

Tanıda gecikilmiş ve yüzde geniş skar bırakmış bir kutanöz leishmania olgusu*A cutaneous leishmania case left a deep scar on the face and delayed at diagnosis*Sevil Alan¹, Cumhuriyet İbrahim Başsorgun²¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antalya² Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Antalya**Özet**

Kutanöz leishmaniasis (KL), enfekte tatarcıkların deriden kan emerken bulaştırdıkları leishmania türlerinin memeli konaklarda oluşturdukları bir hastalık grubudur. Kutanöz morfolojideki çeşitlilikten dolayı KL sık görülen pek çok dermatozu taklit edebilmekte ve endemik olmayan bölgelerde tanı ve tedavide yanılgılara yol açabilmektedir. Gereksiz cerrahi müdahaleler hastalığın alevlenmesine neden olmaktadır. KL lezyonları sıklıkla kendiliğinden gerileme eğiliminde olsa da tedavisiz bırakılan olgular bulaş açısından kaynak ve risk oluşturduğundan ve kozmetik öneme sahip bölgelerde kötü görünümde deriden çökük skar oluşumuna yol açabileceğinden dolayı erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra skar zemininde nadir de olsa bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) gelişme riskinin olması da erken tanı ve tedavinin önemini arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Demir eksikliği anemisi, tiroid.**Abstract**

Cutaneous leishmaniasis (CL) is a disease group created by leishmania species which are transmitted by infected sandflies while sucking blood from the skin in mammal hosts. Due to the variety in cutaneous morphology, CL can imitate several frequent dermatosis, and cause a fallacy in diagnosis and treatment in non-endemic regions. Unnecessary surgical interventions cause the disease to inflame. Cutaneous leishmania lesions deprived of the treatment pose a risk and source for infection. Moreover, untreated CL lesions can cause cutaneously pitted scar formation. Due to these reasons, early diagnosis and treatment have a great importance. Moreover, the risk of BCC and SCC development even rarely on scare basis increases the importance of early diagnosis and treatment.

Keywords: Iron deficiency anemia, thyroid.**Giriş**

Leishmaniasis, leishmania cinsine dahil olan protozoonların etken olduğu, visseral (VL), kutanöz (KL), diffüz kütanöz (DKL) ve mukokutanöz (MKL) olmak üzere 4 formda klinik tablo oluşturabilir. Kutanöz leishmaniasis (KL) diğer adıyla şark çıbanı, enfekte flebotomların deriden kan emme işlemi esnasında bulaştırdıkları leishmania protozoonlarının neden olduğu, deride kötü görünümde elek tarzında skar ve şekil bozuklukları ile seyreden paraziter bir hastalıktır (1). Hastalık Asya, Afrika, Amerikanın güneybatısı, Güney Amerika ve Ortadoğuda endemik olarak görülmektedir (2). KL sıklıkla çocukluk yaş grubunda gözlenir ve daha çok yüz, boyun ve ekstremiteler gibi vücudun açıkta kalan kısımlarında yerleşim göstermektedir. KL lezyonları ilk olarak ısırık yerinde 2 haftadan 3 aya kadar değişen bir kuluçka döneminden sonra küçük eritematöz papül şeklinde başlar. Lezyon genellikle tektir. 6 ay içinde merkezi ülserasyon gösteren ve sınırları genişleyen kabuklu bir nodül haline gelir. Lezyon 8-12 ayda skatris bırakarak iyileşir (3).

Kutanöz morfolojideki çeşitlilikten dolayı, KL sık görülen pek çok dermatozu taklit edebilmekte ve endemik olmayan bölgelerde tanı ve tedavide yanılgılara yol açabilmektedir (4). KL lezyonları sıklıkla kendiliğinden gerileme eğiliminde olsa da tedavisiz bırakılan olgular bulaş açısından kaynak ve risk oluşturduğundan dolayı ve kozmetik öneme sahip bölgelerde kötü görünümde deriden çökük skar oluşumunu önlemek için erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra skar zemininde nadir de olsa BHK ve SHK gelişme riskinin olması da erken tanı ve tedavinin önemini arttırmaktadır (4-6). Tedavide intralezyonel veya sistemik antimon bileşikleri en etkili yöntemdir.

Biz burada 55 yaşında şikayetleri 10 yıl önce başlayan, doğru tanı konulamadığı için doğru tedavi verilmeyen ve gereksiz radikal cerrahi müdahaleler sonucu yüzünde çok geniş skar kalan bir olguyu sunduk.

İletişim Bilgisi / Correspondence

Uzm. Dr. Sevil Alan, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Antalya

E-mail: alan_sevil@yahoo.com

Geliş tarihi / Received: 20.02.2014 Kabul tarihi / Accepted: 04.03.2014

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None



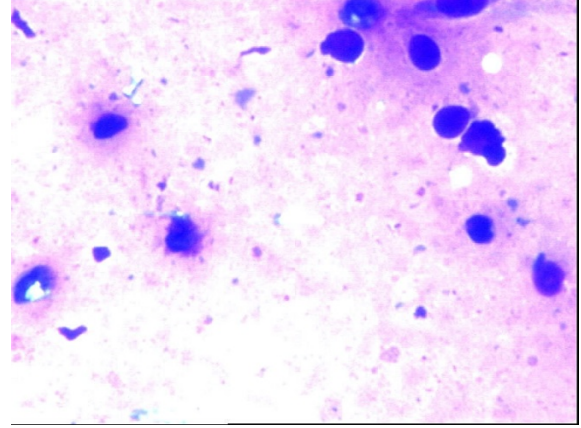


Resim 1. Sağ kulak önü ve sağ yanağın büyük kısmını kaplayan eritemli atrofik skar dokusu ve lezyonun santralinde deriden hafif kabarık 2x2 cm boyutunda ülser.

Olgu

55 yaşında kadın hasta, bize başvurduğunda sağ kulak önü ve sağ yanağın büyük kısmını kaplayan eritemli atrofik skar dokusu ve lezyonun santralinde deriden hafif kabarık 2x2 cm boyutunda ülser mevcuttu (Resim 1). Yakınmaları ilk olarak 10 yıl önce sağ kulak önünde deriden kabarık sivilce benzeri kızarıklık olarak başlamış ve giderek etrafa doğru genişlemiş ve lezyon merkezinde ülserasyon belirmiş. Deri biyopsisi ve yapılan histopatolojik inceleme sonucu derin mikozla uyumlu gelmiş. Bunun üzerine hastanede yatırılarak tedavi başlanmış. Ülserasyonda ve kızarıklıkta gerileme olması üzerine taburcu edilmiş. 2008 yılında lezyon tekrar büyümeye başlamış. Plastik cerrahi kliniğinde tanı ve tedavi amaçlı lezyonun tamamına yakını eksizye edilmiş.

Lezyon santralindeki ülserden smear yöntemiyle aldığımız seröz sıvıdan yapılan tzanck yaymasında promastigotlar gözlemlendi (Resim 2). NNN besiyerine ekim sonucu leptomonas üremesi gözlemlendi. Leishmania ve SHK öntanılarıyla gönderilen biopsi materyalinin histopatolojik bulguları 2008 yılındaki sonuca benzer şekilde anjiyolenfoid hiperplazi olarak geldi. Bu uzun dönem KL lezyonlarında gözlenebilen bir bulgudur. Hasta hospitalize edilerek parenteral glukantim tedavisi verildi. Tedavi bitiminde skar merkezindeki ülserasyon tamamen geriledi.



Resim 2. Lezyon santralindeki ülserden smear yöntemiyle alınan seröz sıvıdan yapılan tzanck yaymasında promastigotlar.

Tartışma

KL ülkemiz de dahil olmak üzere dünyanın birçok yerinde önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilir (7). Tanıda gecikmeler, yanlış medikal tedavi veya gereksiz cerrahi müdahaleler sonucu istenmeyen skar oluşumuna yol açabilmektedir (8,9).

Dermal kazıntı tzanck smear tanıda en basit ve güvenilir yoldur (7). Dermal kazıntı yaymasında parazitin gösterilemediği durumlarda ise histopatolojik inceleme, kültür ve PCR gibi daha ileri tetkiklere gereksinim duyulabilir (4,5). KL tanısı endemik bölgelerde ve tipik vakalarda oldukça kolaydır. Fakat KL'nin çok geniş bir klinik spektrumu vardır ve birçok dermatozu taklit edebilmektedir (10). Deri bulgularının çeşitliliği ve sık rastlanmayan klinik prezentasyonlar özellikle endemik olmayan bölgelerde deneyimsiz hekimlerin tanıda yanılmalarına neden olur (10). Yanlış tanı gereksiz medikal tedavi ve cerrahi müdahalelere yol açabilir (3).

KL'nin tedavisinde amaç mukozal invazyonu önlemek, deri lezyonlarının iyileşmesini hızlandırmak, ve şekil bozukluğu yapan skar gelişimini önlemektir (4). Pentavalent antimonials, örneğin meglumine antimoniate (glukantim), KL'nin tedavisinde en sık tercih edilen ajandır. KL yapan leishmania türüne ve hastalığın klinik bulgularına göre sistemik veya intralezyonel metod tercih edilir (11,13). Glukantim'in intralezyonel verilmesi daha çok tercih edilen bir tedavi şeklidir. Çünkü

intralezyonel uygulamada sistemik yan etki sıklığı çok düşüktür (14).

Olgumuzda 10 yıl boyunca uygulanan yanlış medikal tedaviler ve gereksiz cerrahi müdahaleler sonucu sağ yanağın neredeyse tamamını kaplayan geniş bir skar dokusu oluşmuştur. Skar dokuları sadece kozmetik açıdan sorunlara yol açmayıp aynı zamanda uzun vadede üzerinden gelişebilecek BCC ve SCC gibi deri tümörleri açısından normal deriye göre artmış risk taşıyan lezyonlardır.

Sonuç olarak son yıllarda non-endemik bölgelerde de görülme sıklığında belirgin artış olan KL birçok dermatolojik hastalığı taklit edebilen ve yanlış medikal tedavi ve cerrahi müdahaleler sonucu deride skar oluşumuna yol açabilen bir protozoonal hastalıktır. Özellikle endemik olmayan bölgelerde klinisyenlerin ayırıcı tanıda düşünceleri ve şüpheli lezyonlardan smear alarak tzanck yayması yapmaları önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Koff AB, Rosen T. Treatment of cutaneous leishmaniasis. J Am Acad Dermatol 1994;31:693–708.
2. Hepburn NC. Cutaneous leishmaniasis. Clin Exp Dermatol 2000; 25:363–70.
3. Saab J, Fedda F, Khattab R, Yahya L, Loya A, Satti M et al. Cutaneous leishmaniasis mimicking inflammatory and neoplastic processes: a clinical, histopathological and molecular study of 57 cases., J Cutan Pathol 2012; 39(2):251-62.
4. Aytekin, Se. Kutanöz Layşmanyaziste Tedavi Yaklaşımları. Turkderm 2009; 43(2):44-7.
5. Masood S, Naveed S, Alvi RU. Infiltrated leishmaniasis recidivans cutis on the face: a rare clinical presentation. Trop Doct. 2012;42(2):120-1.
6. Esfandiarpour I, Farajzadeh S, Rahnama Z, Fathabadi EA, Heshmatkhah A. Adverse effects of intralesional meglumine antimoniate and its influence on clinical laboratory parameters in the treatment of cutaneous leishmaniasis. Int J Dermatol 2012;51(10):1221-5.
7. Seyhan T, Borman H, Durdu M. Cutaneous leishmaniasis: A diagnostic challenge for plastic surgeons. Eur J Plast Surg 2009; 32(2):87-93.
8. Karamian M, Motazedian MH, Fakhar M, Pakshir K, Jowkar F, Rezanezhad H. Atypical presentation of Old-World cutaneous leishmaniasis, diagnosis and

species identification by PCR. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22:958.

9. Salmanpour R, Handjani F, Zerehsaz F, Ardehali S, Panjehshahin MR. Erysipeloid leishmaniasis: an unusual clinical presentation. Eur J Dermatol 1999; 9:458.

10. Ceyhan AM, Meriç G, Aynalı G. A case of cutaneous leishmaniasis mimicking squamous cell carcinoma. Türkderm 2012;46(1):44-6.

11. Salman SM, Rubeiz NG, Kibbi AG. Cutaneous leishmaniasis: clinical features and diagnosis. Clin Dermatol 1999; 17:291.

12. Camargo LB, Langoni H. Impact of leishmaniasis on public health. J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis 2006; 12:527–48.

13. Minodier P, Parola P. Cutaneous leishmaniasis treatment. Travel Med Infect Dis 2007; 5:150–8.

14. Khatami AR, Firooz AR, Gorouhi F, Dowlati Y. Treatment of acute Old World cutaneous leishmaniasis: a systematic review of the randomized controlled trials. J Am Acad Dermatol 2007; 57:335.e1–335.e29.

