

# Göz Kapağındaki Kutanöz Leishmaniasis Nedeniyle Korneal Delinme Gelişen Bir Olgu

## Corneal Perforation Due to Cutaneous Leishmaniasis of the Eyelid: Case Report

Dr. Uğur KEKLİKÇİ,<sup>a</sup>  
Dr. Mehmet HARMAN,<sup>b</sup>  
Dr. Kaan ÜNLÜ,<sup>a</sup>  
Dr. Sedat AKDENİZ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Göz Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Dermatoloji AD,  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
DİYARBAKIR

Geliş Tarihi/Received: 17.10.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 07.01.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Uğur KEKLİKÇİ  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göz Hastalıkları AD, DİYARBAKIR  
ukeklkci@yahoo.com

**ÖZET** Sekiz yaşında kız çocuğu, sağ göz kapağında yara ve görme kaybı ile kliniğimize başvurdu. Daha önce dermatoloji kliniğinde kutanöz leishmaniasis tanısı konmuştu. Yapılan göz muayenesinde; alt göz kapağı tamamiyle erimiş, kornea delinmiş ve kapak dokusu ile kapak konjonktivasi delinme alanından korneaya yapıştı. Delinme alanından sızıntı mevcuttu. Sağ göz görme derecesi el hareketi düzeyindeydi. Ailesinin cerrahi tedaviyi kabul etmemesi üzerine hastaya topikal sip-roflaksasin pomad ve sıkı kapama tedavisi uygulandı. Dermatoloji kliniğinde sistemik meglumin antimonat tedavisi başlandı. Deri lezyonlarında düzelme görüldü. Korneal delinme alanının kapan-dığı ve sızıntı olmadığı gözlemlendi. Tedavi sonrası hastanın sağ göz görme derecesi 1/10 idi. Bu yazı-da göz kapağında kutanöz leishmaniasis bulunan ve buna bağlı kornea komplikasyonu gelişen bir olgunun sunulması amaçlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Göz kapakları; kornea; kutanöz leishmaniasis

**ABSTRACT** A 8-year-old girl was referred to our clinic with the complaints of the decreased vision and an ulcer on her right lower eyelid. Cutaneous leishmaniasis diagnosis was made at dermatology clinic earlier. On ophthalmologic examination, lower eyelid was eroded completely, cornea was perforated and adhesion of the lower eyelid and palpebral conjunctiva were detected at the cornea on the perforation area. Aqueous leakage was observed at the perforation area. Right eye visual acuity was at the level of hand motion. Topical ciprofloxacin and compression therapy were applied because the parents of the patient did not accept any surgical intervention. Systemic meglumine antimonate therapy was administered in dermatology clinic. Skin lesions improved. Also, improvement was observed in corneal perforation area without any aqueous leakage. After treatment of the right eye, visual acuity was determined 1/10. In this article, we aimed to present a rare corneal complication due to cutaneous leishmaniasis on the eyelid.

**Key Words:** Eyelids; cornea; leishmaniasis, cutaneous

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2008;17:202-205

**L**eishmaniasis, *Leishmania* cinsine ait *haemoflagellate* protozoa parazitlerinden kaynaklanan bir hastalıktır. Tatarcık aracılığı ile bulaşır. Dünyada bu paraziter deri hastalığı için risk altında olan 350 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir. Yaklaşık olarak 12 milyon insan hastalıktan etkilenmiş ve her yıl 1.5- 2 milyon insan enfekte olmaktadır.<sup>1</sup> Perio-küler bölgedeki lezyonların %47'si alt göz kapağında görülmektedir.<sup>2</sup> Oküler leishmaniasis, özellikle leishmaniasisin sık görüldüğü bölgelerde olası körlük nedenleri arasındadır.<sup>3</sup>

Tedaviye dirençli kutanöz Leishmaniasis; lezyonlara ait skarların üzerinde ve/veya periferinde kırmızı kahverengi papüllerin gelişimi ile karakterize, tedaviye dirençli, tekrarlayıcı kutanöz Leishmaniasis (KL) tipidir. Bu tipte hastalığın gidişi, konağın organizmaya karşı verdiği bağışıklık yanıtıyla ilişkilidir.

## OLGU SUNUMU

Sekiz yaşında kız çocuğu, sağ göz kapağında şişlik, gözde kızarıklık, ağrı ve yoğun sekresyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yüzünde, sağ göz kapağını da içeren alanda yaygın kahverengi kabuklu yaralar mevcuttu (Resim 1). Daha önce dermatoloji kliniğinde, lezyondan hazırlanan ve Giemsa ile boyanan yaymaların mikroskopik muayenesinde makrofajlar içinde amastigotlar görülerek KL tanısı konmuştu. Yüzdeki lezyonların 4 yıl önce sağ yanaktan başladığı ve son 2 yılda sağ göz kapağına yayılım gösterdiği ifade edildi. Yapılan göz muayenesinde; sağ üst göz kapağı şiş ve kızarıklık olup, üzerinde kahverengi kabuklu lezyonlar vardı. Alt göz kapağı tamamiyle erimiş, kornea delinmiş ve kapak konjonktivasi delinme alanından korneaya yapıştı. Kapaktaki doku kaybı nedeniyle açıkta kalan kornea alt kadranda 3x2 mm büyüklüğünde delinme alanı mevcuttu. Kapak dokusu ve kapak konjonktivasi delinme alanını kapatmıştı. Ancak bu alandan sızıntı vardı. Sağ göz görme derecesi el hareketi düzeyindeydi. Ailesinin cerrahi tedaviyi kabul etmemesi üzerine hastaya topikal siproflaksasin (Ciloxan® 3.5 gr oftalmik pomad) pomad ve sıkı kapama tedavisi başlandı. Laboratuvar incelemesinde CD4/CD8 T hücre oranı 40/33, IL-10 14.7 pg/dl idi. Sistemik meglumin antimonat (Glucantime® 1.5 gr amp.) tedavisi, 2100 mg/gün (beş değerli antimon olarak 30 mg/kg/gün) dozunda İ.M. yoldan 29 gün dermatoloji kliniğinde uygulandı. Tedavinin onuncu gününde, korneal delinme alanının tamamen kapandığı ve sızıntı olmadığı belirlendi (Resim 2). Sistemik ilaç tedavisi sonrası deri lezyonlarında düzelme görüldü (Resim 3). Hastanın sağ göz görme derecesi 1/10 idi. Altı aydır takipte olan hastada nüks oluşmadı.

Bu olgu sunumu için, hastanın ailesinden 'bilgilendirilmiş olur' alınmıştır.

## TARTIŞMA

Dünyada her yıl yaklaşık 1.5-2 milyon yeni Leishmaniasis olgusu görülmektedir. Hastalığın 2 önemli tipi vardır; visseral ve kutanöz Leishmaniasis. Kutanöz Leishmaniasis, genellikle *Leishmania tropica*'dan kaynaklanır ve Türkiye'de, özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde önemli bir sağlık sorunudur.<sup>2,4,5</sup> Süregen ülsere deri lezyonlarının en önemli nedenlerindedir.<sup>6</sup> Sıklıkla yüzü etkiler, doku yıkımı ve ciddi şekil bozukluğuna yol açar.<sup>7</sup> Durdu ve ark.<sup>2</sup> kutanöz leishmaniasisli olguların %58'inde lezyonun baş ve boyunda yerleşim gösterdiğini saptamışlardır. Satıcı ve ark.<sup>5</sup> ise yüz tutulumunu %54.3 olarak bildirmişlerdir.

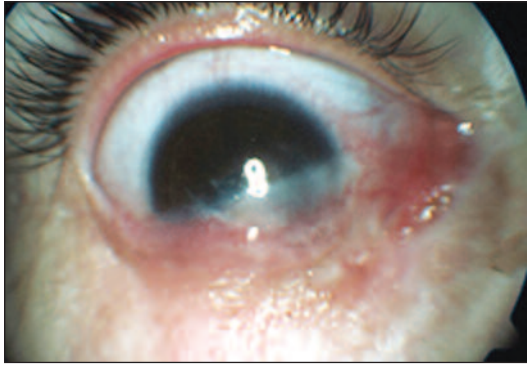
Tedaviye dirençli Leishmaniasis, inatçı lezyonlarla karakterize bir tablodur. Tipik olarak skar alanının sınırına yerleşmiş kahverengi-kırmızı veya sarı kahverengi papüller görülür.<sup>8</sup> Oküler Leishmaniasis de özellikle erken dönemde papülonodüler lezyonlarla kendini gösterir. Nodüller, ülsere, tümör benzeri lezyonlar özellikle yaşlı hastalarda keratoakantoma ve bazal hücreli karsinom ile karışabilir.<sup>9</sup> Bizim olgumuzda da yüz ve göz kapaklarında üzeri kabuklu, kahverengi-kırmızı renkte lezyonlar görülmekteydi.

Leishmaniasis patogeneğinde hücre aracılı bağışıklık sistemi ana rolü oynar. Hastalığın ilerlemesi IL-4, IL-5, IL-10 ve TGF- $\beta$  üreten Th2 lenfositler ile ilişkilidir. Hastalığın kontrolü ve iyileşmesi IFN- $\gamma$  ve IL-12 üreten, Th1 lenfositler tarafından sağlanır. IL-12, leishmania major enfeksiyonundan uzun dönem korunmada ana rolü oynar. Hastalık Th1/Th2 oranında azalma yapar.<sup>7</sup>

Göz kapağında KL nadirdir. Kutanöz Leishmaniasis olgularının yaklaşık %2-5 kadarı göz kapağı tutulumu yapmaktadır. Bu nedenle hastalığın yaygın görüldüğü bölgeler dışında tanı koymak zor olabilir. Göz kapaklarının hareketli olmasının, bu alana hastalık bulaşımını azalttığı sanılmaktadır.<sup>1,2</sup> Ülkemizde yapılan çalışmalarda da buna benzer sonuçlar bulunmuştur. Satıcı ve ark.<sup>5</sup> göz kapağı tutulumunu %1.9, Durdu ve ark.<sup>2</sup> %2.9 olarak bildirmişlerdir. Konjonktiva ve sklera tutulumu ise çok nadir görülmektedir. Genellikle göz kapağı de-



**RESİM 1:** Yüz ve sağ göz kapağında kahverengi kabuklu yaralar mevcut.



**RESİM 2:** Tedavinin onuncu gününde, alt kapak serbest kenarı ve kapak konjonktivasi ile korneal delinme alanı arasında yapışıklık görülmekte, delinme alanı kapanmış, sızıntı yok.



**RESİM 3:** Tedavi sonrası deri lezyonlarında düzelme izlenmekte.

risinden sekonder olarak veya hastanın eliyle paraziti doğrudan bulaştırması sonucu ortaya çıkar.<sup>10</sup> Keratit ve üveit sık rastlanan komplikasyonlardır.<sup>11</sup> Göz kapağını tutan leishmaniasiste, kapakta artakalan skar ve doku kayıpları için cerrahi tedavi gerekebilir.<sup>12</sup> Olgumuzda konjonktiva ve sklera tutulumu yoktu. Ancak alt göz kapağı serbest kenarında ciddi ölçüde erime, doku kaybı ve doku yıkımı vardı. Bu doku yıkımına bağlı kirpik folikülleri harap olmuş ve kirpikler dökülmüştü. Göz kapağındaki doku kaybı nedeniyle açıkta kalma keratopatisi gelişmiş ve bu süreç ilerleyerek korneal delinmeye neden olmuştu. Hastalığın aktif olması nedeniyle kapağa yönelik cerrahi müdahale düşünülmüdü.

Leishmaniasis tedavisi hastalığın klinik şekline bağlıdır. Pentavalan antimon bileşikleri tedavinin temelini oluştururlar. Bu ilaçların 3 hafta süreyle, 20 mg/kg/gün dozunda kullanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından etkili bir tedavi olarak önerilmiştir.<sup>1</sup> Pentavalan antimon bileşikleri sistemik veya lezyon içine, ya da her ikisinin kombinasyonu şeklinde uygulanabilmektedir.<sup>1,2</sup> Abrishami ve ark.<sup>3</sup> üç hafta süreyle sistemik ve lezyon içine uyguladıkları stiboglukonat kombine tedavisiyle başarı sağlandığını, ancak 4 ay sonra nüks görüldüğünü bildirmişlerdir. Antimonial ilaçlara dirençli veya nüks görülen olgularda diğer kombine tedaviler uygulanabilir.<sup>13</sup> Bu seçeneklerden birisi allopurinol ve meglumin antimonat kombinasyonudur. Bu kombinasyonun, ilaçların tek başlarına kullanımlarından daha etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>3,14,15</sup> Amfoterisin B, özellikle mukokutanöz ve dissemine tipler gibi antimon bileşiklerine dirençli olgularda tercih edilmelidir. Ancak toksisite, anemi ve ateş gibi yan etkiler nedeniyle kullanımı sınırlıdır.<sup>13</sup> Sistemik interferon tedavisinin de KL tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>12</sup> Kriyoterapi de bazı olgularda alternatif bir tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır.<sup>2</sup> Vinetz ve Soong<sup>16</sup> pentavalan antimon bileşiği ile tedavi sonrası nüks gelişen bir olguya 200 mg/gün dozunda oral itrakonazol başladığını ve 3 aylık tedavi sonrası lezyonun skar bırakmadan iyileştiğini rapor etmişlerdir. Durdu ve ark.<sup>2</sup> göz çevresinde tutulumu olan 59 hastanın 50'sini lezyon içine meglumin antimonat, 2'sini lezyon içine meglumin

antimonat ve kriyoterapi kombinasyonu, 5'ini sistemik meglumin antimonat ve 2'sini ise kriyoterapi ile tedavi etmiş ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir. Tedavinin etkinliği, *Leishmania* tipinin ilaca duyarlılığına, hastanın bağışıklık sistemine ve ilacın farmakokinetik özelliklerine bağlıdır.<sup>17</sup> Tedavide başarısızlığın nedenlerinden birisi de düşük doz ilaç kullanımudur. Göz kapağındaki KL olgularında komplikasyon gelişimini engellemek için yeterli dozda ilaçla tedaviye hemen başlanmalıdır. Hastada büyük bir lezyon veya mukozal tutulum varsa ve fonksiyon kaybı gelişme riski yüksek ise sistemik meglumin antimonat tedavisi önerilmektedir.<sup>2</sup> Bizim olgumuzda da lezyon çok geniş ve

korneal delinme ile göz kaybı riski yüksekti. Bu nedenle hastaya sistemik olarak yüksek doz meglumin antimonat tedavisi uygulandı. Bu tedavi ile hastanın lezyonlarında hızlı bir düzelme gözlemlendi.

Sonuç olarak, göz kapağında Leishmaniasis nadir de olsa görülebilmektedir. Özellikle kapak serbest kenarında tutulum varsa korneal komplikasyon riski artmaktadır. Erken tanı ve etkili bir tedavi hastalığın seyri açısından önemlidir. Bu tip olgularda ilk tedavi seçeneği olarak uygun dozda pentavalent antimon bileşikleriyle tedaviye başlanması ve iyi bir takip yapılması komplikasyon gelişimini önlemede etkili olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Jafari AK, Akhyani M, Valikhani M, Ghodsi ZS, Barikbin B, Toosi S. Bilateral cutaneous leishmaniasis of upper eyelids: a case report. *Dermatol Online J* 2006;12:20.
2. Durdu M, Gökçe S, Bağirova M, Yalaz M, Allahverdiyev AM, Uzun S. Periocular involvement in cutaneous leishmaniasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:214-8.
3. Abrishami M, Soheilian M, Farahi A, Dowlati Y. Successful treatment of ocular leishmaniasis. *Eur J Dermatol* 2002;12:88-9.
4. Uzun S, Uslular C, Yücel A, Acar MA, Ozpoyraz M, Memişoğlu HR. Cutaneous leishmaniasis: evaluation of 3,074 cases in the Cukurova region of Turkey. *Br J Dermatol* 1999;140:347-50.
5. Satici A, Gurler B, Aslan G, Ozturk I. Ocular involvement in cutaneous leishmaniasis four cases with blepharconjunctivitis. *Eur J Epidemiol* 2004;19:263-6.
6. Sotiropoulos G, Wilbur B. Two cases of cutaneous Leishmaniasis presenting to the emergency department as chronic ulcers. *J Emerg Med* 2001;20:353-6.
7. Klaus NS, Frankenburg S, Dhar AD. Leishmaniasis and Other Protozoan Infections. *Dermatology In: Fredbeerg IM, Eisen AZ, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. General Medicine. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p.2215-24*
8. Bowling JC, Vega-Lopez F. Case 2. Lupoid leishmaniasis. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:683-4.
9. Oliveira-Neto MP, Martins VJ, Mattos MS, Pirmez C, Brahin LR, Benchimol E. South American cutaneous leishmaniasis of the eyelids: report of five cases in Rio de Janeiro State, Brazil. *Ophthalmology* 2000;107:169-72.
10. Roizenblatt J. Interstitial keratitis caused by American (mucocutaneous) leishmaniasis. *Am J Ophthalmol* 1979;87:175-9.
11. Özdemir Y, Kulaçoğlu S, Kural G. Okuler Mukokutanöz Leishmaniazis. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 1999;8:132-4.
12. Chaudhry IA, Hylton C, DesMarchais B. Bilateral ptosis and lower eyelid ectropion secondary to cutaneous leishmaniasis. *Arch Ophthalmol* 1998;116:1244-5.
13. Gündüz K, Afsar S, Ayhan S, Kandiloglu AR, Türel A, Filiz EE, et al. Recidivans cutaneous leishmaniasis unresponsive to liposomal amphotericin B (Am Bisome). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:11-3.
14. Martinez S, Marr JJ. Allopurinol in the treatment of American cutaneous leishmaniasis. *N Engl J Med* 1992;326:741-4.
15. Momeni AZ, Aminjavaheri M. Successful treatment of non-healing cases of cutaneous leishmaniasis, using a combination of meglumine antimoniate plus allopurinol. *Eur J Dermatol* 2003;13:40-3.
16. Vinetz JM, Soong L. Leishmania mexicana infection of the eyelid in a traveler to Belize. *Braz J Infect Dis* 2007;11:149-52.
17. Croft SL. Monitoring drug resistance in leishmaniasis. *Trop Med Int Health* 2001;6:899-905.