

Dr. Z. Abidin ALTINAY, Dr. Belkıs ÜNSAL,
Dr. A. Önder KARAOĞLU, Dr. Mine TUNAKAN, Dr. Sadun KOŞAY

Özet: Kala-Azar olarak da bilinen Visceral Leishmaniasis'in son yıllarda daha sıklıkla görüldüğü bir gerçektir. Ateş ve splenomegali bu paraziter hastalığın major bulgularıdır ve değişmez bulguları olarak görülmektedirler. Bizim olgumuzda bu değişmez bulgulardan birisi atipik bir şekilde görülmüştür. Bu olgu ile hastalığın bu şekilde de görülebileceğine dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar kelimeler: Splenomegali, visceral leishmaniasis.

Bilindiği gibi dalağı en çok büyüten hastalıklar arasında Kala-Azar da bulunmaktadır. Önceleri nadir görüldüğü bildirilen bu hastalığa son yıllarda daha çok rastlandığı gözlenmektedir (2,3,5).

Bizim aşağıda sunduğumuz olgu, klasik olgulardan bir yönüyle farklılık göstermektedir.

OLGU SUNULUŞU

Ellialtı yaşında kadın hasta poliklinikten anemi, sedimentasyon yüksekliği, kolonda kuşku lu lezyon nedeniyle ileri tetkik için yatırıldı. Öyküsünde yaklaşık 4.5 aydır genellikle günde iki kez olan ateş, sırtta yanma hissi, halsizlik, zayıflama yakınmaları vardı. Gittiği çeşitli doktorlar tarafından önerilen ilaçları (antibiyotik, NSAII) kullanmasına karşın yakınmaları süren hastada, sedimentasyon yüksekliği nedeniyle çekilen kolon grafisinde transvers kolonda kuşku lu lezyon görülmesi üzerine ileri tetkik için servisimize yatırıldı. Fizik incelemede KB: 120/70 mmHg, Nabız: 76/dak, ateş 38.7° C idi. Solunum ve kardiyovasküler sistem incelemeleri normaldi. Batında ele gelen kitle yoktu. Karaciğer 3 cm, sert, yer yer nodüler olarak ele geliyordu. Traube kapalı ancak dalak ele gelmiyordu. Laboratuvar

İzmir Atatürk Sağlık Sitesi, Gastroenteroloji ve Patoloji Kli.

Summary: VISCERAL LEISHMANIASIS: BECAUSE OF A CASE IN ATYPICAL FORM

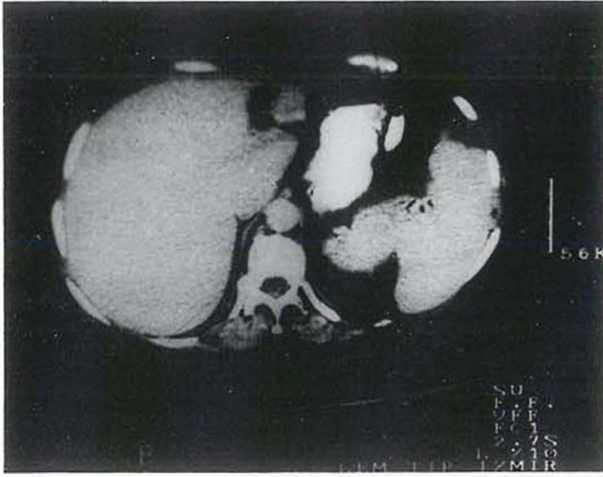
It was a true that Visceral Leishmaniasis, which was known as "Kala-Azar" had been seen more frequently in the recent years. Fever and splenomegaly were major signs of this parasitic disease and had been seen as invariable signs of it. In our case one of this invariable signs appeared in atypical form. By this case, we aim to pay attention that it is possible to see this disease in this form.

Key words: Splenomegaly, visceral leishmaniasis.

incelemelerinde Sedimentasyon: 130mm/sa, Lökosit: 2600, Eritrosit: 2800000, Trombosit: 94000, Hb: %6.3 gm, formülde %68 polimorf nüveli, %28 lenfosit, %4 monosit görüldü. T. protein: 8.4 gm (Albümin: 3.2gm), gaitada gizli kan olumsuzdu. Bruselloz, Salmonelloz yönünden serolojik testler negatif bulundu. Kemik iliği normosellüler, kırmızı seri hiperaktif idi, Donovanı cisimcikleri (+) bulundu. Çekilen akciğer grafisinde (P-A) sol diafragmanın yükselmiş olduğu gözlemlendi. USG'de dalağın transvers düzeyde büyümüş olduğu, homojen ekoda olduğu, karaciğerin de büyük ve homojen ekoda olduğu görüldü.

Kolon grafisinde transvers kolon hepatik flexura ya yakın kısımda görülen daralmanın spastik natürlü olduğu, daha sonraki boş grafilerde buranın bir patoloji içermediği düşünüldü. Ancak kesin yargıya varmak için Tomografi çekildi. Tomografide kolonlarda bir patoloji saptanmadı. Abdominal lenfadenopati saptanmadı. Ancak tomografide dalağın atipik bir morfoloji göstererek (Şekil-1), diafragmayı elave edecek şekilde yukarıya doğru büyüdüğü saptandı. Karaciğer de normalden büyüktü.

Gerek USG'de, gerekse Tomografide Splenomegali saptanmasına karşın tarafımızdan pekçok kez yinelenen fizik bakılarda dalak ele gelmiyordu.



Şekil 1: Atipik büyüme gösteren dalağın tomografik görünümü.

Bu da splenomegalinin atipik morfolojisini doğruluyordu. Hastaya albümin düşüklüğü, globülin artışı, hepatosplenomegali nedeniyle karaciğer biopsisi uygulandı. Biopsi materyalinde Leishmanialar demonstratif olarak saptandı (Şekil-2). Kemik iliğiyle de tanısı kesinleşmiş olan hastada ölçülen IgG düzeyi anlamlı ölçüde yüksekti (4490 mg/dl, normal 1500'e kadar), IgM düzeyi ise normaldi.

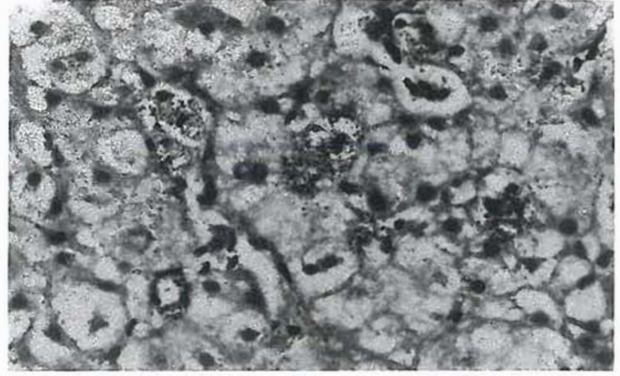
TARTIŞMA

Trypanosomidae familyasının bir üyesi olan Leishmania, insanlarda başlıca 4 major sendroma neden olmaktadır. Bunlardan birisi de Kala-Azar'dır. Diğerleri ise Kutanoz L., Mukokutanöz L., Diffüz kutanoz L'dir (4).

Hastalık insanlara Tatarcık sineğinin ısırmasıyla bulaşmaktadır. Parazit, Tatarcık sineklerinde ve kültürlerde Leptomonas şekliyle (14-28 mikron büyüklükte, tek kamçılı, hareketli), insanlarda ise mononükleer hücreler içinde kamçısız, hareketsiz, oval yapıda, tek veya kümeler halinde görülür (1).

KAYNAKLAR

1. Yaşarol S: Leishmaniasis. 2. Ulusal Parazitoloji Kongresi Kitabı. T. Parazitoloji Derneği Yayını, İzmir, 1981.
2. Başer Y, Gültürk R, Özensoy A ve ark.: Bir Vaka Nedeniyle Kala-Azar. 1. Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi, 20-23 Nisan 1987, İzmir (Bil. No. 65).
3. Aksaray N, Kümi M, Kılınç Y, Tanyeli A: Çocukluk Çağındaki Kala-Azar Olgularının İncelenmesi. Ç. Ü. Tıp Fak. Dergisi, 1984, 9: 1, 19-22.



Şekil 2: Karaciğer biopsisinde tipik leishmaniasis.

Bilindiği gibi paraziter hastalıklar konakçıda immun yanıtı değişime uğratmaktadır. Bu değişiklik parazit enfeksiyonunun akut fazında ani bir T-lenfosit yanıtı şeklinde olmakta, olay kronikleştikçe bu durum lenfosit proliferasyonunun, lenfokinlerin üretiminin ve dolaşan antikor düzeylerinin supresyonuna doğru ilerlemektedir (7). Hastalığın sağaltımı ise, bu immun supresyonu düzeltmektedir. Bu nedenle tanı konmakta gecikilen olgularda, gerek sağaltımın gecikmesi nedeniyle parazitin neden olduğu immunsupresyonun sürmesi, gerekse de uygulanan diğer sağaltımlar nedeniyle ortaya çıkan/çıkarılabilecek yan etkiler erken tanının önemini arttırmaktadır.

Sunduğumuz olgu 56 yaşında olması, splenomegali gibi Kala-Azar'da oldukça yüksek hacim ve boyutlarda gözlenen fizik bulgunun bu hastada olmaması "hastalık yoktur, hasta vardır" özdeyişini adeta haklı çıkarmaktadır. Bu olgu nedeniyle hastalığın atipik formda da görülebileceğini bildirmek uygun görülmüştür.

4. Locksley MR, Plorde JJ: Leishmaniasis? Harrison's Principles of Internal Medicine 1, Eleventh Edition, McGraw-Hill Book Company Libri Italia, 1987:785.
5. Değertekin H ve ark.: Bir Kala-Azar Vakası. T. Klinikleri Gastroenterohepatoloji 1991, 2: 301-3.
6. Krupp AM, Chatton JM: Current Medical Diagnosis and Treatment. Middle East Edition, Lange Medical Publications, California, 1982, 878-9.
7. George BD, Georgia MR: Approach to Gastrointestinal Problems in the Immunocompromised patient: Textbook of Gastroenterology 1991, 1; 46: 906.