

KORONER ANJİYOGRAFİ SONRASI GELİŞEN AKUT - C HEPATİTİ OLGUSU

Salih CESUR*, Aydın ÇİFTÇİ*, Tuncay H. SÖZEN*

* **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları ABD Sıhhiye 06100, Ankara.**

Giriş

Viral hepatit etkeni virüslerin ve bulaş yollarının belirlenmesinden sonra bu bulaşların önlenmesi daha da önem kazanmıştır. Hepatit C virüsüne karşı henüz etkili bir aşı geliştirilememiş olması ve infeksiyonun yüksek oranda kronikleşmesi bu önemi daha da arttırmaktadır. Hepatit C infeksiyonunda kan ve kan ürünleriyle bulaş en sık ve en iyi tanımlanmış bulaş yollarından biridir. Anti-HCV taramaları yapılmadan gerçekleştirilen transfüzyonlardan sonra gelişen hepatit olgularının %90'ından bu yolla bulaşan HCV infeksiyonu sorumludur. Perkutan yolla HCV'nin bulaşma riski %3-4 arasındadır. Epidemiyolojik veriler HCV ile infekte bireylerin büyük bir bölümünde (%20-40) bilinen bulaşma yollarına ilişkin bir kanıtın bulunmadığını göstermektedir. İyi sterilize edilmemiş cerrahi malzemeler (anjyografi kateteri, dişçilikte kullanılan malzemeler) ve ortak kullanılan bazı araçlarla (akupunktur, cam enjektör, traş bıçağı vb.) infeksiyonun bulaşabileceğine dair kanıtlar mevcuttur (1-4).

Olgu:

69 yaşında erkek hasta halsizlik, ciltte ve gözlerde sararma, idrar renginde koyulaşma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden 1 ay önce koroner anjiyografi yapıldığı ve anjiyodan 20 gün sonra hastanın yorgunluk, halsizlik şikayetlerinin başladığı, anjiyografi öncesinde kan transfüzyonu, dış tedavisi yapılmadığı ve eşinde C hepatiti olmadığı öğrenildi. Anjiyografi öncesi karaciğer enzimleri normal iken anjiyografiden 20 gün sonraki enzimleri yüksek saptanması üzerine istenen hepatit markerlerinde anti-HCV'sinin pozitif olarak bulunması üzerine kliniğimize sevk edilmiş. Fizik muayenesinde deri, mukozalar ve konjunktiva ikterik, hepatosplenomegali yok, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde B.K. 6600/mm³, % 77 parçalı, % 18 lenfosit ve % 5 monosit mevcuttu. Sedim 6 mm/saat, idrarda bilirubin 3+, ürobilinojen 2+ idi. Biyokimya testlerinde SGOT: 119 U/L, SGPT: 246 U/L, Total bil.: 8,2 mg/dl, Direkt bil: 5,0 mg/dl idi. Diğer biyokimya testleri normaldi. ELISA: Anti HCV (+), HCV-RNA (+), Anti HBs (-), HBs Ag (-), Anti-HBcIgM (-), Anti-HAV IgM (-) idi. Hastada koroner anjiyografi sonrası Akut Hepatit-C gelişmiş olabileceği düşünüldü.

Tartışma

Hepatit C infeksiyonunda kuluçka süresi 1-26 hafta arasında değişmektedir. Akut C hepatiti tanısında karaciğer enzimlerinin yüksekliği yanısıra HCV-RNA'nın saptanması (genellikle 3. günden itibaren pozitif) gerekmektedir (1). Ülkemizde genel popülasyonda anti-HCV seroprevalansı 1020 kişilik bir çalışmada %1.8 olarak bulunmuştur (5). Hemodialize giren hastalardaki HCV prevalansının %3.9 ile %71 arasında değiştiği bildirilmektedir (6). HCV infeksiyonunun bulaşmasında kan ve kan ürünlerinin anti-HCV yönünden taranması yanısıra hastanelerde kullanılan cerrahi malzemelerin sterilizasyonu da büyük önem taşımaktadır. Özellikle I.V ilaç bağımlıları gibi ortak iğne kullanımı durumlarında HCV geçişinin %50 oranında olduğu belirlenmiştir (1, 7). Anti-HCV pozitif kanla kontamine iğne

batması durumunda infeksiyon riski %3-4 arasındadır (1,8). Açık kalp ameliyatı esnasında kronik C hepatitli bir doktorun beş hastasını infekte ettiği bildirilmiştir (9).

Akova ve arkadaşları üroloji servisindeki 300 hasta ve 24 doktorda yaptıkları bir çalışmada HBV ve/veya HCV pozitifliğini hastalarda %47.4, doktorlarda ise %9.9 olarak bulmuşlardır. HBsAg pozitif olan hastaların %78.9'unda, Anti-HCV pozitif olanların da %100'ünde risk faktörü (renal transplantasyon prosedürleri, sık kan kullanımının, transüretal rezeksiyon veya kateter irrigasyonlarında kanla kontamine solüsyonların kullanımı vb.) taşıdığını tespit etmişlerdir (10). Başka bir çalışmada, kalp ameliyatı olan 500 hastada ameliyat öncesi 12 kişide (%2.4) anti-HCV pozitifliği saptanırken, ameliyat sonrası 19 kişide (%3.9) anti-HCV pozitifliği saptanmıştır (11).

Endoskopi ve cerrahi malzemelerin yetersiz dezenfeksiyonu sonucu hepatit C ve Creutzfeldt-Jakop hastalığına bağlı salgınlar bildirilmiştir. Bu nedenle endoskopi ve cerrahi malzemelerin dezenfeksiyonu için yüksek seviyede dezenfeksiyon yapılmalı ya da steril veya tek kullanımlık yardımcı aletler kullanılmalıdır (12-14).

Fransa'da yapılan bir çalışmada, histeroskop aletlerinde dezenfeksiyondan sonra PCR ile HCV-RNA araştırılmış ve standart dezenfeksiyon kurallarına uyulmasının HCV geçişini ortadan kaldırmada yeterli olduğunu göstermiştir (15).

Hepatit C virüsünün kloroform, formalin, ısı (100 C'de 5 dk) ve propiolakton-ultravirole ışığı ile inaktive edildiği gösterilmiştir. Gaz sterilan ve dezenfektanlar günümüzde en yaygın kullanılan ajanlardır. Kritik alet grubuna giren, doğrudan kan dolaşımına ve steril vücut bölgesine sokulan ve mutlaka steril olması gereken kalp kateteri, kalp pili, cerrahi alet vb. malzemelerin sterilizasyonunda buhar etilen oksit ve sterilanlar kullanılmaktadır (14,16).

Sonuç olarak hastanelerde tekrardan kullanılacak olan cerrahi malzemelerin (anjyografi kateteri, kalp pili vb...) sterilizasyonunda uygun sterilizasyon metodunun seçilmesine, sürenin yeterince uygulanmasına azami özenin gösterilmesinin ve bu malzemelerin kullanılacağı hastaların daha önceden hepatit markerleri, HIV gibi viral markerler yönünden araştırılmasının, bu gibi istenmeyen durumları önleyeceği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Yenen OŞ. Viral hepatitler C. Editörler: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. İnfeksiyon Hastalıkları, 1. Baskı, Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri; 1996: 700-V-X.
2. Tumminelli F, Marcellin P, Rizzo S, et al. Shaving as potential sources of hepatitis C virus infection. Lancet 1995; 345:658.
3. Chan TZ, Wu JC, Yen FS, et al. Injection with nondisable needles as an important route for transmission of acute community-acquired hepatitis C virus infection in Taiwan. J Med Virol 1995;46:247.
4. Piazza N, Borgia G, Picciotto L, et al. Detection of hepatitis C virüs-RNA by PCR reaction in dental surgeries. J Med Virol 1995;45:40.
5. Gürbüz AK, Dogalp K, Gülşen M ve ark. Hepatit C virüs infeksiyonunda aile içi geçiş. Gastroenteroloji, 1993; 4: 405-408.
6. Akkız Hikmet. Epidemiyoloji ve Korunma (HCV'de). Viral Hepatit 98. Kılıçturgay K. (ed). Viral Hepatit Savaşım Derneği 1998; 148-158.
7. Friedmann SL. Liver, biliary tract and pancreas. Current Medral Diagnosis And Treatment. 36 th edition. Tierney ML, Mc FC Stephen, Papadakis AM (eds). Prentice-Hall International, Inc. 1997;612-1999 Apr-Jun;9(2):101-9.
8. Di Bisceglie A.M. Hepatitis C. Lancet.1998;251:351-55.
9. Esteban JI, Gobeze J, Martell M et al. Transmission Of hepatitis C Virus by a cardiac surgeon. N.England. J.Med.1996;334:555-60.
10. Akova M, Öge O, Özen H, Öner S, Bilen CY. Occupational risk of hepatitis B and C infections in urologists. Urol Int 1998; 61(4): 206-9.
11. Donahue JG, Nelson KE, Munoz A, et al. Antibody to hepatitis C virus among cardiac surgery patients, homosexual men and intravenous drug users in Baltimore, Maryland. Am J Epide 1991;134(10):1206

12. Chanzy B, Duc-Bin DL, Rousset B, et al. Effectiveness of a manual disinfection procedure in eliminating hepatitis C virüs from experimentally contaminated endoscopes. *Gastrointest Endosc* 1999 August; 50(2):147-51.
13. Rey JF. Endoscopic disinfection. A worldwide problem. *J Clin Gastroenterol* 1999 Jun;28(4):291-7.
14. Palabıykoğlu İ. Ameliyathanelerin Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyonu. *Flora*, 1997;Vol. 2:236-241.
15. Sartor C, Charrel RN, de Lamballerie, et al. Evaluation of disinfection procedure for hysteroscopes contaminated by hepatitis C virus. *Infect Control Hospital Epidemiol* 1999 Jun; 20 (6): 434-6.
16. Johansson CB. Dezenfeksiyon ve sterilizasyon. Editörler: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. *İnfeksiyon Hastalıkları*, 1. Baskı, Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri, 1996; 223-33.