



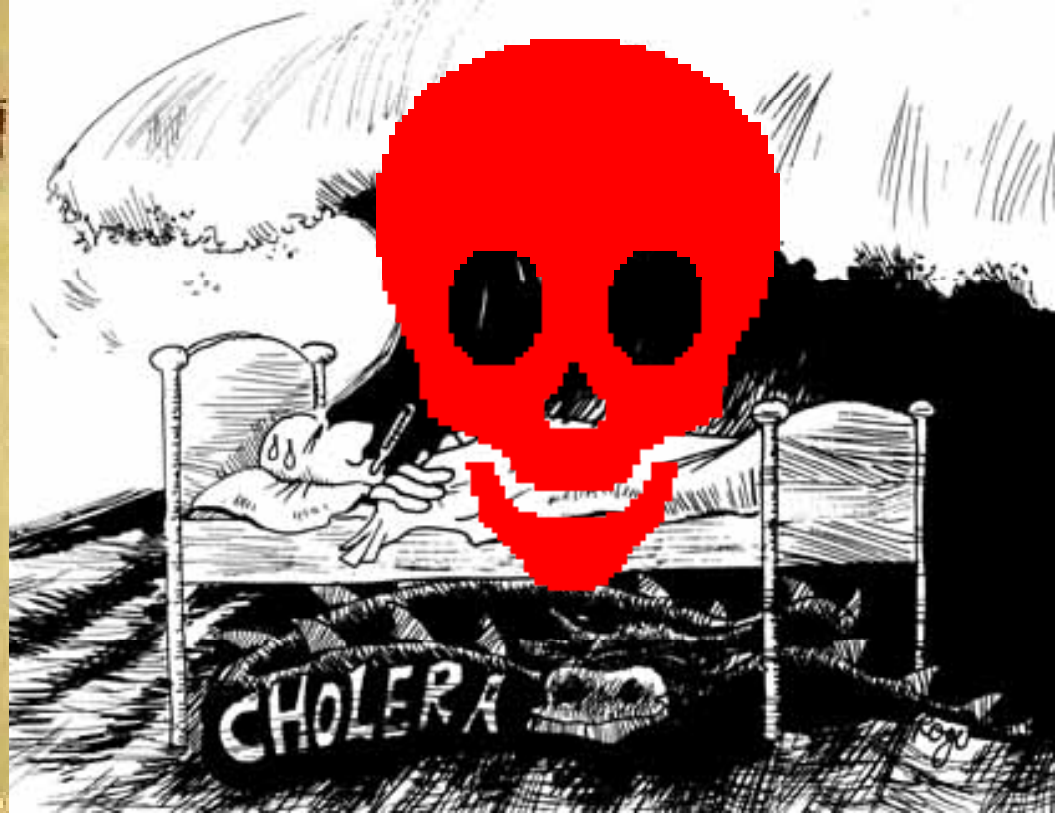
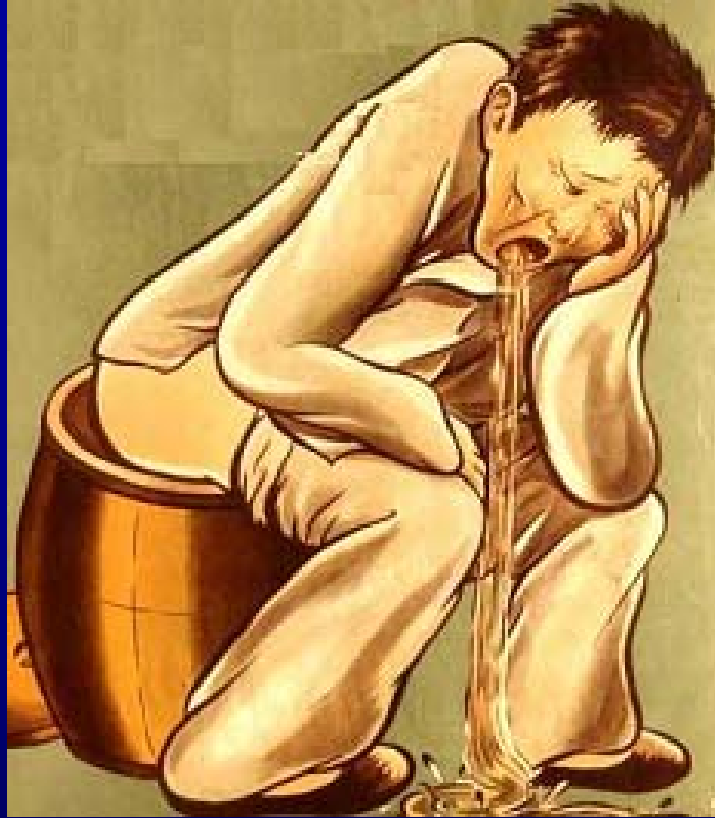
KLİNİK

BELİRTİ ve BULGULAR

KOLERA

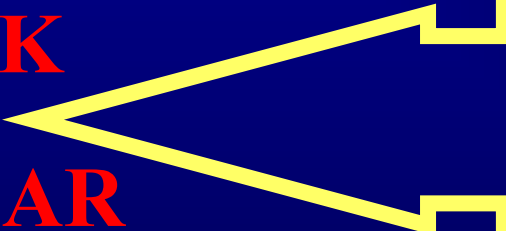
Dr. İsmail Yaşar AVCI

GATA İnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı



Koleranın temel kliniği yoğun ishal ve kusma ile seyreden ve sonucunda gelişen dehidratasyon tablosudur.

KLİNİK FORMLAR



- Asemptomatik
- Kolera diyaresi
- Kolerin
- Cholera gravis
- Cholera sicca
- Tifoid form

Asemptomatik Kolera

Hastanın dışkısında *V.cholerae* bulunmasına, kültürde üretilmesine rağmen hiçbir karakteristik belirtinin bulunmadığı tablo

Genel taşıyıcılık oranı : % 4 (%1-%20)



Kolera diyaresi

Hastalar genelde ayakta dolaşır. Besin zehirlenmesi tarzında 2-3 gün süren az kusma ve hafif ishal kliniği mevcuttur.

İyileşmeleri 3-4 hafta alabilir. Zaman zaman tablo tekrarlar. Bulaşma açısından önemli bir gruptur.

Salgın zamanlarında her ishal vakası kolera için araştırılmalıdır.

Cholera sicca

Koleranın en ağır formudur. Çok hızlı başlar.

Vücut sıvısının aniden barsaklarda toplanması ile kollaps oluşur.

Hasta tedavi şansı bulamadan şok ile ölür.

Tifoid form

Daha çok çocuklarda, nadiren erişkinlerde gözlenen ateş ve bilinç bulanıklığı tifoyu andıran ve karıştırılan formdur.

Kolerin

Kolera Gravis

Kolera acil bir durumdur.

Saatte 1 litreye ulaşabilen sık ve sulu dışkılama gelişen ağır hastalar tedavi edilemezlerse birkaç saat içinde ölürlür.

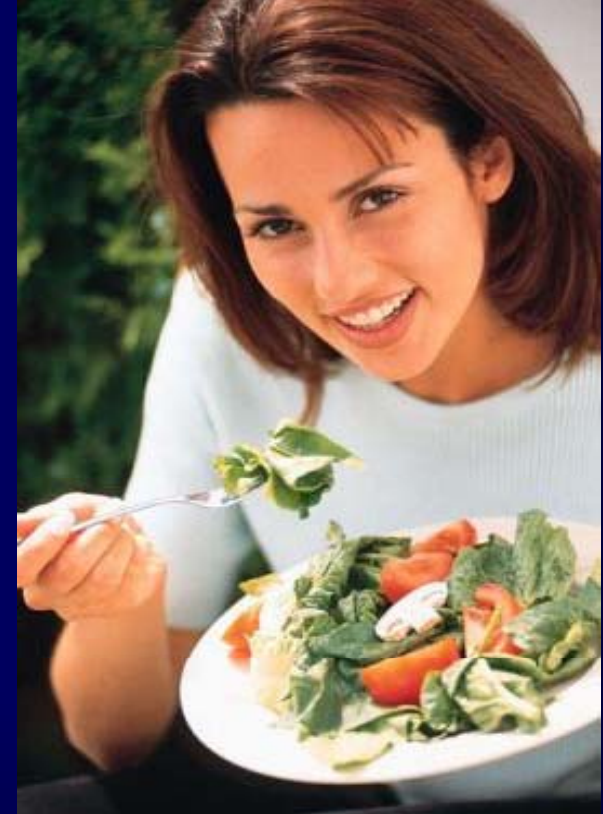
Ölüm dehidratasyon, sıvı – elektrolit kaybı, asit – baz dengesi bozulmasının sonucu kaçınılmazdır.



5 saatten 2-3 güne deęişen bir inkübasyon



**Mide asiditesi, alınan bakteri miktarı
ve alım şekline göre değişir**



Su ile alındığında infeksiyöz doz 10^3 - 10^6 bakteri.

Gıdalar ile birlikte alındığında, 10^2 - 10^4 bakteri yeterli.

İlk belirti peristaltizm artışıdır.

Karında dolgunluk hissi ve gurultu sonrasında yumuşak dışkılama ile başlar.

Dışkı başlangıçta renkli ve kokulu olabilir.

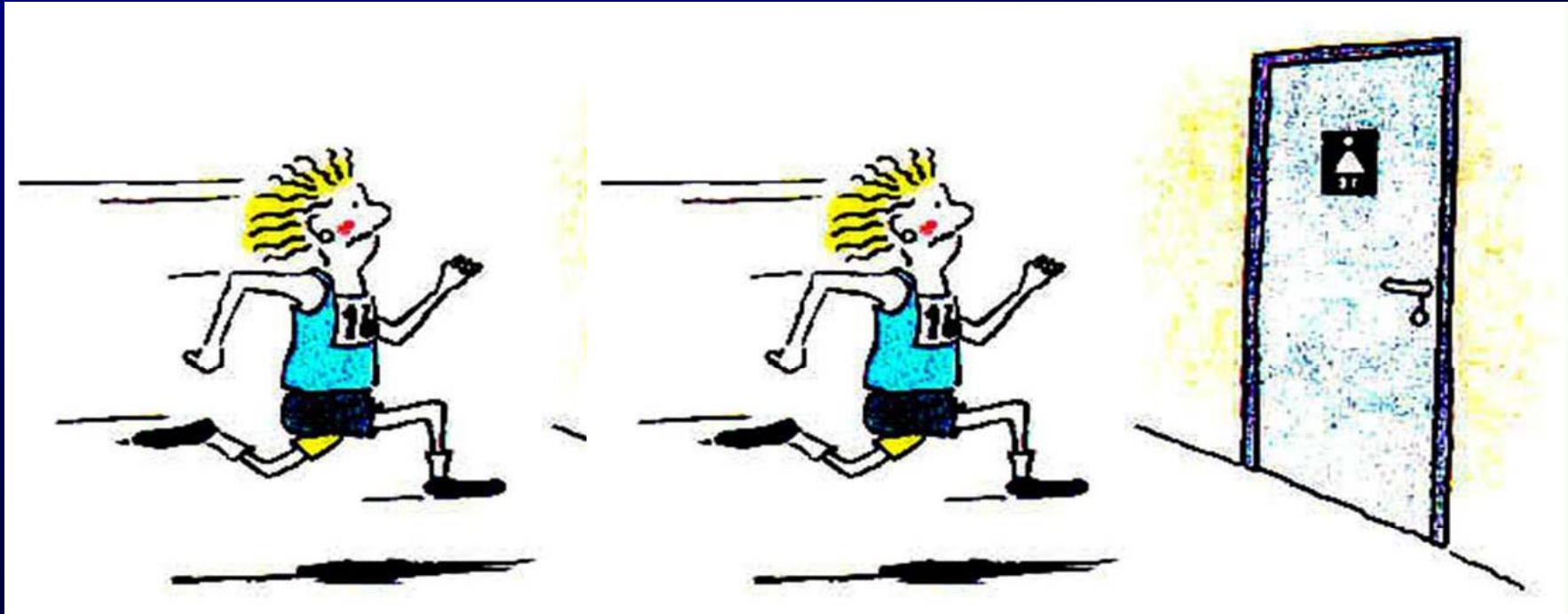


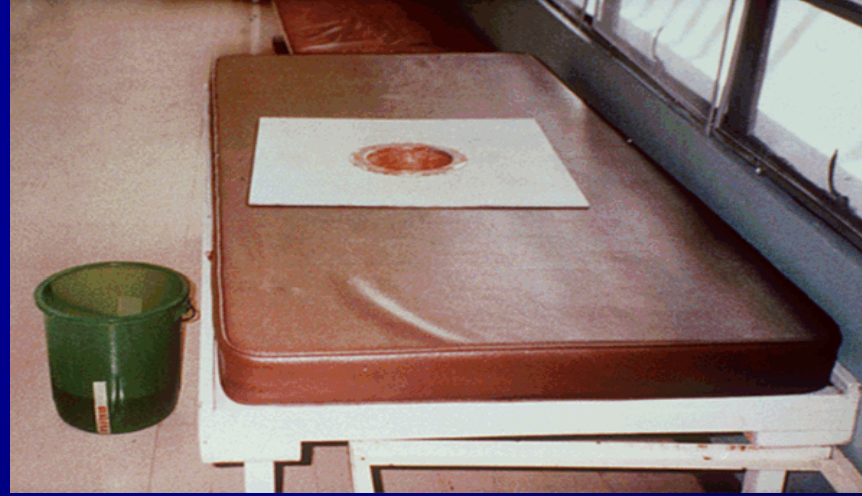
Birkaç dışkılama sonrası tipik pirinç suyu görünümünde, buruntusuz, ağrısız, kokusuz dışkılama olur.



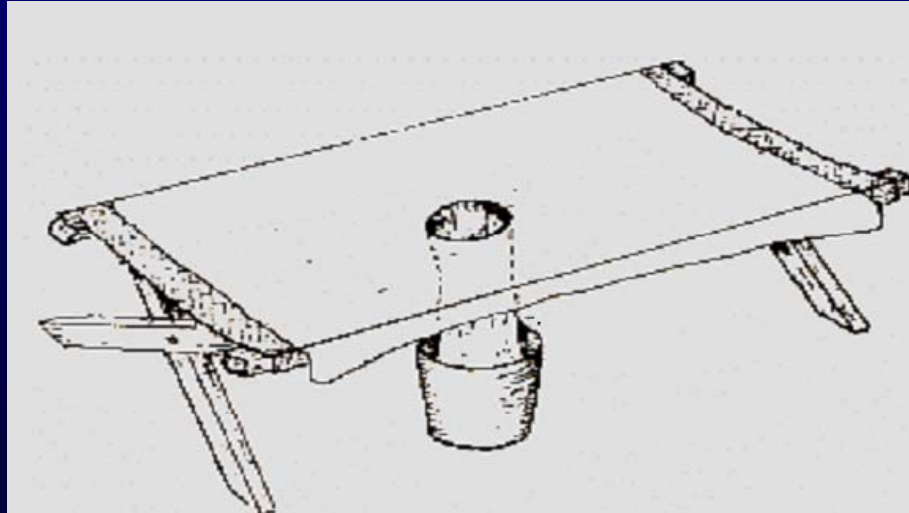
Dışkılama sıklığı günde 20-30 ve hatta daha fazla sıklıkta olabilir. Bazı hastalar tuvalete bile yetişemez.

Ağır olgularda dışkıda kan olabilir.





Sık ve bol dışkılamalı olgularda sıvı takibi için kolera yatağı ve baskül



İshale kusma eşlik edebilir.

Kusma bulantısız ve öğürtüsüzdür.

Kusmuk başlangıçta mide içeriği şeklinde iken giderek renksizleşir

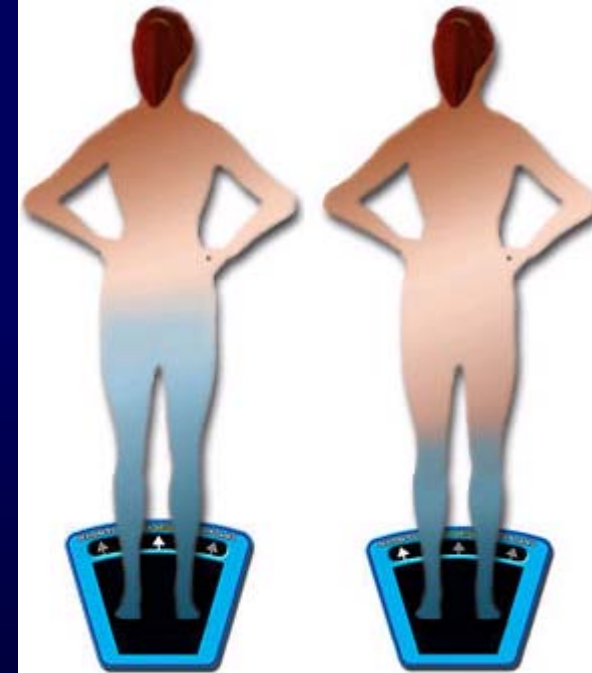


İshal ve kusma sonucu sıvı - elektrolit kaybı

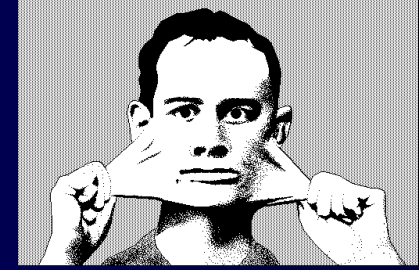
DIŞKININ ELEKTROLİT İÇERİĞİ

Na ⁺	140 mEq/L	(serum ile aynı)
Cl ⁻	104 mEq/L	(serum ile aynı)
K ⁺	13 mEq/L	(serumun 3 katı)
HCO ₃ ⁻	44 mEq/L	(serumun 2 katı)

Klinik tablo dehidratasyonun düzeyi ile direkt olarak bağlantılıdır.



Ağız-dil kuruluğu
susama hissi



Çökük göz ve yanaklar

Cilt bulguları



KVS bulguları

Hipotansiyon - Taşikardi

Hipotermi

(perifer soğuk ama rektal ısı artmış)



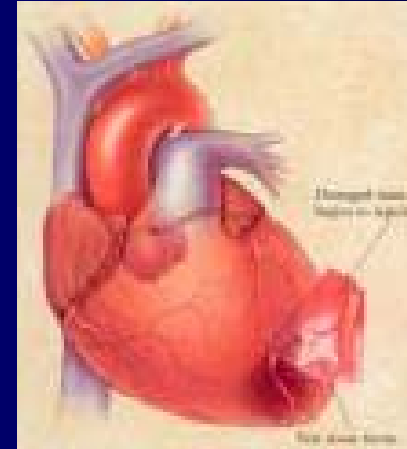
Syanoz



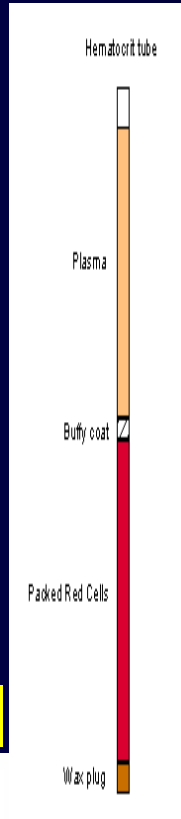
Hipotansiyon

Oligüri/ anüri ➤ ATN

Üre/ kreatinin artışı



Hemokonsantrasyon (yaşlılarda MI)



Blood sample taken



24-hour urine sample collected

Creatinine
Serum creatinine levels are used to measure glomerular filtration rate

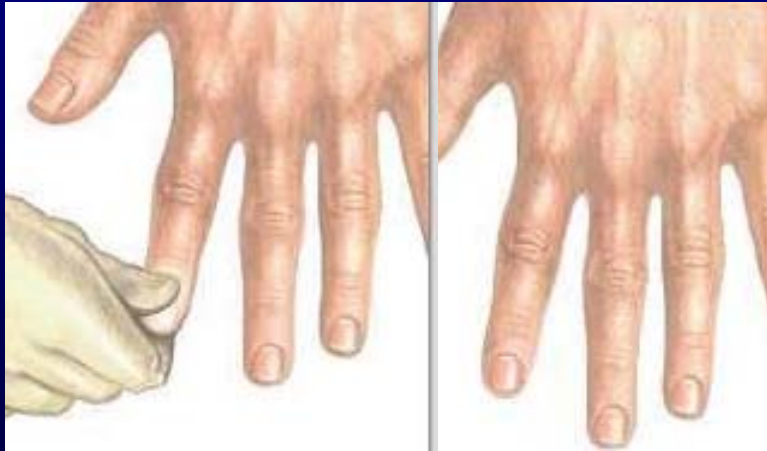
Ses kısıklığı



Kas krampları



Kapiller dolumda bozulma



Şok-Asidoz-Koma



% 60 ÖLÜM

Dehidratasyon

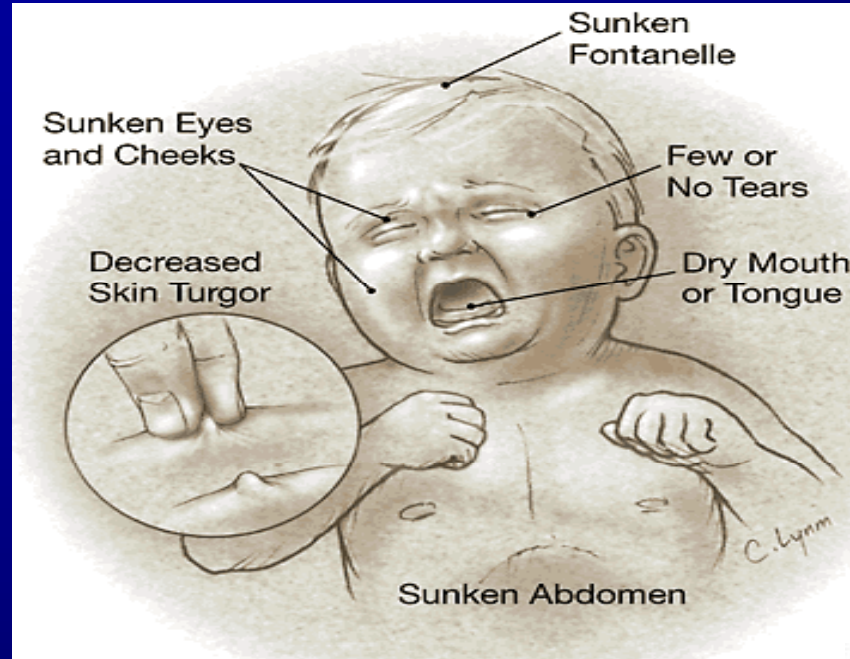


DEHİDRATASYON DEĞERLENDİRİLMESİ

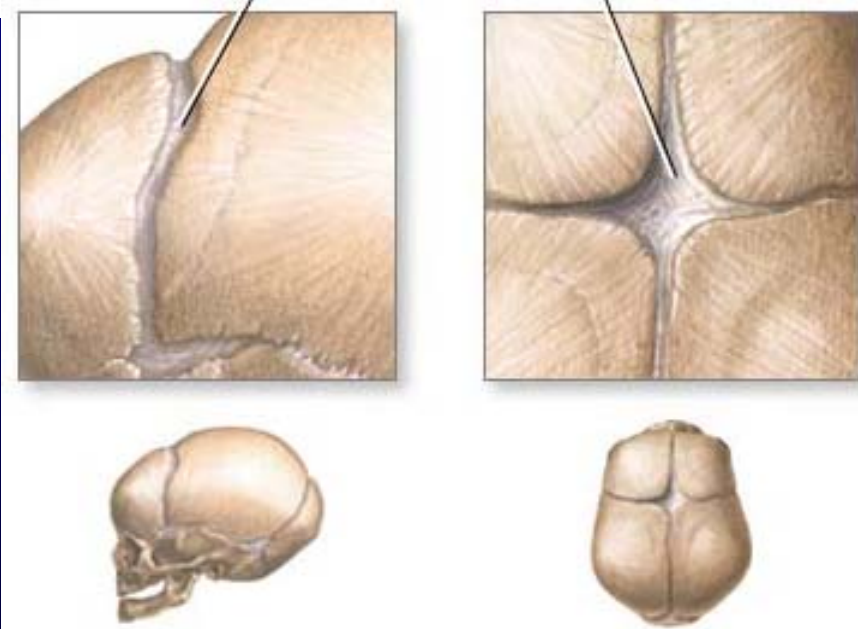
> 5 Yaş



Şuur durumu Gözler Göz yaşı Ağız ve dil Susuzluk hissi Deri turgoru	İyi, uyanık Normal Var Nemli Susuzluk yok, suyu normal içiyor Normal	Huzursuz irritabl ⁺ İçe çökük Yok Kuru Susuz, suyu iştahla içiyor Hafif azalmış ⁺	Letarjik, bilinçsiz ⁺ Kuru Yok Çok kuru Zorla içiyor veya içemiyor İleri derecede azalmış ⁺
Karar	Dehidratasyon Yok.	Hafif dehidratasyon Yukarıdakilerden iki veya daha fazlası ve (⁺)'dan biri varsa	Ağır dehidratasyon Yukarıdakilerden iki veya daha fazlası ve (⁺)'dan biri varsa



Bebeklerde dehidratasyon değ erlendirmesi



Diare dışı vibrio olguları

Vibrio cholerae O1 bakteriyemisi

Vibrio cholerae O1 menenjit

Vibrio cholerae O1 dışı menenjit

Vibrio cholerae O1 dışı serebral abse

Vibrio cholerae O1 serebriti

Lancet 1992;340:910-1.

S Afr Med J 1983;64:405-6.

Emerg Infect Dis 7(6), 2001.

Clin Infect Dis 1994;19:813.

Pediatr Infect Dis J 1996;15:772-3.

Indian J Pediatr. 2002 Oct;69(10):909-10.

Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2001 Aug;20(8):598-600