

YOZGAT İLİNDE BEKLENMEDİK İKİ PEDIATRİK KUTANÖZ LEISHMANİASİS OLGUSU

Two Unexpected Pediatric Cases with Cutaneous Leishmaniasis

Esra Akyüz ÖZKAN¹, Adem YAŞAR¹, Esra DOMUR¹, U. Aliye GEÇİT¹, Fatma İnci ARIKAN¹

ÖZET

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Polikliniği'ne kollarda ve yüzde farklı büyüklüklerde yara şikayetiyle Irak'tan göç etmiş iki kardeş başvurdu. Yara yerinden alınan materyalden yapılan incelemede kutanöz leishmaniasis tanısı konan hastalara intramusküler meglumin antimonat tedavisi haftada bir kez toplam beş hafta verildi. Tedaviyle lezyonlar geriledi. Bu çalışmada endemik bölge dışında görülen iki kutanöz leishmaniasis olgusu değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Çocuk; Kutanöz leishmaniasis; Meglumin antimonat

ABSTRACT

The two brothers emigrated from Iraq admitted to Bozok University School of Medicine Pediatrics clinic; with a complaint of wounds in different sizes available in the face and arms. In the analysis of the sample taken from the wound, patients diagnosed with cutaneous leishmaniasis; intramuscular meglumine antimonate therapy once a week was given a total of five weeks. The lesions regressed with treatment. In this study; two cases of cutaneous leishmaniasis seen outside endemic areas were assessed

Key words: Children; Cutaneous leishmaniasis; Meglumine antimoniate

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Pediatri Anabilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Esra AKYÜZ ÖZKAN, Yrd. Doç. Dr.
Adem YAŞAR, Yrd. Doç. Dr.
F.İnci ARIKAN, Prof. Dr.
Ünsal SAVCI, Yrd. Doç. Dr.
U. Aliye GEÇİT, Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Esra AKYÜZ ÖZKAN
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Pediatri Anabilim Dalı, Yozgat

Tel: +90 (354) 212 70 50

e-mail:

esra.akyuz@mynet.com

Geliş tarihi/Received: 10.05.2016

Kabul tarihi/Accepted: 10.06.2016

Bozok Tıp Derg 2016;6(2):70-2
Bozok Med J 2016;6(2):70-2

GİRİŞ

Kutanöz leishmaniasis (KL), ülkemizde şark çıbanı olarak bilinen, başlıca deride ve bazen mukozalarda, yerinde deriden çökük bir iz bırakarak iyileşen deri hastalığıdır (1). Enfekte tatarcıkların kan emme sırasında bulaştırdıkları bu hastalığa Leishmania genusuna ait zorunlu makrofaj içi protozoonlar neden olur. Ülkemizde görülen kutanöz ve visseral leishmaniasis vaka sayılarının göçlerden dolayı arttığı bildirilmiştir (2). Çalışmamızda vakaların hem Irak kökenli olması hem de ülkemizde sık görülebilen bölgeler dışında da görülebileceği vurgulanarak sağlık personelinin bilgilendirilmesi amaçlanmıştır. Hasta yakınından tıbbi verilerinin yayınlanabileceğine ilişkin yazılı onam belgesi alınmıştır.

OLGU SUNUMU 1

13 yaşında erkek hasta her iki kolda bulunan yara şikayetleriyle başvurdu. Yaraların bir aydır olduğu, beraberinde ateş ve kilo kaybı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde vücut ısısı 36,5°C ve her iki kolda üzeri hemorajik kurutlu nodüler lezyonlar tespit edildi (Resim1,2). Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre sayısı: 7.600 /mm³, hemoglobin düzeyi: 11.5 g/dl, platelet sayısı: 250.000 /mm³ idi. Dermatoloji polikliniği tarafından yapılan deri biyopsisinde granülatoz dermatit saptanmış ve pediatri polikliniğine konsülte edilmişti. Anamnezinde daha önceden yaşadığı bölgede bu hastalığa sık rastlanıldığı ve akrabalarında da olduğu öğrenildi. Leishmania tanısı için mikroskopik inceleme yöntemi kullanıldı. Klinik örnek hasta başında alındı. Hasta lezyonlarının kenarından kazıntı ve aspirasyon yöntemi ile örnekler alındı ve 3-4 adet lama hafifçe yayıldı. Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarında mikroskopik olarak değerlendirildi. Yaymalar havada kurutuldu ve üzerine saf metanol konarak fikse edildi. Daha sonra Giemsa boyası ile boyandı. Giemsa boyalı preparatlar mikroskopta 100× objektif ile immersiyon yağı kullanılarak en az 25-30 dakika incelendi. İmmersiyon objektifi ile yapılan incelemede negatif sonuç vermeden önce, preparatın kenarlarını kapsayacak şekilde en az 300 mikroskop alanı tarandı. Leishmania spp amastigotları genellikle retiküloendotelial sistem fagositik hücrelerinin içinde 3-5 µm çaplı yuvarlak veya oval organizmalar şeklinde

görülürler. Bir amastigotta Giemsa ile kırmızı-mor boyanan nükleus, oldukça küçük daha koyu kırmızı-mor boyanmış kinetoplast ve açık mavi sitoplazma fark edilir. Mikroskopik incelemede amastigotların görülmesi klasik doğrulayıcı testtir ve “kesin tanı” koydurur. Tedavisi için glucantim ampul Yozgat Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden ücretsiz olarak temin edildi. Haftada bir toplam beş hafta intramusküler olarak uygulandı. Tedavi sonrası lezyonlar geriledi.



Resim 1. El bileğindeki lezyon



Resim 2. Kollardaki lezyon

OLGU SUNUMU 2

5 yaşında kız hasta yüzde ve kollarda ağrısız üzeri kurutulmuş ülsere lezyonlar nedeniyle başvurdu. Kardeşine KL tanısı konan hastada da aynı tanı düşünülerek tedavi başlandı.

Hastanın diğer fizik muayene bulguları ve laboratuvar incelemelerinde özellik yoktu. Hastaya haftada bir defa olmak üzere toplam beş doz intramusküler meglumin antimonat enjeksiyonu uygulandı. Hastanın tedavi ile klinik bulguları geriledi.

TARTIŞMA

Leishmaniasis ülkemizin de içinde bulunduğu Akdeniz ülkelerinde, Orta ve Güney Amerika Ortadoğu ve Hindistan'da endemiktir (3). Leishmaniasis'in parazitin türüne ve konağın immün yanıtına bağlı olarak gelişen üç farklı klinik formu vardır; ülseratif deri lezyonları (kutanöz leishmaniasis, şark çibani), destrüktif mukozal enflemasyon (mukokutanöz leishmaniasis) ve dissemine visseral enfeksiyon (kala azar). Visseral leishmaniasis tedavi edilmediğinde mortalite ile sonuçlanabilirken, KL tedavi edilmediğinde deride skar ve deformasyon oluşumu ile kendiliğinden iyileşebilir.

KL Türkiyede en sık güneydoğu ve Akdeniz bölgesinde görülür (1,4,5). Son zamanlarda dış göçlerden dolayı KL endemik olmayan bölgelerde de bildirilmiştir (1,5). Travmatik ülser lezyonu, yabancı cisim reaksiyonu, enfekte böcek ısırıkları, impetigo, fungal, bakteriyel ve mikobakteriyel enfeksiyonlar, sarkoidozis ve deri tümörleri ile leishmaniasis'in ayırıcı tanısı yapılmalıdır (4).

KL lezyonları vücudun açıkta kalan bölgelerinde en çok da yüz bölgesinde görülmektedir. Bu çalışmadaki olgularda da lezyonlar ağırlıklı olarak vücudun açık bölgelerinde tespit edilmiştir. Leishmaniasis tanısı amastigotların doku örneklerinde gösterilmesiyle, leishmania antikorlarının serolojik testlerle saptanmasıyla, polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ve kültürle konulabilir. PZR ve kültür yöntemleri ile tür tayini de yapılabilmektedir. Günlük pratikte en çok kullanılan yöntem KL'de ülser tabanından alınan seröz sıvıda, visseral leishmaniasis'de ise kemik iliği aspirasyonunun mikroskopik incelemesinde amastigotların görülmesidir. Ancak bazı durumlarda parazit yükü az olabileceğinden tanı parazitin direk gösterilmesine dayanan bu yöntemle konulamaz. Literatürde amastigotların görülebilmesi için tekrarlayan kemik iliği aspirasyonlarının yapılabileceği bildirilmiştir (6). Hastamızın lezyonlu bölgelerinden alınan biyopsi örneklerinden hazırlanan Giemsa boyalı preparatların mikroskopik muayenesinde Leishmania amastigot formu tespit edilmiştir.

KL'de tedavideki amaç protozoal disseminasyonu, re-

lapsı, özellikle kozmetik açıdan skarı önlemek ve kür sağlamaktır. Kutanöz leishmaniasis tedavisinde öncelikle intralezyoner meglumin antimonat önerilir (7, 8). Multipl lezyonlarda, geniş lezyonlarda, immün sistemi baskılanmış hastalarda ve kozmetik açıdan kaygı uyandıracak bölgede veya eklem yerlerinde bulunan lezyonlarda sistemik meglumin antimonat tedavisi tercih edilir (9). Hastamızda multipl lezyonlar ve vücudun açık bölgelerinde görülen lezyonlar nedeniyle sistemik tedavi tercih edilmiştir. Çalışmamızda ülkemizde KL'in sık görülmediği bölgelerde de göçlerden dolayı görülebileceği, hastalığın tanı ve tedavisinin az bilinebileceği, klinisyenin bu tanıyı akılda bulundurması gerektiği vurgulanmıştır.

KL bildirim zorunlu bir hastalıktır ve sağlık müdürlüklerinden ilaç temini mümkündür. Hastalığın yayılımının önlenmesi için zamanında ve doğru tanı konması ve erken tedaviye başlanması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Altıntaş N. GAP (Güneydoğu Anadolu Projesi) ve Paraziter Hastalıklar (Özcel MA, ed) İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1993; pp. 89-120.
2. Akturk H, Apa H, Kundak S, Bayram N, Sorguc,Y, Ayhan FY, Demir G, Devrim İ. Two Pediatric Cases with Cutaneous Leishmaniasis in İzmir. J Pediatr Inf. 2015; 9: 122-5. doi:10.5152/ced.2015.1589.
3. Murray HW. Review: Leishmaniasis in the United States: Treatment in 2012. Am J Trop Med Hyg 2012; 86(3): 434-40.
- 4- Uzun S. Leishmaniasis. In: Tuzun Y, Gurer MA, Serdaroğlu S, et al. Dermatoloji, 3rd edition, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008: 659- 82.
5. Olmez D, Babayiğit A, Kuşku E, Uzuner N, et al. Bir pediatik kutanoz leishmaniasis olgusu. DEU Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 21(2): 97-101.
6. Rajagopala S, Dutta U, Chandra KS, Bhatia P, Varma N, Kochhar R. Visceral leishmaniasis associated hemophagocytic lymphohistiocytosis: a case report and systematic review. J Infect. 2008; 56(5): 381-8.
7. den Boer M, Argaw D, Jannin J, Alvar J. Leishmaniasis impact and treatment access. Clin Microbiol Infect. 2011;17: 1471-7.
- 8- Gürel MS, Yeşilova Y, Ölgen MK, Özbel Y. Türkiye'de kutanoz leishmaniasisin durumu. Türkiye Parazitoloj Derg. 2012; 36: 121-9. doi:10.5152/tpd.2012.29
- 9- David CV, Craft N. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. Dermatol Ther. 2009; 22(6): 491-502.