

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

ŞARK ÇIBANI

ANKARA, 2005

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Kontrolü Daire Başkanlığı
Zoonoz ve Paraziter Hastalıklar Şube Müdürlüğü

Tel : 0 312 433 23 31
Belgeç : 0 312 432 29 94

Baskı
Onur Matbaacılık Ltd. Şti.
0 312 287 99 98

Editörler :

Dr. Vet. Hekim Ramazan UZUN*
Yard. Doç. Dr. Turan BUZGAN*

Hazırlayanlar :

Prof. Dr. Yusuf ÖZBEL**
Prof. Dr. Seray ÖZENSOY TÖZ**
Doç. Dr. Soner UZUN***
Doç. Dr. Cüneyt BALCIOĞLU****
Yard. Doç. Dr. Mehmet Salih GÜREL*****
Dr. Ayşegül TAYLAN ÖZKAN*****
Dr. Vet. Hekim Ramazan UZUN*
Uzm. Dr. Mehmet UĞURLU*

- * Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
** Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı
*** Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı
**** Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı
***** Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı
***** Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı

İÇİNDEKİLER

Sayfa Nu:

ÖN SÖZ	i
GENELGE	ii
1. GİRİŞ	7
2. KUTANÖZ LEİSHMANİASIS OLGULARINDA YAKLAŞIM	8
2.1. KI Olgularında Klinik Yaklaşım	8
2.2. KI Olgularında Lâboratuvar Yaklaşımı	9
2.3. Tanısı Parazitolojik Olarak Doğrulanmış Olgularda Tedavi Yaklaşımı	9
2.3.1. Intralezyonel enjeksiyon tedavisi gerektiren olgular.....	10
2.3.2. Sistemik antimon tedavisi gerektiren olgular.....	10
3. TEDAVİ UYGULAMALARI	10
3.1. Sistemik Tedavi	10
3.2. Intralezyonel Tedavi	11
4. KONTROL ÖNLEMLERİNDE TEMEL ESASLAR	11

ÖN SÖZ

Ülkemizin ılıman iklim kuşağında yer almasına, sosyoekonomik ve sosyokültürel olumsuzlukların da ilâvesi, parazit hastalıklarının görülmesinde rol oynayan önemli faktörlerdir. Belirtilen durumlar, parazitler için biyolojik vektör veya ara konakçı olabilecek canlıların yaşayabilecekleri ve evrimlerini devam ettirebilecekleri alanları oluşturabilmektedir. Bu anlamda, ülkemiz için önemli parazit hastalıklarından birisi de leishmaniasistir.

Leishmania cinsi parazitlerin sebep olduğu leishmaniasis hastalığı, insanlara, enfekte dişi kum sineklerinin (Phlebotomus, tatarcık, yakarca gibi isimlerle de bilinirler) kan emmeleri sırasında bulaşmaktadır. Leishmaniasis, parazit hastalıkları içinde gerek tedavisi gerekse kontrolünün zor olmasından ötürü, sıtmadan sonra ikinci önemli parazit hastalığı olarak değerlendirilmekte ve görülmektedir.

Leishmaniasisin ülkemizde daha çok görülen formu Kutanöz Leishmaniasis (KL) olup, hastalık halk arasında Şark çıbanı, Halep çıbanı, Sene yarası, Güzellik nişanesi gibi isimlerle de anılmaktadır. Şark çıbanının, Türkiye, Suriye ve Irak sınırları civarında uzun yıllardan beri endemik bir seyir gösterdiği, ayrıca ifade edilen bilgilerdendir. Bunun yanı sıra, leishmaniasislerin, kalaazar olarak bilinen visseral leishmaniasis formu da başta Ege ve Akdeniz Bölgeleri olmak üzere, değişik illerimizden zaman zaman bildirilmektedir.

Bütün enfeksiyon hastalıklarında olduğu gibi parazit hastalıklarında da kontrol önlemlerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu anlamda, parazit hastalıklarının kontrolünde mevcut alt yapı eksikliklerinin giderilmesine ilâveten, öncelikle sağlık personelinin -ve halkın- bilgilenebilmesi ve bilinçlenmesi yanında, hastalığın, son bilimsel gelişmeler ışığında tanı ve tedavisinin yapılmasının da büyük önemini bulduğu herkesin malûmudur.

*Bu cümleden olmak üzere, bu kitapçık, sağlık personelinin KL konusundaki bilgilerini tazelemek, hastalığın tanı ve tedavisinde bir örnekliliği sağlamak ve kontrol yöntemlerinin esaslarına ilişkin bilgi vermek üzere hazırlanmıştır. Ayrıca, bu çalışma ile dünyada üretimi sınırlı olan ve buna bağlı olarak zaman zaman tedarikinde problemlerin yaşandığı beş değerli antimon bileşiklerinin daha ekonomik ve etkin olarak kullanımının sağlanması da arzulanmıştır. Zira, ülkemizde etkeni *Leishmania tropica* olan antroponotik tipteki KL, beş değerlikli antimon bileşiklerine oldukça duyarlı olup, bugüne kadar da herhangi bir dirençli vaka bildirilmemiştir.*

Hazırlanan dokümanlardan ilgililerin yararlanmalarını azamî kılmak ve bütün sağlık çalışanlarımızın rahatlıkla ulaşmalarını sağlamak amacıyla tasarlanan bu kitapçığın yayınlanmasında ve sağlık çalışanlarımıza ulaştırılmasında emeği geçen Genel Müdürlüğümüz Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Kontrolü Daire Başkanlığı, Zoonoz ve Paraziter Hastalıklar Şube Müdürlüğü çalışanlarına teşekkür eder, kitapçığın, bütün sağlık çalışanlarımıza faydalı olmasını dilerim.

*Uzm. Dr. Mehmet UĞURLU
Genel Müdür*

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

SAYI : B100TSH0110002
KONU : Kutanöz Leishmaniasis

24.10.2003 16130

GENELGE

2003 / 126

İLGİ: 25.06.1996 tarihli ve B100TSH0110002 / 6078 sayılı Genelgemiz.

Bilindiği gibi Leishmaniasis, Leishmania cinsi parazitler ile enfekte dişi kum sineklerinin (Tatarcık, Phlebotomus) kan emmesi sırasında insanlara bulaştırdığı bir hastalıktır. İnsanlarda üç tip klinik tablo ile seyreden hastalığın Ülkemizde en çok görülen şekli Kutanöz Leishmaniasis (KL) olup, Şanlıurfa, Osmaniye, Adana, Hatay, Kahramanmaraş ve Mersin illerimizde endemik olarak görülmektedir.

Malûm olduğu üzere, KL ile ilgili tanı ve tedavi kriterleri ile vektör ve çevreye yönelik hizmetler ilgi genelgemiz ve ekinde gönderilen Kutanöz Leishmaniasis Kontrol Programı kapsamında verilen bilgiler çerçevesinde yürütülmektedir.

Ancak, ortaya çıkan bir takım gelişmeler ve bu gelişmeler neticesinde yapılan değerlendirmeler, ilgi genelgemiz çerçevesinde yürütülen hizmetlere ilişkin yeni bir mütalâanın gerekliliğini ortaya koymuştur.

Bu meyanda, yeniden değerlendirilen, KL olgularında tanı ve tedavide yaklaşım ilkeleri ekte gönderilmektedir.

Bu nedenle, KL ile ilgili hizmetlerin ilişikteki bilgiler çerçevesinden yürütülmesi ve ilgi genelgemizin iptal edildiği hususlarında bilgilerinizi, keyfiyetin gereği için de ilgililere emirlerinizi rica ederim.

EK:Kutanöz Leishmaniasis Olgularında
Tanı ve Tedavide Yaklaşım (3 sf.)



Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

DAĞITIM:
A Plâni

DAİMÎ GENELGE

1. GİRİŞ

Kutanöz leishmaniasis (KL), özellikle Şanlıurfa, Osmaniye, Adana, Hatay, Diyarbakır, Kahramanmaraş ve Mersin İllerinde endemik olarak görülen bir hastalıktır. Hastalık, son zamanlarda endemik olarak görüldüğü illerde bir artış göstermekle birlikte, değişik nedenlerle bu bölgelerden diğer yerleşim yerlerine yapılan seyahatler sonucunda, nonendemik bölgelerdeki yerli halkta da sporadik vakalar görülmeye başlamıştır. Bu durum, gelecek için büyük tehdit oluşturmakta, hatta hastalığın endemik olarak görüldüğü illerimizde epidemilerin görülebileceği kaygılarını da arttırmaktadır.

Ayrıca, visseral leishmaniasis olguları da başta Ege ve Akdeniz Bölgeleri olmak üzere bütün bölgelerimizde görülebilmektedir.

Ülkemizde etkeni *Leishmania tropica* olan antroponotik (insan-vektör-insan geçişli) tipteki KL beş değerlikli antimon bileşiklerine oldukça duyarlı olup, bugüne kadar ülkemizde herhangi bir dirençli olgu bildirilmemiştir.

Bu bilgiler, yapılan incelemeler ve değerlendirmeler ;

- Ülkemizdeki KL olgularının tedavisinde, özellikle birinci basamakta kullanımlarının kolay olması, intralezyonel uygulanması ile toksik etkilerinin göz ardı edilebilecek bir seviyede olması, ilk doz antimon uygulamasın da bile parazitolojik iyileşmenin başlaması ve vektöre bulaştırıcılığın ortadan kalkması nedeniyle, beş değerlikli antimon bileşiklerinin bugün için dünya genelindeki gibi ilk seçenek olduğu,
- Kaynaklarda kullanılabileceği belirtilen diğer ilaçların ülkemizdeki KL olgularının tedavisi için etkin bir seçenek olmadığı; ayrıca, bu ilaçların çok toksik olmalarının yanı sıra, bunlara ilişkin yapılan bilimsel çalışmaların da yeterli olmadığı,
- Hastalığın klinik deneyimler de göz önüne alınarak tanı ve tedavisinin yeniden standardize edilmesi, tedavi edilecek ya da tedaviye alınmayacak olgularla, sistemik veya intralezyonel uygulama yapılacak olguların belirlenmesi gerektiği,
- Intralezyoner uygulama yapılması durumunda bir kutu Glucantime® ile tek lezyonu olan yaklaşık yirmi hastanın tedavi edilebileceği,
- Standart tanı ve tedavi protokolleri ile kontrol önlemlerini içeren bilgilerin hazırlanıp birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten sağlık personelinin hizmetine sunulmasının ve bu durumun süreklilik kazanmasının yararlı olacağı,
- Hastalığın endemik olarak görüldüğü illerde birinci basamak sağlık hizmetlerini

yürüten hekimler başta olmak üzere, lâboratuvar teknisyenlerinin eğitimlerinin yapılması ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,

- Beş değerlikli antimon bileşiklerinin kullanımına devam edilmesi yanında, ülkemiz koşullarına ve hastalığın ülkemizde görülen formuna uygun alternatif olabilecek tedavi seçenekleri ile ilgili bilimsel nitelikteki çalışmalara gerek olduğu, ilgili yerlerden projeler olarak bu alanlarda pilot çalışmalar yapılabileceği hususlarının uygun olacağı merkezindedir.

2. KUTANÖZ LEİSHMANİASİS OLGULARINDA YAKLAŞIM

2.1. KL Olgularında Klinik Yaklaşım

KL düŐünülen lezyonların klinik  zellikleri :

- Genellikle vucudun giysi ile örtülmeyen açık olan kısımlarındaki deriye lokalize,
- Uzun süredir (en az 1 ay) iyileşmeyen,
- Sekonder olarak bakterilerle infekte olmadıkça ağrısız,
- Eritemli papül, nodül, nod lo-ülseratif, pl k, ülsere pl k şeklinde lezyon,
-  lserleşmiş lezyonların üzerinde alta sıkıca yapışık krutlu, kenarları lastik silgi kıvamında endürasyon gösteren (merkezinde krateri olan volkan biçiminde) lezyon.
- Lezyonlar, yaz aylarında ve geceleri aktif olan tatarcık (Phlebotomus) sineğinin beslenmek için kan emdiği deri bölgesinde, 4-8 aylık inkübasyon döneminden sonra ortaya çıkan, ağrısız, eritemli bir papül şeklinde başlar. Lezyon, 1-2 ay içerisinde giderek büyüyerek 1-2 cm çaplı nodüle dönüşür. Nodüler lezyon zaman içerisinde merkezden  lserleşerek krutla kaplanır. Tedavisiz olgularda lezyonun doğal seyri, genellikle 1-1,5 yıllık süreç içinde ömür boyu süren depresif skar bırakarak iyileşme şeklinindedir. İyileşmeden sonra kişiye ömür boyu reinfeksiyonlara karşı koruyan doğal bir bağışıklık gelişir.

Nonendemik bölgelerde de yukarıdaki klinik tanımlamaya uyan lezyona sahip olgularda, özellikle yaz aylarında endemik bölgelere ( rneğin, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Akdeniz Bölgesi) seyahat öyküsü açısından ayrıntılı anamnez alınmalıdır.

2.2. KL Olgularında Lâboratuvar Yaklaşımı

- KL klinik tanısıyla uyumlu her olgu, parazitolojik olarak doğrulanmalıdır.
- Parazitolojik olarak doğrulama, en sık direkt mikroskopik bakı (smear) veya kültür yöntemleri ile yapılır.

Direkt mikroskopik bakıda kullanılacak materyalin elde edilmesi :

- Lezyon, % 70'lik alkol ile iyice temizlenir.
- Lezyon kenarı iki parmak arasında sıkılır ve bir bistüri (tercihan 15 numaralı bistüri) ile yaklaşık 0.5 cm uzunluğunda ve 2-3 mm derinliğinde bir insizyon yapılır.
- Gazlı bez yardımı ile insizyon üzerindeki kan damlası alınır; bu süre içerisinde lezyon kenarına iki parmak ile yapılan basya devam edilerek kanama önlenir. Bistürü ucu ile insizyonun iç kısmına, insizyona dik olacak şekilde kazıma işlemi yapılır; mümkün olduğunca kansız seröz bir materyal elde edilmeye çalışılır.
- Elde edilen bu materyal lâm üzerine nazıkçe yayılır. Ardından fikse edilen materyal Giemsa ile boyanır. Boyama sonrasında mikroskopik inceleme 100'lük immersiyon objektifi ile dikkatli bir şekilde yapılır.
- Hücre içerisinde veya dışarısında parazitin amastigot şekillerinin görülmesi ile parazitolojik tanı konur.

Yukarıdaki klinik ve lâboratuvar araştırmalarla etken gösterilerek kesin tanı konulamazsa, KL şüphesinin ortadan kaldırılması ve diğer deri hastalıkları ile ayırıcı tanısının yapılabilmesi için dermatoloji uzmanının bulunduğu bir merkeze hastanın yönlendirilmesi uygundur.

Etkenin doğrudan gösterilemediği olgularda, tek başına histopatolojik bulgulara dayanılarak tanı ve tedaviye gidilmesi sakıncalıdır. Parazitolojik doğrulamanın yapılamadığı olguların, bir dermatoloji kliniğinde yeniden değerlendirilmesi uygundur.

2.3. Tanısı Parazitolojik Olarak Doğrulanmış Olgularda Tedavi Yaklaşımı

Tanısı parazitolojik olarak doğrulanmış bütün olgular tedaviye alınmalıdır. Ancak, baş boyun bölgesi dışında, çapı 1cm'den küçük ve tek olan lezyonlar, gelişiminin belli aralıklarla takip edilmesi kaydıyla tedavisiz bırakılabilirler. Gebe ya da emzirenlerde beş değerli antimon bileşiği tedavisinin güvenilirliği ile ilgili yeterli bir bilgi bulunmadığından sistemik veya intralezyonel tedavi önerilmemektedir.

2.3.1. İntralezyonel enjeksiyon tedavisi gerektiren olgular

- Aşağıda belirtilen sistemik antimon tedavisi endikasyonu gerektiren olguların dışında kalanların tamamına intralezyonel enjeksiyon tedavisi uygulanabilir.
- Belirgin kardiyak, renal, hepatik ve hematolojik hastalığı bulunan olgularda intralezyonel enjeksiyon tedavisi tercih edilmelidir.

2.3.2. Sistemik antimon tedavisi gerektiren olgular

- Mukozal ve yarı mukozal tutulumu olan tüm olgular,
- Lokalizasyon itibarıyla iyileştiğinde fonksiyon bozukluğuna yol açma riskine sahip lezyonu olan olgular (Örneğin, eklem bölgelerine veya göz kapağı gibi alanlara yerleşmiş olanlar),
- Burun ve kulak sayvanı gibi altında kırıkdağı dokunun bulunduğu deri bölgelerinde gelişmiş ülsere ve enflamatuvar lezyonlu olgular,
- Yukarıda belirtilen bölgeler dışında yerleşmiş, çapı 5 cm'nin üzerinde olan enflamatuvar ve / veya ülsere lezyonlu olgular,
- Rezidivan (nüksi) ya da kronik (süresi 2 yıldan uzun) formda lezyonu bulunan olgular,
- Altta yara iyileşmesini geciktiren kronik (diabetes mellitus gibi) veya immun yetmezlikle seyreden hastalığı olan ya da immun supresif tedavi alan olgular,
- Multiple lezyonlu (10'dan fazla) olgular.

3. TEDAVİ UYGULAMALARI

3.1. Sistemik Tedavi

10-20 mg / kg / gün (tek dozda uygulanır) beş değerlikli antimon (Sb^V) 12-15 gün süreyle parenteral olarak uygulanır.

Pentostam® (sodyum stiboglukonat) ticarî preparatının 1 ml'sinde 100 mg'a eş değer Sb^V bulunurken, Glucantime® (meglumine antimonate) ticarî preparatının 1 ml'sinde 85 mg'a eş değer Sb^V bulunmaktadır. Glucantime® kas içi olarak derin enjeksiyon şeklinde, Pentostam® ise, kas içi veya damar içi olarak uygulanabilir. Damar içi uygulama, beş dakika içerisinde yavaş infüzyon şeklinde olmalıdır.

Birinci kür tedaviden sonra 1 ay ara verilir ve lezyon bu süre sonunda tekrar değerlendirilir; gerekirse ikinci kür tedavi uygulanabilir.

3.2. Intralezyonel Tedavi

İnsülin enjektörü veya tüberkülin enjektörü ile uygulanır. İlaç doğrudan enjektöre çekilir ve lezyonun içine, intradermal olarak, lezyon tamamen beyazlaşana kadar enjekte edilir. Subkutan dokuya veya damar içerisine kaçırmadan uygulanmalıdır. Kullanılacak optimal doz, lezyonun tamamını beyazlatan dozdur. Büyük lezyonlarda, lezyonun tamamını beyazlatılmak için birden fazla noktadan enjeksiyon yapılması gerekebilir. Lezyon ülseri ise, ilacın dışarı kaçmasını önlemek için enjeksiyon ülser kenarına, ülserle paralel olarak uygulanır.

Haftada 1 veya 2 kez olmak üzere toplam 5 doz enjeksiyon genellikle yeterlidir. Bu tedavinin tamamlanmasından 1 ay sonra yapılan kontrollerde lezyonda tam iyileşme sağlanamamış ise ikinci kür tedavi uygulanabilir. Tedavisi tamamlanan olguların relapslar açısından üç ayda bir, bir yıl süreyle kontrol edilmesi uygundur.

Tedaviye yanıtın alınmadığı olguların dermatoloji uzmanının bulunduğu bir merkeze sevk edilmesi önerilir.

4. KONTROL ÖNLEMLERİNDE TEMEL ESASLAR

Şark çibânının kontrol altına alınmasında ;

- Çalışma amaçlı kitlesel yer değiştirmelerde (örneğin mevsimsel işçiler), gidilen yerdeki İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, kişilerin şark çibânı açısından kontrolden geçirilmesi, şüpheli olgulara ait incelemelerin yapılması ve gerekirse bu olguların tedaviye alınması,
- İnce delikli cibinlik veya insektisitli cibinlik kullanımının teşvik edilmesi,
- Ev ve hayvan barınaklarının fiziksel koşullarının iyileştirilmesi (evlerin ve ahırların sıvanması, çatlak olan sıvaların tamir edilmesi, kireçle badana yapılması),
- Ev ve ahırlar ile tatarcığın diğer yaşama alanlarına yönelik kalıcı insektisitlerle ilaçlamaların yapılması,
- Hastalığın görüldüğü illerde şark çibânı tanı ve tedavi merkezleri oluşturulması, buralarda çalışan sağlık personelinin teorik ve uygulamalı eğitimlerinin yapılması; ayrıca, bu eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması,
- Halkın şark çibânı hakkında bilgilendirilmesi ve bilinçlenmesine yönelik eğitim faaliyetlerinde bulunulması,
- Tatarcığın yaşama alanlarının ıslahına ilişkin çalışmalar yapılması,
- İlgili kurum ve kuruluşların konuya gereken hassasiyeti göstermeleri ve alâka duymalarının temin edilmesi gerekmektedir.

