

Türkiye’de Kütanöz Larva Migrans: Bir İmporte Olgu Sunumu

Cutaneous Larva Migrans in Turkey: An Imported Case Report

Meliha Çağla SÖNMEZER¹, Şebnem ERDİNÇ¹, Necla TÜLEK¹, Cahit BABÜR²,
Ayşe BÜYÜKDEMİRCİ¹, Tuba İLGAR¹, Günay ERTEM¹

¹ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

¹ Ankara Educational and Research Hospital, Department of Infectious Diseases, Ankara, Turkey.

² Türk Halk Sağlığı Kurumu Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı, Ankara.

² Public Health Agency of Turkey, Department of Microbiology Reference Laboratories, Ankara, Turkey.

Geliş Tarihi (Received): 23.06.2016 • Kabul Ediliş Tarihi (Accepted): 10.12.2016

ÖZ

Kütanöz larva migrans (KLM) tropik ve subtropik bölgelerde sıklıkla görülen paraziter bir enfeksiyonudur. Birbirine uzak ülkeler arasında ulaşımın kolaylaşmasından ve hızlanmasından dolayı enfeksiyonlar sadece bu bölgelerle sınırlı kalmamaktadır. KLM larvarının deriye perkütan yolla bulaşması ile serpinjinöz eritematöz enfeksiyonlara neden olan bir hastalıktır. Burada Amazon gezisi sonrası gelişen ve albendazole tedavi edilen seyahatle ilişkili bir importe KLM olgusu sunulmuştur. Otuz altı yaşında erkek hasta yaklaşık bir hafta önce başlayan, sağ ayakta fazla olmak üzere her iki ayak plantar ve dorsal yüzlerde kızarıklık, akıntılı, kaşıntılı ve ağrılı lezyonları ile birlikte deriden kabarık, serpinjinöz (yılanvari) kırmızı lezyonları olması nedeni ile polikliniğimize başvurmuştur. Türkiye’de yaşayan hasta, üç ay önce Amazon gezisi için Brezilya’ya gittiğini, bir hafta önce döndüğünü ve lezyonlarının da döndükten hemen sonra başladığını belirtmiştir. Hastadaki tipik lezyonlar nedeniyle ile hastaya KLM tanısı konularak, tedavisi 2 x 400 mg/gün oral albendazol ile birlikte akıntısı olmasından dolayı sekonder bakteriyel enfeksiyona yönelik ampirik oral amoksisilin-klavunat 3 x 1 g/gün şeklinde düzenlenmiştir. Hasta oral albendazole iyi yanıt vermiş ve lezyonları ile kaşıntısı günler içinde azalmış ve tedavi süresince yan etki gözlenmemiştir. Taburculuk sonrası kontrolünde lezyonların hiperpigmentasyon bırakarak gerilediği izlenmiştir. KLM olgularında tanı sıklıkla kaşıntılı tipik lezyonların ve tünellerin varlığı, endemik bölgelere seyahat öyküsü, bu bölgelerde kum ve toprakta yalınayak temas öyküsünün olması, kumsalda güneşlenme öyküsünün olması ile konulur. Lezyonlar genellikle alt ekstremitelerde özellikle de ayak dorsal ve plantar yüzlerde görülmektedir. Laboratuvar bulguları özgül değildir. Geçici periferik eozinofili görülebilir ve tanıyı doğrulamak için biyopsi yapılabilir ancak genellikle histopatolojik incelemede parazit görülemez. Ayırıcı tanıda kontakt dermatit, bakteriyel ve fungal deri enfeksiyonları ve diğer paraziter hastalıklar düşünülmelidir. Tedavisinde ivermektin 1 x 200 mg/kg tek doz veya 400 mg/gün albendazol üç gün süreyle önerilmektedir. Sonuç olarak özellikle endemik bölgelere seyahat öyküsü olan, bu bölgelerde kumsallarda ve topraklarda çıplak ayakla temas öyküsü olan ve de kaşıntılı, kızarıklık ve serpinjinöz deri lezyonları olan olgularda KLM akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kütanöz larva migrans; tropikal tıp; seyahat tıbbı.

İletişim (Correspondence): Uzm. Dr. Meliha Çağla Sönmezer, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, 06340 Altındağ, Ankara, Türkiye. **Tel (Phone):** +90 312 595 3000
E-posta (E-mail): melihakarakoyun@mynet.com

ABSTRACT

Cutaneous larva migrans (CLM) is a parasitic infection most commonly found in tropical and subtropical areas. However, with the ease and increase of foreign travel to many countries around the world, the infection is not limited to these areas. CLM is an erythematous, serpiginous infection with skin eruption caused by percutaneous penetration of the larvae to the skin. In this report, a case diagnosed as imported CLM after an Amazon trip and treated with albendazole was presented. A 36 year-old male patient admitted to infectious diseases clinic with intense itching, erythematous, raised, streaklike serpiginous eruption and some redness at bilateral foot especially at the right foot for about one week. The patient was living in Turkey, and travelled to Brazil for an Amazon trip three months ago and the lesions began immediately after this occasion. CLM was diagnosed with the typical lesions in the patient and oral albendazole treatment 2 x 400 mg/day for 3 consecutive days was carried out with oral amoxicillin/clavulanat 3 x 1 g/day for the secondary bacterial infection. The patient responded very well to oral albendazole treatment with a result of a rapid improvement of pruritus in days and no side effect was observed during the treatment period. After discharge, during his control it was seen that the lesions were regressed with leaving hyperpigmentation. In cases with cutaneous larva migrans, diagnosis is often made by the presence of pruritic typical lesions and tunnels, travel story to endemic regions, the story of barefoot contact with sand and soil in these regions, and the sun tanning story on the beach. The lesions are often seen in the lower extremities, especially in the dorsal and plantar surface of the foot. Laboratory findings are not specific. Temporary peripheral eosinophilia can be seen and biopsy can be done to confirm the diagnosis but usually no parasite is seen in the histopathological examination. Contact dermatitis, bacterial and fungal skin infections and other parasitic diseases should be considered in differential diagnosis. For the treatment ivermectin 1 x 200 mg/kg single dose or albendazole 400 mg/day for three days is recommended. As a result, cutaneous larva migrans should be kept in mind especially in patients with a history of travel to endemic areas and a history of bare feet contact with sandy beaches and soil in this region and with itchy, red and serpiginous skin lesions.

Keywords: *Cutaneous larva migrans; tropical medicine; travel medicine.*

GİRİŞ

Kutanöz larva migrans (KLM) özellikle Güney Amerika, Afrika, Karayipler, Güneydoğu Asya gibi tropikal ve subtropikal coğrafyalarda yaygın olarak görülen paraziter bir enfeksiyondur¹. Birbirine uzak ülkeler arasında ulaşımın kolaylaşmasından ve hızlanmasından dolayı enfeksiyonlar sadece bu bölgelerle sınırlı kalmamaktadır. KLM özellikle kedi ve köpekkaynaklı kancalı kurt larvaları ile kirlenmiş topraklarla sık temas eden insanlarda görülen ve larvanın perkütan yolla deriden bulaşması sonucu deride serpinjinöz eritematöz erüpsiyonlarla karakterize bir hastalıktır¹⁻³. Larva haftalar ya da aylar boyunca epidermiste tüneller oluşturmakta, gezinerek gizlenmekte ve gelişimini insanda tamamlayamamaktadır. Lezyonlar genellikle toprakla temas eden alt ekstremitelerde yerleşmektedir³.

Bu olguda Amazon gezisi için gittiği Brezilya'da üç ay kalan ve Türkiye'ye dönüşünden bir hafta sonra ayaklarında tipik lezyonları gelişen ve daha sonra da sağ koluna ilerleyen importe bir KLM olgusu sunulmuştur. Bu olgu, seyahat olanaklarının ve sıklığının artmasından dolayı görülebilecek seyahat ilişkili tropikal hastalıklara dikkat çekmek amacıyla sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında erkek hasta, sağ ayakta fazla olmak üzere her iki ayak plantar ve dorsal yüzlerde olan kızarıklık, akıntılı, kaşıntılı ve ağrılı lezyonları ile birlikte deriden kabarıp,

serpinjinöz kırmızı lezyonları olması nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Yakınmalarının bir hafta önce sağ ayak başparmağında kızarıklık ve şişlik şeklinde başladığı ve daha sonra bir hafta içinde ilerlediği öğrenildi. Türkiye’de yaşayan hasta, üç ay önce Amazon gezisi için Brezilya’ya gittiğini, bir hafta önce döndüğünü ve lezyonlarının da döndükten hemen sonra başladığını belirtti. Gezi sırasında yalınayak kumsallarda dolaştığını ve yürüyüş yaptığını ifade etti. Deri muayenesinde sağ ayak dorsal ve plantar yüzlerle sol ayak plantar yüzde yaklaşık 4-5 cm uzunluklarında deriden kabarık papülonodüler özellikte ve kırmızımsı serpinjinöz (yılanvari) karakterde lezyonları ile birlikte akıntılı püstüller lezyonları mevcuttu (Resim 1A-C). Hastaya ait çekilen fotoğraflar için hastanın onamı alınmıştır.

Hastanın tropikal bölgeye seyahat öyküsünün olması ve lezyonlarının tipik görünüm ve klinik özelliklere sahip olmasından dolayı KLM tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize yatırıldı. Hastanın laboratuvar bulgularında BK: 13.000/mm³ (%68 nötrofil, %17 lenfosit, %5 monosit, %10 eozinofil), Hb: 16 g/dl, trombosit: 440.000/mm³, sedimentasyon: 8 mm/saat, CRP: 0.48 g/dl, AST: 53 IU/ml, ALT: 103 IU/ml olarak tespit edildi. Hepatit belirteçleri negatif olarak saptandı. Periferik yaymasında eozinofilisi (%18) mevcuttu. Ayak parmaklarında ve ayak dorsalinde mevcut olan ve pürülan sekresyon içeren püstüller lezyonlardan alınan örnekte, kliniğimiz laboratuvarında yapılan Gram boyamada, gram-pozitif koklar ve nötrofillerin hakim olduğu lökositler gözlemlendi. Kültürde ise üreme saptanmadı. Hastaya mevcut klinik öyküsü doğrultusunda KLM ile birlikte ikincil bakteriyel enfeksiyon tanısı konularak, tedavisi 2 x 400 mg/gün oral albendazol ile birlikte akıntısı olmasından dolayı sekonder bakteriyel enfeksiyona yönelik ampirik oral amoksisilin-klavunat 3 x 1 g/gün şeklinde düzenlendi. KLM’ye yönelik mikrobiyolojik inceleme yapılamadı. Karaciğer enzim yüksekliği olması nedeni ile viseral larva migransı ekarte etmek için serumda *Toxocara canis* IgG çalışıldı ve negatif saptandı. Lezyonlarının filariazise benzerliği nedeniyle serumda *Wuchereria bancrofti* dipstick yöntemiyle çalışıldı ve negatif olarak saptandı.

Olgunun yatışının 1. haftasında benzer karakterdeki lezyonlar sağ ön kol lateral yüzde de görüldü (Resim 2). Taburculuk sonrası kontrolünde lezyonların hiperpigmentasyon bırakarak geilediği izlendi.



Resim 1. Brezilya seyahati sonrası kütanöz larva migrans (A) Sağ ayak dorsal yüz (B) Sağ ayak plantar yüz (C) Sol ayak plantar yüz.

TARTIŞMA

KLM; Afrika, Orta ve Güney Amerika ve Güney Asya gibi tropikal ve subtropikal bölge ülkelerinde sıcak ve nemli alanlar ile kumlu topraklarda sıklıkla görülen paraziter bir hastalık olmakla birlikte, son zamanlarda artan yurtdışı seyahatler nedeniyle tüm dünyada görülme sıklığı artmıştır^{3,4}. KLM'ye yol açan ana etkenler *Ancylostoma caninum*, *A.braziliensis*, *A.ceylanicum*, *A.tubaeforma*, *Uncinaria stenocephala*, *Bunostomum phlebotomum*, *Gnathosoma spinigerum* ve *Strongyloides* türleridir ama en sık *Ancylostoma braziliensis* ve *A.caninum* türlerine rastlanmaktadır¹⁻⁵. KLM, genellikle kedi ve köpeklerin kancalı kurt larvaları ile kirlenmiş topraktan bulaşan larvanın perkütan yolla deride yerleşmesi sonucu başlar. Larva haftalar ya da aylar boyunca epidermiste tüneller oluşturup gezinerek gizlenmekte ve gelişimini insanda tamamlayamamaktadır. Larvalar genellikle stratum germinativum ve stratum corneum tabakasının arasındaki epidermiste larvalar tarafından yapılan tünellerde hareket ederler¹⁻³. Klinik olarak; başlangıçta giriş yerinde eritematöz papül şeklinde başlar daha sonra ise bizim olgumuzda da olduğu gibi kaşıntılı, eritematöz, deriden kabarık, serpinjinöz, kavisli, 1-5 cm uzunluğunda tipik lezyonlarla karakterize olan b elirtileri görülür. Larvalar bir günde 2-5 mm hareket edebilirler. Lezyonlar genellikle alt ekstremitelerde özellikle de ayak dorsal ve plantar yüzlerde görülmektedir^{1,5,6}. Bunun dışında genital bölge, kafa derisi, üst ekstremiteler ve gövdeyi de tutan KLM olguları bildirilmiştir⁶⁻⁹. Bizim olgumuzda da benzer olarak ayak ve kollarda tipik lezyonlar ve yoğun kaşıntı mevcuttu.

KLM için nemli ve sıcak iklimli coğrafi bölgelerde yaşamak ve/veya bu bölgelere seyahat etmek, toprak veya yalınayak temas halinde olmak risk faktörleri olarak bilinmektedir. Hastalığın endemik olduğu tropikal ve subtropikal bölgelere seyahat sonrası meydana gelmiş çok sayıda olgu bulunmaktadır⁶⁻¹⁰. Bizim olgumuzda da Brezilya Amazon gezisinin yalınayak kumlarda dolaşma ve trekking yapma öyküsü mevcuttu.



Resim 2. Hastanın yatışının 1. haftasında kütanöz larva migransa bağlı olarak gelişen sağ ön kol lateral yüzdeki lezyonlar.

Ülkemizde yayımlanan üç adet KLM olgu bildirimi bulunmaktadır. Bu olgulardan ikisi, biri Karabük’ten diğeri de Düzce’den olmak üzere yerli olgulardır^{11,12}. Ülkemizde günümüze kadar KLM ile ilgili bildirilen tek importe olgu Brezilya gezisinden sonra gelişen ve tanısı Türkiye’de konulan Avustralyalı bir turisttir¹⁰. Burada sunulan olgu ise ikinci importe olgu bildirimidir.

KLM olgularında sıklıkla tanı kaşıntılı tipik lezyonların ve tünellerin varlığı, endemik bölgelere seyahat öyküsü, bu bölgelerde kum ve toprakta yalınayak temas öyküsünün olması, kumsalda güneşlenme öyküsünün olması ile konulur. Laboratuvar bulguları özgül değildir. Geçici periferik eozinofili görülebilir ve tanıyı doğrulamak için biyopsi yapılabilir ancak genellikle histopatolojik incelemede parazit görülememektedir¹³. Ayırıcı tanıda kontakt dermatit, bakteriyel ve fungal deri enfeksiyonları ve diğer paraziter hastalıklar düşünülmelidir^{2,4,13}. Bizim olgumuzda sekonder bakteriyel enfeksiyonun eşlik etmesinden dolayı histopatolojik inceleme için biyopsi yapılamadı ve tanı ayaklarda ve kollarda tipik lezyonların olması, kaşıntılı klinik tablonun bulunması ve periferik eozinofili varlığı ile konuldu.

KLM enfeksiyonuna bazen pürülan akıntılı ikincil bakteriyel enfeksiyon da eşlik edebilir. İkincil bakteriyel enfeksiyonlar daha çok hastalığın endemik olduğu yerlerde görülmektedir^{3,13}. Bizim olgumuz da KLM tipik lezyonlarının mevcut olduğu ayak dorsal yüzde ve parmaklarda sekonder bakteriyel enfeksiyonu destekleyen pürülan sekresyonlu püstüller lezyonlar mevcuttu ancak kültürde üreme saptanmadı. KLM olgularında sistemik komplikasyon görülme olasılığı nadirdir. Sistemik komplikasyon pulmoner infiltrasyonların, periferik eozinofili ve IgE yüksekliği ile birlikteliği olan Loeffler’s sendromu (basit eozinofilik pnömoni) şeklinde görülebilir^{14,15}. Olgumuzda periferik eozinofili mevcuttu ancak akciğer tutulumu yoktu.

KLM tedavisinde ivermektin 1 x 200 mg/kg tek doz veya 400 mg/gün albendazol üç gün süreyle önerilmektedir^{16,17}. Bizim olgumuza üç gün süreli albendazol tedavisi uygulandı ve başarılı şekilde tedavi edildi. Albendazol üçüncü kuşak heterosiklik antihelmintik bir ajandır. Tedavi tek doz, üç veya beş gün şeklinde önerilmektedir. Bazı çalışmalarda benzer tedavi sonuçları bildirilirken, bazılarında tek dozla başarısız tedavi sonuçları bildirilmiştir^{18,19}. Antihelmintik ilaçların kullanımının kontrendike olduğu durumlarda diğer bir tedavi seçeneği de kriyoterapi olabilir²⁰. Tedavi planlanırken KLM’ye sekonder bakteriyel enfeksiyonlar eşlik ettiğinde, bizim olgumuzda olduğu gibi ampirik amoksisilin-klavulonat antibiyotik tedavisinde eklenmeli ve kültür sonucu veya klinik yanıtı göre tedavi gözden geçirilmelidir^{3,13}.

Sonuç olarak, özellikle endemik bölgelere seyahat öyküsü olan, bu bölgelerde kumsallarda ve topraklarda çıplak ayakla temas öyküsü olan ve de kaşıntılı, kızamık ve serpinjinöz deri lezyonları olan olgularda KLM akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis* 2008; 8(5): 302-9.
2. Nash TE. Visceral larva migrans and other unusual helminthic infections. pp: 3295-6. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). In: Principles and practices of infectious disease. 6th Ed. 2005, Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia.

3. 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.
4. Patel S, Sethi A. Imported tropical diseases. *Dermatol Ther* 2009; 22(6): 538-49.
5. Caumes E, Carriere J, Guernonprez G, Bricaire F, Danis M, Gentilini M. Dermatoses associated with travel to tropical countries: a prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical disease unit. *Clin Inf Dis* 1995; 20(3): 542-8.
6. 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.
7. 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.
8. Dhanaraj M, Ramalingam M. Cutaneous larva migrans masquerading as tinea corporis: a case report. *J Clin Diagn Res* 2013; 7(10): 2313.
9. 10. Yavuzer K, Ak M, Karadag AS. A case report of cutaneous larva migrans. *Eurasian J Med* 2010; 42(1): 40-1.
11. Caliskan E, Uslu E, Turan H, Baskan E, Kilic N. Cutaneous Larva Migrans: Report of Three Cases from the Western Black Sea Region, Turkey. *Mikrobiyol Bul* 2016; 50(1): 165-169
12. Aktas H, Gulec AI, Ergin C, Sürücü F. Zosteriform cutaneous larva migrans in a nontropical geography: successful treatment with oral albendazole. *J Turk Acad Dermatol* 2016; 10(1): 16101c7.
13. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-related cutaneous larva migrans. *J Travel Med* 2007; 14(5): 326-33.
14. Schaub NA, Perruchoud AP, Buechner SA. Cutaneous larva migrans associated with Löfler's syndrome. *Dermatology* 2002; 205(2): 207-9.
15. 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.
16. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis* 2000; 30(5): 811-4.
17. Gillespie SH. Cutaneous larva migrans. *Curr Infect Dis Rep* 2004; 6(1): 50-3.
18. Sanguigni S, Marangi M, Teggi A, De Rosa F. Albendazole in the therapy of cutaneous larva migrans. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1990; 84(6): 831.
19. Caumes E, Carrière J, Datry A, Danis M, Gentilini M. A randomized trial of ivermectin versus albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans. *Am J Trop Med Hyg* 1993;49(5):641-4.
20. 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.