüstür. Akut Hepatit A enfeksiyonuna eşlik eden ekstra hepatik bulgulara nadiren rastlanmaktadır. Bunlar içinde akut kolesistit vakaları çok az bildirilmiştir. Yedi yaşında bir kız çocuğunda akut hepatit A enfeksiyonu seyrinde gelişen akut kolesistiti nadir olduğu için sunuyoruz.*

**SUMMARY:** *Aydemir A, Akın A, Tanır G, Yüksek M, Lüleci T, Hirfanoğlu İM: (Dr. Sami Ulus Children Hospital, Ankara, Turkey). Hepatitis A virus-associated cholecystitis: a case report.* [Yeni Tıp Dergisi, 20 (3) : 144 - 145 ,2003]
*Hepatitis A virus infection is common and usually asymptomatic in childhood. Cholestatic hepatitis and cholecystitis are poorly recognized manifestations of acute hepatitis A virus infections. We discussed a case of hepatitis A infection with cholecystitis*

**Key Words:** *Hepatitis A, Cholecystitis*

Çocuklarda en sık görülen viral hepatit nedeni olan Hepatit A'ya bağlı akut viral hepatit yaygın bir enfeksiyondur. Beş yaşın altındaki çocuklarda genellikle asemptomatik seyreden bu enfeksiyon en sık fekal-oral yol ile yayılır ve inkübasyon periyodu 15-50 gün arasında değişir. ALT, AST ve bilirubin seviyeleri yükselmesi önemli ise de asıl tanı koydurucu olan Anti-HAV IgM'in gösterilmesidir. Hepatotropik bir virus olmasından dolayı semptomlar genellikle karaciğer tutulumuna bağlıdır. HAV enfeksiyonu sırasında diğer organlar da etkilenebilir; lenfadenopati ve splenomegali, aplastik anemi, akut pankreatit, myokardit, nefrit, artrit, döküntü, vaskülit, kolesistit ve plevral efüzyon bildirilmiştir[1-6]. HAV enfeksiyonu seyrinde nadiren görülebilen kolesistitin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte prognozu iyidir.

## Vaka

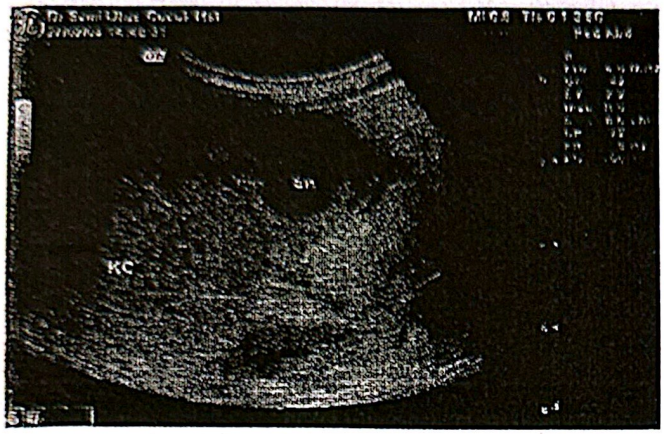
Yedi yaşında kız hasta dört gündür devam eden bulantı, kusma, karın ağrısı, sarılık ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Bu süre içinde zaman zaman idrar renginde koyulaşma olduğu fark edilmiş. İlaç kullanımı, yakın dönemde geçirilmiş enfeksiyon ve ailede benzer hastalık öyküsü yoktu.

Fizik muayenede; genel durumu iyi, vücut ısısı 36,6°C, nabız sayısı 90/dk, solunum sayısı 24/dk, kan basıncı 80/60 mm/Hg, vücut ağırlığı 25 kg, boyu 122 cm idi. Cilt ve skleralar ikterik, karaciğer midklavikular hatta 2-3 cm ele geliyordu ve dalak nonpalpable idi. Batında hassasiyet, defans yoktu. Diğer sistemlerin muayenesi normaldi.

Laboratuar incelemesinde idrar pH:6.5, dansite: 1020, bilirubin: (+++), 1-2 lökosit saptandı. Hemoglobin: 12,5 gr/dl, lökosit: 5600/µl, trombosit: 213.000/µl, MCV: 81.2 fL , RDW:11.8 idi. Periferik yaymada %30 parçalı, %70 lenfosit görüldü. AST: 10802 U/L, ALT:6219 U/L, ALP: 316 U/L, total bilirubin: 4.22mg/dl, direkt bilirubin: 2.69 mg/dl, GGT: 97U/L, total protein: 6.7mg/dl, albumin: 4.5 mg/dl, glukoz:100 mg/dl idi. Böbrek fonksiyonları ve elektrolitleri normal sınırlarda idi. CRP: 9.6 mg/L, PT: 26.2 sn, PTT:44.5 sn, amonyak :87 mmol/lt (N: 10-47) idi. HbsAg:(-), AntiHbs: (-), Anti HCV: (-), Anti HIV: (-) ve Anti HAV IgM: (+) idi. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Hastaya bu bulgularla akut hepatit A enfeksiyonu tanısı konuldu. Amonyak yüksekliği nedeniyle başlangıçta oral beslenmesi durduruldu. Üç gün sıvı tedavisi ile oral gentamisin ve laktuloz verildi. PT'si uzun olan hastaya 3 gün üstüste 5 mg.K vitamini uygulandı. Hastanın takibinde amonyak ve PT düzeyleri üçüncü günde normale döndü. Yatışının dördüncü gününde karın ağrılarının şiddetlenmesi, ateşinin olması ve muayenede sağ üst kadranda lokalize hassasiyeti saptanması üzerine çekilen abdominal ultrasonografide (USG) kese ve koledok ekojenitesi, safra kesesi duvar kalınlığı artmış (0,66 cm) ve safra kesesi yatağı

* Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, ANKARA
** Asistan
*** Çocuk Enfeksiyon Hast. Uzmanı
**** Çocuk Sağ. ve Hast. Uzmanı

ödemli görüldü (Resim 1). Bu bulgularla akut taşsız kolesistit tanısı konuldu. Bu dönemde hastanın karaciğer fonksiyon testlerinde azalma olurken bilirubin düzeylerinde artmasının kolesistite bağlı olduğu düşünüldü. Takibinde klinik bulguları düzeldi; karaciğer fonksiyon testleri ve bilirubin düzeyleri 14. günde normale döndü. Yedi gün sonraki kontrol USG'de karaciğer ile safra kesesi ve safra yolları normal bulundu.




Resim 1.

## Tartışma

Hepatit A virus enfeksiyonu akut viral hepatitin en sık görülen formudur. Çoğunlukla asemptomatik olduğu için prevalansla ilgili bilgiler seroprevalans çalışmalarıyla elde edilmiştir. Ülkemizde değişik bölgelerde yapılan geniş bir çalışmada hepatit A seroprevalansı 10 yaş altı çocuklarda %50, 30 yaş altında ise %71.3'ün üzerinde bulunmuştur[7]. Hastalar asemptomatik, subklinik veya semptomatik olabilir; çocuklarda daha çok asemptomatiktir. Anti-HAV IgM'in gösterilmesi ile tanı konulur. Anti-HAV IgM titrelerinin düşmeye başlaması ile bulunan anti-HAV IgG ömür boyu pozitif kalır. Tedavi semptomatiktir[8,9].

HAV enfeksiyonu çocukluk yaş grubunda genellikle kendini sınırlayan bir hastalık tablosuyla karşımıza çıkar. Kolesistit, asit ve plevral efüzyon hepatit A enfeksiyonu sırasında nadiren görülebilir[10]. HAV infeksiyonu ile ilişkili kolesistit saptanması ve karaciğer transplantasyonu sonrasında HAV infeksiyonunun tekrarlaması, HAV'ın hepatosit dışı hücreleri de tutabileceğini gösterir[1,11]. HAV enfeksiyonunda gelişen kolesistitin etyopatogenezi net olmamakla birlikte virüsün direkt invazyonu ya da gelişen hücresel aracılı immün cevaba bağlı olabileceği düşünülmektedir[1,10]. HAV enfeksiyonu olan bir hastada abdominal travma sonrası kolesistit saptanmıştır[10]. HAV enfeksiyonunda akut kolesistit düşündüren semptomlar; özellikle sağ hipokondriumda ağrı, ateş ve sarılığın uzaması olarak tanımlanmıştır. Bulgular bazen akut abdomen tablosu ile karışabilir[10]. Abdominal ultrasonografide safra kesesi duvar kalınlığı ve kesede ekojenite artışı bildirilmiştir[10,12]. Hastamızda yatışının dördüncü gününde ateşinin saptanması, sağ üst kadranda hassasiyetinin olması, karaciğer enzimleri düzelirken sarılığının artması nedeniyle akut kolesistit ön tanısıyla abdominal USG çekildi ve safra kesesi duvar kalınlığı 6,6 mm saptandı. Safra kesesi ve koledok ekojenitesinde artış mevcuttu. Safra kesesi duvar kalınlığı USG' de normalde 2 mm'den küçük olup[12], akut kolesistitli vakalarda 6 mm' den daha kalın olduğu bildirilmektedir[10]. Ancak safra kesesi duvar kalınlığındaki artışın kolesistit için spesifik olmadığı ve hipoproteinemi, kalp yetmezliği durumlarında da artabileceği belirtilmektedir[10]. Bizim vakamızda hipoproteinemi ve kalp yetmezliği saptanmadı. Hepatit A ile birlikte görülen akut kolesistit tablosunda destek tedavisi dışında spesifik bir tedavi gerekli değildir[10,12] ve hastamızda semptomatik tedavi ile düzelme sağlandı.

Akut hepatit A enfeksiyonu ile akut kolesistit birlikteliği çocukluk yaş grubunda nadirdir. Özellikle sağ hipokondriyum ağrısı, ateş ve sarılığın uzaması durumunda bir ekstrahepatik komplikasyon olan akut kolesistit de akılda tutulmalıdır.

***Editörün notu:*** Yazarların hastasında ateş, karın ağrıları ve sağ üst kadranda hassasiyet dolayısı ile ultrasonografi bulgularının akut kolestitte yorumlanması uygun olabilirse de, akut hepatitlerde safra kesesinde bir haftada azalan ve 2 haftada kaybolan kese ödemi bildirilmiştir. Her ne kadar sık kullanılmıyorsa da "Glutation S transferaz alfa 1-1 (GSTA 1-1) hepatoselluler tutulumun en sensitif işareti olduğunu hatırlatmak isterim (Lancet, 355: 1463, 2000)

## KAYNAKLAR


1. Mourani S, Dobbs SM, Genta RM et al: Hepatitis A virus-associated cholecystitis. Ann Intern Med. 120: 398, 1994
2. Owen RL, Shapiro H: Pleural effusion, rash, and anergy in icteric hepatitis. NEJM. 291: 963, 1974
3. Alhan E, Yıldızdaş D, Yapıcıoğlu H et al. Pleural effusion associated with acute hepatitis A infection. Ped Infect Dis J, 18: 1111, 1999
4. Tesovic G, Vukelic D, Vukovic B et al: Pleural effusion associated with acute hepatitis A infection. Ped Infect Dis J, 19: 585, 2000
5. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB: Viral hepatitis. Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed., USA. 2000, pp: 769-771
6. Kunak B, Eldem SÖ, Delibaş A et al: Hepatit A enfeksiyonunda asit ve plevral efüzyon. Yeni Tıp Dergisi, 15: 21, 1998
7. Kanra G, Tezcan S, Badur S: .Turkish National Study Team.Hepatitis A seroprevalence in a random sample of the Turkish population by simultaneous EPI cluster and comparison with surveys in Turkey. Turk J Pediatr, 44: 204, 2002
8. Koff SR: Hepatitis A. Lancet, 341: 1643, 1998
9. Kılıçturgay K, Badur S. HAV enfeksiyonu. Viral Hepatit 2001, İstanbul. 2001, pp:57-85
10. Çiftçi AO, Kamak İ, Tanyel FC: The association of hepatitis A virus infection, acalculous cholecystitis, and blunt abdominal trauma: a diagnostic challenge. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 32: 92, 2001
11. Fagan E, Yousef G, Brahm J et al: Persistence of hepatitis A virus in fulminant hepatitis and after liver transplantation. J Med Virol, 30: 131, 1990
12. Hermier M, Descos B, Collet JP et al: Acute cholecystitis revealing HAV hepatitis. Arch Fr Pediatr. 42: 525, 1985