

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 Plânı

DAİMÎ GENELGE

# KUTANÖZ LEISHMANİASİS OLGULARINDA TANI VE TEDAVİDE YAKLAŞIM

## 1. Kutanöz Leishmaniasis (KL) Olgularında Klinik Yaklaşım

### KL düşünülen lezyonların klinik özellikleri:

- Genellikle vücudun giysi ile örtülmeyen açık olan kısımlarındaki deriye lokalize,
- Uzun süredir (en az 1 ay) iyileşmeyen,
- Sekonder olarak bakterilerle infekte olmadıkça ağrısız,
- Eritemli papül, nodül, nodülo-ülseratif, plak, ülsere plak şeklinde,
- Ülserleşmiş 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 büyüyerek 1-2 cm çaplı nodüle dönüşür. Nodüler lezyon zaman içerisinde merkezden ülserleşerek krutla kaplanır. Tedavisiz olgularda lezyon doğal seyri genellikle 1-1,5 yıllık süreç içinde ömür boyu süren depresif skar bırakarak iyileşir. İyileşmeden sonra kişiyi ömür boyu reinfeksiyonlara karşı koruyan doğal bir bağışıklık gelişir.
- Non-endemik bölgelerde de yukarıdaki klinik tanımlamaya uyan lezyona sahip olgularda, özellikle yaz aylarında endemik bölgelere (Örneğin, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Akdeniz Bölgelerine) seyahat öyküsü açısından ayrıntılı anamnez alınmalıdır.

## 2. KL Olgularında Laboratuvar Yaklaşımı

- KL klinik tanısıyla uyumlu her olgu parazitolojik olarak doğrulanmalıdır.
- Parazitolojik olarak doğrulama, en sık direk 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 ( tercihen 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 basıya devam edilerek kanama önlenir. Bistürü ucu ile insizyonun iç kısmına insizyona dik olacak şekilde kazıma işlemi yapılır ve mümkün olduğunca kansız seröz bir materyal elde edilmeye çalışılır.
- Elde edilen bu materyal lam üzerine nazikçe 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 *Leishmania* amastigot şekillerinin görülmesi ile parazitolojik tanı konur.

Yukarıdaki klinik ve laboratuvar 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.

### 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 antimon tedavisinin güvenilirliği ile ilgili yeterli bir bilgi bulunmadığından, sistemik veya intralezyonel tedavi önerilmemektedir.

#### 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.

#### 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 kıkırdaklı 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,
- Yara iyileşmesini geciktiren kronik (Diabetes mellitus gibi) veya immun yetmezlikle seyreden hastalığı olan ya da immun supresif tedavi alan olgular,
- Multiple lezyonlu (Ondan fazla) olgular.

## 4. Tedavi Uygulamaları

### 4. 1.Sistemik Tedavi

Beş değerlikli antimon (**Sb<sup>V</sup>**), 10-20 mg/kg/gün (tek dozda uygulanır) 12-15 gün süreyle parenteral olarak uygulanır.

Pentostam<sup>®</sup> (sodyum stiboglukonat) ticari preparatının 1 ml'sinde 100 mg'a eşdeğer Sb<sup>V</sup> bulunurken, Glucantime<sup>®</sup> (meglumine antimonate) ticari preparatının 1 ml'sinde 85 mg'a eşdeğer Sb<sup>V</sup> bulunmaktadır. Glucantime<sup>®</sup> IM **derin enjeksiyon şeklinde**, Pentostam<sup>®</sup> IM veya IV uygulanabilir. IV 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.

## 4. 2. İntralezyonel Tedavi

İnsülin enjektörü veya tüberkulin enjektörü ile uygulanır. İlaç doğrudan enjektöre çekilir. İlaç 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 beyazlatabilmek için birden fazla noktadan enjeksiyon yapılması gerekebilir. Lezyon ülsere ise, ilacın dışarı kaçmasını önlemek için enjeksiyon ülser kenarına, ülsere 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 alınamadığı olguların *dermatoloji uzmanının* bulunduğu bir merkeze sevk edilmesi önerilir.

## 5. Kontrol Önlemleri:

- Çalışma amaçlı kitlesel yer değiştirmelerde (Örneğin mevsimsel işçiler), gidilen yerdeki il sağlık müdürlüğü tarafından, kişilerin şark çıbanı açısından kontrolden geçirilmesi, şüpheli olguların incelemesinin yapılması ve gerekirse tedaviye alınması,
- İnce delikli cibinlik veya insektisitli cibinlik kullanımının teşvik edilmesi,
- Ev ve hayvan barınaklarının fiziksel koşullarının iyileştirilmesi (ahırların sıvanması ve kireçle badana yapılması, kalıcı insektisit uygulanması),
- Hastalığın görüldüğü illerde şark çıbanı merkezleri oluşturulması ve buralarda çalışan sağlık personelinin teorik ve pratik eğitimlerinin yapılması; ayrıca, bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,
- Halk eğitimlerinin yapılması,
- Tatarcığın yaşama alanlarının ıslahına ilişkin çalışmalar yapılması,
- İlgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapılması ve diğer kurumların da konuya gereken hassasiyeti göstermelerinin sağlanması gerekmektedir.