



Perioküler kutanöz layşmanyazis: pitozis gelişmiş iki olgu sunumu

Presentation of two cases with periocular cutaneous leishmaniasis leading to ptosis

Enver Turan, Yavuz Yeşilova, Yeliz Karakoca Başaran*, Ali Akal**

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji, *Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

*Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

Özet

Kutanöz layşmanyazis (KL) insanlara tatarcık ısırığı ile bulaşan, Leishmania genusundan bazı kamçılı parazitlerin neden olduğu parazitik bir hastalıktır. Dünyanın pek çok bölgesinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Hastalık sıklıkla çocukluk yaş grubunda görülmekte birlikte her yaş grubunu etkileyebilir. Lezyonlar sıklıkla yüz, boyun, el, kol ve bacak gibi vücudun dışı açık alanlarında yerleşim göstermektedir. Daha nadir olarak saçlı deri, gövde, göz kapağı ve penis gibi diğer bölgelerde de görülebilmektedir. Göz kapağı tutulumu muhtemelen kapağın hareketli olması ve dişi tatarcık sineğinin rahatça konamaması nedeniyle sık değildir. Burada klinik ve laboratuvar bulguları ışığında kutanöz layşmanyazis tanısı konulan iki olgu sunulmuş, göz kapağı yerleşimli lezyonların erken tedavi edilmediğinde kozmetik yakınmalarla birlikte göz kapağı fonksiyon bozukluğuna yol açabileceğine dikkat çekilmiştir. (Türkderm 2014; 48: 43-6)

Anahtar Kelimeler: Kutanöz layşmanyazis, pitozis, lagophthalmos

Summary

Leishmaniasis is a parasitic disease caused by flagellate protozoa of the genus Leishmania. It is transmitted to humans via the bite of sandflies. The disease is a major health problem in our country as in many regions in the world. Although the disease is more often seen in children, it may affect any age group. The lesions usually occur on the exposed areas of the body such as face, neck, hands, arms and lower legs. However, they may be seen in other areas of the body such as scalp, trunk, eyelids and, penis. Eyelid involvement is not common, probably due to the movement of the lids preventing the female phlebotomine sandfly from biting the skin. In this paper, we present two cases of cutaneous leishmaniasis diagnosed on the basis of clinical and laboratory findings and we aim the draw attention to the fact that if not treated early, palpebral lesions can lead to dysfunction of palpebrae along with cosmetic problems. (Turkderm 2014; 48: 43-6)

Key Words: Cutaneous leishmaniasis, ptosis, lagophthalmos

Giriş

Kutanöz layşmanyazis (KL), infekte dişi kum sinekleri tarafından deriden kan emme esnasında insanlara bulaştırılan Leishmania genusundan bazı protozoonların neden olduğu parazitler bir hastalıktır¹. Coğrafik dağılıma göre Eski Dünya Layşmanyazisi (Ortadoğu, Orta Asya, Hindistan, Akdeniz ülkeleri, Kuzey Afrika) ve Yeni Dünya Layşmanyazisi (Orta ve Güney Amerika) olmak üzere ikiye

ayrılır². Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre hastalık 82 ülkede görülmekte ve her yıl 1,5 milyon yeni semptomatik hastalık tablosunun geliştiği kaydedilmektedir. Kutanöz layşmanyazis ülkemizde Güneydoğu Anadolu ve Çukurova bölgesi başta olmak pek çok bölgede endemik olarak görülmektedir³⁻⁵. Ülkemizde Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve özellikle Şanlıurfa'da etken tür "Leishmania tropica" iken, Çukurova'da ise "Leishmania infantum" ve "Leishmania tropica"dır³.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Enver Turan, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye
GSM: +90 505 332 39 29 E-posta: enverturan@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 11.11.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.12.2013

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*



Lezyonlar yüz ve ekstremiteler gibi vücudun dışı açık alanlarında eritemli bir papül olarak başlar ve yavaşça büyüyerek ortalama 4-6 ay içerisinde 1-2 cm'ye ulaşır. Nodüllerin volkan tarzında ülserleşmesi ve zamanla bu ülserin tabana sıkıca yapışık kabukla kaplanması tipiktir⁴. Sıklıkla soliter lezyon şeklinde ortaya çıkmakla birlikte lezyon sayısı birden fazla olabilir. Tedavi edilmediğinde 1-1,5 yıl içinde spontan olarak iyileşir ancak tedavisiz olgular belirgin sikatris bırakarak estetik problemlere neden olabilir³. Burada göz kapağında yerleşim gösteren ve mekanik pitozise neden olan iki kutanöz layşmanyazis olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Olgu 1

Şanlıurfa merkezinde yaşayan, on altı yaşında erkek çocuk sağ üst göz kapağında son bir yıl içinde yavaşça büyüyen kızarıklık ve şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Lezyonun son altı ayda göz kapağında düşüklüğe neden olduğunu ve görme alanını daralttığını ifade etti. Daha önce çeşitli sağlık kuruluşlarında hastaya sistemik antibiyotik tedavisi başlanmış ancak hasta bundan fayda görmemişti. Dermatolojik muayenesinde sağ üst göz kapağında; kapağın tamamına yakını kaplamış, merkezinde sıkıca yapışık kabuk bulunan 18 mm çapında eritemli ödemli plak lezyon izlendi (Resim 1). Lateral bölgede palpebral açıklığın tamamen kapandığı, göz kapağının merkezi bölgesinde ise 7 mm'lik pitozis geliştiği tespit edildi. Hastanın oftalmolojik muayenesinde levator palpebral superior kasında zayıflık tespit edildi. Hasta göz kapağını kaldırmak için frontal kas desteğine ihtiyaç duyuyordu. Görme keskinliği ve fundoskopik incelemede patolojik bulgu tespit edilmedi. Diğer yönlerden sağlıklı olan hastada bölgesel lenfadenopati ve organomegali saptanmadı.

Lezyon kenarından elde edilen sürüntünün Giemsa ile boyanmasında amastigotlar tespit edildi (Resim 2). KL tanısıyla hastaya intramüsküler 5 değerli antimon tedavisi (meglumin antimonat; Glukantim 20 mg/kg/gün) başlandı. Tedavi süresince periyodik olarak hastanın karaciğer enzim düzeyleri, böbrek fonksiyon testleri ölçülerek elektrokardiyogramı çekildi. Tedavi 20 gün sürdürüldü. Tedavi süresince herhangi bir yan etki gözlenmedi. Tedavinin başlangıcından sekiz ay sonra eritem, ödem ve indurasyonun kaybolduğu, lezyonun minimal sikatris ile iyileştiği gözlemlendi. Levator kas fonksiyonunda düzelme ve pitoziste tama yakın düzelme saptandı (Resim 3).

Olgu 2

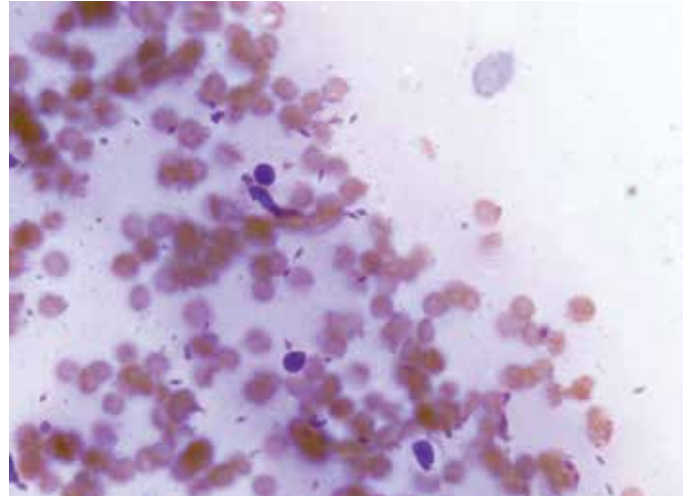
Suriye'den göç edip, mülteci olarak ülkemize sığınan on yaşında erkek çocuk sol üst göz kapağı ve çevresinde kızarıklık ve şişlikler şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Lezyonlar küçük bir sivilce gibi başlamış ve son altı ay içinde giderek büyümüştü. Subjektif yakınma tariflemeyen hastanın yüz bölgesine travma ve böcek ısırığı öyküsü yoktu.

Dermatolojik muayenesinde sol üst göz kapağı ve sol kaş dış kenarında en büyüğü 1 cm çapında eritemli, indure, yer yer merkezi bölgede sıkıca yapışık ince kabuk bulunan papül ve plaklar izlendi (Resim 4). Sol üst göz kapağı lateral kesimde 2 mm'lik pitozis tespit edildi. Lezyonlardan elde edilen yaymanın Giemsa ile boyanmasında amastigotlar saptandı (Resim 5). Hastaya 15 gün boyunca karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile elektrokardiyogram takibi yapılarak intramüsküler meglumin antimonat (Glukantim 20 mg/kg/gün) tedavisi verildi. Kısmi yanıt elde edilmesi üzerine, dört haftalık ara

ile ikinci kez tedavi verildi. Hastanın altı ay sonraki kontrollerinde lezyonların minimal atrofik skar bırakarak iyileştiği görüldü.



Resim 1. Sağ üst göz kapağında, merkezinde sıkıca yapışık kabuk bulunan eritemli ödemli plak



Resim 2. Çoğunluğu ekstraselüler yerleşimli amastigotlar (GiemsaX100)



Resim 3. Tedavi sonrası lezyonda klinik iyileşme



Resim 4. Sol üst göz kapağı ve sol kaş lateralinde eritemli papül ve plaklar

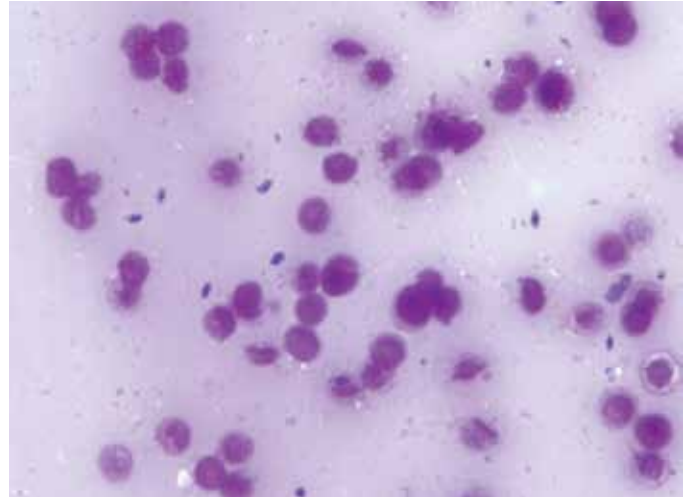
Tartışma

Kutanöz layşmanyazisin kliniği layşmanyanın türüne ve konağın immünizasyon durumuna göre kendi kendini sınırlayan, sikatris bırakmadan spontan iyileşen asemptomatik bir tablodan hayatı tehdit eden yaygın destrüktif lezyonlara kadar değişkenlik gösterir. Tipik başlangıç lezyonu sıklıkla eritemli papül ya da nodüler lezyonlardır. Bunu takiben ülseratif lezyonlar gelişir. Lezyonlar sıklıkla yüz, boyun, kol ve bacaklar gibi vücudun dışı açık alanlarında görülür. Bu bölgeler hastalığın bulaşmasında vektör olan dişi kum sineklerinin rahatça konabileceği ve ısırabileceği alanlardır⁶. Olguların %90 kadarı akut KL'dir ve tedavi edilmese de kendiliğinden iyileşme gösterir. Tedavisiz lezyonların iyileşme süresi layşmanyanın türü ile ilişkili olup *L. major*'ün neden olduğu lezyonlarda 6-12 ay, *L. tropika* ve *L. infantum*da ise ortalama 1-1,5 yıldır^{5,7}. Ülkemizde Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve hastalığın en yaygın olduğu bölge olan Şanlıurfa bölgesinde etken *L. tropika* iken, Çukurova'da ise *L. infantum* ve *L. tropikadır*^{3,4}.

Kutanöz layşmanyazis lezyonlarının %50'den fazlası baş ve boyun bölgesine yerleşim göstermektedir⁸. Ancak göz kapağı tutulumu çok yaygın değildir^{9,10}. Ülkemizde Şanlıurfa bölgesinde yapılan iki ayrı çalışmada göz çevresi tutulumu sırasıyla %1,6 ve %1,9 olarak bildirilmiştir^{4,11}. Morgan, vektör kum sineklerinin devamlı hareket halinde olan göz kapağına rahatlıkla konamadığını, bu nedenle de tutulumun sık olmadığını ileri sürmüştür¹². Ancak geceleri açık alanlarda uyku esnasında kapağın hareketsiz olması, dişi kum sineklerinin geceleri aktif hale gelmesi sineğinin göz kapağıyla temasını kolaylaştırmaktadır⁷.

Literatürde göz ve çevresinin değerlendirildiği birkaç çalışmada tutulum oranı %2-5 olarak rapor edilmiştir^{10,13-15}. Durdu ve ark.'ı Çukurova bölgesinde gerçekleştirdikleri çalışmada bu oranı %2,9 olarak bildirmişlerdir. Bu oran fasiyal yerleşimli tüm lezyonların %4,2'sini oluşturmaktadır. Göz çevresi yerleşimli lezyonların yarısına yakını (%47) alt göz kapağına yerleşim göstermektedir¹⁰.

Göz kapağına yerleşen lezyonlar erken tedavi edilmediğinde kapak fonksiyonlarını bozarak mekanik pitozis (ağırlık nedeniyle kapağın düşmesi) ve lagofthalmiye (göz kapağının defektif kapanması, tam kapanmaması) neden olabilmektedir^{9,16-18}. Üst göz kapağında gelişen



Resim 5. Ekstraselüler yerleşimli amastigotlar (GiemsaX100)

inflamasyon, ödem ve masif kitleler levator kasının hareketini engelleyerek mekanik pitozise yol açmaktadır^{9,18}. Bu geçici mekanik pitozis tedavi edilmediğinde bile kendiliğinden düzelmektedir, ancak spontan iyileşme esnasında oluşan sikatrisler lagofthalmiye neden olabilmektedir. Ayrıca göz kapağının serbest kenarı muntazam yapısını kaybetmekte, bu durum aşırı sürtünmeye bağlı keratokonjonktivite neden olabilmektedir. Cerrahi olarak düzeltilmeyen olgularda perforasyon gelişebilmektedir¹⁹. Bizim olgularımızda mekanik pitozisin nedeni muhtemelen KL'nin neden olduğu üst göz kapağında subkutan dokuyu da içine alan inflamasyon ve ödemin oluşturduğu kitle etkisidir. Her iki olguda da tedavi ile lezyonların minimal sikatrisle gerilemesi sonrası mekanik pitozis önemli ölçüde düzelmiştir.

Kutanöz layşmanyazise bağlı göz çevresi tutulumunda lagofthalmi ve pitozisin yanı sıra sikatrisyel ektropiyon, lezyonların episklere ve korneaya doğru ilerlemesi sonucu trikiyazis (kirpiklerin içeri doğru dönmesi), skleromalazi (skleranın yumuşaması), semblefaron (göz kapakları arasında yapışıklık oluşması), kornea ülserasyonu, pannus (kornea üzerinde gelişen granülasyon dokusu), interstisyel keratit, skleral nodül ve anterior üveit gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir^{18,20,21}. Literatürde bir olguda layşmanyazise bağlı körlük geliştiği bildirilmiştir²².

Hastalığın tanısı sürüntü materyali veya dermal kazıntı yaymasında amastigotların görülmesi, kültürde üretilmesi veya biyopsi materyalinde amastigotların görülmesi ile konur. Ancak atipik yerleşimli formlar tanı gecikmelerine neden olabilmektedir²³. Endemik bölgelerde kronik göz kapağı ülserleri, nodül ve abse görünümlü lezyonlarda KL olasılığı göz ardı edilmemelidir. Göz kapağı layşmanyazisi epidermoid kist, furonkül, şalazyon, dakriyosistit, lupus vulgaris, sarkoidoz, sifiliz, histoplazmoz, parakoksidioidomikoz ve göz kapağı tümörlerini taklit edebilir^{11,16}.

Akut KL tedavi edilmediğinde bile sıklıkla kendi kendini sınırlayan ve atrofik sikatris bırakarak iyileşen lezyonlara neden olur. Ancak lezyonların yüz gibi kozmetik açıdan önemli bölgelerde yer alması tedaviyi zorunlu kılar. Bizim olgularımızda göz kapağı lezyonu hem görme alanını daraltmış hem de kozmetik yakınmaya neden olmuştur. Her iki hastada da lezyonların fonksiyon bozukluğuna yol açma riski ve kısmen de uygulama zorluğu nedeniyle beş değerli antimion bileşikler (me glumin antimonat) ile sistemik tedavi tercih

edilmiştir. Tedavi ile lezyonlar tama yakın gerilemiş ve göz kapağı fonksiyonları büyük ölçüde düzelmiştir. Hastalık erken dönemde tedavi edilmediğinde büyük hacimli kitlelere ulaşarak pitozise, spontan iyileşme sonrası sikatris oluşumu nedeniyle de kalıcı lagofthalmusa neden olabilmektedir. Ayrıca perioküler yerleşimli lezyonlar pek çok dermatolojik tablo ile karışabildiğinden KL şüphesi olan olgular bu açıdan değerlendirilmeli ve olası oküler komplikasyonların önüne geçmek için erken dönemde tedaviye başlanmalıdır. Ancak uygun tedaviye rağmen göz kapağında fonksiyon kayıpları meydana gelebilir. Bu durumda cerrahi düzeltme yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. *Lancet Infect Dis* 2007; 7:581-96.
2. Galluzzo CW, Eperon G, Mauris A, Chappuis F. Old World cutaneous leishmaniasis. *Rev Med Suisse* 2013; 9:990-995.
3. Gurel MS, Yesilova Y, Olgen MK, Ozbel Y. Cutaneous leishmaniasis in Turkey. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2012; 36:121-9.
4. 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; 41:32-7.
5. Uzun S, Uslular C, Yucel A, Acar MA, Ozpoyraz M, Memisoglu HR. Cutaneous leishmaniasis: evaluation of 3,074 cases in the Cukurova region of Turkey. *Br J Dermatol* 1999; 140:347-50.
6. David CV, Craft N. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. *Dermatol Ther* 2009; 22:491-502.
7. Uzun S. Leishmaniasis. *Dermatoloji Ed Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008;659-82.*
8. Uzun S, Durdu M, Culha G, Allahverdiyev AM, Memisoglu HR. Clinical features, epidemiology, and efficacy and safety of intralesional antimony treatment of cutaneous leishmaniasis: recent experience in Turkey. *J Parasitol* 2004; 90:853-9.
9. Satici A, Gurler B, Gurel MS, Aslan G, Oguz H. Mechanical ptosis and lagophthalmos in cutaneous leishmaniasis. *Br J Ophthalmol* 1998; 82:975.
10. Durdu M, Gokce S, Bagirova M, Yalaz M, Allahverdiyev AM, Uzun S. Periocular involvement in cutaneous leishmaniasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21:214-8.
11. Satici A, Gurler B, Aslan G, Ozturk I. Ocular involvement in cutaneous leishmaniasis four cases with blepharconjunctivitis. *Eur J Epidemiol* 2004; 19:263-6.
12. Morgan G. Case of cutaneous leishmaniasis of the lid. *Br J Ophthalmol* 1965; 49:542-6.
13. Tomkins A, Bryceson A. Ocular leishmaniasis and pentamidine diabetes. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1972; 66:948-50.
14. Calabrese KS, Silva LS, Haroim DJ, Souza CS, Abreu-Silva AL. Ocular experimental leishmaniasis in C57BL/10 and BALB/c mice induced by *Leishmania amazonensis* infection. *Exp Parasitol* 2013; 133:156-61.
15. Abboud IA, Ragab HA, Hanna LS. Experimental ocular leishmaniasis. *Br J Ophthalmol* 1970; 54:256-62.
16. Ferry AP. Cutaneous leishmaniasis (oriental sore) of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1977; 84:349-54.
17. Mencia-Gutierrez E, Gutierrez-Diaz E, Rodriguez-Peralto JL, Monsalve-Cordova J. Old World eyelid cutaneous leishmaniasis: a case report. *Dermatol Online J* 2005; 11:29.
18. Chaudhry IA, Hylton C, DesMarchais B. Bilateral ptosis and lower eyelid ectropion secondary to cutaneous leishmaniasis. *Arch Ophthalmol* 1998; 116:1244-5.
19. Keklikçi U, Harman M, Ünlü K, Akdeniz S. Göz kapağındaki kutanöz leishmaniasis nedeniyle korneal delinme gelişen bir olgu. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 2008; 17:202-5.
20. Ozdemir Y, Kulacoglu S, Cosar CB, Onder F, Kural G. Ocular leishmaniasis. *Eye (Lond)* 1999; 13 (Pt 5):666-7.
21. Reinecke P, Gabbart HE, Strunk W, Losche CC. Ocular scleromalacia caused by leishmaniasis: a rare cause of scleral perforation. *Br J Ophthalmol* 2001; 85:240-1.
22. Kumar PV, Roozitalab M, Lak P. Ocular leishmaniasis: a case of blindness. *Iran J Med Sci* 1993:106-11.
23. Schwarz KJ. [Diagnosis and differential diagnosis of cutaneous leishmaniasis. Report on seven cases observed in Zurich]. *Schweiz Med Wochenschr* 1970; 100:2073-8.