

(Mikrobiol. Bült - , 16. 279 - 282. 1982)

BİR TOKSİK ŞOK SENDROMU OLGUSU A CASE WITH TOXIC-SHOCK SYNDROME

Mehmet Doğanay * Kureyş Bozkurt**

Şinasi Şahin** Medet Hırçın***

Özet : 46 yaşında kadın hasta, yüksek ateş, ishal, şok nedeni ile tetkik edildi. Olgunun kliniği stafilokokların neden olduğu toksik şok sendromu olarak değerlendirildi ve rapor edildi.

Summary : A 46 years-old female patient was examined because of fever, diarrhea and shock. The case was accepted as toxic shock syndrome due to staphylococcus aureus.

Giriş

Toksik şok sendromu (TSS), Todd ve arkadaşları tarafından 1978 yılında, bir çok sistemleri ilgilendiren ağır bir hastalık tablosu olarak tanımlanmıştır. (1). Bu sendrom ani başlayan yüksek ateş, ishal, şok, deskuamasyon ile sonlanan eritematöz döküntü, konjunktival, orofaringial ve vajinal mukozalarda hiperemi ile karakterizedir. Diğer organlarda karaciğer, böbrekler, adaleler, gastroenterik sistem, kardiyopulmoner sistem ve santral sinir sistemi de hastalığa iştirak edebilir (2, 3, 4). En sık menstruasyon döneminde, özellikle tampon kullanan genç kadınlarda görülmektedir (2, 3). Etiyopatogenezinde stafilokokların ekzotoksinleri sorumlu tutulmakta ve bakteriyeminin görülmediği belirtilmektedir (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Bu yazımızda TSS olarak değerlendirilen olgu, ilginç bulunduğu bildirildi.

(Dergiye verildiği tarih : 20.10.1982)

* : Yrd. Doç. Dr., C. Ü. Tıp F. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği-Sivas

** : Dr. C. Ü. Tıp F. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Asistanı

*** : Dr. C. Ü. Tıp F. İç Hastalıkları Kliniği asistanı

Olgu : F. K. (122808/8.9.1982) 46 yaşında ev kadını. Yüksek ateş, ishal, hipotansiyon şikayetleri ile infeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. Daha önce sağlıklı olan hastanın, yalnızca uzun süreden beri baş ağrısı olurmuş, Baş ağrısı nedeniyle araştırılmış ve organik bir neden bulunamamış. Kliniğimize müracatından bir gün önce eteşi çıkmış, bir kaç kez kusmuş, 4-5 kez sulu kansız mukussuz dışkılaması olmuş. Hastanın bu şikayetleri menstruasyon kanamasının dördüncü günü başlamış.

Fizik muayene bulguları: Şuur açık, koopere, genel durumu bozuk, tansiyonu 60/40 mmHg, nabız 138/dk, ateş 38'c, ekstremit uçları siyanoze ve soğuk, dudaklar siyanoze, konjuntivalar hiperemik. Menenks irritasyon belirtileri yok, gözde muayenesi normal idi. Taşikardisi, takipnesi mevcut. Sağ akciğer kaidesinde kreptan raller alınıyor, barsak sesleri artmış, refleksler ve diğer sistem muayeneleri normal idi. Hastaya cut-down açıldı, santral venöz kateter konuldu, idrar sondası takıldı. Mayi tedavisine başlandı. Septik şok ön tanısı ile kültürler için meteryeller alındıktan sonra sefotaksim (claforan) 8g/gün ve gentamisin 5 mg/kg dozda kombine antibiyotik tedavisine başlandı.

Labaratuvar bulguları (8.9.1982) kan grubu A Rh pozitif, hemoglobin % 12,4 g, eritrosit 5200 000/mm³, lökosit 19000/mm³, lökosit formülü % 8 çomak, % 80 parçalı, % 12 lenfosit, parçalı lökositlerde toksit granülasyon mevcut, trombositlerde azalma, eritrositler normal değerlendirildi. Sedimantasyon 120 mm/1 saat, idrar mikroskopisinde her sahada 15-20 eritrosit, 4-5 lökesit görüldü. BUN % 23 mg, kreatinin % 1 mg, Kan şekeri % 166 mg ertesi gün tekrar edildi % 116 mg bulundu, Na 140 mEq/1, K 4,5 mEq/1, Cl 95 mEq/1, total bilirubin % / 1,5 mg, SGOT 197 ü, SGPT 75 ü, alkalenfostataz 4,3 BÜ, EKG de kalp atım hızı 150/dk, akciğer grafisinde sağ sinus kapalı, sağ alt zonda pnömonik gölge mevcut idi. Alınan kan kültürlerinde ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Boğaz vel dışkı kültürlerinde patojen bakteri izole edilemedi. Vajen kültüründe koagulaz pozitif stafilokok aureus, kandida, beta hemolitik streptokok üredi.

Hastanın mayi tedavisi santral venöz basınca göre ayarlandı. Üç ampul metaraminol % 5 lik dekstroze içinde verildi. Tansiyonun değişmemesi üzerine 75 mg İV prednizolon verildi ve ertesi günde tekrar edildi. Solunum sıkıntısının gelişmesi, şokun devam etmesi nedeniyle hasta dijitalize edildi. 48 saat sonra hastanın tansiyonu 100/50 mmHg çıktı. İlk 24 saatte 200 cc, ikinci 24 saatte 500 cc nin

altında idrar çıkardı. İshali 2-3 kez olmak üzere devam etti. Tedavinin ikinci günü hasta devamlı uyku halindeydi, konjunktivalarda hiperemi arttı, boğazda hiperemi, boyun çevresinde ve göğsün üst kısmında eritem gelişti. BUN % 100 mg, kreatinin % 4,5 mg a çıkması üzerine gentamisin kesildi. Tedavinin 3. günü bu değerlerde artışın devam etmesi üzerine sefotaksim dozu 4 g/gün e düşüldü. Tedavinin 4. günü ateş düştü, tansiyon 110/60 mmHg çıktı ve stabil kaldı. Tekrar edilen göz dibi muayenesinde yaygın retinal kanama odakları tespit edildi. Jinekolojik muayenesi normal değerlendirildi. Tedavinin 1. haftasında hastanın diüresi düzeldi ve poliürisi başladı. Herpes labialis çıktı. Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları tedavinin 4. haftasında tamamen düzeldi, vucutta hafif denkuamasyon, el ve ayak tabanlarında soyulma gözlemlendi. Hasta iyileşerek taburcu edildi.

Tartışma

TSS Todd ve arkadaşları tarafından ilk defa 1978 yılında 8-17 yaş grubunda 7 çocukta tanımlanmış, biri ölümlü, biri ayak baş parmağı gangreni ile sonlanmış (1). Daha sonra bildirilen vakalarda, bu sendromun doğurganlık yaşındaki kadınlarda daha çok görüldüğü, menstruasyonla ilgisi bulunduğu ve tampon kullanımının önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (2, 3, 4). Olgu 46 yaşında olmasına rağmen düzenli adet görmekte ve şikayetleride kanamasının dördüncü günü başlamıştır.

Olgunun ayırıcı tanısında, ishali hipovolemi nedeniyle hipotansiyona neden olabileceği düşünüldü. Hastanın dışkılama sayısı ve volümü fazla değildi. Ayrıca dehidratasyon belirtileride yoktu. Mayi replasmanına rağmen tansiyonda yükselme gözlenilmedi. Olgunun kliniği septik şoku da düşündürmekteydi. Daha önce sağlıklı olan kişilerden menengokoksemi dışında nadiren septisemi gelişebileceği ve çoğunlukla altta yatan bir predispozisyonunun bulunduğu belirtilmektedir (7). Olguda predispozisyon teşkil edecek bir faktör tespit edilemedi.

Olgunun klinik ve laboratuvar bulguları, shands ve arkadaşlarının (3) TSS nun tanımlanmasında esas aldıkları kriterlerle karşılaştırarak, olgu, TSS olarak değerlendirildi. Ekzotoksin ve antikor çalışması yapılamadı. Tedavide ise sefalosporin grubu yeni bir antibiyotik olan sefotaksim kullanıldı.

KAYNAKLAR

1. Todd, J., Fishaut, M. et al: Toxic-shock syndrome associated with phage-group I staphylococci, *Lancet*, 2: 1116, 1978.
2. Davis, J. P., Chesney, J. P. et al: Toxic-shock syndrome: Epidemiologic features, recurrence, risk factors, and prevention, *N. Eng. J. Med.* 303: 1492, 1980
3. Shands, K. N, Schmid, G P., et al: Toxic shock syndrome in menstruating-women: Its associated with tampon use and staphylococcus aureus and the clinical features in 52 cases, *N. Eng. J. Med.*, 303: 1436, 1980.
4. Glasgow, L A: Staphylococcal infection in the toxic-shock syndrome, *N. Eng. J. Med.* 303: 1473, 1980
5. Schlievert, P. M., Shands, K. N., et al: Identification and characterization of exotoxin from staphylococcus aureus associated with toxic-shock syndrome, *J. Infect. Dis.*, 143: 509, 1981.
6. Bennet. J. V: Toxin and Toxic-shock syndrome, *J. Infect. Dis.*, 143: 631, 1981
7. Norrby, S. R., Geddes, A.M.: Management of septicaemia, *Scand J. Infect. Dis Suppl.* 31: 112, 1982