

Kütanöz Larva Migrans: Batı Karadeniz Bölgesinden Üç Olgu Sunumu

Cutaneous Larva Migrans: Report of Three Cases from the Western Black Sea Region, Turkey

Emel ÇALIŞKAN¹, Esmâ USLU², Hakan TURAN², Elife BAŞKAN², Nida KILIÇ¹

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce.

¹ Düzce University Faculty of Medicine, Department of Medical Microbiology, Düzce, Turkey.

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Düzce.

² Düzce University Faculty of Medicine, Department of Dermatology, Düzce, Turkey.

Geliş Tarihi (Received): 05.03.2015 • Kabul Ediliş Tarihi (Accepted): 19.12.2015

ÖZ

Kütanöz larva migrans (KLM), sıklıkla tropikal ve subtropikal bölgelere seyahat eden ve toprakla temas öyküsü olan kişilerde görülen bir parazitoz olarak bilinmektedir. Kancalı kurt larvaları deriyi delerek vücuda girdikten sonra, epidermiste tüneller oluşturarak ilerlemekte ve kaşıntılı, eritematöz, serpijinöz lezyonlar meydana getirmektedir. Sıklıkla *Ancylostoma braziliensis* ve *Ancylostoma caninum* türlerine bağlı olarak gelişmektedir. İkincil bakteriyel enfeksiyonların da eklenebildiği lezyonlar özellikle ayak ve kalçada görülmektedir. Bu raporda ülkemizden daha önce bildirimine rastlamadığımız ve atipik yerleşimli üç olgu sunulmaktadır. Elli dört yaşında erkek hasta olan birinci olgu, Ağustos ayında gövde ön yüzünde bir haftadır olan kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle başvurmuştur. Karın sağ yanında bulunan, kaşıntılı, kavisli şekilde, deriden kabarıp, eritemli, ip benzeri lezyonlarının küçük bir bölümünde sivilceleşme izlenmiştir. Kültüründe *Streptococcus pyogenes* üremesi de olan hastada eozinofili saptanmamıştır. Hastaya mevcut klinikle KLM ile birlikte ikincil bakteriyel enfeksiyon tanısı konularak, amoksisilin-klavulanik asit 1 gr, mupirosin krem ve albendazol 400 mg/gün olmak üzere üç gün tedavi uygulanmıştır. Kontrolünde lezyonların gerilediği görülmüştür. İkinci olgu olan 38 yaşındaki erkek hasta, Ağustos ayında gövdede kaşıntı ve kızarıklık şikayetiyle başvurmuştur. Gövdenin sol tarafına yerleşmiş, kaşıntılı, serpijinöz karakterde, deriden kabarıp, ip benzeri lezyonları bulunan hastanın hemogram değerleri normaldir. Bakteriyojik kültürlerinde üremesi olmayan hastaya klinik olarak KLM tanısı konularak albendazol 400 mg/gün ile üç gün tedavi uygulanmış ve lezyonların gerilediği gözlenmiştir. Üçüncü olgu, 23 yaşında erkek hasta olup Eylül ayında boynunda kaşıntı ve kızarıklık şikayetiyle başvurmuştur. Boyunda yay şeklinde kaşıntılı, eritemli bir lezyon tespit edilen hastanın bakteriyojik kültürleri ve hemogramı normaldir. Klinik olarak KLM teşhisi konulan hastaya albendazol 400 mg/gün ile üç gün tedavi uygulanmış ve lezyonlar tamamen gerilemiştir. Her üç olguda da fındık bahçesinde motorlu tirpanla ot biçme öyküsü mevcuttur ve yurt dışına seyahat öyküsü bulunmamaktadır. Dolayısıyla KLM'nin, motorlu tirpanın oluşturduğu güçle yüzeyel toprak tabakasının

İletişim (Correspondence): Yrd. Doç. Dr. Emel Çalışkan, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye. Tel (Phone): +90 380 542 1416, E-posta (E-mail): emelcaliskan81@yahoo.com.tr

havalanması ve topraktaki larvaların vücudun açık kısımlarından girmesiyle oluştuğu kanısına varılmıştır. Sonuç olarak, KLM etkeni kancalı kurt larvalarıyla ülkemizde de karşılaşılabilceğinin akılda tutulması ve bu parazitozun ülkemizdeki yaygınlığının saptanabilmesi için benzer olguların bildirilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Kütanöz larva migrans; atipik yerleşim; Türkiye.

ABSTRACT

Cutaneous larva migrans (CLM) is a parasitosis frequently seen in persons who have travelled to tropical or subtropical regions and in those who have worked in contact with soil. The disease frequently develops due to *Ancylostoma braziliensis* and *Ancylostoma caninum* species. After penetrating the skin and entering the body, the hookworm larva proceeds to bore tunnels through the epidermis, creating pruritic, erythematous, serpiginous lesions. Secondary bacterial infections of the lesions can often be seen, especially on the legs and buttocks. In this article we presented three atypical local cases which have not been declared previously in our country. The first case, a 54-year-old male who was admitted to hospital in August with complaints of an obverse body rash and itching lasting for a week. Eruptions were observed over a small area on the right side of the abdomen, consisting of itchy, raised, erythematous, curvilinear string-like lesions. Moreover, no eosinophilia was detected in the patient, whose culture showed a growth of *Streptococcus pyogenes*. The patient was clinically diagnosed with CLM accompanied by secondary bacterial infection and treated for three days with 1 g of amoxicillin-clavulanic acid, mupirocin cream and albendazole 400 mg/d. Under this regime, the lesions were seen to decline. The second case, a 38-year-old male was also admitted in August, complaining of itching and redness on his body. The patient, whose blood count values were normal, exhibited itchy, raised, serpiginous string-like lesions located on the left side of his body. The patient, whose bacterial culture was negative, was clinically diagnosed as CLM and treated for three days with albendazole 400 mg/d and the lesions were seen to improve. The third case, a 23-year old male was admitted in September complaining of itching and redness on his neck. An itchy, crescent-shaped erythematous lesion was detected on his neck; bacteriological cultures and blood count were normal. The common feature for all three cases was the story of working in a hazelnut orchard and mowing weeds using a motorized string trimmer (weed whacker). None of them had a history of travel outside the country. Therefore CLM assumed to be occurred due to the aeration of surface earth layer with the force of motorized string trimmer and entrance of the larvae were from the open parts of the body. In conclusion, it should be kept in mind that hookworm larva-related CLM can be encountered in our country, and reporting of the patients with similar findings are necessary to determine the prevalence of this parasitosis in our country.

Keywords: *Enterococcus*; antimicrobial susceptibility testing; microdilution; Phoenix system.

GİRİŞ

Kütanöz larva migrans (KLM), genellikle kedi ve köpeklerin paraziti olan, kancalı kurt larvalarının neden olduğu bir parazitoz olup köstebek hastalığı olarak da bilinmektedir¹. Özellikle Güney Amerika, Afrika, Karayipler, Güneydoğu Asya gibi tropikal ve subtropikal coğrafi bölgelerde yaygın olarak görülmektedir². Kancalı kurt yumurtası içeren kedi ve köpek dışkı ile kontamine toprak veya kum havuzları ile temas sonucu filariform larva deriyi delerek eritematöz, kaşıntılı, serpijinöz lezyonlarla karakterize hastalık tablosuna neden olmaktadır. Larva haftalar ya da aylar boyunca epidermiste tüneller oluşturarak gezinip hapsolmakta ve gelişimini insanda tamamlayamamaktadır. Lezyonlar genellikle ayakta yerleşmekle birlikte nadiren atipik lokalizasyonlarla da karşımıza çıkabilmektedir. Bu raporda, atipik lokalizasyonlu üç olgu bildirilmekte olup, olgularımız Türkiye'den bildirilen ilk olgular olma özelliği de taşımaktadır.

OLGU 1

Elli dört yaşında erkek hasta, Ağustos 2014'te hastanemiz Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine, gövdenin ön yüzünde bir haftadır olan kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Hastanın yörede yaygın olarak yapılan fındık bahçesinde çalışma ve otları biçmek için motorlu tırpan kullanma öyküsü mevcuttu. Yurtdışına seyahat öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde, karın sağ yanında lokalize kaşıntılı, kavisli şekilde, deriden kabarık, eritemli, ip benzeri lezyon tespit edildi. Lezyonun başlangıç bölgesinde küçük bir alanda sivilceleşme mevcuttu. Diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Hastanın öyküsünden lezyonun sivilce benzeri bir lezyon olarak başladığı ve daha sonra bir hafta içinde ilerleyerek bu görüntüyü aldığı öğrenildi (Resim 1-A). Hastanın tam kan sayımı normal olup eozinofili saptanmadı. Püstülden alınan örnek mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Yapılan Gram ve Giemsa boyamada, gram-pozitif koklar ve nötrofillerin hakim olduğu lökositler gözlemlendi. Kültürde ise *Streptococcus pyogenes* üremesi saptandı. Hastaya mevcut klinikle KLM ile birlikte ikincil bakteriyel enfeksiyon tanısı konularak, amoksisilin-klavulanik asit 1 gr, mupirosin krem ve albendazol 400 mg/gün olmak üzere üç gün tedavi uygulandı. Tedaviden bir hafta sonraki kontrolünde lezyonların postinflamatuar hiperpigmentasyonla gerilediği izlendi.

OLGU 2

Otuz sekiz yaşında erkek hasta, Ağustos 2014'te gövdede kaşıntı ve kızarıklık şikayetiyle Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvurdu. Hastanın fındık bahçesinde çalışma ve otları biçmek için motorlu tırpan kullanma öyküsü mevcuttu. Yurtdışına seyahat öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde, gövdenin sol yanında yerleşen, kaşıntılı, serpijinöz karakterde, deriden kabarık, ip benzeri lezyon tespit edildi (Resim 1-B). Mikrobiyolojik incelemesinde özellik saptanmayan hastanın hemogram değerleri de normaldi. Klinik değerlendirme sonucu KLM teşhisi konulan hastaya albendazol 400 mg/gün ile üç gün tedavi uygulandı. Lezyonlar postinflamatuar hiperpigmentasyonla geriledi.

OLGU 3

Yirmi üç yaşında erkek hasta, Eylül 2014 tarihinde boynunda kaşıntı ve kızarıklık şikayetiyle Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvurdu. Hastanın yine fındık bahçesinde çalışma ve motorlu tırpan kullanma öyküsü bulunmaktaydı. Yurtdışına seyahat öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede boyunda yay şeklinde kaşıntılı, eritemli bir lezyon tespit edildi (Resim 1-C). Mikrobiyolojik incelemesinde özellik saptanmayan hastanın hemog-



Resim 1. Karın sağ yanına yerleşmiş, kavisli, deriden kabarık, eritemli, ip benzeri lezyon; B) Gövdenin sol lateraline yerleşmiş, serpijinöz karakterde, deriden kabarık lezyon; C) Boyunda yay şeklinde eritemli lezyon.

ram değerleri de normal sınırlardaydı. Klinik olarak KLM teşhisi konulan hastaya albendazol 400 mg/gün ile üç gün tedavi uygulandı. Tedaviyle lezyonlar tamamen geriledi.

TARTIŞMA

Kütanöz larva migrans (KLM), sıklıkla tropikal ve subtropikal bölgelerde sıcak, nemli alanlarda ve kumlu topraklarda görülmektedir. KLM'den sorumlu ana etkenler *Ancylostoma caninum*, *A.braziliensis*, *A.ceylanicum*, *A.tubaeforma*, *Uncinaria stenocephala*, *Bunostomum phlebotomum*, *Gnathosoma spinigerum* ve *Strongyloides* türleridir. Nematod larvaları dışında *Hypoderma* ve *Gastrophilus* gibi çeşitli böcek larvaları da KLM'ye neden olabilmektedir^{1,3}. KLM en sık *Ancylostoma braziliensis* ve *A.caninum* türlerine bağlı olarak gelişmektedir. Tanısı genellikle, tünellerin varlığı, kedi, köpek dışkısı ile temas öyküsü ve tipik lezyonların görülmesiyle konulmaktadır⁴. Hastalık klinik olarak; kaşıntılı, eritemli, deriden hafifçe kabark, serpijinöz, kavisli, doğrusal, 1-4 cm uzunluğunda lezyonlarla karakterizedir. Lezyonlar genellikle ayakta ya da kalçada görülmektedir^{1,5}. Genel yerleşimin dışında genital bölge, kafa derisi ve gövdede de KLM bildirilmiştir⁶⁻⁸. Bizim olgularımızda da gövde ve boyunda lezyonlar tespit edilmiştir. KLM için atipik sayılabilecek bu yerleşimlerde lezyonların meydana gelmiş olması, hastaların motorlu tırpan kullanımına bağlanmıştır. Motorlu tırpan kullanımının oluşturduğu güçle yüzeyel toprak tabakasının havalanması ve muhtemelen havalanan bu topraktaki larvaların elbise açıklığından girerek vücuda yapışmasıyla KLM'nin oluştuğu düşünülmüştür. Hastalık tablosu klasik olarak bizim olgularımıza benzer şekilde, kavisli-serpijinöz şekilli ip benzeri eritemli lezyonlarla karakterizedir. Ancak nadir olarak foliküler lezyon olarak da saptanabilmektedir⁵. Bu durumda, mikotik, herpetik ya da bakteriyel folikülden ayırımını yapabilmek, tedaviyi belirlemek açısından önem arz etmektedir.

Kütanöz larva migransın oluşmasında nemli ve sıcak iklimi olan yerde yaşamanın, toprak ya da kumla temas halinde olmanın önemli risk faktörleri olduğu bilinmektedir. Geniş olgu serili epidemiyolojik bir çalışmada, seyahat edenler ve göçmenlerin en sık deri hastalıklarından birinin KLM olduğu ve seyahatten dönen insanların deri hastalıklarının %10'unu da KLM'nin oluşturduğu bildirilmiştir². Hastalığın endemik olduğu tropikal ve subtropikal bölgelere seyahat sonrası meydana gelmiş çok sayıda olgu bulunmaktadır⁶⁻¹⁰. Ülkemizde ise, ulaşılabildiği kadarıyla, KLM ile ilgili olgu bildirimleri bulunmadığından hastalığın yaygınlığı bilinmemektedir¹. PubMed, Web of Science, Google Scholar veri tabanlarıyla yapmış olduğumuz İngilizce literatür incelemesinde şu ana kadar Türkiye'den bildirilmiş KLM olgu sunusuna rastlanmamıştır. Ülkemiz yazarları tarafından bildirilen bir adet olgu sunumuna rastlanmıştır, ancak bu olgu da Amazon'a gezi öyküsü olan Avustralya'lı bir turisttir ve larvanın kaynağı ülkemiz değildir⁹. Olgularımızdaki etken olması muhtemel parazitleri belirleyebilmek amacıyla bölgemizde hizmet veren veteriner hekimlerle görüşülmüş, kedi ve köpeklerde çengelli solucan enfeksiyonlarına rastladıkları, ancak etkenle ilgili ileri tanımlamaların yapılamadığı öğrenilmiştir. Bu nedenle muhtemel etkenlerin belirlenebilmesi için veteriner hekimlerle işbirliği içinde çalışılmasının bölgemizdeki KLM etkenlerinin saptanabilmesinde önemli olduğu düşünülmüştür.

Tedavi planlanırken KLM'ye bağlı komplikasyonlar da düşünölmelidir. Özellikle hastalığın endemik olduğu yerlerde, ikincil bakteriyel enfeksiyonlar tespit edilebilmektedir². Bizim birinci olgumuzda da lezyon pürölan özelliktedir ve A grubu beta-hemolitik streptokok üretmesi tespit edilmiştir. İkincil bakteriyel enfeksiyonlar göröldüğünde, kültür sonucuna göre tedaviye antibiyotiklerin de eklenmesi gerekmektedir. KLM'nin nadir diğer bir komplikasyonu da Löffler sendromudur¹¹. Löffler sendromu, parazitik enfeksiyona yanıt olarak gelişen periferik eozinofili ve akciğerde eozinofilik infiltrasyonla karakterize bir sendromdur.

Kütanöz larva migransın tedavisinde ivermektin 1 x 200 µg/kg'lık tek doz (gerektiğinde 10 gün sonra doz tekrarı uygulanabilir) ya da 400 mg/gün albendazol üç gün süreyle kullanılabilir^{2,3}. Bu ilaçların kullanımının kontrendike olduğu durumlarda kriyoterapi diğer bir tedavi seçeneği olabilir¹⁰. Sonuç olarak üç olgumuzun da bölge-mizde sicağın ve nemin yoğun olduğu ağustos-eylöl aylarında başvuruğu ve yörede yaygın olarak yapılan fındık bahçesinde çalışma ve motorlu tırpan kullanma öykülerinin olduğu görölmektedir. Üç olguda da yurt dışına seyahat öyküsü bulunmaması nedeniyle KLM etkeni kancalı kurt larvalarıyla ölkemizde de karşılaşılabileceği görölmektedir. Benzer şekilde, tanı konulan olguların bildirilmesiyle, ölkemizdeki KLM yaygınlığının saptanıp gerekli tedbirlerin alınabileceği düşünölmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sayğı G. Paraziter Hastalıklar ve Parazitler, s: 318-21. 2009, ES Form Ofset Ltd. Şti., Sivas.
2. Sunderkötter C, von Stebut E, Schöfer H, et al. S1 guideline diagnosis and therapy of cutaneous larva migrans (creeping disease). J Dtsch Dermatol Ges 2014; 12(1): 86-91.
3. Altaş K. Larva migrans, s: 1960-2. Willeke Topçu A, Söyletir G, Dođanay M (ed), Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 2008, 3. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
4. Araz E. Nematodlar, s: 225-42. Başustaoğlu A (Çeviri ed), Tıbbi Mikrobiyoloji. 2010, Atlas Kitapçılık, Ankara.
5. Veraldi S, Persico MC, Francia C, Nazzaro G, Gianotti R. Follicular cutaneous larva migrans: a report of three cases and review of the literature. Int J Dermatol 2013; 52(3): 327-30.
6. Meotti CD, Plates G, Nogueira LL, et al. Cutaneous larva migrans on the scalp: atypical presentation of a common disease. An Bras Dermatol 2014; 89(2): 332-3.
7. Benardon S, Ramoni S, Boneschi V, Cusini M, Veraldi S. Multifocal perigenital cutaneous larva migrans. G Ital Dermatol Venereol 2014; 149(4): 477-9.
8. Dhanaraj M, Ramalingam M. Cutaneous larva migrans masquerading as tinea corporis: a case report. J Clin Diagn Res 2013; 7(10): 2313.
9. Yavuzer K, Ak M, Karadađ AS. A case report of cutaneous larva migrans. Eurasian J Med 2010; 42(1): 40-1.
10. Kudrewicz K, Crittenden KN, Himes A. A case of cutaneous larva migrans presenting in a pregnant patient. Dermatol Online J 2014; 20(10). pii: 13030/qt56p51610.
11. Del Giudice P, Desalvador F, Bernard E, et al. Loeffler's syndrome and cutaneous larva migrans: a rare association. Br J Dermatol 2002; 147(2): 386-8.