

15. ULUSAL VİRAL HEPATİT SEMPOZYUMU

26 HAZİRAN 2026

AKUT HEPATİT Mİ?

YOKSA

AKUT ALEVLENME Mİ?

Bir Olgu Üzerinden Tanısal Yaklaşım



Dr. Bilge Katırcı

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Sivas Numune Hastanesi



OLGU

60 yaşında erkek hasta

ÖG: Canlı vericiden renal transplant öyküsü (10 yıl)

FMF tanısı

Adrenal yetmezlik ön tanısı (Şüpheli)

Immünsüpresif tedavi: Tacrolimus ve mikofenolat mofetil

SG: Özellik yok

22.10.2024 TARİHİNDE;

112 ambulansı ile entübe olarak acil servise getirildi.

Anamnezinde; son bir aydır halsizlik, son 10-14 gündür karın ağrısı mevcut. Hastanın dış merkez başvuruları da var (sonuncusu 3 gün önce) bugün gelişen bilinç değişikliği ile 112 aranmış.

FM: Genel durumu kötü, bilinç konfü, hasta ikterik

- Glasgow Koma Skoru: 3
- TA: 60/40 mmHg
- Nabız: 92/dk
- Ateş: 36,9 °C
- SpO₂: %90

YATIŞ LABORATUARI

WBC:16 800 (NE:82) Hgb: 17,6 (11,1 Plt:203 000

AST (U/L) :193 (0-50) ALT:166 (U/L) TBİL:8,13 DBİL:5,76,

Kreatin:3,29 (bazali normal)

CRP:155 Procalcitonin:32

Trop:656 Kontrol:825 Kontrol:2593

INR:2,6 APTT: 52,9 INR:3,37 APTT:179

Hbs ag ve Anti HCV: Yetersiz numune, anti HCV yetersiz numune

Anti hbs: 39,43, Anti-HIV:Nonreaktif

Yatış Abdomen BT lerinde KC parankiminde heterojen dansite özellikleri

NA:40

Child-Pugh:13

İLK DEĞERLENDİRMEDE DÜŞÜNÜLEN TANILAR

Septik şok

Adrenal kriz

Çoklu organ disfonksiyon sendromu

Akut karaciğer hasarı

Kardiyak hasar

İnotropik destek ile anestezi yoğun bakım ünitesine yatırılıyor.

Septik şok ön tanısı ile ampirik ab tedavisi de başlanıyor.

YOĞUN BAKIM YATIŞI ESNASINDA

24.10.2024 YBÜ 'de elisa tekrarında

Hbs Ag:2578 (IU/L)

Anti HCV nonreaktif

HBV enfeksiyonu açısından tanısal gecikme

LABORATUAR SEYRİ

Tarih	AST (U/L)	ALT (U/L)	T.Bil (mg/dL)	D.Bil (mg/dL)	INR
22.10.24	193	166	8.29	5.22	3.15
23.10.24	128	105	6.45	3.80	3.37
25.10.24	105	81	5.89	4.01	–
27.10.24	87	68	5.56	3.30	1.44
29.10.24	65	51	5.51	3.10	–
31.10.24	45	33	4.30	1.55	1.43

***Referans aralıkları:** AST : <50 U/L | ALT : <50 U/L | Total bilirubin : <1,2 mg/dL | Direkt bilirubin <0,3 mg/dL
INR 0,8-1,3

LABORATUAR SEYRİ

Tarih	Albümin (g/dL)	Trombosit (/mm ³)	Prokalsitonin (ng/mL)
22.10.24	3,1	196.000	32
23.10.24	3,0	155.000	–
25.10.24	2,5	36.000	–
27.10.24	2,6	57.000	5
29.10.24	2,4	103.000	–
31.10.24	3,2	192.000	2

***Referans aralıkları:** Albümin: 3,5–5,0 g/dL | Trombosit: 150–400 ×10³/mm³
| Prokalsitonin: <0,5 ng/mL

28.10.2024

ENFEKSİYON HASTALIKLARI DEĞERLENDİRMESİ

GEÇMİŞ SEROLOJİLER:

Yıl	HBsAg	Anti-HBs
2009	Negatif	10,42
2019	Negatif	15,14

- Son 6 yıla ait HBV serolojik verilerine ulaşılamadı.
- Ayrıntılı HBV serolojileri , AFP ve HBV DNA ve HDV-RNA istendi.
- Hepatobilier USG istendi.
- Şiddetli karaciğer tutulumu bulguları ve immünsüpresyon öyküsü nedeniyle antiviral tedavi gereksinimi değerlendirildi.

29.10.2024

HBV-DNA ve HDV-RNA sonuç bekleniyor

Anti HBc total: 0,008 Reaktif (ilk defa bakılmış)

Anti HBc IgM: 0,74 Nonreaktif

Hbe Ag: 3,85 Reaktif

Anti Hbe: 1,16 Nonreaktif

AFP:3,5 ng/mL

NA:30

Child-Pugh:9

BU AŞAMADA AYIRICI TANINIZ NEDİR?

Akut hepatit B enfeksiyonu

Kronik HBV enfeksiyonunun alevlenmesi

HBV reaktivasyonu

Şok karaciğeri

Çoklu organ yetmezliğine sekonder karaciğer hasarı



KLİMİK HBV Uzlaşı Raporu 2023, EASL 2025 ve AASLD 2025 tanımları temel alınarak hazırlanmıştır

	Akut HBV Enfeksiyonu	Kronik HBV Enfeksiyonunda Akut Alevlenme
Önceden bilinen HBV öyküsü	Yok	Olabilir
Risk faktörü öyküsü	Son 6 ay içinde bulaş öyküsü olabilir	Genellikle yok
HBsAg	Pozitif	Pozitif
Anti-HBc IgM	Yüksek titre pozitif	Negatif veya düşük titre pozitif
HBV DNA	Değişken, bazen düşük	Genellikle yüksek
ALT/AST	Sıklıkla >10× ULN	Değişken
Bilirubin	Daha belirgin yükselebilir	Değişken
Karaciğer rezerv bozukluğu	Beklenmez	Eşlik edebilir
Fibrozis/Siroz	Beklenmez	Olabilir
AFP	Genellikle normal	Alevlenmede yükselebilir
İmmünsüpresyon öyküsü	İlişkili değildir	Reaktivasyon lehine

Olgumuz ;

	Akut HBV	Kronik HBV Akut Alevlenme	Reaktivasyon
HBsAg (+)	✓	✓	✓
Anti-HBc IgM negatif	✗	✓	✓
AST/ALT sadece 3-4 × ULN	✗	✓	✓
Bilirubin 8 mg/dL	✓	✓	✓
INR 3,37	✓	✓	✓
Bilinen kronik HBV öyküsü yok	✓	✗	?
Son yıllara ait seroloji yok	?	?	?
Tacrolimus + MMF kullanımı	✗	✓	✓✓

KRİTİK KARAR NOKTASINDA

Yatışında nefroloji tarafından **Allopurinol ve mikofenolat mofetil** tedavileri kesilmişti.

Adrenal kriz/şok olasılığı nedeniyle Endokrinoloji tarafından **deksametazon 2×100 mg** tedavisi başlanmıştı (**50 mg prednizon eşdeğeri**)

HBV DNA henüz çıkmadı

Anti-HBc IgM negatif

Hbe Ag reaktif, Anti-HBe : nonreaktif, Hbs Ag pozitif, Anti HBs
39

Bilirubin 5,5 INR:1,4 AST:65 ALT:51

Kreatin:2,6 (Diyalize girmiyor)

Hastaya bu aşamada tedavi
başlamayı düşünür müydünüz?

Tercihiniz ne olurdu?



EASL 2025, AASLD/İDSA 2025 ve APASL 2021 göre akut viral hepatitte antiviral başlanması gereken durumlar

Rehber önerisi

INR >1.5

Bilirubin >3 mg/dL

Akut karaciğer yetmezliği

Uzamış ağır seyir

İmmünsüpresyon

Şiddetli / fulminan seyir

Hastamız

INR 3.37 (takibinde 1,4)

Bilirubin 8.3 mg/dL (takibinde 5,5)

Renal transplant

Tacrolimus/MMF kullanımı

Yüksek doz steroid maruziyeti

MELD/ MELD-NA:30

Child-Pugh:9

EASL 2025, AASLD 2025 ve APASL 2021 göre kronik hepatit b enfeksiyonu akut alevlenmede antiviral başlanması gereken durumlar

Durum

Hafif alevlenme (ALT yüksek, bilirubin normal, INR normal)

Şiddetli alevlenme (bilirubin >3 mg/dL veya INR >1.5)

Hepatik dekompanseasyon (asit, ensefalopati, varis kanaması)

ACLF gelişimi

İmmünsüpresyon ilişkili reaktivasyon

Antiviral tedavi

Her zaman şart değil, standart kronik HBV tedavi kriterleri değerlendirilir

Tedavi başlanmalı

Tedavi başlanmalı

Acil tedavi başlanmalı

Tedavi başlanmalı

OLGUMUZDA TEDAVİ KARARI

Bu olgu başlangıçta akut HBV enfeksiyonu ile kronik HBV enfeksiyonunun akut alevlenmesi ayrımını düşündürmüştür. Ancak immünsüpresyon öyküsü nedeniyle HBV reaktivasyonu olasılığı da değerlendirilmiştir.

Hastanın mevcut immünsüpresyon öyküsü, yüksek doz steroid maruziyeti ve ilerleyen dönemde immünsüpresif tedavi gereksiniminin devam edecek olması göz önünde bulunduruldu.

Aktif HBV enfeksiyonu ile uyumlu serolojik bulgular ve devam eden karaciğer fonksiyon bozukluğu nedeniyle entekavir 0,5 mg/gün 48 saatte bir başlandı (GFR 30 ml/dk hesaplandı)

Tarih	Sonuç
28.10.2024	HBV DNA: 54.960.000 IU/mL

28.10.2024 HDV RNA: Negatif

03.11.2024 de Hepatobillier USG RnA boyutu 7 mm, parankim ekosu grade 1 artmış, konturları düzgün , parankim yapısı homojen görünümde. KC venokonjesyonda artma, batında serbest sıvı izlendi.

Yüksek HBV DNA düzeyi ile birlikte değerlendirildiğinde, bu bulgular erken antiviral tedavi kararını destekler nitelikteydi.

HASTANIN İZLEMİNDE

08.11.2024 taburcu olmuş, bu esnada hastanın enzim, bilirubin, ınr değerleri normal sınırlarda izleniyor.

02.12.2024 Enfeksiyon poliklinik kontrolünde

Tarih	HBV DNA
24.10.2024	54.960.000 IU/mL
02.12.2024	660.700 IU/mL

07.12.2024 de septik tabloda pnömoni ile yeniden YBÜ' e yatırılmış

Takiplerinde pnömoni ve solunum sıkıntısı nedeni ex olmuş.

SONUÇ OLARAK

Akut HBV enfeksiyonu, kronik HBV enfeksiyonunun akut alevlenmesi ve HBV reaktivasyonu arasında kesin ayrımın yapılamadığı durumlarda tanısal ikilem oluşmaktadır.

Ancak tedavi endikasyonların hızlı değerlendirilmesi, tedavi kararının hızlı alınması hasta açısından önem taşımaktadır.

GÖRÜŞ VE
KATKILARINIZ
İÇİN TEŞEKKÜRLER

✿ Dr. BİLGE KATIRCI ✿