

Bir Kala-Azar Vakası

A CASE REPORT: LEISHMANIASIS

Prof.Dr.Halil DEĞERTEKİN*, Yard.Doç.Dr.Necati YENİCE*, Dr.Nevzat AKSOY*,
Dr.Hüseyin USLUSOY*, Prof.Dr.Ömer METE**

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi * İç Hastalıkları, »Mikrobiyoloji ABD, DİYARBAKIR

ÖZET

Leishmaniasis sık görülmeyen paraziter bir hastalıktır. Hastalığın organ formuna (Kala-Azar) yurdumuzda özellikle Güney ve Güneydoğu Anadolu'da rastlanmaktadır. Bu yazıda, 13 yaşında bir erkek hasta tanıtılmaktadır. Bu şekilde bölgemizde GAP (Güneydoğu Anadolu Projesi) ile beraber artması beklenen bu hastalığın önemine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Leishmaniasis, Kala-Azar, GAP

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991, 2:301-303

Leishmaniasis, Trypanosomidae familyasının Leishmania türü ile ortaya çıkan ve ülkemizde nadir görülen bir protozoer infeksiyonudur. Hastalığın ciddi tutan ve Şark Çıbanı, Halep Çıbanı adını alan tipi güney bölgelerimizde zaman zaman görülmesine rağmen, iç organları tutan Kala-Azar adını alan tipine çok daha nadir rastlanmaktadır. Bu vaka takdiminde, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde kesin tanısı konan ve tedavi ile iyileşen bir "Organ Leishmaniasis!" vakasının tanıtımı yapılmaktadır. Bu şekilde bölgede yakın gelecekte gerçekleşecek olan GAP (Güneydoğu Anadolu Projesi) nedeni ile bu tip hastalıkların önem kazanacakları

Geliş Tarihi: 10.6.1991

Kabul Tarihi: 3.9.1991

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Halil DEĞERTEKİN
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları ABD
DİYARBAKIR

SUMMARY

Leishmaniasis is a parasitic disease and not seen very frequently. Visceral form of this disease (Kala-Azar) is especially encountered South and Southeastern Turkey. In this article a 13 years-old male case was presented. In this way, we aim to point out the importance of Leishmaniasis, because this disease is expected to be seen more frequently due to GAP (Southeastern Anatolia Project) in our region.

Keywords: Leishmaniasis, Kala-Azar, GAP

Turk J Gastroenterohepatol 1991;2:301-303

düşünülmüş ve bu konunun tartışılması uygun görülmüştür.

VAKA

Hasta SA 13 yaşında, erkek, ilkokul öğrencisi. Hastanemize ateş, terleme, titreme, zayıflama ve çabuk yorulma şikayetleri ile başvurdu. Hikayesinde şikayetlerinin 3 ay önce başladığı öğrenildi. Hafif kırgınlık, yorgunluk hissi ve günün değişik saatlerinde ateş yükselmesi, terleme ve titreme olmuş. Bu bulgular ile uzun süre Tifo ve Brusella tedavisi görmüş, ancak giderek kötüleşmiş. Son günlerde şikayetlerinin çok artması üzerine yatırılmış.

Fizik muayenede: Genel durum orta, anemik, KB: 100/60 mmHg, Nabız: 96/dak., Ateş: 38.9°C. Karaciğer ve dalak tüm hatlarda 4 parmak büyük.

Laboratuvar tetkikinde: Beyaz küre: 6800-7800, Kırmızı küre: 2610000, HB: %45, Htc: %21,

Sedimentasyon: 90 mm/saat, Periferik yayma: Parçalı: %54, Lenfosit: %40, Monosil: %4, Eozinofil: %2, Trombosit yeterli, Donovanı Cisimcikleri (+).

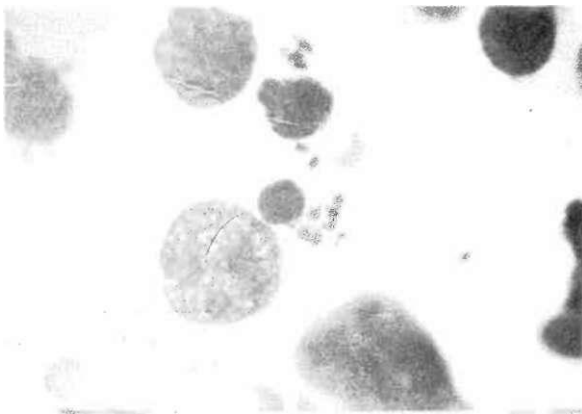
OEH: 100 mic³

OEHb: %26

OEhbK: %26

Serum demiri: 0.78 (N-0.6-1.6), Serum demir bağlama kapasitesi: 3.6 (N:2.5-4.1), Kemik iliği: Normosellüler, hafif megaloblastik değişim saptandı, E/M: 1/2, Donovanı Cisimleri (+), Relikülesit: %23, Şeker su testi: (-), Acid Hams testi: (-), Breverin testi: (-), Kan biyokimyası: Normal, Total protein: %7.5, Protein elektroförez: Alb.: %25.5, Alfa I: %3.5, Alfa II: %15.7, Bet:- '7 14.1. Gamma: %41.2, Formol jel: (+), Malaria: 3 kez (-). Salmonella ve Bruselı: 3'er kez (-), ASO: 1/50 Todd Ü., CRP: (+ + +), RF: (+ + +), Paul Bunnell: (-), PTZ: 20 sn, Kan ve idrar kültürü: (-), Boğaz kültürü: Normal flora, Karaciğer sintigrafisi: Hafif derecede parankim bozukluğu, Batın ultrasonu: Karaciğer normalden büyük, ekojenitesi normal. Dalak büyük, ekojenitesi normal. PA Akciğer grafisi: Normal. Echokardiografi: Normal, PPD: (-). Şekil 1.

Hasta yüksek ateş, hepatosplenomegali, anemi bulguları nedeniyle tetkike alındı. Takipte ateşin hergün değişik saatlerde 40°C'ye kadar yükseldiği izlendi. Tifo, Brusella, Sıtma, Tüberküloz, fokal infeksiyon gibi nedenler ekarte edildi. Yatışının 4. gününde burun kanaması geçirdi. Bu arada verilen Tetrasiklin ve Co-Trimoksazol tedavisine cevap alınmadı. Daha sonra oral Sefalosporinlere geçildi. Protein elektroförezinde gama globulinin yüksek gelmesi, formol gel müsbetliği üzerine yinelenen



Şekil 1. Kemik iliğinde Donovanı Cisimcikleri

periferik yayma ve yapılan kemik iliği aspirasyonunda Donovanı Cisimleri görülmesi ile Leishmaniasis tanısı kondu (Şekil 1). Hasta Meglumine antimonale (Glucantime) + Amphotericin B tedavisine alındı. Glucantime 2.2 mg/kg IM 2x2.5 cc 15 gün ve Amphotericin B 1 mg/kg IV gün aşırı 15 gün verildi. Tedavinin 3. gününde ateş 37oC'ye düştü. Dalak küçüldü, 7. günde İlle %24'e çıktı. Bu arada hastada 2 gün ödem gelişti ve kendiliğinden düzeldi. 10. günde karaciğer ve dalak tamamen normal boyutlara indi. 15. gün hastanın bulguları normalleşti. Hasta kontrole gelmek üzere çıkarıldı. 10 gün sonra aynı kür yineleni.

Hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Organ Leishmaniasis!, 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren tanınmaya başlanmıştır. Hastalığa Kala-Azar ismini Hintliler kara ateş veya kara hastalık anlamında koymuşlardır. 1903 yılında Leishman ve Donovanı isimli araştırmacılar paraziti tespit etmişler ve ayrı ayrı yayınlamışlardır. 1910 yılında antimonlu ilaçlarla tedavi önerilmiştir. 1924 yılında hastalığın yayılmasından sorumlu olan Tatarcık sineği tespit edilmiştir. Daha sonraki yıllarda gerek lanı gerekse tedavi yönünden günümüzde de devam eden önemli gelişmeler olmuştur (1,2,3,4,5).

Kala-Azar'ın sorumlusu olan Leishmania Donovanı 2-6 mikron büyüklüğünde hücre içinde yaşayan, tek hücreli ve oval yapılı bir protozoondur. Birincil konak insandır. Bulaşım tatarcık türleri ile olur. Ortalama 5 gün Tatarcık içinde geliştikten sonra Tatarcığın insanı ısırması ile bulaşım olur.

Tatarcık (Phlebotom) kanla beslenen bir sinektir. Nemli yerleri ve su birikintilerini sever, geceleri kan emer.

Hastalık kırsal kesimlerde, sosyo ekonomik düzeyin düşük olduğu toplumlarda ve nemli yörelerde sıktır. Vakaların çoğu 10 yaş ve altındadır. Ülkemizde yılda ortalama 50 yeni olguya rastlanmaktadır. Akdeniz, Ege, Marmara ve Karadeniz bölgelerinde daha sıktır. Hastalık zamanında teşhis ve tedavi edilmezse yayılma eğilimi gösterir ve ölümlü sonuçlanır (1,2).

Yurdumuzda organ Leishmaniasis! ile ilgili yayınlar nadir değildir. Çeşitli araştırmacılar

tarafından vaka takdimleri, tedavi sonuçları ve kan tablosu değişimleri bildirilmiştir (6,7,8,9,10,11,12).

Başer ve ark. (6), Köse ve ark. (11) ve Talak ve ark. (12), 1-2 vaka rapor etmişlerdir. Hiçsönmez ve ark. (10) 68 çocuk Kala-Azar vakasında anemi ile ilgili değişiklikleri bildirmişlerdir. Aksaray ve ark. Çukurova bölgesindeki 1976-1987 yılları arasındaki 10-16 vakalık çocuk Kala-Azar olgularının Glucantimle tedavi sonuçları yayınlamışlardır (8,9). Bu vakaların hepsinin Akdeniz-Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden gelmiş olmalarına dikkat çekilmiştir.

Bölgemizde Kala-Azarla ilgili en geniş yayın Eleвли ve ark. (7) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada da 8 çocuk Kala-Azar vakası ve tedavi sonuçları bildirilmiştir. Vakaların hepsi Güneydoğu Anadolu Bölgesindedir.

Bu yazıda tanıttığımız vaka 13 yaşında bir erkek çocuktur. Mardin şehir merkezinde yaşamaktadır. Muhtemelen enfeksiyonu bu çevreden almıştır. Son yıllarda Güneydoğu Anadolu Bölgesinde özellikle Urfa'da bazı vakaların görüldüğü dikkati çekmektedir. Vakanın uzun süre kesin tanı konmadan tedavi edilmesi, anemi, ateş, hepatosplenomegali gibi belirtilerin diğer birçok enfeksiyon ve kan hastalığı ile karışmış olmasından ve Kala-Azar ihtimalinin akla gelmemesindedir. Nitekim kesin tanı Gama globulin yüksekliği ve periferik kanda Donovanisi cisimlerinin görülmesi ile ön plana çıkmış ve formol gel, kemik iliği tetkikleri ile kesinleşmiştir. Uygulanan tedavi çok başarılı olmuştur. 15 günlük ilk kür sırasında Glucantime (meglumine antimonate) ve Amphotericin B verilmiş ve çok kısa sürede iyi sonuç alınmıştır. Buna rağmen 10 gün aradan sonra aynı kür yinelenmiştir. Esasen tedavinin 10-15 gün veya 30-40 gün sürebileceği konusunda değişik görüşler ve bölgesel farklılıklar ileri sürülmektedir. Tedavinin çok başarılı olması Türkiye'ye 10-15 günlük kısa tedavinin yeterli olduğunu göstermektedir. Tedavi sırasında 2 gün devam eden ve kendiliğinden kaybolan bifissür ve

pretibial ödem, bilinen yan etkilere ilave olarak dikkatimizi çekmiştir.

Organ Leishmaniasis, GAP nedeni ile sulu tarıma geçecek olan bölgemizde karşımıza çıkabilecek önemli medikal problemlerden biridir. Bu vaka nedeni ile konunun yeniden gözden geçirilmesi ve gerekli önlemlerin düşünülmesi uygun görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Bektaş Ş: Kala-Azar. Yeni Tıp Dergisi. (Enfeksiyon Hastalıkları Özel Sayısı), 1990, 7,4,53-65.
2. Yaşarol S: Leishmaniasis, 2. Ulusal Parazitoloji Kongresi Kitabı. T. Parazitoloji Derneği Yayını, İzmir, 1981.
3. Feigir RD, Chery JD: Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 2nd Ed. Philadelphia, Saunders, Co, 1987.
4. Marvashvili COM: Epidemiology of visceral Leishmaniasis of Mediterranean type USSR Ministry of Health, Bembeya Inst. Epid. and Vicr. 1-20,1980.
5. Report of A WHO Expert Committee: The Leishmaniasis, World Health Organisation, Genova, 1984.
6. Baser Y, Gültürk R, Özensoy A, ve ark: Bir vaka nedeniyle Kala-Azar 1. Ulusal enfeksiyon Hastalıkları Kongresi 20-23 Nisan 1987, İzmir (Bil. No:65).
7. Eleвли M, Ilaspolat K, Aktar İ ve ark: Klinikimizde 1988-1990 yılları arasında izlenen Kala-Azar olgularının değerlendirilmesi. Klimik (Yayın için kabul edilmiştir), 1991.
8. Aksaray N, Kılınç Y, Kümi M: The hematological effect of Glucantime in visceral Leishmaniasis. Ç.Ü.Tıp Fak Der 1984, 9:1,19-22.
9. Aksaray N, Kümi M, Kılınç Y, Tanyeli A: Çocukluk çağındaki Kala-Azar olgularının incelenmesi. Ç.Ü.Tıp Fak. Der 1988,13:1.1-6.
10. Hiçsönmez G, Özsoylu S: Studies of the anemia of Kala-Azar in 68 childhood cases. Clin Ped 1977,16: 733.
11. Köse G, Özkan II, Kaya Ş: Kala-Azar (iki olgu nedeni ile). 5. Ulusal Parazitoloji Kongresi, Adana.
12. Talak K, Aksüyek Ç, Sarıbaş S: Bir olgu nedeniyle Kala-Azar tedavisi ve izlemi. Dr.Sami Ulus Çocuk Hasi., Ar.Gel.Der.Yay 1989,9: 13-9.