Olgu Sunumu/Case Report *Mikrobiyol Bul 2026;60(4):550-555*/doi: 10.5578/mb.20260446

Geliş Tarihi (Received): 19.02.2026 • Kabul Ediliş Tarihi (Accepted): 24.06.2026

Kuzey Kıbrıs'ta Küba Seyahatiyle İlişkili İlk Chikungunya Olgusu

First Cuba Travel-Associated Chikungunya Case in Northern Cyprus

Kaya SÜER[1](ID), Erden AŞARDAĞ[2](ID), Ahmet BAŞUSTAOĞLU[3](ID), Eylül Beren TANIK[4](ID), Revasiye GÜLEŞEN[4](ID), Ertan DİRENÇ[1](ID), Hülya ARIK[1](ID), Ayşe ARIKAN[5](ID)

[1] Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa.
[1] *Near East University Faculty of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Nicosia, Cyprus.*

[2] İç Hastalıkları Uzmanı Hekim, Lefkoşa.
[2] *Internal Medicine Physician, Nicosia, Cyprus.*

[3] Girne Amerikan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Girne.
[3] *Girne American University Faculty of Medicine, Department of Medical Microbiology and Clinical Microbiology, Kyrenia, Cyprus.*

[4] T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Mikrobiyoloji, Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi, Viroloji Referans Laboratuvarı, Ankara.
[4] *Ministry of Health of the Republic of Türkiye, General Directorate of Public Health, Department of Microbiology, Reference Laboratories and Biological Products, Virology Reference Laboratory, Ankara, Türkiye.*

[5] Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Lefkoşa.
[5] *Near East University Faculty of Medicine, Department of Medical Microbiology and Clinical Microbiology, Nicosia, Cyprus.*

Makale Atıfı: *Süer K, Aşardağ E, Başustaoğlu A, Tanık EB, Güleşen R, Direnç E ve ark. Kuzey Kıbrıs'ta Küba seyahatiyle ilişkili ilk chikungunya olgusu. Mikrobiyol Bul 2026;60(4):550-555.*

ÖZ

Uluslararası seyahatlerin artması, endemik olmayan ülkelerde Chikungunya enfeksiyonlarını daha da önemli hale getirmektedir. *Aedes aegypti* ve *Aedes albopictus* sivrisinekleri tarafından taşınan Chikungunya virüsü (CHIKV); ateş, döküntü, miyalji ve şiddetli artraljiye neden olup son yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Akdeniz havzasında yer alan Kıbrıs; Avrupa, Asya ve Afrika arasında bir geçiş noktası olup adanın güney kesiminde Aedes türlerinin varlığı bildirilmiştir. Buna rağmen Kuzey Kıbrıs'ta bugüne kadar Chikungunya olgusu bildirilmemiştir. Bu raporda, Kuzey Kıbrıs'ta seyahatle ilişkili olarak bildirilen ilk Chikungunya olgusu sunulmuştur. Kırk sekiz yaşında erkek hasta, Küba seyahati sonrasında ateş, halsizlik, yaygın döküntü, baş ağrısı ve şiddetli kas-eklem ağrısı şikayetleriyle hastanemize başvurmuştur. Klinik ve epidemiyolojik bulgulara dayanarak, ön tanı olarak Dang humması, Zika, Batı Nil ve Chikungunya enfeksiyonları düşünülmüştür. Serum örneklerinde Chikungunya virüsüne özgü IgM ve IgG antikorları saptanmıştır. Diğer arbovirüsler için yapılan serolojik ve moleküler testler negatif sonuç vermiştir. Hasta semptomatik tedavi alarak takip edilmiştir. İyileşme 10. gün fark edilirken, eklem ağrıları ve romatolojik şikayetler üç ay sonra tamamen ortadan kalkmıştır. Bu olgu, Kıbrıs'taki seyahatle ilişkili Chikungunya olgularının halk sağlığı açısından bir tehdit oluşturabileceğini göstermektedir. Potansiyel salgınları önlemek için erken tanı, etkili sürveyans, vektör kontrol önlemleri ve toplumun bilinçlendirilmesi kritik öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: *Chikungunya virüsü; vektör kaynaklı hastalıklar; Arbovirüsler; Kıbrıs.*

İletişim (Correspondence): *Doç. Dr. Ayşe Arıkan. Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti.*
Tel (Phone): *+90 (392) 680 2000,* ***E-posta (E-mail):*** *aysearikancy@yahoo.com*

ABSTRACT

Due to increasing international travel, the rise in Chikungunya infections in non-endemic countries is notable. Chikungunya virus (CHIKV), transmitted by *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* mosquitoes, is a significant public health problem characterized by fever, rash, myalgia and severe arthralgia. Cyprus, located in the Mediterranean basin, is a transit point between Europe, Asia, and Africa and Aedes species have been reported in the southern part of the island. Despite this, no cases of Chikungunya have been reported in Northern Cyprus to date. In this report, the first travel-associated case of Chikungunya reported in Northern Cyprus was presented. A 48-year-old male patient admitted to our hospital with the complaints of fever, malaise, widespread rash, headache and severe musculoskeletal pain following a trip to Cuba. Based on clinical and epidemiological findings, dengue fever, Zika, West Nile and Chikungunya infections were considered as preliminary diagnoses. Serum samples showed IgM and IgG antibodies specific for Chikungunya virus. Serological and molecular tests for other arboviruses were negative. The patient was followed up with symptomatic treatment. Improvement was noticed on the 10th day and joint pain and rheumatological complaints completely resolved after three months. This case demonstrates that travel-related Chikungunya cases in Cyprus may pose a public health threat. Early diagnosis, effective surveillance, vector control measures and public awareness are crucial for preventing potential outbreaks.

Keywords: *Chikungunya virus; vector-borne diseases; Arboviruses; Cyprus.*

GİRİŞ

Chikungunya virüsü (CHIKV), Togaviridae ailesine ait, *Alphavirus* cinsine bağlı, zarflı, pozitif polariteli, tek sarmallı bir RNA virüsüdür. Enfekte *Aedes aegypti* ve *Aedes albopictus* sivrisinekleri tarafından insanlara bulaşan enfeksiyon, 4-8 günlük kuluçka süresinin ardından, genellikle ateş, eklem ağrısı ve döküntü şeklinde belirtiler gösterir[1]. Eklem ağrısı ve hareket kaybı gibi belirtiler, enfeksiyondan sonra haftalar veya aylarca sürebilir. CHIKV enfeksiyonunun genel ölüm oranı düşük olmasına rağmen yenidoğanlarda, yaşlılarda ve altta yatan sağlık sorunları olanlarda ağır seyredebilir ve ölüme yol açabilir[1]. Bazı vakalarda kardiyovasküler, merkezi sinir sistemi ve diğer organlarda fonksiyon bozuklukları görülebilir[2,3]. Nükleik asitlerin moleküler testi, enfeksiyonun erken teşhisi için altın standart olmasına rağmen serolojik testler enfeksiyonun daha ileri aşamalarında tanısal değere sahiptir[1].

Eylül 2025 tarihi itibarıyla, 40 ülkede toplam 263.592 şüpheli, 181.679 doğrulanmış CHIKV vakası ve 155 ölüm rapor edilmiş olup bunların arasında yerel ve seyahat kaynaklı bulaşların da yer aldığı görülmüştür[4]. 2026 yılında, Amerika, Asya, Afrika ve Avrupa'da toplam 18 ülkede CHIKV salgınlarının devam ettiği bildirilmiş ve en yüksek vaka ve ölüm sayılarının Amerika'da (n= 32.529/9) kayıtlara geçtiği rapor edilmiştir[5]. Ek olarak 2025 yılında ABD'de seyahatle ilişkili vaka sayısındaki artış (n= 466) ve Chikungunya'nın Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [Centers for Disease Control and Prevention (CDC)]'nin Sarı Kitabı'nda seyahatle ilişkili hastalıklar arasında yer alması nedeniyle, salgın bölgesine giden yolculara sinek ısırıklarından korunma veya aşılama önerilmektedir (https://www.nc.cdc.gov/travel/notices)[6,7].

Kıbrıs, Akdeniz'de yer alan ve Avrupa, Asya ve Afrika arasında bir kavşak konumunda olan bir adadır. Ada siyasi olarak kuzeyde Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) ve güneyde Kıbrıs Cumhuriyeti olmak üzere iki ayrı yönetim altındadır. İki bölge arasında

belirlenmiş sınır kapılarından geçiş yapılabilmektedir. Kuzey Kıbrıs'ta Aedes türü sivrisineklerin varlığına ilişkin veri bulunmamakla birlikte, adanın güneyinde *Aedes aegypti* ve *Aedes albopictus* türlerinin varlığı bildirilmiştir[5]. Son yıllarda, Batı Nil virüsü ve sıtma enfeksiyonlarıyla ilgili olarak her iki bölgeden de vaka bildirilmiştir, ancak Chikungunya vakası bugüne kadar bu bölgelerde rapor edilmemiştir. Bu olgu raporunda, KKTC'de tespit edilen seyahatle ilişkili ilk CHIKV olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

22 Eylül 2025 ile 1 Ekim 2025 tarihleri arasında Küba'ya seyahat eden 48 yaşında erkek bir hasta, adaya dönüşünden iki gün sonra halsizlik, aşırı yorgunluk, şiddetli kas ve eklem ağrısı ile baş ağrısı şikayetleriyle dahiliye uzmanına başvurmuştur. Hasta, Küba seyahat dönüşünden iki gün önce sivrisinek ısırığına maruz kaldığını belirtmiştir. Semptomların ikinci gününde şikayetlerine ek olarak yüksek ateş (39 °C) ve vücutta yaygın döküntü gelişmiştir.

Klinik öyküsü ve semptomlarına dayanarak, ilk muayenesi dahiliye uzmanı tarafından yapılan hasta, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanına sevk edilmiştir. İlk klinik muayenede bacaklarda döküntüler ve iki el parmağında ısırık izleri saptandı. Kollarda, bacaklarda ve karın bölgesinde yamalı, eritemli, makülopapüler döküntüler gözlemlendi (Şekil 1). Hastanın vital bulgular, kardiyovasküler, solunum, karın, nörolojik ve kas-iskelet sistemleri dahil olmak üzere fizik muayene bulguları normal olup lenfadenopati bulunmadı. Hastaya ait önemli bir tıbbi öykü veya altta yatan bir hastalık olmadığı, ancak seyahati esnasında böcek kovucu kullanmadığı belirlendi.



Şekil 1. *Kollarda, bacaklarda ve karın bölgesinde lekeli, eritemli, makülopapüler döküntüler.*

Klinik ve epidemiyolojik bulgulara dayanarak, ayırıcı tanıda Dengue, Chikungunya, Zika ve Batı Nil virüsü enfeksiyonları düşünülürken, döküntü görünümü ile kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, roseola, eritema enfeksiyozum, el-ayak-ağız hastalığı, kızıl, sekonder sifilis, menenjit ve riketsiyal enfeksiyonlar gibi viral ve bakteriyel ekzantematöz hastalıklar düşünülmedi ve bu hastalıklara yönelik tetkikler yapılmadı. Bu doğrultuda, hastanın serum örnekleri arbovirüs enfeksiyonlarının araştırılması için Ulusal Arbovirüs ve Viral Zoonotik Hastalıklar Referans Laboratuvarı (Ankara, Türkiye)'na gönderildi ve hastaya ayaktan semptomatik tedaviye başlandı.

Serolojik analizlerde, serum örneklerinde Flavivirus Profile 2 Dolaylı İmmünofloresans Antikor Testi (IFA), Arbovirüs Ateş Mozaik 2 IFA ve anti-Chikungunya virüsü IFA (Euroimmun, Almanya) test kitleri kullanılarak patojene özgü IgM ve IgG antikorlar tespit edildi. Örnekler 1:100 seyreltmede test edildi ve pozitif ve negatif kontrol serumlarıyla karşılaştırılarak floresan mikroskop altında kalitatif olarak değerlendirildi. Ayırıcı tanının bir parçası olarak, Dengue virüsü, Zika virüsü, kene kaynaklı ensefalit virüsü, Japon ensefalit virüsü ve sarı humma virüsü dahil olmak üzere diğer arbovirüslere karşı serolojik reaktivite araştırıldı. Dengue virüsünün, Chikungunya virüsünün ve Zika virüsünün moleküler tespiti, CDC/Dünya Sağlık Örgütü Trioplex revers transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu [reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR)] protokolü kullanılarak gerçekleştirildi.

Laboratuvar değerlendirmesinde, yüksek C-reaktif protein (CRP) seviyesi (1.53 mg/dL), karaciğer fonksiyon testlerinde hafif artış (aspartat aminotransferaz: 18 U/L, alanin transaminaz: 55 U/L), nötrofilik lökositoz ve trombositopeni (136×10^3/µL) saptandı. Serum örneğinde, CHIKV'ye özgü IgM ve IgG antikorları pozitif saptandı ancak viral RNA tespit edilmedi. Ayrıca, diğer arbovirüs ajanları için yapılan serolojik ve moleküler testler negatif sonuç verdi. *Rickettsia* taraması amacıyla yapılan Weil-Felix testi de negatif bulundu.

Ateş, spesifik antiviral tedavi uygulanmadan, günde üç kez 1000 mg parasetamol ile kontrol altına alındı. İkincil bakteriyel enfeksiyonu önlemek amacıyla günde iki kez Tetradox 100 mg verildi. Hastanın semptomları altıncı gün sonunda iyileşip; vücut sıcaklığı normale (36.5-37 °C) döndü ancak eklem ağrıları, deri lezyonları ve döküntüler devam etmekteydi. Romatolojik tanı araştırmasında antistreptolizin O, romatoit faktör, CRP ve sedimentasyon testleri yapıldı ve tümü negatif bulundu. Alt ekstremitelerin renkli Doppler ultrasonografisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hasta günlük klinik değerlendirmelerle takip edildi. Semptomatik tedavi sonrası 10. günde klinik iyileşme gözlemlendi; ateş tamamen normale (36°C) döndü, döküntüler azaldı ve trombosit sayısı normale (207×10^3/µl) döndü. Eklem ağrıları ise üç ay boyunca devam ettikten sonra tamamen yok oldu.

TARTIŞMA

Kuzey Kıbrıs'ta ilk Chikungunya olgusunun tespiti, adada vektör kaynaklı enfeksiyonların meydana gelebileceğine işaret etmektedir. Uluslararası seyahatlerde görülen artış nedeniyle, endemik olmayan ülkelerde Chikungunya enfeksiyonları giderek daha önemli

hale gelmektedir. Hastanın seyahati sırasında sivrisinek temas öyküsü ve saptanan klinik bulgular, arboviral enfeksiyonları akla getirmiştir. Öncelikle, Dengue, Zika ve Batı Nil virüsü enfeksiyonları, benzer semptomlar gösterdikleri için ilk akla gelen hastalıklar arasında yer almıştır. Bu doğrultuda tetkikler yapılmış ve sonuçlar Chikungunya'yı göstermiştir. CHIKV enfeksiyonunda görülebilen hafif trombositopeni ve yüksek enflamatuvar göstergeler de hastada gözlenmiştir[8]. Birkaç haftadan birkaç aya kadar sürebilen kronik eklem ağrısı ve romatolojik rahatsızlıklar, Chikungunya'nın bilinen komplikasyonlarından olup bu olguda gözlemlenmiştir[8]. Hastalarda romatolojik bulgular bulunmamasına rağmen, uzun süre devam eden romatolojik tutulumlar hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. Bu hastada da eklem ağrıları üç aya kadar devam etmiş, sonrasında tamamen iyileşme olduğu gözlemlenmiştir.

Diğer bir önemli nokta, Chikungunya enfeksiyonunun belirtilerinin dang humması ve Zika'nın belirtileriyle örtüşmesi ve Chikungunya'yı diğer ekzantematöz ve arbovirüs enfeksiyonlarından ayırt etmenin zor olmasıdır. Bu hastanın döküntü şekli ve epidemiyolojik öyküsü nedeniyle kızamık, kızamıkçık, suçiçeği ve parvovirüs B19 enfeksiyonları ayırıcı tanıda daha düşük olasılıklı olarak düşünülmüştür ancak klinisyenler seyahat sonrası ateş ve döküntü şikayetleriyle başvuran hastalarda geniş bir ayırıcı tanı yapmalıdır. Etken, hastalığın ilk sekiz gününde, RT-PCR yöntemiyle serumda viral RNA tespiti veya özgül antikor cevabının tespitiyle saptanabilir[9]. Bu olguda, Chikungunya antikorları hassas ve spesifik IFA tekniği ile tespit edilmiş, ancak viral RNA tespit edilememiştir[9]. Bu durum, yurt dışı analizleri sırasında nakliye gecikmeleri veya saklama koşullarındaki uygunsuzluklara bağlı olarak örneklem kalitesinden kaynaklanabileceği gibi, viremi süresinin kısa olmasından da kaynaklanmış olabilir. Son yıllarda artan arbovirüs enfeksiyonlarının erken ve doğru tespiti için ülkemizde hızlı ve yüksek duyarlılığa sahip PCR tanı kitleri ile tüm genom dizileme tekniklerinin kullanılması bu açıdan büyük önem taşımaktadır.

Olgu, Chikungunya için semptomatik tedavi ve olası ikincil bakteriyel enfeksiyona karşı profilaktik tedavi ile yakın takip edilmiştir. Bunun nedeni, yapılan araştırmaların, zatürre, akut orta kulak iltihabı, sinüzit, konjonktivit ve deri enfeksiyonları gibi bakteriyel enfeksiyonların hastalık sırasında ortaya çıkabildiğini göstermesidir[10]. Ayrıca, adada nadiren de olsa *Rickettsia* enfeksiyonlarının tespit edilmesi, olası bakteriyel enfeksiyonlar açısından antibiyotik proflaksisini gerekli kılmıştır[11,12].

Bu olgu raporunda, ateşli ve döküntülü hastalarda detaylı seyahat öyküsü alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Artan küresel seyahat, endemik olmayan bölgelerde arbovirüs enfeksiyonlarının ülkeler arasında yayılmasına neden olabilir. Bu nedenle, klinisyenler özellikle ateş, döküntü ve şiddetli eklem ağrısıyla başvuran, endemik, tropikal ve subtropikal bölgelerden seyahat etmiş hastalarda Chikungunya ateşini göz önünde bulundurmalıdır. Erken teşhis koymak, gereksiz testleri önleyerek doğru tedaviye olanak tanırken halk sağlığına ilişkin farkındalığı da artırabilir.

Bu olgu raporunda, Kuzey Kıbrıs'ta ilk kez görülen seyahatle ilişkili Chikungunya enfeksiyonu sunulmuştur. Bu olgu sunumu, adada arbovirüs enfeksiyonlarının ortaya

çıkabileceğini, bu nedenle enfeksiyonların yayılımını engellemek amacıyla sürveyans çalışmalarının hızla başlatılmasının, vektör kontrol önlemlerinin uygulanmasının ve toplumun bilinçlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Aydınlatılmış Onam

Bu çalışma için hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Chikugunya. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Chikungunya (Erişim tarihi: 05.05.2026).
2. Kook D, Joe S, Lee JH, Yoo HS. Chikungunya Encephalitis Presenting as Rhombencephalitis. J Clin Neurol 2024; 20(1):106-8. https://doi.org/10.3988/jcn.2023.0151
3. Inban P, Chandrasekaran SH, Yadav PK, Vijayakumar R, Elavia Z, Singh M. A rare case of Chikungunya encephalitis and its management: A case report and literature review. Clin Case Rep 2024; 12(3): e8656. Erratum in: Clin Case Rep 2024; 12(7): e9200. https://doi.org/10.1002/ccr3.8656
4. World Health Organization (WHO). Chikungunya Global Situation. Erişim adresi: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON581 (Erişim tarihi: 05.05.2026).
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chikungunya virus disease worldwide overview. Erişim adresi: https://www.ecdc.europa.eu/en/chikungunya-monthly (Erişim tarihi: 05.05.2026).
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chikungunya in the USA. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/chikungunya/data-maps/chikungunya-us.html (Erişim tarihi: 05.05.2026).
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Areas at risk for Chikungunya. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/chikungunya/data-maps/index.html (Erişim tarihi: 05.05.2026).
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical signs and symptoms of Chikungunya virus disease. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/chikungunya/hcp/clinical-signs/index.html (Erişim tarihi: 11.05.2026).
9. World Health Organisation (WHO). Guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika, and yellow fever. Erişim adresi: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/634a55a5-327e-459b-a633-0650fe8ad6c9/content (Erişim tarihi: 11.05.2026).
10. Sousa Tavares WG, Leite RD, Christofolini DM. Chikungunya fever in hospitalized children and adolescents: Clinical and epidemiological aspects in the region of northeastern SBP 2025;101(3):466-72. https://doi.org/10.1016/j.jped.2025.01.010
11. Ruh E, Aras S, Gazi U, Celebi B, Tosun O, Sanlidag T, et al. Seroprevalence of *Rickettsia*l infection in northern Cyprus: A study among hunters. Trop Biomed 2022; 39(2): 221-5. https://doi.org/10.47665/tb.39.2.007
12. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Diagnosis and Management of Tickborne *Rickettsia*l Diseases: Rocky Mountain Spotted Fever and Other Spotted Fever Group Rickettsioses, Ehrlichiosis and Anaplasmosis- United States. A Practical Guideline for Health Care and Public Health Professionals. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/rocky-mountain-spotted-fever/media/pdfs/2026/01/Diagnosis-and-Management-of-Tickborne-*Rickettsia*l-Diseases.pdf (Erişim tarihi: 12.05.2026).

Bu eser CC BY-NC Atıf-GayriTicari Türev Eser Yaratma 4.0 Uluslararası Lisansı kapsamında lisanslanmıştır.
Veri Paylaşım Beyanı: Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler, makul talepler doğrultusunda sorumlu yazardan temin edilebilir.
©Telif Hakkı 2026 Mikrobiyoloji Bülteni'ne aittir. Makale metnine www.mikrobiyolbul.org web sayfasından ulaşılabilir.