

Alt Göz Kapağında Kene

Tick on the Lower Eyelid: Case Report

Mustafa VATANSEVER,^a
Erdem DİNÇ,^a
Ayça SARI,^a
Ufuk ADIGÜZEL,^a
Cem SUNDU^a

^aGöz Hastalıkları AD,
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Mersin

Geliş Tarihi/Received: 23.09.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 20.12.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mustafa VATANSEVER
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göz Hastalıkları AD, Mersin,
TÜRKİYE/TURKEY
vatansevermustafa@hotmail.com

ÖZET Yetmiş üç yaşındaki kadın hasta, kliniğimize bir haftadır devam eden sol gözde ağrı ve pigmente lezyon şikâyetleriyle başvurdu. En iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri sağ ve sol göz için 10/10 idi. Yapılan muayenesinde her iki göz ön ve arka segment yapıları doğaldı. Ancak sol alt göz kapağı kirpikli kenarında kene yapışması olduğu görüldü. Kene, yapışma alanından forseps yardımıyla tek parça hâlinde çıkarıldı. Hasta enfeksiyon hastalıkları kliniğine danışıldı, viral ve bakteriyel enfeksiyonlara yönelik kan tetkikleri yapıldı. Antibiyotikli pomad reçete edilen hastaya sistemik enfeksiyon bulguları anlatıldı, acilen başvurması gereken durumlar hakkında bilgi verildi. Hastanın takip edildiği iki aylık süreçte, muayenelerinde ve kan tetkiklerinde ek sorun izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Göz kapakları; kene infestasyonları

ABSTRACT A seventy-three-year-old female patient presented to our clinic with complaints of pain and pigmented lesion on the left eye for 1 week. Best corrected visual acuity was 10/10 in each eye. Anterior and posterior segment examination was normal for both eyes. The tick sticking was found on the left lower eyelid in the biomicroscopic examination. The tick was removed completely with a forceps. Topical antibiotic were prescribed to patient. The patient was consulted to infection diseases clinic. The patient was informed about the symptoms of systemic infection. Blood tests for bacterial and viral infection were performed and during the 2 months of follow up period, the patient had no problem.

Key Words: Eyelids; tick infestations

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2015;24(3):195-8

Keneler diğer hayvanlardan kan emerek beslenen parazitler olup, bu sırada vektörü oldukları bazı virüs ve bakterileri konağa bulaştırabilirler.¹ Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA), Lyme hastalığı, erlihyoz gibi enfeksiyonlara neden olmalarının yanı sıra lokal olarak apse ve granüloma da neden olabilmektedirler.² Kenelerin oküler dokulara yapışması nadiren olmaktadır. En sık olarak göz kapaklarına yapışan keneler, konjonktival dokulara ve diğer oküler dokulara da yapışabilmektedir.³ Gözde konjonktivit, üveit, keratit ve vaskülit neden olabilmekte ve hatta bazen kendini kapak kitlesi olarak maskeleyebilmektedir.³ Bu çalışmada, sol gözünde yabancı cisim ve ağrı şikâyetleriyle başvuran ve kene yapışması tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

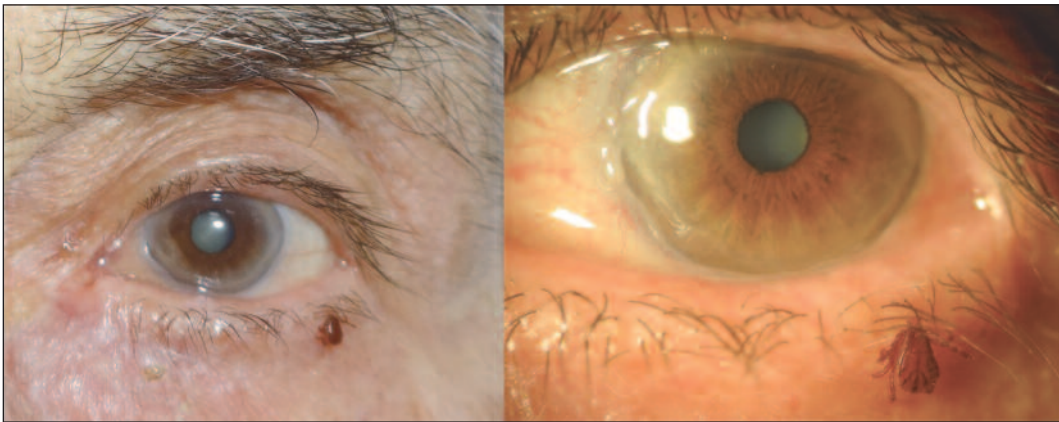
Yetmiş üç yaşındaki kadın hasta, bir hafta önce başlayan sol gözde ağrı ve alt kapakta pigmente kitlesel lezyon şikâyetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde en iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri her iki göz için 10/10 idi. Ön segment ve arka segment muayeneleri doğaldı. Ancak, hasta ve yakınları tarafından yabancı cisim, nevüs olarak tarif edilen sol alt kapaktaki lezyonun kirpiklerin arasına yapışmış bir kene olduğu görüldü (Resim 1). Hastanın öyküsünden kırsal bir bölgede yaşadığı, ancak hatırladığı bir hayvan teması olmadığı öğrenildi. Hastanın alt göz kapağındaki kene, dişsiz forseps yardımıyla cilde en yakın yerdeki ağız organından tutularak dik açıyla çıkartıldı (Resim 2). Alt kapaktan kenenin çıkartıldığı alan povidon iyot ile temizlendi.

Hasta enfeksiyon hastalıklarına danışıldı ve kan tetkikleri yapıldı. Laboratuvarında tam kan sayımı, karaciğer enzimleri, koagülasyon parametreleri incelendi ve herhangi bir anormallik görülmedi. Hastaya fusidik asit 2x1 (Fucithalmic®, Abdi İbrahim İlaç) reçete edildi ve sistemik enfeksiyon bulguları ile acil başvurması gereken durumlar hakkında bilgi verildi. Hastanın takip edildiği iki aylık süreçte, kontrol muayenelerinde ve kan tetkiklerinde herhangi bir sorun izlenmedi.

TARTIŞMA

Keneler kan emerek beslenen ektoparazitler olup, beslendikleri konağa, vektörü oldukları bakteri, virüs ve protozoaları taşıyabilirler. Kene ailesinde, yumuşak keneler (*Argasidae* ailesi) ve sert keneler (*Ixodidae* ailesi) olmak üzere iki sınıf bulunmaktadır. Yumuşak keneler taşıdıkları patojeni dakikalar içinde, sert keneler ise saatler, günler içinde bulaştırabilir. Sert kene enfestasyonlarının sıklığı yumuşak kene enfestasyonlarından fazla olup, çıkarılması daha zordur ve sert keneler mikroorganizmaların taşınmasından daha çok sorumludur.^{4,5}

Kapak ısırıklarında göz kapaklarında ödem, kızarıklık ve ağrı görülebilmektedir. Bu bulgular haricinde kapaktaki kene ısırıkları pigmente bir kitle olarak maskelenebilmekte, hasta, kapakta kitle şikâyeti ile başvurabilmektedir.^{3,6} Kene ısırığının bu şekilde maskelenmesi hastanın başvurusunu geciktirmekte ve bazı mikroorganizmaların bulaş riskini artırmaktadır.⁶ Özellikle kirpiklerin arasına yapışmış olan kenelerin makroskopik olarak pigmente kitlesel lezyonlardan ayırıcı tanısı zor olabilmektedir. Bu nedenle kapakların biyomikroskop altında incelenmesi parazitin tanımlanması ve hatta sınıflandırılması açısından fayda sağlayabilir. Kene bulaşı olan hastalara bakteriyel, viral seroloji ve kanama parametrelerine yönelik kan tetkiki yapılmalıdır. Hastalar sistemik enfeksiyon bulguları



RESİM 1: İlk olarak makroskopik bakıda pigmente bir lezyon gibi maskelenen kenenin biyomikroskopik bakıda detayları rahatlıkla izlenmekte. Kirpiklerden bağımsız olarak kapak derisine tek bir noktadan yapışmış olduğu ve kirpiklerde sirkelerin olmadığı izleniyor.



RESİM 2: Kene çıkartıldıktan sonraki biyomikroskopik görünüm.

açısından izlem altına alınmalıdır. Çünkü keneler KKKA, Lyme hastalığı, tularemi, Q ateşi gibi enfeksiyöz hastalıklar için vektör görevi görmektedir.²

Kenelerin görüldüğü anda ısırık bölgesinden uzaklaştırılması önerilmektedir. Çünkü kenenin kaldığı süre uzadıkça mikroorganizma bulaştırma riski artmaktadır. Özellikle 24 saatten sonra bulaş riski artmaktadır.^{6,7} Ayrıca, kenenin tek parça hâlinde çıkarılması konakta oluşacak apse ve granülom gibi geç reaksiyonları önlemek açısından önemlidir.^{7,8} Kene çıkarılması için mekanik ve kimyasal yöntemler tanımlanmış olmakla beraber, göz kapağı ve çevresinde özellikle kimyasal yöntemlerin uygulanması irritasyona neden olabilmektedir.⁶ Biz de olgumuzda keneyi mekanik olarak, dişsiz forseps yardımıyla tek parça hâlinde çıkardık. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, kenenin gövdesinden değil cilde en yakın yerden, ağız organından tutulması ve dik açıyla, tek parça hâlinde çıkartılmasıdır. Kene çıkartılırken kenenin kusmasına neden olunmamışsa ağız organeli mikroorganizma içermez, bu nedenle ağız organelinin cilde gömülü kalması sistemik enfeksiyon riskini artırmaz. Ancak gömülü kalan organel lokal granülom, apse gibi komplikasyonlara neden olabilir. Kenenin gövdesinden tutulması, sıkıştırılması, yakılmaya çalışılması ya da üzerine çeşitli solüsyonlar dökülmesi yanlış uygulamalardır. Bunlar kenenin midesindeki, mikroorganizmaları da içerebilen sek-

resyonlarını konağa kusmasına neden olabilir. Kenenin gövdesi parçalandığı takdirde ise yine mikroorganizmalar ısırık yerinden ya da ciltteki açık yaralardan konağa bulaşabilmektedir. Bu durumda da antiseptik solüsyonla temizlik uygun olacaktır. Kene çıkartıldıktan sonra uygulanacak antibiyotik profilaksisi için netleşmiş bir yaklaşım bulunmamaktadır. Ancak, sekonder bakteriyel enfeksiyon riskini önlemek açısından antibiyotikli pomadlar kullanılabilir. Amerikan enfeksiyon Hastalıkları Derneği ile Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, kene ısırıklarında profilaktik sistemik antimikrobiyal ajan kullanılmasını önermemektedir. Ancak yüksek riskli hastalarda, gebelerde, enfestasyonların endemik olduğu yerlerde kullanılabilir. Endemik olduğu yerlerde kene ısırığından sonraki ilk 72 saat içerisinde tek doz 200 mg doksisiklinin Lyme hastalığına karşı %87 oranında etkili olduğu bildirilmektedir.⁹ Kene çıkartıldıktan sonra enfeksiyon taşıma potansiyeli yönünden tiplendirmesi yapılabilir. Ancak bizim sunduğumuz olgunun yaklaşık bir haftalık öyküsünün olması ve yapılan muayene ile tetkiklerinde herhangi bir patolojik bulgu olmamasından dolayı tiplendirme ve enfeksiyon araştırılması yapılmasına gerek görülmemiştir. Özellikle ilk 24 ya da 48 saatte başvuran hastalardan çıkartılan kenelerin tiplendirmesi yapılabilir. Bunun temel nedeni, kenenin mikroorganizma içermesine rağmen henüz konağa bulaş olmama olasılığıdır. Tiplendirme sonucunda riskli türlerden biri saptanırsa izlemlerde daha dikkatli olunur ve ajanın tipine göre profilaksi yapılabilir. Kene ısırmasından sonraki 10 gün içinde ateş, hâlsizlik, miyalji, bulantı-kusma, diyare, peteşiler, bilinç bulanıklığı gibi semptomları olan; laboratuvar da trombositopeni, lökopeni, anemi, karaciğer enzimlerinde yükselme ve kanama zamanı parametrelerinde bozulma görülen hastalar sistemik enfeksiyon açısından yüksek risklidir ve yatırılarak araştırılmalıdır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu da kene çıkarma işleminden sonra sistemik semptomları ve laboratuvar bulguları olmayan hastalara ek inceleme önermemektedir.

Kapak kenarına yapışmış kenelerin kapak bittinden ayrımı için dikkatli bir biyomikroskopik muayene yeterli olmaktadır. Kapak bitleri kirpik

diplerine sıkıca yapışmakta ve kirpiklerde sirkeler izlenebilmektedir. Bununla birlikte, keneler tek bir noktadan cilde sıkıca yapışıklık göstermekte ve kapak bitlerinde olduğu gibi sirkeler izlenmemektedir.

Yaz aylarında başta kene ısırması olmak üzere ektoparazit enfestasyonları artmakta ve

dikkatli bir muayene yapılmadığı takdirde bazı olgularda kolayca gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle benzer olguların dikkatli bir şekilde biyomikroskopik muayenelerinin yapılması ciddi enfestasyonlara neden olabilecek kene ısırıklarının zamanında tedavi edilebilmesine olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Santos-Bueso E, Calvo-González C, Díaz-Valle D, Benítez-del-Castillo JM, García-Sánchez J. [Eyelid tick bite]. Arch Soc Esp Oftalmol 2006;81(3):173-5.
2. Singh M, Gopalakrishnakone P, Yeoh RL. Ixodes tick infestation of the eyelid of a child. Can J Ophthalmol 2006;41(6):783-4.
3. Çelik E, Türkoğlu EB, Boz AE, Alagöz G. Conjunctival attachment of a tick: case report. Semin Ophthalmol 2014;29(4):186-8.
4. Anderson JF, Magnarelli LA. Biology of ticks. Infect Dis Clin North Am 2008;22(2):195-215.
5. Aydın L, Bakirci S. Geographical distribution of ticks in Turkey. Parasitol Res 2007; 101(Suppl 2):S163-6.
6. Keklikçi U, Unlü K, Cakmak A, Akdeniz S, Akpolat N. Tick infestation of the eyelid: a case report in a child. Turk J Pediatr 2009;51(2): 172-3.
7. Gammons M, Salam G. Tick removal. Am Fam Physician 2002;66(4):643-5.
8. Price KW, Woodward JA. Management of tick infestation of the eyelid. Ophthal Plast Reconstr Surg 2009;25(4):328-30.
9. Nadelman RB, Nowakowski J, Fish D, Falco RC, Freeman K, McKenna D, et al; Tick Bite Study Group. Prophylaxis with single-dose doxycycline for the prevention of Lyme disease after an Ixodes scapularis tick bite. N Engl J Med 2001;345(2):79-84.