

Sık Rastlanan ve Sık Atlanan Hastalık Uyuz: Olgu Sunumu

Common and Frequently Overlooked Disease Scabies: Case Report

Erhan Şimşek¹, Ahmet Keskin¹, Basri Furkan Dağcıoğlu¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öz

Uyuz, zorunlu insan paraziti olan *Sarcoptes scabiei var. hominis*'in neden olduğu kaşıntılı bir deri hastalığıdır. Tüm dünyada yaygın görülen en kaşıntılı dermatozlardan olan uyuz, özellikle geceleri şiddetlenen kaşıntı yanında polimorfik döküntü ve süperenfeksiyonlarla karakterize bir klinik tablodur. Dünya çapında yıllık yaklaşık 300 milyon vaka olduğu tahmin edilmektedir. Etkenin saptanmasındaki zorluktan ve atipik klinik prezentasyondan kaynaklanan tanı güçlükleri olabilmektedir. Olgumuzda 3 yaş 9 aylık kadın hasta yaklaşık 2 aydır tüm vücutta, gece ve gündüz olan şiddetli kaşıntı ve döküntü şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsü alınan ve muayene edilen hastaya uyuz hastalığı tanısı konuldu ve tedavisi verildi. Bu olgu sunumuyla, sık karşılaşılan ancak sık atlanan uyuz hastalığına dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar kelimeler: Uyuz, kaşıntılı cilt hastalıkları, dermatozlar

Abstract

Scabies is an itchy skin disease caused by *Sarcoptes scabiei var. hominis*, an obligate human parasite. Scabies, one of the most pruritic dermatoses worldwide, is a clinical condition characterized by polymorphic rash and superinfections, as well as intense irritation, especially at night. It is estimated that there are about 300 million cases worldwide annually. There may be diagnostic difficulties due to the complexity in detecting the agent and the atypical clinical presentation. In our case, a 3 years 9 months old female patient was admitted to our outpatient clinic with a complaint of severe itching and rash all day in her body for 2 months. The patient, whose medical history was taken and examined, was diagnosed with scabies and treated. By this case report, we aimed to draw attention to the common but frequently overlooked scabies disease.

Key words: Scabies, pruritic skin diseases, dermatoses

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Erhan Şimşek

e-posta: erhansim_2010@yahoo.com

Geliş Tarihi: 08.03.2019

Kabul Tarihi: 12.03.2019

Giriş

Uyuz hastalığı; kaşıntılı döküntülerle seyreden, insandan insana bulaşmanın olduğu, sıklıkla toplu yaşam alanlarında ve daha çok kış aylarında yaygın görülen parazitik bir hastalıktır. Uyuz ilkçağlardan beri bilinmektedir. Bonomo, etkeni ilk defa 1687 yılında saptamıştır. Uyuz etkeni olan *Sarcoptes scabiei var. hominis* artropod sınıfından bir akardır. Sarkopt ve skabies terimleri Yunancada sarx (et), coptein (kesen) scabere (kaşınmak) kelimelerinden türemiştir. Tüm etnik ve sosyoekonomik gruplar dahil olmak üzere tüm dünyada görülür. Dünya çapında yıllık yaklaşık 300 milyon olgu olduğu tahmin edilmektedir.¹⁻² Üçüncü dünya ülkeleri, tropikal ve subtropikal ülkelerde endemiktir. Kışın daha yaygın olarak görülmekle birlikte bahar aylarında da sıklığı artar, bunun nedeni kışın kalabalık ortamlarda daha uzun süre bulunma ve soğuk ortamda akarın daha uzun yaşayabilmesidir. Bazı kırsal ve yoksul topluluklarda görülme sıklığı %10'a ulaşır ve vakaların %60'ı çocuktur. Endemik olduğu

yerler dışında her 7 yılda bir dalgalanma (7 yıllık kaşıntı), bazı bölgelerde 15-25 yılda bir pik ve savaşılar süresince artışlar bildirilmiştir.³⁻⁵ Bununla birlikte aşırı kalabalık, göç, kötü beslenme, kötü hijyen, evsizlik ve demans predispozan faktörler arasındadır.²

Hayvan uyuzları kedi, köpek, at veya develerde ve diğer hayvanlarda görülür. Fakültatif ektoparazit özellikleriyle insana geçişi mümkündür ancak şiddetli bir enfestasyona sebep olmaz.⁶⁻⁷ Bu sarkoptlar normal şartlar altında insan derisinde çoğalamamakta ve geçici enfestasyon yapmaktadır.⁸ İnsana tamamen bağımlı olan uyuz etkeninin insan vücudu dışında yaşam siklusunu sürdürmesi mümkün değildir.⁶ Genellikle en az 15 -20 dakika süren deri teması ile bulaşır. En kolay bulaşma birlikte çıplak uyuma ile olabileceği gibi dans etme, tokalaşma gibi kısa süreli temaslarla da bulaşma olasılığı vardır ancak düşüktür.⁹ Sarkopt taşıyan yastık, yatak, çarşaf, yorgan, giysi, halı gibi cansız objeler yoluyla bulaş tartışmalıdır. Sarkoptların konaktan ayrıldıktan sonra dış ortamda oda koşullarında en az 36 saat, serin ve nemli ortamlarda daha uzun süre olmak üzere ve mikroskop immersiyon yağında 7 güne kadar canlı kalabildiği bildirilmiştir.^{6,10} Bu yüzden günümüzde cansız objelerle de bulaşın olduğu kabul edilir.⁶

Uyuzda en sık ve en erken saptanan belirti kaşınmadır. Kaşıntı şiddetlidir ve genellikle geceleri şiddetini artırır, sıcak banyo ve duş ile de artar. Kaşıntı; akarın kendisine, dışkısına ya da yumurtalarına karşı gelişen tip 4 aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucunda ortaya çıkar. Belirtiler bulaştan 3-6 hafta sonra ortaya çıkar. Daha önce uyuz ile karşılaşmış kişilerde belirtilerin ortaya çıkması, önceki duyarlanma nedeniyle genellikle 1-3 gün içerisinde olur. Bazı hastalar yaygın ürtiker ile de gelebilir. Temel lezyon küçük, eritematöz, nonspesifik, sivilceye benzer papüldür. Yaygın, simetrik küçük ürtikaryen papüllerin çoğu kaşıma nedeniyle ekskoriyedir.⁹ Patognomonik lezyonlar dalgalı kirli bir çizgi halinde görülen, parazitin içinde yaşadığı, gri beyaz renkli, 1-10 mm uzunluğundaki tünel (sillion) ve tünelin kör ucu üzerinde veya tünelden bağımsız olarak bulunan küçük veziküller (vezikül perle) dir.⁹ Kısa sürede kaşıma nedeniyle tüneller ve vezikül perle harap olur bundan dolayı sağlam tünel ve vezikül perle görmek zordur.⁹ El parmak araları, el bileğinin iç yüzü, koltuk altları, kulak arkaları, bel bölgesi, ayak bilekleri, ayaklar, kalçalar, kuşak bölgesi, göbek çevresi, karın alt kısmı, kadınlarda meme uçları ve erkeklerde genital bölge kaşıntı ve lezyonların görülebileceği vücut bölgeleridir. Bebeklerde avuç içi ve ayak tabanında sık görülür. Küçük çocuklarda kafa tutulumu sıktır. Erişkin insanlarda sillion gövdede nadir bulunur ancak yaşlılarda ve infantlarda sıklıkla görülebilmektedir. Çocuklardaki lezyonların erişkinlere göre inflamasyonu daha şiddetlidir. Hijyeni iyi olan kişilerde lezyonlar dağınıktır, az sayıdadır, spesifik lezyonları bulmak zordur.⁹ Steroid kullanan, immünsüpressif tedavi alan hastalarda uyuz semptomları maskelenebilir.⁹ Kaşıntıya bağlı ekskoriasyonlar, sekonder ekzematizasyon oluşur ve komplikasyonlar gelişebilir. Bunlar impetigo, ektima, paronişi, fronkül gibi ikincil bakteri enfeksiyonları ve egzemadır.

Uyuzun tanısı çoğunlukla hikaye ve lezyon dağılımının tanınması ile konur. Özellikle geceleri şiddetlenen kaşıntı, yakın temas eden kişilerde benzer şikayetlerin olması, hastada tünel saptanması ve nonspesifik lezyonların tipik dağılımı tanıda önemlidir.⁹ Deri kazıntısı, dermoskopi, adheziv bant testi gibi testler tanıda kullanılabilir. Bu testlerin pozitif olması tanıyı kesinleştirir fakat negatif olması tanıyı dışlamaz. Atopik dermatit, papüler ürtiker, seboroik dermatit, egzema, tinea,

langerhans hücreli histiyositozis, sistemik lupus eritematozus ,büllöz pemfigoid ,böcek ısırıkları, kontak dermatit, D.herpetiformis ve liken planus ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Bu olgu sunumunda, tüm vücutta yaklaşık 2 aydır olan kaşıntı şikayetiyle polikliniğimize başvuran, alınan öykü ve yapılan muayene sonrasında tanısı konulan sık rastlanan, sık atlanan ve ayırıcı tanısı geniş olan uyuz hastalığına dikkat çekmek istedik.

Olgu

3 yaş 9 aylık kadın hasta, tüm vücudunda yaklaşık 2 aydır gece ve gündüz olan kaşıntı ve döküntü şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Alınan öyküde hastanın 14 yaşındaki kız kardeşinde de kısa süreli kaşıntı şikayetinin olduğu ve verilen losyon tedavisi ile şikayetlerinin gerilediği öğrenildi. Mevcut kaşıntı ve döküntü şikayetinin ilaç kullanımı ve gıda alımı ile olan ilişkisi sorgulandığında herhangi bir özellik saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde belirgin bir özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde gövdede (resim 1), kol ve uyluk ekstansör yüzlerinde (resim 2), dirsekte (resim 3), el bileğinde (resim 4), kaşıntılı, eritematöz papüller, yer yer krutlu lezyonlar saptandı.



Resim 1

Resim 2

Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Şiddetli kaşıntısı, ciltte eritematöz döküntüsü ve aile öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde patognomonik lezyon olan tünel (sillion) görülmesi sonrası hastaya uyuz tanısı konuldu. Hastaya uyuz hastalığı hakkında bilgi verilerek topikal permetrin solüsyon ve oral antihistaminik reçete edildi. Permetrin % 5 losyonun vücudun yıkanması sonrasında, kuru deriye uygulanarak, 8-12 saat sonra yeniden banyo yapılması önerildi. Bir hafta sonra tedavinin tekrarlanacağı, iyileşmenin tedaviden sonra 4 hafta içinde olacağı, yan etki olarak geçici yanma ve batma hissinin olabileceği söylendi. Uyuz hastalığının tedavisinde aynı yaşam ortamını paylaşan kişilerin eş zamanlı tedavi edilmelerinin önemli olduğu, belirti olmasa bile tüm aileye tedavi verileceği anlatıldı. Uyuzun; bulaş olan yüzeylerde, kıyafetlerde,

havlularda ve yataklarda 2-3 gün süre ile canlı kaldığı, etkilenen kişilerin 3 gün içinde kullanmış olduğu tüm eşyaların sıcak suda 60 derecede yıkanması ve ütülenip kurutulması gerektiği söylendi. Eşyalar yıkanamıyorsa plastik bir poşete hava almayacak bir şekilde konulup bir hafta bu şekilde bekletilmesi gerektiği anlatıldı.



Resim 3

Resim 4

Tartışma

Olgu sunumumuzdaki hastanın fizik muayenesinde tünel tespit edilmiştir. Uyuz için tünel (sillion) görülmesi patognomoniktir.¹¹ Ancak çocuklarda sık rastlanan bir bulgu değildir.¹² Uyuzun tanısı çoğunlukla tipik döküntü ve tıbbi öykü sonrası sağlanan klinik bir tanıdır. Diğer aile üyelerinde de kaşıntı ve benzer bir döküntü varlığı da tanı için genellikle yardımcı olur.¹¹ Bizim olgumuzda da uyuza dair tipik döküntüler ve aile öyküsü mevcuttur. Erişkinlerde tutulmayan palmoplantar bölge çocuklarda sık olarak tutulur ve lezyonlar el, ayak ve vücut kıvrımlarında en yoğundur.¹² Olgumuzda aynı şekilde kıvrım yeri olan dirsekte, el bileğinde, kol ve uyluk ekstansör yüzlerinde lezyon saptanmıştır. Uyuz hastalığı tedavisinde ilk basamakta önerilen ilaçlar arasından, ülkemizde eczanelerden sadece permetrinin %5'lik krem ve losyonları temin edilebilmektedir. İki aydan büyük çocuklarda uyuz tedavisinde permetrin %5 losyonun topikal olarak kullanımı yeterlidir.¹³ Olgumuzdaki hastaya da permetrin %5 losyonun vücudun yıkanması sonrasında, kuru deriye uygulanması, 8-12 saat sonra yeniden banyo yapması önerilmiştir. Bu örnek olgu ışığında, sık rastlanan, geniş bir ayırıcı tanı yelpazesi olan, etkenin saptanmasındaki zorluktan ve atipik klinik prezentasyondan kaynaklanan tanı güçlükleri olabilen ve bu sebepten dolayı sık atlanan uyuz hastalığı açısından klinisyenlerin dikkatli olması önerilebilir. Benzer şikayetlerle başvuran hastalarda tanı mutlaka uyuz göz önünde bulundurulmalı, tedavisi konusunda güncel tıbbi tedavi yöntemleri benimsenmelidir.

Kaynaklar

1. Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2015;15:960-7.
2. Hengge UR, Currie BJ, Jager G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006;6:769-79.
3. Hicks MI, Elston DM. Scabies. *Dermatol Ther* 2009;22:279-92.
4. Downs AM, Harvey I, Kennedy CT. The epidemiology of head lice and scabies in the UK. *Epidemiol Infect* 1999;122:471-7.
5. Tuzun Y, Kotogyan A, Cenesizoglu E, Baransu O, Ozarmagan G, Ural A ve ark. The epidemiology of scabies in Turkey. *Int J Dermatol* 1980;19:41-4.
6. Arlian LG, Runyan RA, Achar S, Estes SA. Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. *J Am Acad Dermatol* 1984;11:210-5.
7. Aydingoz IE, Mansur AT. Canine scabies in humans: a case report and review of the literature. *Dermatology* 2011;223:104-6.
8. Estes SA, Kummel B, Arlian L. Experimental canine scabies in humans. *J Am Acad Dermatol* 1983;9:397-401.
9. Harman M. Bitlenme ve Uyuz Hastalığı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı ders notları. <http://www.dicle.edu.tr/Contents/8a784885-985e-4470-9f92-3ac7a80aebce.pdf>
10. Estes SA, Arlian L. Survival of *Sarcoptes scabiei*. *J Am Acad Dermatol* 1981;5:343.
11. Rakel textbook of family medicine ninth edition ,2016 by Elsevier Inc.
12. Falay T, Gürel MS. Uyuz. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2017;10(2):143-53.
13. Kwellada© 120 mL solüsyon prospektüsü bilgisi. Çevrimiçi adres: <https://www.ilacprospektusu.com/ilac/10/kwellada-120-ml-losyon>. Erişim tarihi:07.03.2019