



OLGU SUNUMU

Dr. Öğretim Üyesi Zeynep Çelik

İnönü Üniversitesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

45 yaşında kadın hasta

6 aydır devam eden karın ağrısı, ishal şikayeti ile enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuruyor

Günde 7-8 kez olan sulu dışkılama

6 ayda 4 kg kilo kaybı

Ek hastalık: Karaciğer transplantasyonu, graves hastalığı

Ciprofloksasin-metronidazol kullanım öyküsü mevcut

Kullandığı ilaçlar: Takrolimus 1*5 mg, prednizolon 1*10 mg, asetilsalisilik asit 1*100 mg, levotiroksin sodyum 1*100 mcg, ursodeoksikolik asit 3*250mg

Fizik muayenede batında palpasyonla hassasiyet, defans rebaund saptanmadı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik muayene bulgusuna rastlanmadı.

LABORATUVAR TETKIKLERİ

Lökosit:6490/mm³

Nötrofil:3670/mm³

Lenfosit:1530/mm³

AST:18 U/L

ALT:27 U/L

Total Bilirübin:0,44 mg/dL

Kreatinin:0,87 mg/dL

C-reaktif protein:1,6 mg/dL

Sedimentasyon hızı: 43 mm/saat

DİŞKİ TETKİKLERİ

Boyasız direkt mikroskopi: 40'lık büyütmede eritrosit görülmedi. 5-6 lökosit görüldü.

Gaita kültürü: Üreme olmadı

Enterik Panel Multiplex pcr: Negatif

Dışkıda parazit: Negatif

BATIN ULTRASONOGRAFI

TX karaciğer normal boyutta,homojen parankim ekosunda ve konturları düzenlidir. İntrahepatik safra yolları normal genişliktedir. Ana portal ven ve dalları ile hepatik venler normaldir. Hepatik arter açık izlendi. Safra kesesi izlenmedi.(Opere?) Dalak normal boyutta, homojen parankim yapısında olup konturları düzenlidir. Pankreas,paraaortik alan ve retroperiton **yoğun gaz** nedeni ile değerlendirilemedi. Her iki böbrek parankim ekosu grade I-II artmış olup konturları düzenlidir. Pelvikaliseyal sistemleri normaldir. Taş ekosu izlenmemiştir. **Batın içi serbest mayi saptanmamıştır.** Mesane optimal dolu olmamakla birlikte duvar kalınlığı, ekosu ve konturları normaldir. Lümen içerisinde taş , solid yada kistik yer kaplayıcı oluşum izlenmedi.

17.02.2021 yılında otoimmün hepatit nedeni ile canlı vericili karaciğer transplantasyonu yapılan hasta, 2021 yılından beri 3 ayda bir karaciğer nakil poliklinik kontrollerine düzenli olarak gelmektedir. Takiplerinde rejeksiyon veya nakil ilişkili komplikasyon saptanmamıştır.

Takrolimus 1*5 mg, prednizolon 1*10 mg
Takrolimus düzeyi:5,82 ng/mL(5-20)



İdame doz
immünsüpresif tedavi

KOLONOSKOPI RAPORU

Anal kanal normal, rektosigmoid mukoza ve lümen normal değerlendirildi. Kolon ileuma kadar gidildi. **Terminal ileumda iki adet aftöz ülser lezyon izlendi.** Çekum, çıkan kolon mukoza ve lümenleri normal izlendi. **Transvers kolonda iki adet 0.5-1 cm çaplı ülser lezyon izlendi.** İnen kolon mukoza ve lümenleri normal izlendi. İlgili lezyonlardan biyopsi alındı.

PATOLOJİ RAPORU

İMMÜNOHİSTOKİMYA:

CMV: Transvers kolon örneğinde yaklaşık 9 adet stromal, immün ve endotel hücresinde **nükleer boyanma izlendi**.

HİSTOPATOLOJİK TANI:

1) Terminal ileum, kolonoskopik biyopsi:

- Ülser, ülser zemini, lenfoplazmasiter hücre artışı (şiddetli), kriptit (şiddetli), epitelit (şiddetli),

lenfoid hiperplazi

2) Transvers kolon, kolonoskopik biyopsi:

Ülser, ülser zemini, lenfoplazmasiter hücre artışı (şiddetli), kript apsesi (fokal), eozinofil lökosit artışı

(50/BBA), kript distorsiyonu (hafif), kript drop-out, lenfoid hiperplazi, **glandüler epitelde seyrek**

alanda viral sitopatik değişiklik

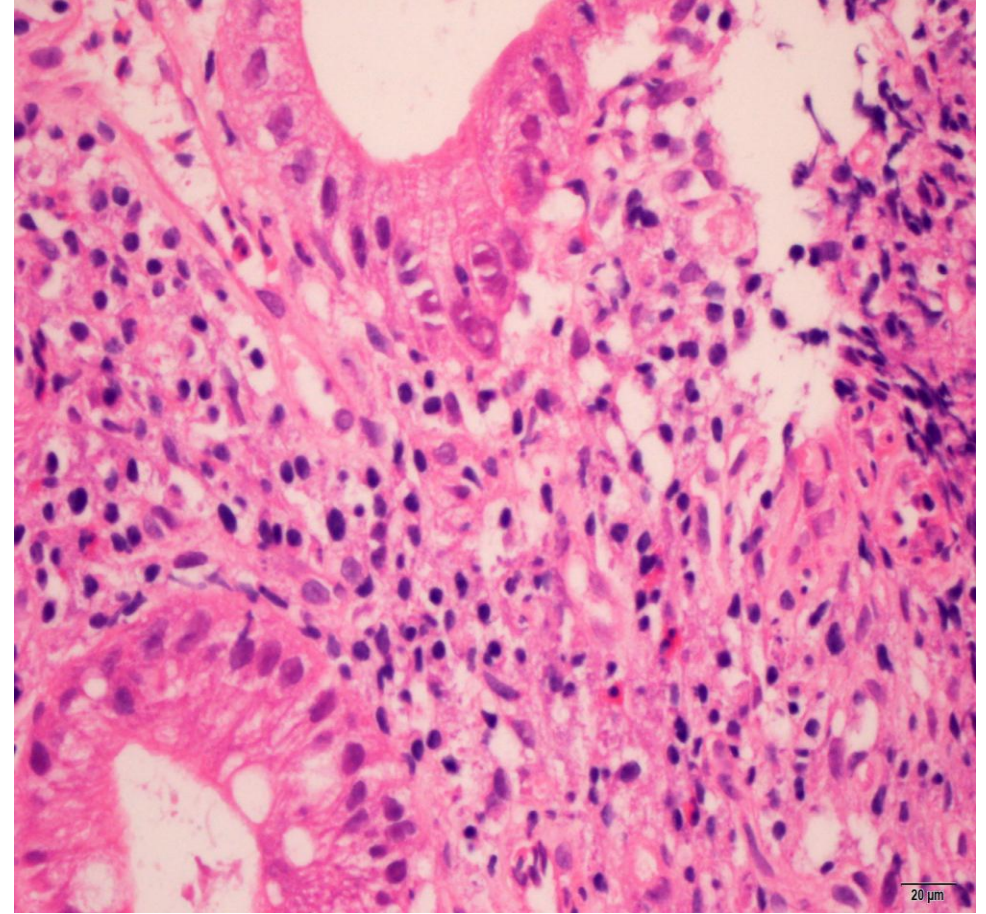
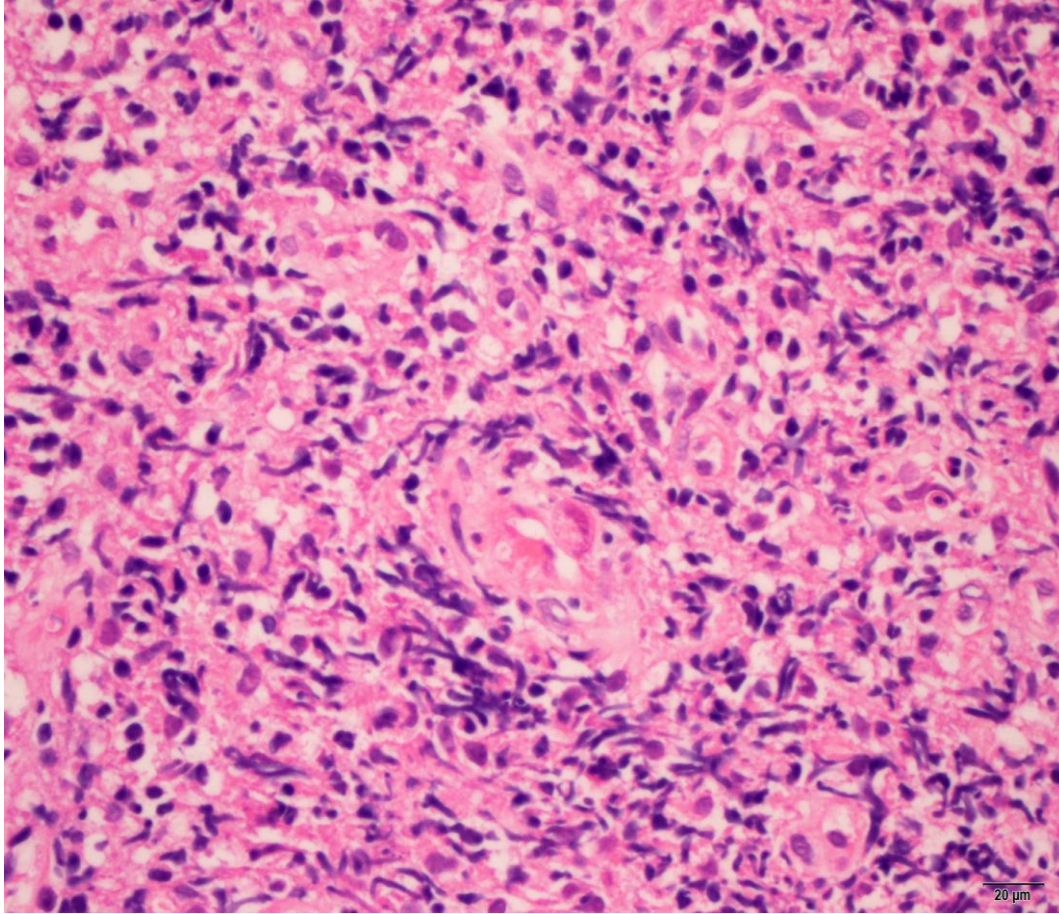
NOT:

Transplant öyküsü olduğu bildirilen olguda transvers kolondan alınan örnekte seyrek glandüler

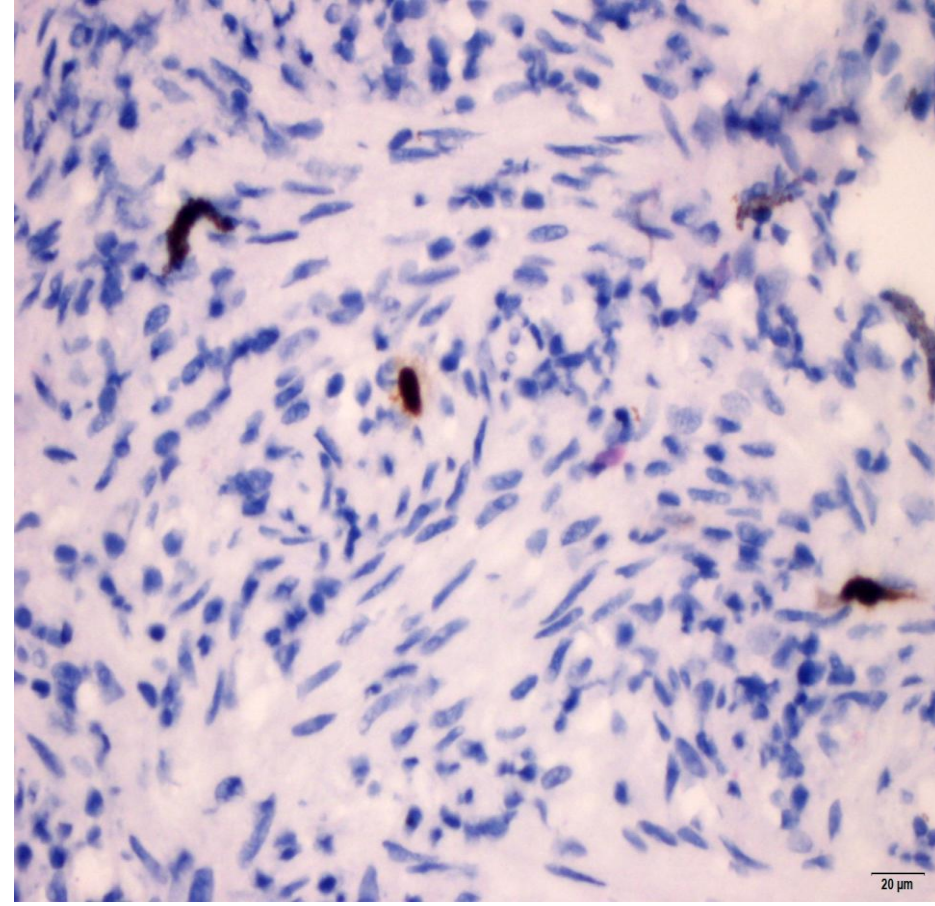
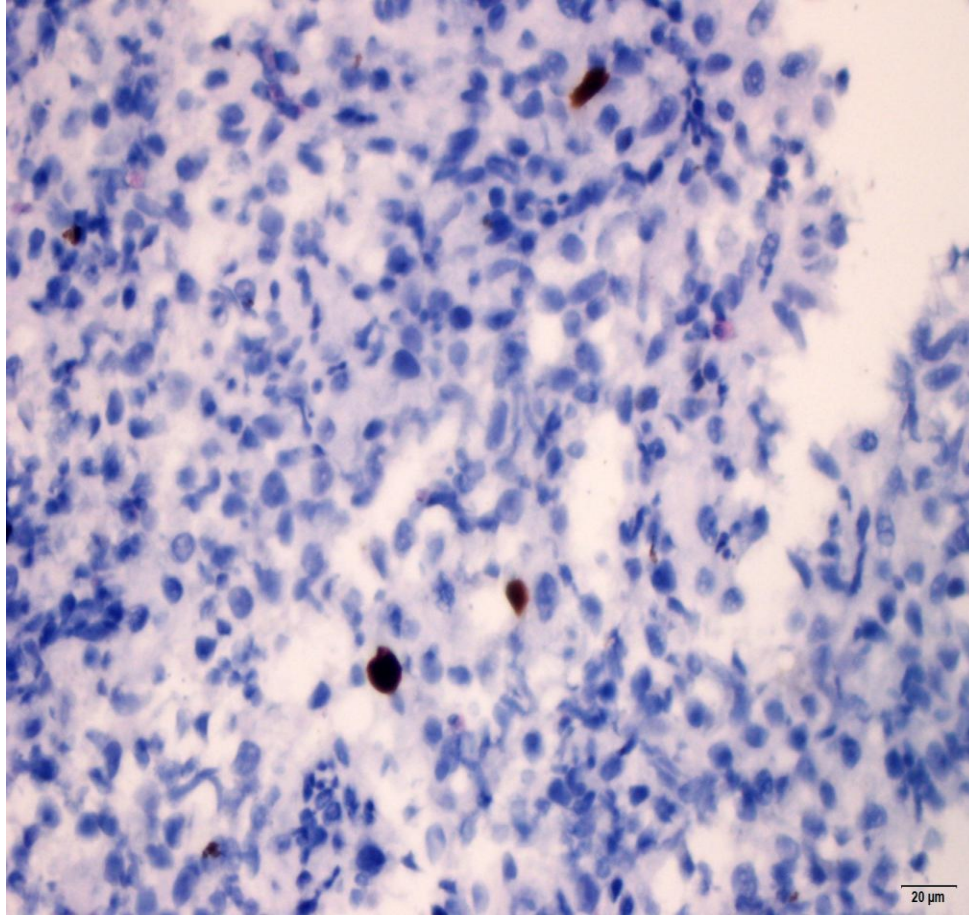
epitel hücresinde viral sitopatik etki ile birlikte CMV immünohistokimyası ile stromal, immün

ve endotelial hücrelerde **nükleer boyanma izlenmiştir**. Olgunun CMV koliti açısından klinik ve

moleküler olarak değerlendirilmesi önerilir.



400'lük büyütmde hemotoksilen&eozin boyası ile sitopatik değişiklik saptanan epitel ve endotel hücresi
Dr.Serhat Toprak'ın izni ile paylaşılmıştır.



400'lük büyütmede immünohistokimyasal boyama ile nükleer boyanma saptanan hücreler.
Dr.Serhat Toprak'ın izni ile paylaşılmıştır.

Parafin dokudan çalışılan doku CMV pcr: Negatif

Kan CMV Pcr: 160 kopya/ml

Nakil öncesi CMV IgG:Pozitif, CMV IgM:Negatif

Donör CMV IgG:Pozitif CMV IgM:Negatif

Hastanın CMV enfeksiyonu öyküsü yok

Nakil sonrası 100 gün valgansiklovir 1*900 mg profilaksi almış, sonrasında kesilmiş.

Gansiklovir 2*5 mg/kg yükleme(14 gün), 1*5 mg/kg idame

Tedavinin 1. haftasında alınan kan kontrol CMV PCR negatifleşti, takiplerinde ishali tamamen düzeldi.

Klinik ve laboratuvar yanıt alınan hastanın tedavisi 28. günde stoplandı.

Hastanın tedavi kesildikten 14. ve 28. günde kontrol poliklinik muayenesi yapıldı, ishal tariflemeyen hastanın ek şikayeti yoktu, kan kontrol CMV PCR negatif olarak saptandı.

30 günlük takibinde allogreft disfonksiyonu gelişmedi.

CMV'ye bağlı semptomatik gastrointestinal sistem tutulumu, solid organ nakli yapılan hastalarda %2-16 oranında gör÷lmektedir.¹

Tayvan'da 2007-2021 yılları arasında yapılan retrospektif çalışmada imm÷nhistokimyasal boyama ile tanı alan 55 CMV koliti hastanın 2'si canlı donör kaynaklı karaciğer nakli hastasıydı. CMV kolitli iki alıcı arasında, birinde CMV viremisi vardı ve diğerinde semptomlar geliştiğinde CMV viremisi yoktu.²

CMV, gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü etkileyebilir; kolit gastrointestinal tutulumunun en yaygın formudur. İnce bağırsak tutulumu ise literatürde bildirilmiş olmakla birlikte, oldukça nadirdir ve tüm gastrointestinal CMV enfeksiyonlarının yaklaşık %4'ini oluşturur. ³

SOT, özellikle karaciğer nakli sonrası, daha önce inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü(İBH) olmayan hastalarda *de novo* İBH gelişimi literatürde tanımlanmıştır.

Primer sklerozan kolanjit ve otoimmün hepatit , karaciğer nakli gerektiren başlıca kronik karaciğer hastalıkları arasında yer alır; her iki hastalık da artmış inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) insidansı ile ilişkilendirilmiştir.⁴

Yapılan diğer bir çalışmada SOT popülasyonunda *de novo* İBH'nin yıllık insidansının 100.000'de 206 vaka olduğunu tahmin edilmiştir, bu oran genel popülasyondaki beklenen insidandan (100.000'de 20 vaka) çok daha yüksektir.⁵

Primer sklerozan kolanjit veya otoimmün siroz nedeniyle nakil yapılan hastalarda, *de novo* İBH, nakil sonrası dönemde CMV enfeksiyonu geçirenlerde daha sık görülmüştür.⁶

DE NOVO IBH???

Otoimmün hepatit?

Yoğun inflamasyon?

Atlamalı tutulum?

İleokolonik Crohn hastalığı?

Gastroenteroloji bölümü tarafından MR enterografi, dışkıda kalprotektin, kontrol kolonoskopi planı mevcut.

KAYNAKÇA

- 1-L. Linares, G. Sanclemente, C. Cervera, I. Hoyo, F. Cofán, M.J. Ricart, F. Pérez-Villa, M. Navasa, M.A. Marcos, A. Antón, T. Pumarola, A. Moreno, Influence of Cytomegalovirus Disease in Outcome of Solid Organ Transplant Patients,, Transplantation Proceedings, Volume 43, Issue 6, 2011, Pages 2145-2148,
- 2- Lin, S.-H., Wu, K.-T., Wang, C.-C., Liu, T.-T., Eng, H.-L., & Chiu, K.-W. (2023). Immunohistochemistry Staining-Proven Cytomegalovirus Colitis in Living Donor Liver Transplantation. *Viruses*, 15(1), 115.
- 3-Lin, S.-H., Wu, K.-T., Wang, C.-C., Liu, T.-T., Eng, H.-L., & Chiu, K.-W. (2023). Immunohistochemistry Staining-Proven Cytomegalovirus Colitis in Living Donor Liver Transplantation. *Viruses*, 15(1), 115.
- 4-Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. N Engl J Med 2002; 347: 417–29
- 5-Daniel D. Hampton, Martin H. Poleski, Jane E. Onken, Inflammatory bowel disease following solid organ transplantation, Clinical Immunology, Volume 128, Issue 3,2008,Pages 287-293,
- 6-Verdonk, R. C., Haagsma, E. B., Van Den Berg, A. P., Karrenbeld, A., Slooff, M. J. H., Kleibeuker, J. H., & Dijkstra, G. (2006). Inflammatory bowel disease after liver transplantation: A role for cytomegalovirus infection. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 41(2), 205–211.

Teşekkürler 😊