

# Deri Bulguları ile Seyreden Bir Viseral Layşmanyaz Olgusu

## A Case Report of Visceral Leishmaniasis Associated with Skin Lesions

Nur Canpolat      Nuray Aktay Ayaz      Gönül Aydoğan  
Aysel Kıyak      Pınar Turhan

SSK Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Büyük Çocuk Kliniği, İstanbul

### ÖZET

Viseral layşmanyaz ateş, hepatosplenomegali, kilo kaybı, pansitopeni ve hipergammaglobulinemi ile karakterize bir hücre içi protozoon enfeksiyonudur. Tüm dünyada yaygın olarak görülen viseral layşmanyaz, coğrafi bölgelere göre epidemiyolojik farklılıklar gösterir. Dokuz yaşındaki kız hasta, kliniğimize halsizlik, yorgunluk, solukluk ve vücudunda döküntüler çıkması nedeni ile başvurdu. Fizik ve laboratuvar incelemelerinde splenomegali ve pansitopeni saptandı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde leishmania amastigotları görüldü. Leishmania IFAT IgG ve formol jel pozitif bulundu. Kemik iliği kültüründe Leishmania üredi. Klinik ve laboratuvar bulgular ile viseral layşmanyaz tanısı alan hastaya Lipozomal Amfoterisin B tedavisi başlandı. Viseral Layşmanyaz için olağan olmayan deri lezyonlarını tanımlamak amacı ile iki kez cilt biyopsisi, doppler ultrasonografi ve yumuşak doku manyetik rezonans incelemeler yapıldı, ancak spesifik bir tanı elde edilemedi. Amfoterisin B tedavisinden 3 ay sonra deri lezyonlarında spontan gerileme başladı. Bir yıl sonunda lezyonlar tamamen kayboldu ve 2 yıllık izlem sonunda nüks görülmedi. Akdeniz tipi viseral layşmanyazda çok ender görülen bu deri lezyonları, olgumuzda viseral layşmanyazın bir bulgusu olarak kabul edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Viseral layşmanyaz (kala-azar), deri lezyonları

### SUMMARY

Visceral leishmaniasis is a protozoal infection characterised by fever, hepatosplenomegaly, pancytopenia, hypergammaglobulinemia and weight loss. It shows epidemiological differences according to geographical regions. A nine year old girl has attended to our out-patient clinic with the complaints of fatigue, tiredness and skin rashes. There were pancytopenia and splenomegaly on her physical and laboratory examinations. Leishmania amastigots were detected on her bone marrow biopsy material. Also, Leishmania IgG and formol gel test were found to be positive. Leishmania is grown on the bone marrow culture. With the light of these findings, she was diagnosed as visceral leishmaniasis and liposomal Amphotericin B treatment was started. Due to the fact that skin lesions are not common in visceral leishmaniasis; two skin biopsies, doppler ultrasonography and soft tissue magnetic resonance imaging examinations were performed to define them. But we could not be able to make any specific diagnosis. The rashes began to resolve spontaneously 3 months after the induction of Amphotericin - B therapy. The skin lesions were completely improved one year and there was no recurrence two years after therapy. So, we concluded that the skin lesions were due to visceral leishmaniasis because of apparent improvements on the biopsy findings and magnetic resonance examination.

**Key Words:** Visceral leishmaniasis (kala-azar), skin lesions

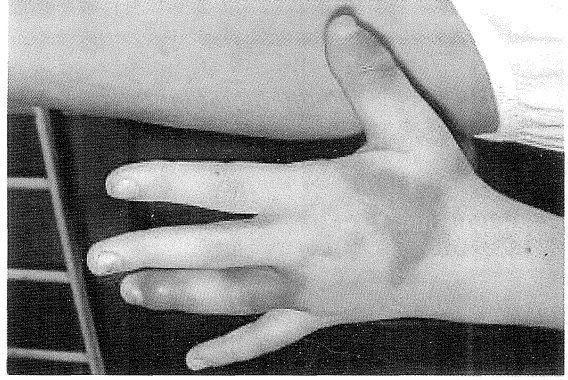
*Leishmania donovani*, *Leishmania infantum* ve *Leishmania chagasi*'nin etken olarak saptandığı viseral layşmanyaz (VL), dört kıtada ve 88 ülkede endemik olarak bulunur ve olguların %90'dan fazlası Bangladeş, Brezilya, Hindistan ve Sudan'dadır (1). Türkiye'nin de içinde bulunduğu Akdeniz bölgesinde etken *Leishmania infantum* olup ana rezervuar köpeklerdir. Ülkemizde Ege ve Akdeniz bölgesinde endemik, diğer bölgelerde sporadik olarak görülür. Tedavi edilmediği takdirde ölüme sonuçlanan VL, ateş, hepatosplenomegali, abdominal distansiyon, kilo kaybı, periferik lenfadenopati, pansitopeni ve hipergammoglobulinemi ile karakterizedir (1-5).

İstanbul'da yaşayan ve seyahat öyküsü bulunmayan 9 yaşındaki kız hasta ön planda deri bulguları ile başvurmuş ve VL tanısı almıştır. Bu olgu, deri döküntülerinin ön planda olduğu bir viseral layşmanyaz olması ve benzer bulguların Akdeniz tipi için çok ender tanımlanmış olması nedeni ile sunulmuştur.

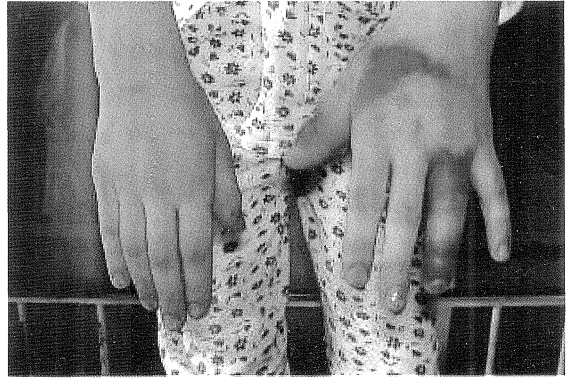
## OLGU

Dokuz yaşında kız hasta (Prot. No. 2143) bir aydır süren halsizlik, yorgunluk, solukluk ve son bir hafta içinde vücudunda ortaya çıkan kırmızı ve mor renkli döküntüler ve sert şişlikler nedeni ile başvurdu. Fizik muayenede hasta soluk görünümlü idi. Ağırlık 20 kg (10-25.p), boy 127 cm (50-75 p), ateş 37°C, kan basıncı 85/55 mmHg, nabız 86/dk idi. Sol el 1. ve 4. parmak uçlarında ve el sırtında ciltten kabarıklık kırmızı renkli, basmakla solmayan döküntü (Resim 1,2), sağ ve sol malleol üzerinde 4x5 cm büyüklüğünde maküler lezyon, sağ uyluk iç yanında 4-5 adet, 3-4 cm büyüklüğünde zincir şeklinde sıralanmış sert ekimotik nodül, her iki inguinalde lenfadenopati paketi ve kosta yayını orta klavikuler hat üzerinde 7-8 cm geçen yumuşak kıvamda splenomegali vardı. Diğer sistem incelemelerinde herhangi bir patoloji yoktu.

Laboratuvar incelemelerinde; Hct %17.1, Hb 5.5 gr/dl, lökosit 1700/mm<sup>3</sup>, trombosit 140000/mm<sup>3</sup>, MCV 82fl, RDW %17, retikülosit %0.5 saptandı; lökosit formülünde lenfosit üstünlüğü



**Resim 1.** Sol el 1. ve 4. parmak uçları ve el sırtında hiperemik lezyon.



**Resim 2.** Sol el 1. ve 4. parmak uçları ve el sırtında hiperemik lezyon.

olup, atipik hücre bulunamadı. CRP negatif, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 80 mm/saat bulundu. Biyokimyasal tetkiklerden albumin 3.2 g/dl, globulin 5.6 g/dl, AST 45 U/lt, ALT 30 U/lt idi. IgG 4290, RF (+), Salmonella ve brusella aglutinasyon testleri negatif bulundu. Kemik iliği aspirasyon ve biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde *leishmania* amastigotları görüldü. *Leishmania* IFAT IgG pozitif bulundu. Kemik iliği aspirasyon materyali NNN besiyerine ekildi ve *leishmania* üredi.

Hastaya VL tanısı ile lipozomal Amfoterisin B tedavisi başlandı. 2 mg/kg/gün olmak üzere toplam 30 mg/kg Amfoterisin B tedavisi uygulandı. Pansitopeni tablosunda düzelme (Tablo 1), dalak boyutlarında küçülme saptandı. Buna karşılık tedavinin bitiminde deri lezyonlarında artış gözlemlendi. Tedavi bittikten 21 gün sonra kemik iliği aspirasyonu yinelendi, histopatolojik

**Tablo 1.** Olgunun laboratuvar bulguları.

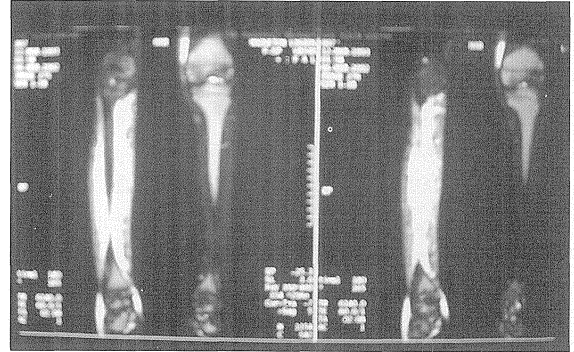
	Hct(%)	Hb(g/dl)	Lökosit (mm <sup>3</sup> )	Trombosit (mm <sup>3</sup> )	ESH (mm/s)	IgG	RF
Geliş	17.1	5.5	1700	140000	80	4290	(+)
Ted. 1. gün	21.1	6.8	2000	106000	80		
Ted. 21. gün	25.4	8.2	3500	130000	60		
Ted. 30. gün	29.9	9.9	4600	169000	45		
Ted. 90. gün	32.4	10.8	5270	144000	10	1740	(-)
Ted. 1. yıl	32	11.3	4730	157000	10	1120	(-)

incelemede leishmania amastigotları görülmedi ve kültürde üreme olmadı.

Hastanın deri lezyonlarının tanımlanması amacı ile FANA, p-ANCA, c-ANCA bakıldı, negatif bulundu. Antikardiyolipin, antifosfolipid antikorları, protein C ve S düzeyleri normal bulundu. Yapılan cilt biyopsisi kaposiform hemanjio endotelyoma ile uyumlu bulundu. Alt ekstremitelerde dopler ultrasonografik incelemede derin venöz sistemler açık, cilt altında hipoeoik tubuler infiltrasyonlar, ödem ve inflamasyon, her iki inguinalde ve uyluk iç yanı boyunca büyümüş lenf nodları izlendi. Yumuşak doku manyetik rezonans incelemede cilt altı yağlı doku içinde yer yer nodüler oluşumlar, uzun kemiklerde ve kranium kemik yapıda yağlı kemik iliği yerini almış difuz tutulum saptandı (Resim 3-4). VL ve kaposiform hemanjio endotelyoma ile birlikteliği bildirildiğinden ayrı zamanlarda 3 kez HIV bakıldı ve negatif bulundu.



**Resim 3.** MRI (uzun kemikler ve yumuşak doku) cilt altı yağlı doku içinde yer yer nodüler oluşumlar, uzun kemiklerde kemik iliği yerini almış difuz tutulum.



**Resim 4.** MRI (uzun kemikler ve yumuşak doku) cilt altı yağlı doku içinde yer yer nodüler oluşumlar, uzun kemiklerde kemik iliği yerini almış difuz tutulum.

Deri lezyonlarına yönelik ek bir tedavi verilmeden izleme alınan hastanın, Amfoterisin B tedavisinden 3 ay sonra deri lezyonlarında belirgin gerileme saptandı. İkinci kez yapılan cilt biyopsisi gerilemekte olan vasküler patoloji olarak değerlendirildi ve kaposiform hemanjio-endotelyoma tanısından uzaklaşıldı. Kontrol MR incelemesinde kemik iliğinde infiltrasyon saptanmadı, medüller kemik sinyal yoğunluğu normal, kranium kemik yapıları doğal bulundu. Bu bulgularla hastanın deri lezyonlarının viseral layşmanyazın bir bulgusu olduğu sonucuna varıldı.

## TARTIŞMA

Viseral Layşmanyaz (VL), karaciğer, dalak ve kemik iliğinin sistemik enfeksiyonudur. İnip çıkan dalgalı ateş, kilo kaybı, hepatosplenomegali, pansitopeni ve hipergammaglobulinemi ile karakterize bir klinik tablodur. VL'da deri bulguları ön planda değildir. Özellikle Afrika tipinde sistemik semptomlar başlamadan önce deri kurur, inceler, saçlar dökülür, nonülseratif deri lezyonları ve flebotomun soktuğu yerde bir nodül

gözlenebilir. Hindistan'da ise deri ellerde, ayaklarda ve yüzde koyu bir renk alır ve Kala-Azar ismi buradan gelir (2,4,6). Akdeniz tipi için deri lezyonları olağan değildir. 1999'da Güney Yunanistan'dan bildirilen VL'lı çocuk olgularda %95 ateş, %77 solukluk, %40 anoreksi, %18 kilo kaybı ve %18 abdominal distansiyon en sık yakınma olarak bildirilmiş, %99 masif splenomegali, %85 hepatomegali, %39 lenf nodu büyümesi saptanmıştır (7). Türkiye'den 2002'de bildirilen 40 olguluk seride benzer bulgular olup %30 oranında peteşi ve purpura bildirilmiştir (8). Malta'dan 2000 yılında bildirilen 81 pediatrik VL olgusunda ve Güney Fransa'dan 1998'de bildirilen 59 VL olgusunda deri bulgusundan söz edilmemiştir (9,10). Buna karşılık İsrail'de 2002 yılında 41 yaşında bir erkek hastada deri lezyonları ile başlayan VL tanımlanmıştır (11).

Klinik ve laboratuvar bulgular ile VL (kala-azar) tanısı alan hastamızın asıl başvuru nedeninin deri lezyonları olması ilginçtir. Kala-azarda deri bulgularının sık bildirilmemesi, özellikle ülkemizin içinde bulunduğu Akdeniz tipinde çok ender olması nedeni ile, bu lezyonları tanımlamak amacı ile hastamıza 2 kez cilt biyopsisi, dopler ultrasonografi, ve yumuşak doku manyetik rezonans görüntülemeleri yapıldı. Vaskulit ve hemos-taz panelleri incelendi. Ancak spesifik bir tanı elde edilemedi. Lipozomal Amfoterisin B tedavisi uygulandı. Tedavinin sonlarına doğru artış gösteren deri lezyonları izleme alındı. Ek bir tedavi verilmeden izlenen lezyonlar, 3 haftada gerilemeye başladı. Tedaviden 3 ay sonra deri lezyonları büyük ölçüde gerilemiş ve 1 yılın sonunda tamamen kaybolmuştu. İkinci yılda nüks görülmemiştir. Bu bulgular ile hastamızdaki deri lezyonları çok ender görülmekle birlikte viseral layşmanyazın bir bulgusu olarak kabul edildi.

Sonuç olarak, Viseral Layşmanyaz Türkiye'de endemik ancak İstanbul ve çevresinde sporadik olarak görülmektedir. Bu sebeple ateş, splenomegali ve pansitopeni tablosu ile gelen hastalarda VL tanısının akla getirilmesi ve kemik iliği

incelemesinin bu gözle yapılması gerekliliğini vurgulamak ve Akdeniz tipi için çok ender bildirilmiş olan eş zamanlı deri bulgularına dikkati çekmek amacı ile bu olgu sunulmuştur.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Epidemiological analysis of 692 retrospective cases of Leishmania. WHO/LEISH/96.39. WHO, 1996.
2. Kafetzis DA. An overview of paediatric leishmaniasis. *J Postgrad Med* 2003;49:31-8.
3. Guerin PJ, Olliere P, Sundar S, Boelaert M, Croft SL, Desjeux P, et al. Visceral leishmaniasis: current status of control, diagnosis, and treatment, and a proposed research and development agenda. *The Lancet Infect Dis* 2002;2:494-501.
4. Herwaldt BL. Leishmaniasis. *The Lancet* 1999; 354: 1191-9.
5. Ok UZ, Balcioğlu İC, Özkan AT, Özensoy S, Özbek Y. Leishmaniasis in Turkey. *Acta Tropica* 2002;84: 43-8.
6. Roberts LJ, Handman E, Foote SJ. Leishmaniasis. *BMJ* 2000;321:801-4.
7. Maltezou HC, Siafas C, Mavrikou M, Sypridis P, Stavrinas C, Karpathios Th, et al. Visceral leishmaniasis during childhood in southern Greece. *Clin Infect Dis* 2000;31:1139-43.
8. Totan M, Dagdemir A, Muslu A, Albayrak D. Visceral childhood leishmaniasis in Turkey. *Acta Paediatr* 2002;91:62-4.
9. Grech V, Mizzi J, Mangion M, Vella C. Visceral leishmaniasis in Malta- an 18 year paediatric, population based study. *Arch Dis Child* 2000;82:381-5.
10. Minodier P, Parroux R, Garnier JM, Unal D, Perrimon H, Dumon H. Paediatric visceral leishmaniasis in southern France. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:701-4.
11. Ben-Ami R, Schnur LF, Galany Y, Jaffe CL, Mardi T, Zeltser D. Cutaneous involvement in a rare case of adult visceral leishmaniasis acquired in Israel. *J Infect* 2002;44:181-4.

---

### Yazışma adresi:

Dr. Nur CANPOLAT  
9. Kısım A-16 D: 53 Ataköy/İSTANBUL  
Ev Tel: 0 212 661 20 17  
İş Tel : 0 212 543 62 70-163  
GSM : 0 532 254 04 31  
Faks : 0 212 571 47 90  
e-mail: ncanpolat2000@hotmail.com

---