

Aurikuler Kutanöz Leişmanyazis: Olgu Sunumu

Auricular Cutaneous Leishmaniasis: Case Report

Dr. Erol KELEŞ,¹ Dr. Serdar ŞENGÜL,¹ Dr. Mehmet HARMAN,² Dr. Betül DEMİR,³ Dr. Şinasi YALÇIN¹

¹ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD, Elazığ,

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Diyarbakır,

³ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Elazığ

ÖZET

Leişmanyazis, parazitlerle enfekte olmuş vektör dişi kum sineklerinin insanlardan kan emerken bu parazitleri bulaştırmasıyla oluşan bir hastalıktır. Türkiye’de hastalığın, kutanöz ve visseral leişmanyazis olmak üzere iki klinik şekli görülmektedir. Kutanöz leişmanyazis lezyonları vücudun açıkta kalan bölgelerinden en çok yüz bölgesinde görülür. Bu makalede kliniğimize kulak kepçesinde geçmeyen şişlik ve yara şikayeti ile başvuran ve parazitolojik incelemeler neticesinde kutanöz leişmanyazis tanısı konulan 14 yaşındaki erkek hasta sunuldu.

Anahtar Sözcükler

*Kulak kepçesi; leişmanyazis;
parazitler*

ABSTRACT

Leishmaniasis is a disease that forms by spreading of parasites from female sand vector which infected with parasites while it sucks blood from the humans. Two clinical forms as cutaneous and visceral leishmaniasis are encountered in Turkey. Cutaneous leishmaniasis mostly seen in facial region which an open area of the body. In this article, we presented a 14 year-old male patient with the complaints of intractable swelling and wound on his auricle who diagnosed as cutaneous leishmaniasis after parasitological investigations.

Keywords

*Ear auricle; leishmaniasis;
parasites*

Bu makale 36. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi (05.11.2014 - 09.11.2014, Antalya)’nde özet olarak sunulmuştur (PS-147).

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 24.11.2014

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 11.02.2015

≈

Yazışma Adresi

Dr. Erol KELEŞ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,
Elazığ, TÜRKİYE
E-posta: keleserol@yahoo.com

GİRİŞ

Leişmanyazis, leişmanya cinsi parazitlerle enfekte olmuş vektör dişi kum sineklerinin insanlardan kan emerken bu parazitleri bulaştırmasıyla oluşan bir hastalıktır. Türkiye’de hastalığın, kutanöz ve visseral leişmanyazis olmak üzere iki klinik şekli görülmektedir.¹ Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de kutanöz leişmanyazis (KL) olgularına daha sık rastlanmaktadır. KL, ülkemizde halk arasında “Şark Çıbanı, Antep Çıbanı, Halep Çıbanı, Yıl Çıbanı, Güzellik Yarası” gibi farklı isimlerle bilinmektedir.²

Leişmanyazis, enfekte dişi kum sineklerinin (phlebotomin sandfly) ısırığı ile bulaşan parazitler bir hastalıktır. Vektör olan kum sinekleri, bu parazitleri enfekte olmuş insan ve hayvanları ısırarak alırlar. Kum sineklerinin genellikle en fazla aktif oldukları akşam-şafak vakti, bulaşma riskinin en yüksek olduğu zaman dilimidir. Bulaşma ayrıca leishmania paraziti ile kontamine kan transfüzyonu ve organ transplantasyonu ile olabilir. Enfekte hamile kadından bebeğine de geçiş olabilir.³

Lokalize KL tipik olarak papül, krutlu nodül, plak yada ülseratif nodüler lezyon olarak görülmektedir. Kırsal veya zoonotik KL olarak ta bilinen ıslak tip KL’nin kuluçka süresi daha kısa olup, genellikle 2 ayı aşmaz. İnokülasyon yerinde fronkül benzeri bir nodül şeklinde ortaya çıkar, geniş ve inflamatuvar görünümlü lezyon hızlı bir ilerleme gösterir. Çevresinde satellit lezyonların olabildiği inflamatuvar nodül veya plağın ortasında yaklaşık 2-3 hafta içerisinde krutlu ülser gelişir. Oluşan ülser 6-8 ay gibi daha kısa bir sürede yerinde elek görünümü, depressif bir skar bırakarak iyileşir.³ Atipik kutanöz leişmanyazis ise sayılan bu özellikleri göstermeyip malign lezyonları taklit etmektedir. Dolayısı ile atipik kutanöz leişmanyazis çoğunlukla gözden kaçabilmektedir.² Visseral leishmaniasis tanısı parazitolojik veya serolojik testler ve klinik ile konulur. Doku örneklerinde parazitler gösterilebilir. Kutanöz leishmaniasisde parazitolojik testler ve klinik bulgular tanıyı doğrular. Kutanöz ve mukozal leishmaniasis için serolojik testlerin değeri sınırlıdır. KL ayırıcı tanısında; bakteriyel deri infeksiyonları, deri tüberkülozları, malin deri tümörleri, böcek ısırıkları, yabancı cisim granümları, derin mikotik infeksiyonlar, myazis, tropikal ülser, sarkoidoz, şarbon, sporotrikoz, keratoakantoma önem taşır.^{2,3}

Ülkemizde KL açısından Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Akdeniz Bölgesinin Çukurova Yöresi endemik olup, Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1988-2010 yılları

arasında ülke genelinde saptanan toplam 50381 olgunun yaklaşık %50’si Şanlıurfa ilinden bildirilmiştir.⁴

Bu makalede kliniğimize kulak kepçesinde geçmeyen şişlik ve yara şikayeti ile başvuran ve parazitolojik incelemeler neticesinde kutanöz leişmanyazis tanısı konulan 14 yaşındaki erkek hasta sunuldu.

OLGU SUNUMU

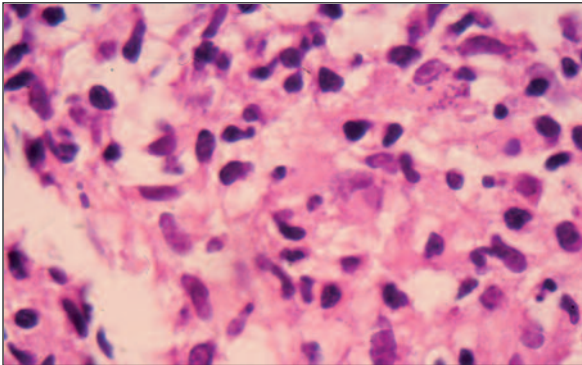
Bir yıl önce kulak kepçesinde şişkinlik şikayeti ile bir sağlık kuruluşunda tedavi görmüş 14 yaşında erkek hasta şikayetinin iki ay sonra tekrarlaması nedeniyle kliniğimize müracaat etti. Muayenesinde sağ aurikula antihelikste düzleşmeye neden olan ödemli, yüzeyi krutlu bir lezyonu mevcuttu (Resim 1). Kliniğimize yatırılan hastanın sedimantasyonu 3mm/saat, lökosit değeri 14.700 ve biyokimyasal değerleri normal olarak değerlendirildi. Olası mikrobiyolojik ajanlar için gönderilen rutin mikrobiyolojik kültür sonucu negatif, şarbon negatif olarak raporlandı. Perikondrit tanısıyla hastaya metranidazol ve sefazolin sodyum tedavisi yanında otoimmün etiyojiye yönelik ampirik steroid tedavisi başlandı. On gün içinde kliniği düzelen hasta taburcu edilerek kontrole çağrıldı. Hasta bir ay sonra tekrar şişlik nedeniyle başvurdu. Sedimantasyonu 13 mm/saat, lökosit değeri 16.000 idi. Tanı amaçlı tekrar yatırılan hastaya Pediatrik Romatoloji ve Dermatoloji konsültasyonları istendi. Hastadan tekrar kültür için alınan örneklerde; mantar negatif, löwenstein jensen besiyeri üremesi negatif, Şarbon negatif olarak raporlandı ve diğer etkenler için üreme olmadı. Pediatri ve Dermatoloji önerisiyle şarbon ön tanısıyla siprofloksasin, otoimmün perikondrit ön tanımızla da lokal ve sistemik steroid tedavisi verildi. Ayrıca patolojik tanı için de au-



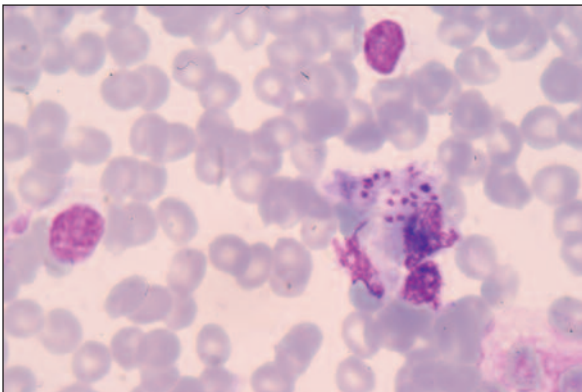
Resim 1. Kutanöz leişmanyazise bağlı lezyonlar.

rikuladan punch biyopsi alındı. Yatışının on beşinci gününde kliniği gerileyen hasta patoloji sonucuyla tekrar başvurmak üzere taburcu edildi. İki hafta sonra patoloji sonucuyla başvuran hastanın sağ aurikulası yine ödemliydi. Patoloji sonucu malignite kuşkusu mevcut olması nedeniyle hastaya lokal anestezi altında derin cerrahi biyopsi yapıldı ayrıca hastadan leişmanyazis için de örnek gönderildi. Patoloji sonucu; yoğun iltihabi infiltrasyon, malignite negatif olarak raporlandı. Leişmanyazis için yapılan hematoksilen eozin ve giemsa boyamalarında leişmanyazisin amastigot formları görüldü (Resim 2, 3). Hastaya kutanöz leişmanyazis tanısıyla haftada iki kez lezyon kenarından lezyon içine, dört hafta boyunca lezyon beyazlayana kadar PPD enjektörü ile 2 ml meglumine antimoniate (Glucantime®, Aventis Pasteur Aşı Tic. A.Ş., Türkiye) enjeksiyonu tedavisini uygulandı. Tedavi sonrası bir yıllık takipte hastada rekürrens saptanmadı (Resim 4).

Bu yazı nedeniyle hastadan ‘Bilgilendirilmiş Olur’ alındı.



Resim 2. Histopatolojik kesitin hematoksilen eozin ile boyanması ile hazırlanan preparatta görülen amastigotlar.



Resim 3. Yaymanın giemsa ile boyanmasında görülen amastigotlar.



Resim 4. Hastanın 1 yıl sonra aurikula görüntüsü.

TARTIŞMA

Türkiye’de iki tip leişmanyazis görüldüğü bildirilmiştir, kutanöz leişmanyazis etkeni *Leishmania tropica*, visseral leişmanyazis etkeni ise *Leishmania infantum*’dur.⁵ Türkiye’de kutanöz leişmanyazisli olgular Şanlıurfa, Adana, Hatay, Kayseri, Kahramanmaraş, Diyarbakır gibi çeşitli illerden bildirilmiştir. Türkiye’den en çok olgu Şanlıurfa’dan bildirilmiştir.^{4,6,7} Hastamız Muş ili Bulanık ilçesinde yaşamakta idi.

Kutanöz leişmanyazisin klinik özellikleri konağın immün yanıtına göre değişmektedir.⁸ Aytekin ve ark.⁹ kutanöz leişmanyazisli olguları topladıkları çalışmalarında, hastalığın en fazla görüldüğü yaş grubunu 0-9 yaş grubu çocuklar olarak belirlemiştir. Bizim olgumuz 14 yaşında idi.

Hastalığın inkübasyon periyodu birkaç gün ile birkaç ay arasında değişir. Önce ısırma yerinde kaşıntılı küçük bir papül gelişir, sonra 4-5 ay içinde deri yüzeyinde ince bir kabuk oluşur. Kabuğun altında gelişen ülser ağrısız ve genelde bir yıl içinde iz bırakarak iyileşir. Kabuk kaldırıldığında altında sivri çıkıntılar görülür. Buna “Hulusi Behçet Çivi belirtisi” denir ki şark çıbanı tanısında son derece karakteristiktir. İyileşmeden sonra konak parazite karşı ömür boyu bağışıklık kazanmaktadır. Kutanöz leişmanyazis lezyonları vücudun açıkta kalan bölgelerinden en çok yüz bölgesinde görülür.^{6,7} Bizim hastamızda lezyon aurikulada idi.

Lezyondan alınan yaymalarda parazitin amastigot formunun mikroskopik olarak gösterilmesi kesin tanı koydurucudur. Bu yüzden biyopsi materyalinden yapılan yaymalar giemsa veya hematoksilen eozin boyaları ile boyanır. Mikroskopi basit ve hızlı bir teknik olmakla birlikte sensitivitesi düşüktür. Kocarslan ve ark.,⁷ serilerinde %66,7 oranında histopatolojik olarak paraziti göstererek tanı koyduklarını bildirmişlerdir. Hastamızda lezyondan alınan biyopsi örneğinin giemsa ve hematoksilen eozin ile boyanıp incelenmesi sonucunda Laysmanyanya'nın amastigot formu mikroskopik olarak görüldü.

Bir diğer yöntem ise parazitin kültüre ekilmesidir. Bunun için antibiyotikli Now-Mc Neal-Nicolle (NNN) besiyerinde ekim yapıp promastigotlar üretilebilir. Uzun bir inkübasyon dönemi gerektirmesi, standardizasyonunun zor olması ve daima pozitif sonuç vermemesi nedeniyle kullanımı sınırlıdır.¹⁰ İndirekt floresan antikor testi, hemaglutinasyon testi, kompleman fiksasyon testi ve enzyme linked immunoabsorbent assay (ELISA) gibi serolojik yöntemler de kullanılabilir. Histolojik inceleme ayırıcı tanıda yardımcıdır.⁶ Parazite spesifik DNA'nın Polymerase Chain Reaction (PCR) metodu ile gösterilmesinin oldukça değerli olduğu bildirilmektedir. Çukurova bölgesinden yapılan bir çalışmada kültür, mikroskopik inceleme ve PCR metodu karşılaştırılmış ve en sensitif olan yöntemin PCR olduğu gösterilmiştir.¹¹

Kutanöz leişmanyazis tedavisinde amaç iyileşmeyi hızlandırmak, relaps, lokal yayılım ile mukozal hastalığı

önlemek ve skar riskini azaltmaktır.¹² KL'nin çoğunlukla yüzeysel bir skarla kendiliğinden bir yıl içerisinde iyileşmesi nedeniyle, hastaya en uygun tedavi seçilmelidir. KL'de tedavi topikal tedaviler ile intralezyonel enjeksiyonlar, fiziksel tedaviler ve sistemik tedaviler şeklinde incelenebilir. Büyük lezyonlarda skarın riskli olduğu lokalizasyonlarda, mukozal tutulumda sistemik tedaviler seçilirken, tek ve küçük lezyonlarda en ideal tedavi fiziksel tedavi, topikal veya intralezyonel tedavidir.¹³ Dünya Sağlık Örgütü, beş değerlikli antimon bileşiklerinin (meglumine antimoniate), lezyon düzelenek iki gün aralarla lezyon içine enjeksiyonla verilmesini önermektedir.¹⁴

Biz de hastaya haftada iki kez lezyon kenarından lezyon icine, dört hafta boyunca lezyon beyazlayana kadar PPD enjektörü ile 2 ml meglumine antimoniate enjeksiyonu tedavisini uyguladık. Tedavi sonrası bir yıllık takipte hastada rekürrens saptanmadı.

Kutanöz leişmanyazis Türkiye'nin sadece endemik bölgelerinde değil tüm yerleşim yerlerinde görülebilmektedir. Vektör kontrol programlarının hızlandırılması, halkın ve sağlık personelinin hastalık açısından eğitilmesi hastalığın yayılımı açısından önem taşımaktadır. Özellikle yüz bölgesinde kronik, nodüler cilt lezyonları olan çocuklarda, hastalık için endemik kabul edilen bölgelerde yaşamasalar bile kutanöz leişmanyazis akla getirilmelidir. Hastalığın standart antibiyotik tedavisi ve pansumanlar ile gerilememesi de malignite ile ayırıcı tanıya gitmesi açısından da önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Zeyrek FY, Erdoğan DD, Uluca N, Tumer S, Korkmaz M. Kutanöz leishmaniasis tanısında serolojinin yeri. *Kafkas Univ Vet Fak Derg* 2012;18 (Suppl-A): A121-4.
2. Gürel MS, Yeşilova Y, Ölgen MK, Özbel Y. Türkiye'de kutanöz leishmaniasisin Durumu. *Türkiye Parazit Derg* 2012; 36(2):121-9.
3. Eroglu F, Uzun S, Koltas IS. Comparison of clinical samples and methods in chronic cutaneous leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg* 2014;91(5):895-900.
4. Yıldız Zeyrek F, Korkmaz M, Ozbel Y. Serodiagnosis of anthroponotic cutaneous leishmaniasis (ACL) caused by *Leishmania tropica* in Sanliurfa province, Turkey, where ACL is highly endemic. *Clin Vaccine Immunol* 2007;14(11):1409-15.
5. Ozensoy S, Ozbel Y, Turgay N, Alkan MZ, Gul K, Gilman-Sachs A et al. Serodiagnosis and epidemiology of visceral leishmaniasis in Turkey. *Am J Trop Med Hyg* 1998;59(3): 363-9.
6. Gurel MS, Ulukanligil M, Ozbilge H. Cutaneous Leishmaniasis in Sanliurfa: epidemiologic and clinical features of the last four years (1997-2000). *Int J Dermatol* 2002;41(1):32-7.
7. Koçarslan S, Turan E, Ekinci T, Yesilova Y, Apari R. Clinical and histopathological characteristics of cutaneous Leishmaniasis in Sanliurfa City of Turkey including Syrian refugees. *Indian J Pathol Microbiol* 2013;56(3):211-5.
8. Pearson RD, Sousa AQ. Clinical spectrum of Leishmaniasis. *Clin Infect Dis* 1996; 22 (1): 11-3.
9. Aytekin S, Ertem M, Yagdiran O, Aytekin N. Clinicoepidemiologic study of cutaneous leishmaniasis in Diyarbakir Turkey. *Dermatol Online J* 2006;12(3):14.
10. Belli A, Rodriguez B, Aviles H, Harris E. Simplified PCR detection of new world Leishmanian clinical specimens of cutaneous leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg* 1998;58(1): 102-9.
11. Culha G, Uzun S, Ozcan K, Memisoglu HR, Chang KP. Comparison of conventional and polymerase chain reaction diagnostic techniques for leishmaniasis in the endemic region of Adana, Turkey. *Int J Dermatol* 2006;45(5):569-72.
12. Murray HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet* 2005;366(9496):1561-77.
13. Aytekin S. Kutanöz leişmanyazis tedavisi yaklaşımları. *Türkderm* 2009;43(2):44-7.
14. Control of the leishmaniasis. Report of WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1990;793:1-158.