

VAKA TAKDİMİ

SALMONELLA TYPHIMURIUMUN NEDEN OLDUĞU ÜÇ GIDA ZEHİRLENMESİ OLGUSU

Dr. Mehmet BİTİRGEN*, Dr. Emel Türk ARIBAŞ*, Dr. Ekrem ÇOPUR *

* S. Ü. T. F. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakteriyoloji ABD,

ÖZET

Bu yazıda, salmonella typhimuriumun neden olduğu üç gıda zehirlenmesi olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Salmonella Typhimurium, Besin zehirlenmesi.

SUMMARY

Three Case of Food Poisoning Caused By Salmonella Typhimurium.

In this article, three cases of food poisoning caused by salmonella typhimurium has been reported.

Key Words : Salmonella typhimurium, Food poisoning.

GİRİŞ

Salmonella bakterileri ve yaptığı hastalıklar ülke sağlığında ve ekonomisinde büyük önem taşımaktadır (1).

Salmonellalar başlıca 3 tip hastalık yaparlar (1) :

1. Genel infeksiyon niteliğindeki hastalıklar
2. Enterokolitler (Besin zehirlenmeleri)
3. Sepsis ve lokalize organ hastalıkları

Enterokolitler, salmonella infeksiyonlarının en sık görülen şeklidir (1, 2). Salmonella typhimurium (S. typhimurium) ise dünyada enterokolitin oldukça yaygın nedenidir (3).

Bu makalede, S. typhimuriuma bağlı 3 besin zehirlenmesi vakası sunulmuştur.

OLGU 1:

47 yaşında erkek hasta, 3 gün önce sabah gıda (peynir) alımını takiben akşam başlayan ateş, bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı şikayetleriyle İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğine 3459 prot. no ile yatırıldı.

Fizik muayenede; ateş: 36.8 derece, Nabız 90/dk, TA: 150/100 mmHg idi. Karın palpasyonda hassas ve barsak sesleri hiperaktifdi. Diğer sistem muayene bulguları normaldi.

Laboratuvar bulguları; Hb: 13.6 g/dl, Eritrosit: 4.400.000/ mm³, Lökosit: 8900/mm³, periferik yaymada % 24 çomak, % 56 polimorfonükleer lökosit (PMNL), % 8 monosit ve % 12 lenfosit vardı. Kan biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. Gaita şekilsiz, kan ve mukus içermiyordu. Mikroskopisinde bol lökosit saptandı. Gaita kültüründe S. typhimurium üretildi. Yenilen peynirden yapılan kültürde de S. typhimurium izole edildi.

Besin zehirlenmesi tanısıyla takibe alınan hastaya ishal diyeti verildi, yeterli sıvı replasmanı yapıldı ve ampisilin (6 g/gün) başlandı. Tedavinin 5. gününde şikayetleri geçen ve ishali düzelen hasta 7 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

OLGU 2 :

50 yaşında kadın hasta, olgu 1'deki hasta ile aynı yiyeceği yeme anemnezi ve aynı şikayetlerle 3460 prot. no. ile İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğine ya-

tırıldı. Fizik muayenede; Ateş: 36 derece, nabız: 96/dk, TA: 100/50 mmHg, Karaciğer 2 cm. palpabl, barsak sesleri hiperaktif, diğer sistem muayene bulguları normaldi.

Laboratuvar bulguları; Hb: 13.3 g/dl, eritrosit: $4.340.000/mm^3$, lökosit: $10.000/mm^3$, periferik yaymada; % 36 PNML, % 12 çomak, % 8 eozinofil, % 24 monosit, % 20 lenfosit vardı. İdrar muayenesi normaldi. Kan biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. Gaita şekilsiz görünümde, kan ve mukus içermiyordu. Mikroskopisinde bol lökosit vardı. Gaita kültüründe *S. typhimurium* üretildi.

Besin zehirlenmesi tanısıyla hasta takibe alındı. İshal diyeti verildi. Sıvı replasmanı yapıldı. Ampicillin (6 g/gün) başlandı. 3. günde şikayetleri düzelen hasta 7 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

OLGU 3 :

1. ve 2. olgu ile aynı aileden 19 yaşında kadın hasta, aynı anemnez ve şikayetlerle 3461 prot. no. ile yatırıldı.

Fizik muayenede; Ateş: 37 derece, Nabız: 100/dk, TA: 110/50 mmHg, dil hafif kuru, turgor-tonus da hafif azalmıştı. Karaciğer 3 cm. palpabl, barsak sesleri hiperaktifdi. Diğer sistem muayene bulguları normaldi.

Laboratuvar bulguları; Hb: 12 g/dl, eritrosit: $3.910.000/mm^3$, lökosit: $12.600/mm^3$, periferik yaymada, % 60 PNML, % 10 çomak, % 4 monosit, % 16 lenfosit vardı. İdrar muayenesi normaldi. Kan biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. Gaita şekilsiz görünümde ve mikroskopisinde bol lökosit vardı. Gaita kültüründe *S. typhimurium* üretildi.

Besin zehirlenmesi tanısıyla hasta takibe alındı. IV sıvı replasmanı yapıldı. İshal diyeti uygulandı. Ampicillin (6 g/gün) başlandı. Tedavinin 3. gününde tüm şikayetleri düzelen hasta, yatışından 7 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Besin zehirlenmeleri izole sporadik vakalar veya nadiren salgın şeklinde ortaya çıkabilir. 72 saat önce aynı gıdayı yeme anemnezi olan iki veya daha fazla şahısta gastrointestinal veya nörolojik belirtilerle akut hastalık tablosu başlarsa besin zehirlenmesi ta-

nısı düşünülmelidir (4). Bizim 3 hastamızda da aynı gıdanın alınmasını takiben hastalık akut olarak başlamıştır.

Salmonella bakterileri sıklıkla et, yumurta, süt ve bunlardan hazırlanan gıdalarla bulaşmaktadır (1, 4, 5, 6). Bunların dışında birkaç *S. typhimurium* salgınında da çukulata ürünleri infeksiyon kaynağı olarak saptanmıştır (7). Bizim izlediğimiz hastalarla da infeksiyon bir süt ürünü olan peynirden kaynaklanmaktadır.

Salmonellaların neden olduğu besin zehirlenmelerinde karın ağrısı, kusma ve ishal genellikle gıda alımını takiben 6-48 saat içinde gelişmektedir (4). Bizim olgularımızda da bu semptomlar gıdanın alımını takibeden yaklaşık 12 saat içinde ortaya çıkmıştır. İnkübasyon süresi ve semptomlar salmonella besin zehirlenmesi ile uyumludur.

Barsak duvarına invazyon gösteren bakteriyel infeksiyonlardan olan salmonella gastroenteritinde, dışkının direkt mikroskopisinde lökosit görülür (8). Hastalarımızın her üçünde dışkı yaymasında fekal lökosit görülmesi, salmonella gastroenterit lehine değerlendirilmiştir.

Hastalığın kesin tanısı feçes, kusmuk, kan ve artan yiyeceklerin mikrobiyolojik analiziyle konulur. Bunlardan yapılacak kültürlerde ajan patojeni üretmek mümkündür (1, 4). Her 3 hastanın hem dışkısından hem de yedikleri peynirden yapılan kültürlerde *S. typhimurium* üretilerek tanı kesinleştirilmiştir.

Salmonella infeksiyonları altta yatan hastalığı ve immun yetmezliği olanlarda hayatı tehdit edecek kadar ağır seyredebilir (9, 10). Hastalarımızın hiçbirisinde böyle bir durum gözlenmemiştir.

Salmonella besin zehirlenmelerinde hastalık tablosu genellikle 2-7 gün içinde düzelir (1, 4, 8). Bizim olgularımızdan ikisi 3. günde, birisi 5. günde tamamen düzelmiştir. Salmonella gastroenteritinde antibiyotik tedavisi her zaman gerekli değildir. Fakat ihtiyaten bizim olgularımızın üçüne de kültürler alındıktan sonra antibiyotik başlanmıştır.

Gıda zehirlenmelerinin önlenmesi için, yiyecekler uygun şekilde seçilmeli, hazırlanmalı ve

saklanmalıdır (1, 4). Hastalık Kontrol Merkezinin (CDC) raporlarına göre en yaygın hata yiyeceklerin uygun sıcaklıkta depolanmamasıdır (4).

Biz de; hastalarımızda gıda zehirlenmesinin, peynir hazırlanmasında veya muhafazasındaki bazı

hatalara bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, bakteriyel etkenlere ve/veya toksinlere bağlı besin zehirlenmelerinin sayısını azaltmak için yiyeceklerin seçilmesi, hazırlanması ve depolanmasına azami dikkat gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bilgehan H. Klinik Mikrobiyoloji. Özel bakteriyoloji ve bakteri izolasyonları 1. baskı. İzmir: Bilgehan Basımevi, 1986; 31-60.
2. Mosley J G, Chaudhuri A K. Surgery and Salmonella. BMJ 1990; 300: 552-53.
3. Matsushita M, Suzaki T, Hajiro K. Intussusception associated with salmonella typhimurium enterocolitis. Am J Gastroenterol 1994; 89 (8): 1246-48.
4. Tauxe R V, Hughes J M. Food-borne disease In: Mandell G L, Bennett J E, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Disease. 4 th ed. Vol. 1. Churchill Livingstone, 1995; 1012-20.
5. Opal J M, Mayer K H, Roland F, et al. Investigation of a food-borne outbreak of salmonellosis among hospital employees. Am J Infect Control. 1989; 17: 141-47.
6. Mitchell E et al. Large outbreak of food poisoning caused by salmonella typhimurium definitive type 49 in mayonnaise. BMJ 1989; 298: 99-101.
7. Kapperud G, Gusbusen S, Hellesnes A, et al. Outbreak of salmonella typhimurium Infection traced to contaminated chocolate and caused by a strain lacking the 60- megadalton virulence plasmid. J Clin Microb 1990; 28 (12): 2597-2601.
8. Kanra G. Akut gastrointestinal enfeksiyonlar. İçinde: Kanra G, Akalın H E. Enfeksiyon Hastalıkları. 1. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi 1991: 127-151.
9. Wheat L J, Rubin R H, Harris, H S et al. Systemic salmonellosis with disseminated histoplasmosis cause for "macrophage blockade" caused by histoplasma capsulatum. Arch Intern Med 1987; 147: 561-654.
10. Fisch M A, Dickinson G M, Cinave C, et al. Salmonella bacteremia as manifestation of AIDS. Arch Intern Med 1986; 336: 113-15.