

# Endemik Bölge Dışında (Patnos) Görülen Bir Kala-Azar Olgusu

Ali Bay, Murat Doğan, Mehmet Açıkgoz, Mesut Okur, Ahmet Faik Öner

## Özet:

Kala-azar tatarcıklar tarafından bulaştırılan, karaciğer, dalak ve kemik iliğinin makrofajlarını infekte edip orada çoğalabilen intraselüler parazitik bir enfeksiyondur. Hastalık düzensiz ateş, pansitopeni, hepatosplenomegali ve hipergamaglobulinemi ile karakterizedir. Burada 5 yaşında erkek kala-azar olgusu sunuldu. Hasta 2 aydan uzun süredir devam eden ateş, solukluk ve karın şişliği öyküsü ile başvurdu. Endemik bölgelere seyahat öyküsü yoktu. Sonuç olarak endemik bölgelere seyahat öyküsü olmasa da uzamış ateş, hepatosplenomegali, ve sitopeni ile başvuran hastalarda kala-azar da ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Kala-azar, splenomegali, ateş

Kala-azar tatarcıklar tarafından bulaştırılan, karaciğer, dalak ve kemik iliğinin makrofajlarını infekte edip orada çoğalabilen intra selülerparazitik bir enfeksiyondur. Akdeniz ülkelerinde her yıl yaklaşık olarak 1000 kişi bu hastalığa yakalanır. Phlebotomus kanıtlanmış vektörüdür ve köpekler konakçı rolü oynarlar (1). Kala-azar genellikle Akdeniz bölgesinde (*L. Infantum*) beş yaşından küçüklerde, Afrika ve Asya'da (*L. Donovanii*) ise büyük çocuklar ve genç erişkinlerde görülür (2). Hastalık düzensiz ateş, pansitopeni, hepatosplenomegali ve hipergamaglobulinemi ile karakterizedir. Ülkemizin batısında infantil Akdeniz viseral leishmaniasis'i ve güneydoğusunda ise kutanöz leishmaniasis (şark çibani) bulunduğu uzun süreden beri bilinmektedir (3).

Biz burada, iki aydır devam eden aralıklı ateş, cilt solukluğu ve karın şişliği sebebi ile acil servisimize Patnos'dan sevk edilen ve kala-azar tanısı koyduğumuz 5 yaşındaki erkek hastayı sunduk.

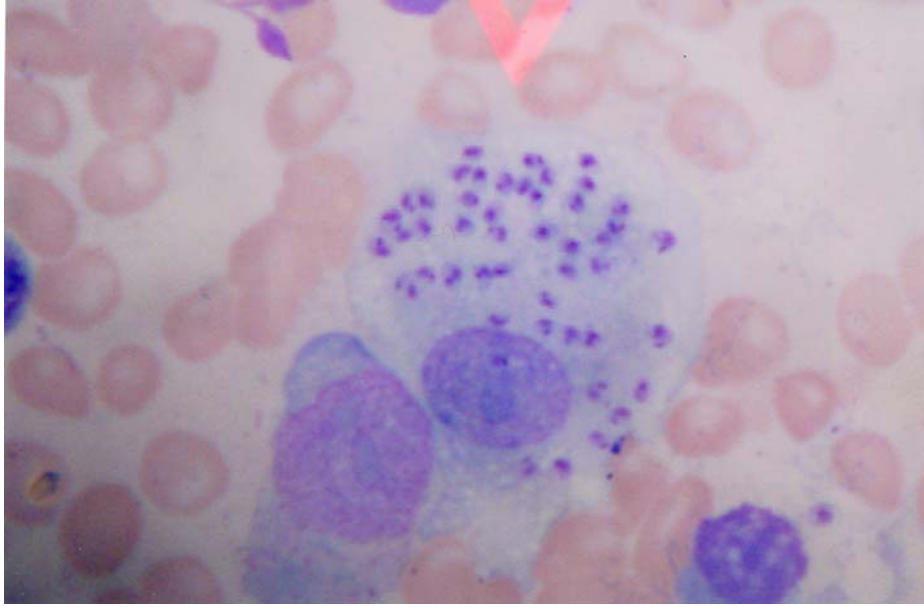
## Olgu

5 yaşında erkek hasta yaklaşık olarak 2 aydır aralıklarla devam eden ateş, solukluk, kilo kaybı ve karın şişliği yakınmaları ile acil servisimize geldi. Aile öyküsünden hasta ve ailesinin uzun süredir Patnos'ta oturduğu, hastanın Patnos dışına hiç çıkmadığı, babasının işçi olarak batı illerine çalışmaya gittiğini öğrendik. Fizik muayenede soluk ve halsiz görünümde idi. Batın distandü, karaciğer kot altında 4 cm, dalak ise

inguinal bölgeye kadar uzanıyordu Hematolojik incelemesinde; Hb 6.5 g/dl, hct % 19, beyaz küre:  $2.2 \times 10^9/L$ , trombosit:  $110 \times 10^9/L$ , retikülosit:  $< \%1$  idi. Periferik yaymada %22 parçalı, %52 lenfosit, %4 bazofil, %4 normoblast, %28 monosit görüldü. Eritrositler hipokrom mikrositer olup, anizopoikilositoz vardı. Biyokimyasal incelemede; serum albumin (2.1 mg/dl) düzeyinde azalma ve globulin (5.5 mg/dl) düzeyinde artış saptanırken; glukoz, elektrolitler, kreatinin, kan üre azotu, direkt ve indirekt bilirubin düzeyleri, transaminazlar ve alkalen fosfataz konsantrasyonları normal sınırlarda bulundu. Protein elektroforezinde hipergamaglobulinemi saptandı. Batın ultrasonografik incelemesi hepatomegali ve masif splenomegali ile uyumlu idi. Herhangi bir intraabdominal kitleye rastlanmadı. Mikrobiyolojik değerlendirmede; kan kültürü, toksoplazmoz serolojisi, malarya için kalın damla incelemesi, tüberkülin deri testi (PPD) ve viral seroloji (sitomegalovirus, rubella, Ebstein-Barr virus, hepatitis B ve C, insan immun yetmezlik virüsü, parvovirus B19) negatif sonuçlandı. Kemik iliği (Kİ) aspirasyonunun incelenmesinde makrofajların içinde çok sayıda Leishmania amastigotları saptandı (Resim 1). Malign infiltrasyon ve depo hastalıklarını düşündürecek bir bulguya rastlanmadı. Bu bulgularla kala azar tanısı konan hastaya artı beş değerlikli antimona bileşikler (pentostam 20 mg/kg/gün IM) başlandı. İkinci haftadan itibaren ateşi düşen ve dalağı küçülmeye başlayan hasta taburcu edildi ve tedavisi evde 4 haftaya tamamlandı. Yapılan 3 aylık takipte ateşinin olmadığı, iştahının açıldığı, dalağının belirgin ölçüde küçüldüğü görüldü.

**Yazışma Adresi:** Dr. Ali Bay

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD, Van.



Resim 1: Kemikiliği aspirasyonunda fagosit içinde çok sayıda Leishmania amastigotları görülmektedir

### Tartışma

Kala azar tropikal ve subtropikal bölgelerde yaşayan insanlarda hala ciddi bir sağlık sorunudur. Klinik özellikleri malarya, tifo, miliyer tüberküloz, şistozomiyaz, bruselloz, karaciğer amip absesi, enfeksiyöz mononükleoz, lenfoma ve lösemi ile benzerlik gösterebilir (2). Hastalığın tanısında gold standart hala Kİ veya dalak aspirasyonlarında parazitin gösterilmesidir. Dalak aspirasyonu Kİ'ne göre daha duyarlı olsa da fatal hemoraji riski olması nedeniyle Kİ tercih edilmektedir. Kİ'nde parazit gösterme olasılığı %50-85 arasında rapor edilmiştir (3). Bizim olgumuzda da tanı Kİ aspirasyonunda parazitin gösterilmesi ile konmuştur. Tanı için indirekt florasan antikor testi (IFA), ve parazitin veya rekombinant (rK39) antijeninin kullanıldığı değişik serolojik testler geliştirilmiştir (4). Fakat bunlar maliyeti pahalı olan ve rutin olarak uygulanması önerilmeyen testlerdir. Son zamanlarda rK39 antijenini kullanan ve çok ucuz olan bir strip test geliştirilmiştir. Bu testin sensitivitesinin %100, spesifitesinin %93-98 olduğu rapor edilmiştir (5). Fakat bu test tedaviye cevabı ve relapsları değerlendirmede güvenilir değildir.

Anti-leishmanial kemoterapinin 60 yılı aşkın bir süredir dayandığı başlıca ilaçlar; artı beş değerlikli antimon bileşikleridir. Bu ilaçların etkileri, toksisite ve tedavi rejimleri benzerlik göstermektedir. Fakat günümüzde bu ilaçlara yüksek oranda direnç geliştiği bilinmektedir (6). Son yıllarda özellikle immun yetmezliği olan ve standart tedaviye cevap vermeyen olgularda konvansiyonel veya

liposomal amfoterisin B kullanılması önerilmektedir. Özellikle lipozomal amfoterisin B ile hemen hemen hiç yan etki görülmeden 3- 30 günlük tedavi rejimleri ile %90'ın üzerinde başarı elde ettiklerini bildiren araştırmacılar vardır (7,8). Fakat ülkemiz gibi fakir yerlerde ilk seçeneğin yine de artı beş değerlikli antimon bileşikler olması gerektiğine inanmaktayız. Olgumuz da antimon bileşiği tedavisine iyi cevap verdi, herhangi bir yan etki görülmedi ve başka bir ilaç kullanmaya gerek kalmadı.

Patnos'un endemik bir bölge olmaması nedeniyle olgumuzun kala-azar hastalığını nereden aldığını tam olarak belirlenemedi. Sporadik bir olgu olarak değerlendirildi. Sunduğumuz bu olgu ile, uzun süre ateşi kontrol altına alınamayan, splenomegali, hepatomegali, sitopeni ve hipergammaglobulinemisi olan hastalarda, endemik bölgelere seyahat öyküsü bulunmasa da, kala-azar'ın da hatırlanması gerektiğini vurgulamak istedik.

### A Kala-Azar Patient Who Diagnosed Outside Of Endemic Areas

#### Abstract:

*Kala-azar, infected by midge, is an intracellular parasitic infection that infects and multiplies in the macrophages of the liver, the spleen, and the bone marrow. It is characterized by intermittent fever, hepatosplenomegaly, pancytopenia, and hypergammaglobulinemia. We present a 5 year-old boy with kala-azar. He presented with a history of fever, paleness, and abdominal distention lasting more than two months. He had no history of travelling to known endemic areas. We conclude that kala-azar should be suspected in the differential diagnosis with prolonged fever, marked splenomegaly,*

**hepatomegaly, and cytopenia, even if a history of travelling to known endemic areas is not present.**

**Key words: kala-azar, splenomegaly, fever**

### **Kaynaklar**

1. Melby PC. Leishmania. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. WB Saunders Company, 2000: 1041-4.
2. Kafetzis DA, Maltezou HC. Visceral leishmaniasis in pediatrics. *Curr Opin Infect Dis.*,15:289-294, 2002
3. Ozensoy S, Ozbel Y, Turgay N, et al. Serodiagnosis and epidemiology of visceral leishmaniasis in Turkey. *AM J Trop Med Hyg* 59: 363-9, 1998.
4. Sundar S, Rai M. Laboratory diagnosis of visceral leishmaniasis. *Clin Diag Lab Immunol* 9: 951-958, 2002.
5. Sundar S, Pai K, Sahu M, Kumar V, Murray HW. Immunochromatographic strip-test detection of anti-K39 antibody in Indian visceral leishmaniasis. *Ann Trop Med Parasitol* 96:19-23, 2002.
6. Sundar S, More DK, Singh MK, Singh VP, Sharma S, Makharia A, et al. Failure of pentavalent antimony in visceral leishmaniasis in India: report from the center of the Indian epidemic. *Clin Infect Dis* 31: 1104-1107, 2000.
7. Thakur CP, Pandey AK, Sinha GP, Roy S, Behbehani K, Olliaro P. Comparison of three treatment regimens with liposomal amphotericin B for visceral leishmaniasis in India: a randomized dose-finding study. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 90:319-322, 1996.
8. Dilber E, Erduran E, Isik Y. Visceral leishmaniasis and Coombs' positive hemolytic anemia: a rare association in an infant treated with liposomal amphotericin B. *Turk J Pediatr.* 44:354-356, 2002.