

Türkiye'nin Endemik Olmayan Bir İlinde (Yozgat) Kutanöz Leishmaniasis Olgusu

A Case of Cutaneous Leishmaniasis in a Non-endemic Province (Yozgat) of Turkey

Gülhan GÜREL,^a
Emine YEŞİLYURT ŞÖLEN,^b
Emine ÇÖLGEÇEN,^a
Neziha YILMAZ^b

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları AD,
^bTıbbi Mikrobiyoloji AD,
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Yozgat

Received: 17.01.2018
Accepted: 12.02.2018
Available online: 28.08.2018

Correspondence:
Gülhan GÜREL
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, Yozgat,
TÜRKİYE/TURKEY
gulhanozturkgurel@hotmail.com

Bu çalışma, V. DOD Dermatoloji Gündemi
(28 Eylül-1 Ekim 2017, İzmir)'nde
poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Kutanöz leishmaniasis; *Leishmania* cinsi parazitlerle enfekte, vektör dişi kum sineklerinin neden olduğu bir hastalıktır. Kutanöz leishmaniasis, vektör dişi kum sineklerinin insanlardan kan emmesi sırasında bu parazitleri bulaştırmasıyla oluşmaktadır. Ülkemizde bu hastalık açısından Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Akdeniz Bölgesi endemiktir. Türkiye'de son yıllarda endemik bölgelere seyahatlerin artması, savaş ve göç gibi nedenlerle kutanöz leishmaniasis sadece endemik bölgelerde değil, tüm yerleşim yerlerinde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yozgat, İç Anadolu Bölgesi'nde ve kutanöz leishmaniasisin endemik olmadığı şehirlerdendir. Bu çalışmada, 2 yaşındaki kız olgunun, endemik olmayan bölgede kutanöz leishmaniasis tanısı konulması nedeni ile sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz leishmaniasis; çocuk; endemik olmayan bölge; Yozgat

ABSTRACT Cutaneous leishmaniasis is a disease caused by female sand flies infected with *Leishmania* parasites. Cutaneous leishmaniasis is caused by female sand flies infected with the parasite sucking blood from humans. The disease in Turkey is endemic to the Southeastern Anatolia Region and the Mediterranean Region. Due to conflicts, migration and increasing travel to endemic regions, cutaneous leishmaniasis has become a major health problem, not only in endemic areas but in all settlement areas in Turkey in recent years. Yozgat is in the Central Anatolia Region, and is a city in which cutaneous leishmaniasis is not endemic. We report a 2-years-old girl due to cutaneous leishmaniasis being diagnosed in non-endemic area.

Keywords: Cutaneous leishmaniasis; child; non-endemic region; Yozgat

Kutanöz leishmaniasis (KL); *Leishmania* cinsi parazitlerle enfekte, vektör dişi kum sineklerinin insanlardan kan emmesi sırasında bu parazitleri bulaştırmasıyla oluşmaktadır.¹ Klinik bulgularına göre enfeksiyon; kutanöz, mukozal ve viseral leishmaniasis olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır. Parazitin tipi ve konağın immün yanıtına göre hastalığın klinik görünümü değişebilmektedir.² Günümüzde hastalık 102 ülke ve bölgede endemiktir, yıllık 2 milyon yeni vaka bildirilmektedir ve bu vakaların dörtte üçü KL'dir.³ Ülkemizde KL açısından Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Akdeniz Bölgesi endemiktir.^{1,4} Son yıllarda Suriye'deki iç savaş nedeni ile Türkiye'ye sığınan göçmenlerle birlikte, KL tanısı konulan hasta sayısı artmış ve epidemiyolojik veriler etkilenmiştir.^{1,5} Yozgat, İç Anadolu Bölgesi'nde ve KL'nin endemik olmadığı şehirlerden biridir.

Bu çalışmada, 2 yaşındaki kız olgunun, endemik olmayan bölgede KL tanısı konulması nedeni ile sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

İki yaşındaki kız olgu, her iki yanakta bir aydan beri devam eden kabuklu yaralar şikâyetiyle kliniğimize getirildi. Yozgat doğumlu olan olgumuzun babası Türk, annesi Suriye asıllı idi. Öyküsünden, yaklaşık 8 ay önce tatil amaçlı yaklaşık 1 ay kadar Suriye’de bulunduğu, ardından Türkiye’ye döndüğü, son 1 aydır da yanaklarda antibiyotik ve steroid içeren kremlere rağmen iyileşmeyen yaraları olduğu öğrenildi. Öz geçmiş ve soy geçmişinde özellik olmayan olgunun sistemik sorgulamasında özellik saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde; bilateral yanaklarda toplam 2 adet, ciltten kabarık, eritematöz, ortası hemorajik kurutla kaplı ülsere lezyon görüldü (Resim 1). Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre sayısı: $8.380/\text{mm}^3$, hemogloblin düzeyi: $12,1 \text{ g/dL}$, platelet sayısı: $303.000/\text{mm}^3$ idi. Olgu Suriye’de tatil amaçlı bulunduğu ve topikal tedavilere yanıt alınmayan lezyonları olduğundan KL şüphesi ile mikroskopik inceleme istenildi. Olgunun anne ve babasından yazılı onam alındı. Ülserin kenarından kazınarak ve kabuk hafifçe kaldırılarak alınan seröz sıvılar incelenmek üzere mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Örnekler Giemsa ile boyanarak incelendi. Alınan örneklerin mikroskopik incelenmesinde, parazitin makrofajlar içinde ve dışında genellikle oval, soluk mavi sitoplazmalı, büyük çekirdekli ve kinetoplastlı amastigot formları görüldü (Resim 2, 3).

Klinik ve mikrobiyolojik olarak KL tanısı konulan olgunun Sağlık Bakanlığı’na bildirim yapıldı. Tedavi için Yozgat Halk Sağlığı Müdür- lüğü’nden meglumine antimoniate (Glucantim) ampul temin edildi. Haftada bir kez intralezyonel enjeksiyon şeklinde tedavisi verildi. Beş seans intralezyonel meglumine antimoniate enjeksiyonu sonrası lezyonlarda belirgin gerileme saptandı (Resim 4).

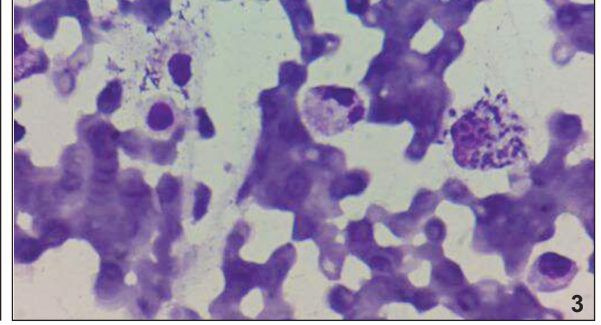
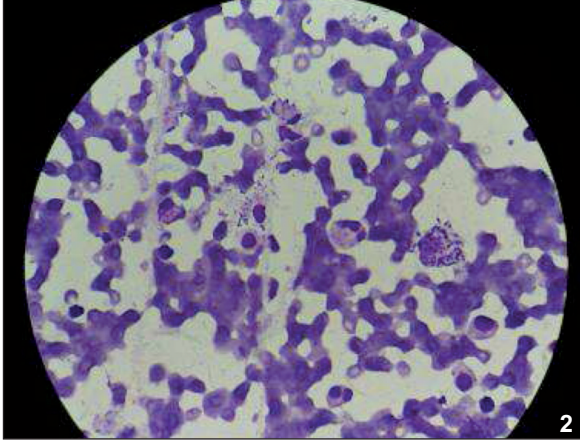
TARTIŞMA

KL, ülkemizde genellikle halk arasında “Şark çıbanı” olarak bilinmektedir.⁴ Aytekin ve ark.nın ça-



RESİM 1: Bilateral yanaklarda ciltten kabarık, eritematöz, ortası hemorajik kurutla kaplı ülsere lezyon saptandı (Olgunun burun dorsumu ve alındaki abrazyonlar düşmeye sekonderdi).

lışmasında, hastalığın en fazla görüldüğü yaş grubunu 0-9 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır.⁶ Olgumuz da hastalığın sık görüldüğü yaş grubunda idi. Ülkemizde KL’ye en sık yol açan parazit türü *Leishmania tropica* olup, az sayıda *Leishmania* majör ve *Leishmania* infantum kaynaklı hastalar da bildirilmiştir.⁷ Dişi kum sinekleri, KL etkeni *Leishmania* parazitleriyle enfekte olmuş insan veya diğer memelilerden kan emdiğinde, parazitin makrofajlar içinde veya serbest hâlde bulunan amastigot formlarını da almaktadırlar. Bu amastigot formlar, kum sineğinin barsağında promastigot formuna dönüşerek çoğalmaktadırlar. Kum sineği insan veya memeli diğer konaklardan kan emdiğinde, enfektif promastigotlar deriye inoküle olmaktadır. Dermiste makrofajlar tarafından fagosite edilen parazit, kamçısını kaybederek amastigot hâline dönüşmektedir. Makrofaj içinde ikiye bölünerek çoğalan amastigotlar makrofajları patlatmakta ve diğer makrofajları da enfekte ederek çoğalmaktadırlar. Dişi kum sinekleri konaktan kan emerken amastigot formlar vektöre geçmekte ve böylece döngü tamamlanmış olmaktadır.⁴



RESİM 2-3: Mikroskopik incelemede (100x ıceleme) amastigot formlar.



RESİM 4: Lezyonların beş seans intralezyonel meglumine antimoniate enjeksiyonu sonrası görünümü.

KL'nin inkübasyon periyodu birkaç günden birkaç aya kadar değişmekte ve yaklaşık 1 yıl içinde iz bırakarak kendiliğinden iyileşen bir ülser meydana gelmektedir.⁸ Hastalık çoğunlukla ömür boyu bağımsızlık bırakmaktadır.⁹

Lezyondan alınan yaymalarda, parazitin amastigot formunun mikroskopik olarak gösterilmesi kesin tanı koydurucudur. Olgumuzda lezyondan alınan yaymalarda *Leishmania* amastigot formu mikroskopik olarak gösterilmiştir. Bunun dışında, ülser tabanından alınan örneğin NNN (Novy-Nicolle-McNeal) besiyerine kültürü ekilerek parazitin promastigot formları da gösterilebilmektedir.¹⁰ Ayrıca, ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Test) ve IFAT (Indirect Immunofluorescent Antibody Test) gibi yöntemlerle parazite karşı oluşmuş antikorlar gösterilebil-

mekte veya polimeraz zincir reaksiyonu yöntemiyle parazit DNA'sı tespit edilebilmektedir.^{1,3} KL, Türkiye'de 'A Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar' arasında yer almaktadır ve herhangi bir sağlık kuruluşunda tanı konulduğu zaman bildirimini yapılması zorunludur.¹

KL tedavisinde genellikle beş değerli antimon bileşikleri kullanılmaktadır. En çok tercih edilen yöntem ise intralezyonel meglumine antimoniate (Glucantim)^R tedavisidir.^{1,4} Hastamıza intralezyonel meglumine antimoniate haftada bir olacak şekilde uygulandı.

Türkiye'de son yıllarda endemik bölgelere seyahatlerin artması, savaş ve göç gibi nedenlerle KL sadece endemik bölgelerde değil, tüm yerleşim yerlerinde önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle yüz bölgesinde kronik ülserle cilt lezyonları olan hastalar, endemik bölgede yaşamaları bile KL ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıca, şüpheli hastalarda laboratuvar ve klinisyen iş birliği ile mikroskopik incelemelerin yapılması tanı ve tedavinin ilerleyişi açısından oldukça önemlidir.

Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru-
dan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet,
gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya her-
hangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde,
çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi
ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Gülhan Gürel, Emine Yeşilyurt Şölen; **Tasa-**

rım: Emine Yeşilyurt Şölen, Neziha Yılmaz, Gülhan Gürel; **Denetleme/Danışmanlık:** Gülhan Gürel, Emine Çölgeçen; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Emine Yeşilyurt Şölen, Neziha Yılmaz; **Analiz ve/veya Yorum:** Gülhan Gürel, Emine Çölgeçen, Neziha Yılmaz; **Kaynak Taraması:** Gülhan Gürel, Emine Yeşilyurt Şölen; **Makalenin Yazımı:** Gülhan Gürel, Emine Yeşilyurt Şölen; **Eleştirel İnceleme:** Neziha Yılmaz, Emine Çölgeçen; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Neziha Yılmaz.

KAYNAKLAR

1. Ser O, Cetin H. [Cutaneous leishmaniasis and its status in Antalya, Turkey]. Türkiye Parazit Derg 2013;37(2):84-91.
2. Ameen M. Cutaneous leishmaniasis: advances in disease pathogenesis, diagnostics and therapeutics. Clin Exp Dermatol 2010;35(7):699-705.
3. Özbilgin A, Harman M, Karakuş M, Bart A, Töz S, Kurt Ö, et al. Leishmaniasis in Turkey: visceral and cutaneous leishmaniasis caused by Leishmania donovani in Turkey. Acta Trop 2017;173:90-6.
4. Gürel MS, Yeşilova Y, Olgen MK, Ozbel Y. [Cutaneous leishmaniasis in Turkey]. Türkiye Parazit Derg 2012;36(2):121-9.
5. Korkmaz S, Özgöztaş O, Kayıran N. [The assessment of cutaneous leishmaniasis patients admiting to Gaziantep University of Medicine Faculty Leishmaniasis Diagnosis and Treatment Center]. Türkiye Parazit Derg 2015;39(1):13-6.
6. Aytekin S, Ertem M, Yağdıran O, Aytekin N. Clinico-epidemiologic study of cutaneous leishmaniasis in Diyarbakir Turkey. Dermatol Online J 2006;12(3):14.
7. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al; WHO Leishmaniasis Control Team. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. PLoS One 2012;7(5):e35671.
8. Samady JA, Schwartz RA. Old world cutaneous leishmaniasis. Int J Dermatol 1997; 36(3):161-6.
9. Ertem M, Aytekin S, Acemoğlu H, Akpolat N, Aytekin N. [The investigation of cutaneous leishmaniasis cases in Dedeköy and Durabeyli villages of the Dicle township in the Diyarbakir province]. Türkiye Parazit Derg 2004;28(2):65-8.
10. Desjeux P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. Comp Immunol Microbiol Infect Dis 2004;27(5):305-18.