

Yanıt:

Sayın Editör,

Sayın Çocuk Enfeksiyon Dergisi Editörlüğüne,
Öncelikle Sn. Dr. Ahmet Soysal' ın makalemiz hakkın-
da getirdiği ek bilgilere katıldığımızı beyan ederiz. Getirilen
tamamlayıcı bilgiler çalışmamızın yöntem ve uygulanması
konusunda herhangi bir eksiklikten çok Hızlı Influenza
Tanı Testi'nin (Rapid Test for Influenza) bazen yanlış pozitif
ve yanlış negatif sonuçlar vereceği şeklindeki bilgiler-
dir. Çalışmamız Hızlı Influenza Tanı Testi'nin spesifikliğini
ve duyarlılığını test etme amacı taşımamaktadır. Bu
nedenle Hızlı influenza testi pozitif veya negatif sonuçları-
mız zaman alıcı ve pahalı olan hücre kültürü ve PCR tek-
niği ile konfirme edilmemiştir. Ancak gerek tartışma ve
gerekse materyal ve metod bölümünde ifade ettiğimiz
gibi 1 aylık takip döneminde yanlış pozitif veya yanlış
negatif test sonucuna bağlı olabilecek komplikasyonlu
bakteriyel enfeksiyon sıklığı anlamlı ölçüde yüksek bulun-
mamıştır.

Saygılarımla,

Dr. Emin Özkaya

Vakıf Gureba Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 532 442 42 22
E-posta: minozkaya@yahoo.com

Sayın Editör,

Derginizin 2010 yılı 4. sayısında yayınlanan (1) "Çocuk
Yaş Grubu Akut Viral Hepatit A Olguları ve
Komplikasyonlarının İrdelenmesi" makalesini okudum.
Hepatit A tanısı almış çocuk hastaların demografik, klinik
ve laboratuvar özelliklerinin sunulduğu çalışma, atipik
klinik formlar ve komplikasyonları da kapsamaktadır.
Hepatit A virüs enfeksiyonunun klinik spektrumu asem-
ptomatik enfeksiyondan fulminan hepatite kadar değişir.
Klinik belirtiler hastanın yaşına bağlıdır; küçük çocukların
%30' dan azında semptomatik seyrederken, enfekte eriş-
kinlerin yaklaşık %80' inde belirgin yüksek serum transa-
minaz düzeyleri ile şiddetli hepatit gelişir (2). Yazarların da
ortaya koyduğu gibi relaps yapan ve kolestatik hepatit A'
yı kapsayan atipik formları vardır ve akut böbrek hasarı ile
komplike vakalar bildirilmiştir. Otoimmün hemolitik anemi,
aplastik anemi, pür red cell aplazi, plevral veya perikardi-
yal efüzyon, akut reaktif artrit, akut pankreatit, alkalküloz
kolesistit, monörit ve Guillain-Barré sendromu gibi eks-
trahepatik belirtiler nadiren bildirilmiştir. Fulminan hepatit
nadirdir, %0.015-%0.5 insidansında bildirilmiştir (2).

Fulminan karaciğer yetmezliği, yaygın hepatosellüler
hasar ile karakterizedir. Pediatrik yaş grubunda fulminan
karaciğer yetmezliğinin en sık nedeni hepatit A enfeksiyo-
nudur (3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hepatit A
virüs enfeksiyonunun, fulminan karaciğer yetmezliğinin
en sık saptanan nedeni olduğu sonucuna varılmıştır (4).
Hepatit A virüs enfeksiyonuna bağlı akut karaciğer yet-
mezliği, sık olmayan fakat potansiyel olarak öldürücü bir
hastalıktır. Hepatit A enfeksiyonunun tedavisi yazarların
da belirttiği gibi çoğunlukla destekleyici tedavidir. Ancak
hepatit A enfeksiyonlu hastalarda koagülopati ve ensefa-
lopatinin varlığı ile belirlenen akut karaciğer yetmezliği
geliştiğinde, %50' ye varan oranda mortalite gelişir veya
acil karaciğer transplantasyonu gerektirir. Bu nedenle
hepatitli A enfeksiyonlu hastanın izleminde, kötü prognoz
kriterlerinin belirlenmesi gerekir (5). Makalede de fulmi-
nan hepatit gelişen ve ikisi kaybedilen üç olguda prot-
rombin zamanının çok yüksek olduğu belirtilmiştir.
Hastanın yaşının 4 yaşından küçük olması, ensefalopati-
nin derecesinin fazla olması, INR>4, ALT düzeyi düşük,
bilüribin düzeyinin yüksek olması durumunda karaciğer
transplantasyon yapılmazsa mortalitenin yüksek olduğu
bildirilmiştir (6).

Dr. Gönül Tanır

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,
Ankara, Türkiye
Tel: +90 312 305 61 81
Faks: +90 312 317 03 53
E-posta: gonultanir58@yahoo.com

doi:10.5152/ced.2010.23

Kaynaklar

1. Uluğ M, Yaman Y, Yapıcı F, Uluğ NC. Çocuk Yaş Grubu Akut Viral Hepatit A Olguları ve Komplikasyonlarının İrdelenmesi. Çocuk Enf Derg 2010; 4: 65-70.
2. Jeong SH, Lee HS. Hepatitis A: clinical manifestations and management. Intervirology 2010; 53: 15-9.
3. Santos DC, Martinho JM, Pacheco-Moreira LF et al. Fulminant hepatitis failure in adults and children from a Public Hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Braz J Infect Dis 2009; 13: 323-9.
4. Aydoğdu S, Ozgenç F, Yurtsever S, Akman SA, Tokat Y, Yağcı RV. Our experience with fulminant hepatic failure in Turkish children: etiology and outcome. J Trop Pediatr 2003; 49: 367-70.
5. Taylor RM, Davern T, Munoz S et al. Fulminant hepatitis A virus infection in the United States: Incidence, prognosis, and outcomes. Hepatology 2006; 44: 1589-97.
6. Latif N, Mehmood K. Risk factors for fulminant hepatic failure and their relation with outcome in children. J Pak Med Assoc 2010; 60: 175-8.

Yanıt:

Sayın Editör,

Öncelikle Sayın Tanır'a makalemize yapmış olduğu katkılardan dolayı teşekkür ederiz. Makalemizde de belirttiğimiz gibi çocukluk çağı hepatit A çalışmalarının büyük çoğunluğunu seroprevalans çalışmaları oluşturmaktadır. Bu çalışmada, hastalığın klinik ve laboratuvar verileri ile birlikte atipik klinik formları ve komplikasyonlarına dikkat çekmek istemiştik. Çalışmamızda olgu sayısının yeterli olmasına rağmen, retrospektif karakterde olması çalışmaya bazı sınırlamalar getirmiştir.

Bununla birlikte, ülkemizde geri bildirim sisteminin düzenli olarak çalışmaması nedeniyle hastalığın atipik formları ve komplikasyonlarının gerçek insidansı hakkındaki bilgilerimiz sınırlıdır. Bu amaçla prospektif olarak düzenlenmiş, içerisinde mutlaka Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden bir Devlet veya Çocuk Hastanesinin de yer aldığı geniş serili çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Saygılarımızla,
Dr. Mehmet Uluğ
Dr. Yöntem Yaman
Dr. Ferda Yapıcı
Dr. Nuray Can Uluğ

Dr. Mehmet Uluğ,
Özel BSK Anadolu Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,
Kütahya, Türkiye
Tel.: +90 532 447 57 56
E-posta: mehmetulug21@yahoo.com

Sayın Editör,

Dalgıç ve arkadaşlarının (1) "Is Rotavirus diarrhea a systemic viral infection?" başlıklı çalışmalarını ilgiyle okudum. Rotavirüsler (RV), bebek ve 5 yaş altı çocuklarda görülen ishallerin, özellikle hastane yatışlarına ve bebek ölümlerine neden olan ciddi gastroenteritlerin en önde gelen nedeni olup, Dünyada RV'a bağlı olarak her yıl, 111 milyon evde geçirilen ishal atağı, 25 milyonun hastaneye başvurusu ve 2 milyon hastaneye yatış gereken akut gastroenterit (AGE) ve 5 yaşından küçük çocuklarda 352.000-592.000 (ortalama 440.000) ölüm olduğu tahmin edilmektedir (2). Rotavirüs gastroenteritleri (RVAGE) ülkemiz için de önemli sağlık sorunlarından. Bursa'da yaptığımız prospektif ve çok merkezli çalışmada, Bursa il merkezinde 0-14 yaş rotavirüs gastroenteritlerinin (RVAGE) epidemiyolojik ve klinik özellikleri ve maliyet analizlerinin ayaktan izlenen ve yatan olgular da dikkate alınarak değerlendirilmiş, RVAGE, ayaktan tüm gastroenteritlerin %21'ini, yatan tüm AGE'lerin %28.5'ünü oluşturduğu saptanmıştır (3). Aynı çalışmada beş yaş altında;

RVAGE için yıllık insidans %1.5, polikliniğe başvuran RVAGE'lerde yatış oranı %20, yıllık hastaneye yatış insidansı 293/100 000 bulunmuş ve hiçbir olguda mortalite saptanmamıştır (3). Rotavirüs enfeksiyonu esas olarak intestinal sisteme lokalizedir, ancak nadiren intestinal sistem dışında tutulum gözlenmektedir. Dalgıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ekstraintestinal tutulum olguların %9.6'sında görülmüştür, nörolojik komplikasyon olarak ensefalit, febril konvülsiyon ve aseptik menenjit saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda rotavirüs gastroenteritli olgularda ensefalit, konvülsiyon ve ensefalopati bildirilmektedir (4). Bu olgularda rotavirüs antijeni serumda sıklıkla pozitif bulunurken, beyin omurilik sıvısında (BOS) rotavirüs antijeni ya da polimeraz zincir reaksiyon (PCR) testi her zaman pozitif olarak bulunmamaktadır (5,6). Dalgıç ve arkadaşlarının çalışmasında BOS rotavirüs PCR testinin 2 olguda (%14.2) pozitif olduğu bildirilmektedir. Rotavirüs ilişkili ensefalit ve ensefalopati gibi nörolojik komplikasyonlarda, yüksek doz immunglobulin ve steroid tedavisinin verilmesi tartışmalıdır (7). Ancak, Dalgıç ve arkadaşları nörolojik komplikasyon gelişen olgularının tamamının destek tedavisi ile sekelsiz olarak düzeldiğini belirtmişlerdir. Rotavirüs gastroenteriti seyrinde ya da sonrasında enterik gram negatif bakteriyemi nadiren gelişebilmektedir. Rotavirüs gastroenteritinde patofizyoloji multifaktöryel olup sekonder bakteriyeminin mekanizması tam bilinmemektedir, ancak bakteriyemiye, bakteriyel translokasyonun yol açabileceği düşünülmektedir (8). Dalgıç ve arkadaşları, sekonder bakteriyemi oranını %2.8 (tamamı enterik gram negatif bakteriyemi) olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde Çiftçi ve arkadaşları (9) tarafından yapılan benzer konunun incelendiği bir başka çalışmada ise ciddi rotavirüs gastroenteritli olguların %3.8'inde kan kültür pozitifliği bildirilmektedir. Klebsiella pneumoniae 1 olguda, *Escherichia coli* 1 olguda, *Pseudomonas aeruginosa* 1 olguda ve *Candida albicans* 2 olguda kan kültüründen izole edilmiştir, önceki çalışmalardan farklı olarak, bu çalışmada iki olguda kandidate mi saptanmıştır.

Sonuç olarak rotavirüs gastroenteriti çocukluk çağında sık görülen ve bazen komplikasyon riski taşıyan ve sistemik görünümü enfeksiyon olup, günümüzde etkili ve güvenilir rotavirüs aşılı ile ağır rotavirüs gastroenteriti ve komplikasyonlarından korunma sağlanabilmektedir.

Saygılarımızla,

Dr. Solmaz Çelebi

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye
Telefon: +90 224 295 04 25
E-posta: solmaz@uludag.edu.tr

doi:10.5152/ced.2010.24