

ŞANLIURFA İLİNDE KUTANÖZ LEISHMANİASİS

Gönül ASLAN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

ÖZET

Şanlıurfa merkezinde Şark Çıbanı vakalarına sıkça rastlanmaktadır. 1991 yılından bu güne kadar 11781 şark çıbanı vakası Şanlıurfa'da sağlık ocaklarına müracaat etmiş ve tedavi edilmiştir. Halkın bu konuda ilgisinin yeterli düzeyde olmadığı gözlenmiştir. Şark çıbanının "Güzellik Yarası" olarak kabul edilmiş olması nedeniyle hastaların çoğu tedaviye gitmemektedir. Buna bağlı olarak hasta sayısı hızla artmaktadır. Çevre koşulları, yapılaşma ve sosyal durumun flebotomun üremesi ve aktivitesi için uygun ortam oluşturduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler : Şark çıbanı, Şanlıurfa

SUMMARY

CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN ŞANLIURFA CITYCENTER

Cutaneous Leishmaniasis has seen endemic in Sanliurfa citycentre. Since 1991, 11781 Cutaneous Leishmaniasis cases have applied to Health Centres and treated. It has seen that public interesting level has not enough. Because of cutaneous leishmaniasis has been called as "Beuty Wound". Most of patients have not gone to treatment because of cutaneous leishmaniasis has been called "Beuty Wound" so that number of patients have increased rapidly. It has seen that the enviromentl conditions the city construction and the social condition have appropriate for reproduction and activation of phlebotomus.

Key words : Cutaneous Leishmaniasis, Sanliurfa citycentre

SANLIURFA İLİNDE KUTANÖZ LEISHMANİASİS

Leishmaniasis dünyada 86 tropikal ve subtropikal ülkede endemik olarak görülmekte ve yılda yaklaşık 75000 kişinin ölümüne neden olmaktadır. Leishmaniasis genusunun yaptığı hastalıklar klinik olarak şiddetinden semptomuz hale kadar değişik seyir gösteren kutanoz (CL), post kalaazar dermal (PKDL), diffüz kutanoz (DCL), mukokutanoz (MCL) ve visseral (VL) olmak üzere sınıflandırılmaktadır.

Leishmaniasis, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın tropikal hastalıkları araştırma bölümünde 6 önemli hastalıklardan birisi kabul edilmektedir.

Leishmaniasis enfekte dişi tatarcık sinekleri flebotomus (Ph), Lutzomyia, Yacarca olarak bilinen küçük sinekler tarafından kan emerken bulaştırılmakta ve etkeninde memelilerin zorunlu hücre içi paraziti olan leishmania cinsine ait protoozonlar olduğu bilinmektedir.

TARİHÇE

Yaklaşık 1050 yılında Ebu Bekir Muhammed bin Zekeriya El-Razi bir eserinde bu hastalığa Bağdat'ta çok sık rastlandığından bahsetmişse de, hastalığın bu gün bilinen etkenleriyle ilişkin ilk tanımı 1888'de D.D. Cunninham yap-

mıştır. Cunninham yara dokusu kesitinde mononükler hücreler içinde paraziti görmüştür. Borouski de bir yarada aynı varlıkları görmüş ve 1898'de yayınlamıştır. Leishman 1900 yılında Hindistan'da dizanteriye yakalanarak İngiltere'ye gönderilen bir hastanın dalak yaymasında görmüştür. Aynı yıl Donova, Madras'da Kala-azar vakalarında ölümden önce veya sonra dalaktan elde ettiği materyallerden yayma preperatlarda paraziti görmüştür.

1913 yılında V.L. Yakimow Orta Asya'da yaptığı bir inceleme gezisi sonunda kutanoz leishmaniasisin (KL) nin etkenin iki şeklinin bulunduğunu bildirmiş ve bunlar Leishmania tropica major ve L.tropica minor olarak isimlendirmiştir.

Dr. Hulusi Behçet 1916 yılına, Edirne Merkez Hastanesine giren Halepli erlerde parazit araması esnasında kabukların altında epitel uzantılarını çivi arazi adıyla adlandırmış ve bunların tanı yönünden önemini belirtmiştir. Bu çıkıntılar 1925 yılında Cezayir'den Montpellier tarafından orağa benzetilmiştir.

Cezayir'de Sergent kardeşler ve arkadaşları 1921'de kazanmış deri üzerine ezilmiş phlebotomları uygulayarak deri leishmaniasis'i oluşturmuşlardır.

Adler ve Theoder, 1925 yılında Phlebotomuslarda promastigotları bulmuş ve deneysel olarak phlebotomuslardan insana KL'i geçirmişlerdir. 1941'de ise Adler ve Ber tarafından, tatarcıkların sokması ile insandan insana KL'in kesin olarak geçtiği gösterilmiştir.

Yurdumuzda 1907 yılında GATA 'ne getirilen Reinhart ile Dr. Servet Tevfik Bey şark çıbanı ve etkileri üzerine yaptıkları araştırmaları 1910 yılında yayınlamışlardır. Parazitin kültürünün 1911 yılında ilk kez Reşat Rıza ve Mustafa Beyler tarafından yapıldığını Dr. Hulusi Behçet yazmaktadır.

KL'in Dünyadaki Dağılımı

Hastalığın etkeni parazitler; Orta ve Güney Amerika, Avrupa, Afrika ve Güney Doğu Asya hariç, Asya'da yaygındır. Hastalık, Asya ve Avrupa kıtasında özellikle Hindistan, Çin, Pakistan, İran, Irak, Lübnan, Ürdün, Suudi Arabistan, İsrail, Mısır ve Akdeniz havzası gibi

tropik ve subtropik bölgelerde endemik ve epidemik olarak görülür. KL deride şekil bozuklukları yaparken visseral formun salgınları Hindistan, Etiyopya ve Kenya gibi ülkelerde onbinlerce insanın ölümüne neden olmaktadır. Leishmaniasis tüm dünya için genel bir sağlık sorunudur. KL için Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) 1990 yılında bildirilen olgu sayısı 12 milyondur. Risk altındaki insanların sayısının ise 80 olduğu tahmin edilmekle beraber leishmaniasis pek çok ülkede bildiri zorunlu hastalıklar kapsamına girmediği için kesim olgu sayısının bilinmesi zordur. Ayrıca bildiri zorunlu hale getirilirse de gerçek sayının bildirilenden daha fazla olacağı sanılmaktadır. Çünkü KL özellikle diğer sağlık problemlerinin daha öncelikli olduğu fakir ülkelerde ve kırsal bölgelerde gelişmektedir.

KL'nin Ülkemizde Dağılımı

Türkiye'de KL Leishmania tropica'nın olduğu kuru tip, lezyonu bulunan epidemilere karakterizedir. Leishmania major'ün etken olduğu yaş tipe daha az rastlanmaktadır. Ülkemizde yıllardır Güney Doğu Anadolu Bölgesinde epidemik olarak seyreden, yapılan ciddi mücadele ve insektisit olarak DDT kullanılması sonucu bir süre baskılanmış gibi görünen KL, 1981 yılından beri Urfa yöresinde ve Çukurova'da endemik olarak görülmektedir.

1989 yılında Dr. Süreyya Akaslan'ın yaptığı bir çalışmada halkın bu konuda bilgisinin yeterli düzeyde olmadığı ve şark çıbanına "Güzellik Yarası" adını takması nedeniyle bazı hastalarında sağlık ocağına hiç müracaat etmedikleri belirtilmiştir.

Kutanöz Leishmaniasis Türkiye, Suriye, Irak sınırları civarında uzun yıllarda beri endemik olarak görülmektedir. Çocuklarda daha sık olduğu bilinen hastalığın prevalansı, insan yerleşim yerlerinde sivrisinek mücadelesinde kullanılan kalıcı insektisit uygulamalarının tatarcık popülasyonuna etkili olması sonucu 1950'li yıllardan itibaren azalmıştır. 1981-1984 yılları arasında kalıcı insektisit uygulamasının etkin ve yeterli yapılmaması nedeni ile Urfa ve yöresinde hiperendemik bir hal kazanmıştır.

Şark çıbanı ihbarı zorunlu bir hastalıktır. Bildiri yapan bölgeler Güneydoğu Anadolu, Ak-

deniz ve İç Anadolu'dur. Diğer bölgelerden son 7 yılda bildirim yapılmamıştır. Bildirim eksikliğine rağmen, ülkemizde şark çıbanı vakalarının çoğu Şanlıurfa ili başta olmak üzere Adana ve Hatay illerinde saptanmaktadır. Önceki yıllarda salgınların görüldüğü ve çevre-

sel ortam itibarı ile Şanlıurfa iline benzer özellikler gösteren Diyarbakır, Mardin, Adıyaman, Gaziantep illerinde son yıllarda bildirim yapılmaması vakanın görülmemesinden, çok bildirim (Tablo-1) sisteminin eksikliğini düşündürmektedir.

Tablo 1. 1989-1995 yıllarında kutanöz Leishmaniasis bildirim yapan iller ve vaka sayısı.

İLLER	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Adana	410	114	629	739	667	1061	732
Antalya	6	8	18	46	57	43	36
Hatay	1250	264	440	280	338	98	139
İçel	0	2	4	9	19	46	47
Kayseri	11	13	40	23	37	10	3
Ş.Urfa	1066	552	601	841	1955	4185	2809
K.Maraş	0	0	0	0	4	205	82
Niğde	0	103	0	0	0	3	1
Batman	0	0	0	4	12	0	0
Mardin	0	0	0	0	0	0	1

LEISHMANIA ENFEKSİYONUNDA, ALT YAPI VE COĞRAFI DURUMUN ÖNEMİ

a) Etken :

L.tropica'dır.

b) İklim ve Coğrafya :

Leishmaniasis subtropikal ve tropikal iklimli sıcak ülkelerin paraziter bir hastalığı olup 45 derece kuzey enlemi ve 30 derece güney enlemleri arasında yer alır.

Çeşitli çalışmalarda olguların aylara dağılımı incelendiğinde yılın ilk ayları Ocak-Mayıs vaka sayısı toplam Haziran-Aralık vaka sayısı toplamından fazladır. Yale Üniversitesi, Sağlık Müdürlüğü ve kendi çalışmalarımızda benzer bulgular elde edilmiştir (Tablo-2). Tablo 1'de Şanlıurfa için Sağlık Bakanlığı'nın verdiği rakamlar, Tablo 2'de Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü'nün verdiği rakamlar bulunmaktadır. Bu rakamlardaki farklılığın bildirim hatalarından olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2. Şanlıurfa'da Kutanöz Leishmaniasis'in 1991-1996 yıllarında aylara dağılımı.

AYLAR	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOPLAM
Ocak	9	58	143	320	268	322	1120
Şubat	3	37	301	286	27	275	929
Mart	20	125	400	462	431	466	1904
Nisan	24	119	592	438	131	353	1657
Mayıs	72	75	252	300	48	21	768
Haziran	40	5	226	171	312	190	944
Temmuz	59	129	240	164	257	135	984
Ağustos	40	75	148	205	261	86	815
Eylül	23	39	125	92	198	71	548
Ekim	20	46	124	79	194	43	506
Kasım	20	33	168	187	205	70	683
Aralık	81	105	261	76	243	67	833
TOPLAM	411	936	2980	2780	2575	2099	11781

c) İnsan :

1-Meslek: Dünyanın çeşitli yerlerinde KL in meslekle ilişkisi olduğu gösterilmektedir. Örn: Etopya'da koyun ve keçi çobanlarında, orman işçilerinde sık rastlanmaktadır. Buna rağmen Urfa'da hastalığın meslekle ilişkisi tespit edilememiştir.

2-Cinsiyet: Daha önceki çalışmalar ve kendi bulgularına göre hastalıkta cinsiyet ayrımı görülmemektedir. Çalışmamızda kadınlarda %49.7, erkeklerde %50.2 hastalıkla geçişin meslekten bağımsız olarak iki cins içinde eşit risk taşıdığı görülmektedir.

3-Yaş: KL 1-14 yaş grubu çocuklarda daha fazla gözlenmektedir. Yaş ortalaması 14.4 olarak tespit edilmiştir. Bölge nüfusunun yaklaşık yarısının 15 yaş altı grup olduğundan yaş dağılımı toplumu yansıtmaktadır.

4- Yerleşim yeri ve tipi: İnsan yerleşiminin geleneksel savunma düşünceleri ve yaşantı kolaylıkları etkisi ile ırmak yataklarının yamaçlarına veya koruluk, ormanlık, ağaçlık kenarlarına yapılması insan popülasyonunu Leishmania rezervuar ve vektörüne yaklaştırır. Evlerin yarıklı tuğla ve taş olması flebotomlar için uygun ortam oluşturur.

d) Vektör :

Phlebotomlar tropik ve ılıman bölgelerde yaşar: Dişi tatarcık yumurtalarını, bazı kemirgenlerin yuvalarında, eski ağaç çatlaklarında, harabe binalarda, evlerin duvarlarındaki çatlaklarda ve atıklarda bırakır. Yumurtlayabilmeleri için minimum %45-60 oranında nem gereksinimi vardır. Larvaların ve adult formların yaşayabilmesi için çevre ısısının yılda en az 1 ay boyunca 20 °C altına inmemesi gerekir. Ülkemizde taşıyıcı tatarcıklar hakkında detaylı çalışmalar mevcut değildir. Ancak GAP bölgesinde P.papatisi ve P.sergenti'nin vektör olduğu sanılmaktadır.

e) Rezervuar :

Saha taramalarında başıboş köpekler ve farelerin rezervuar olabileceği düşünülmektedir.

f) Alt Yapı :

Urfa'da KL vakalarının yoğunlaştığı Halepli-bahçe, Kızılkoyun, Yakubiye ve Eyyübiye Mahalleleri Urfa'nın en eski yerleşim bölgeleridir. Yapı olarak genellikle yığma taş binalar göze çarpmaktadır. Halen bu mahallelerde bir çok kişi mağara tipi evlerde yaşamaktadır. Çevre sağlığı şartları bu mahallelerde hayatı tehdit edecek düzeydedir. Bir çok evde bir mağara oyuğunda 3-5 hayvan beslenmektedir. Sıtma Eradikasyon Daire Başkanlığı araştırma ekibi tarafından bu mağaralarda bol phlebotomus tespit edilmiştir.

Şark çıbanı vakalarının yoğun olduğu bölgelerde kanalizasyon şebekesi yoktur ve pis sular mahalle aralıklarına, sokaklara akmaktadır.

LEISHMANİASİS'İN KLİNİK BULGULARI

Çok farklı sınıflamalar önerilmesine karşın Leishmaniasis; sistemik leishmaniasis, mukokutanöz leishmaniasis ve kütanöz leishmaniasis olarak sınıflandırılabilir. KL akut, kronik, dissemine ana bölümlerinde incelenebilir. Kronik KL iyileşmeyen, yarı iyileşen (lupoid, rezidivan) formları içermektedir. Tüm KL'lerin %5-10'u kronik formda dönüşebilmektedir. Akut Kutanöz Leishmaniasis: L. tropica genellikle kentlerde görülen kuru tip, L. major ise kırsal kesimde görülen ıslak tip KL etkenidir.

Şanlıurfa'da görülen Leishmaniasis inlübasyon süresi, patoloji, mevsim, immunité, rezervuar, yerleşim bölgesi açısından kuru tip leishmaniasisidir. Kentsel antropotik tipin, kırsal zoonotik tipten kaynaklandığı, parazitin insana adaptasyonu ile patogenitesinde azalma olduğu ileri sürülmektedir. Kuru tip KL'de 2 aydan daha uzun süreli bir inkübasyon döneminden sonra flebotomların ısırıldığı yerde ortalama 6 ayda 1-2 cm. çapına kadar ulaşan papuler bir lezyon oluşur. Deriden kabarık, sert kıvamlı ve kırmızı renkte olan bu lezyonun ortasında zamanla veya travma sonrasında ülserasyon başlar ve üzerinde kaldırılması güç olan bir kabuk oluşur.

Genellikle tek ve ağrısız olan lezyonlarda bol miktarda parazit bulunur. Çok sayıdaki lezyonlar eş zamanlı multipl ısırılmalar sonrasında oluşabilir. Hiperendemik alanlarda multipl lezyonlara sahip birey sayısı fazladır.

Bölgeye ait bir takım geleneksel davranış biçimleri (giyim vs.) lezyonların yerleşim yerlerini etkiler. Örneğin: Bölgemizde ve Çukurova yöresinde göz kapağı ve çevresindeki lezyonlar literatüre oranla çok yüksek olarak tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak yılın önemli bir kesiminde evlerin damlarında geceleme alışkanlığı rol oynaması muhtemeldir.

Eskiden beri bilindiği gibi L. major enfeksiyonu hem kendisine ait hem de L. tropika enfeksiyonuna ait koruyucu immunité sağlamaktadır. Bunun tersi ise mümkün değildir. 1985 yılında Kıllick-Kendrick tarafından yapılan bir çalışmada L. major etkenin ikinci bir enfeksiyona arşı tam bir immunité sağlamasının her zaman mümkün olmadığını göstermiştir.

Enerji üretimi ve sulama amaçlı 13 projeden oluşan Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP), yapılması öngörülen 22 baraj ve 19 hidroelektrik santralinin tamamlanması ile yaklaşık 27 milyar kw/h bir elektrik üretimini, 1.7 milyon hektarlık bir alanın sulanmasını, tarımsal üretimin artırılmasını ve bölgede kişi başına düşen gelirin artmasını sağlayacaktır. GAP, barajlar, hidroelektrik santralleri, sulama tesisleri ile tarımdan ulaştırmaya, sanayiden eğitime ve sağlığa kadar bir çok sektörü kapsayan entegre bir kalkınma projesidir.

Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Mardin, Siirt, Şanlıurfa, Batman, Şırnak, Kilis illerini içine alan proje alanı Türkiye yüzölçümünün yaklaşık %10'unu, bölge nüfusu ise ülke nüfusunun %9'unu oluşturmaktadır.

Su kaynaklarının geliştirilmesinde çevre üzerinde olduğu kadar insan sağlığı üzerinde de büyük etkileri olacaktır. Taşıyıcı böcekler tarafından insana bulaştırılan bazı bulaşıcı hastalıklarda artış olduğu, dünyadaki benzer proje deneyimleri sonrasında gözlenmiştir. GAP ile birlikte böcekler için üreme alanını sulu tarıma geçilmesine bağlı olarak artacağı, iklimin değişmesine bağlı olarak böcek üreme mevsimlerinin uzayacağı ve bunların sonucunda halen görülmekte olan bazı parazit hastalıklarının (sıtma, leishmaniasis gibi) artacağı, bu güne kadar görülmeyen hastalıkların (shistosomosis gibi) ortaya çıkabileceği tahmin edilmektedir.

TEDAVİ

Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü tedavi şeması.

- 1- Hafif yada vücudun görülmeyen bölgelerinde lezyon varsa tedavi edilmeden bırakılır.
- 2- Erken dönemde yakalanan inflamasyon göstermeyen nodül şeklinde tek bir lezyon varsa krioterapi veya cerrahi müdahale uygulanabilir.
- 3- Bir veya birden çok sayıda nodüler veya ülserleşen lezyonlar varsa beş değerli antimon bileşikleri kullanılır. Intralezyoner olarak günde 1-3 mililitre 2-4 gün ara ile 4-8 hafta süreyle tekrarlanabilir.
- 4- Büyük yaygın lezyonlar ile birlikte inflamasyon veya lenfatik tutulum varsa kür sağlanıncaya kadar sistematik olarak beş değerli antimon bileşikleri ile tedavi edilir. İm olarak 20 gün süre ile kg.'a 20 mg. antimon, lezyonda iyileşme görülmemesi halinde 10 günlük aradan sonra 2.kür, gerekiyorsa 3.kür uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Özcel M.A.; *Gap ve parazit hastalıkları, Türkiye Parazitoloji Derneği Yayını No:11 89-120, 1993; İzmir*
2. Özcel M.A.; *İmmun yetmezlikte önemi artan parazit Hastalıkları. Türkiye Parazitoloji Derneği Yayını No:12 69-119, 1995*
3. Aksoy S, Arutürk S, Armstrong MYK, Chang KP, Gottlieb M, Özcel MA, Richards FF, Western K.; *The Gap Project in Southeastern Turkey : The potential for emergence of diseases, 1995*
4. Sağlık Bakanlığı, *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 25.06.1996 Tarih B. 100 TS HO110002/6078 sayılı bildiris*
5. Memişoğlu RH, Özpoçraz M.; *"Kutanöz Leishmaniasis" Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, 1994*
6. Kendrick KR.; *Phlebotomine vectors of the leishmaniasis. A Review. Med. Veterinary Entomology 4:1-24, 1990*
7. Akaslan S, Akaslan İ.; *Şanlıurfa'da Şark Çıbanı Durumu. Ulusal Parazitolojik Kongresinde Tebliğ Edilmiştir, 1989*
8. *Urfa İli Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü, Urfa İli'ndeki Şark Çıbanı vakalarına ait epidemiyolojik araştırma raporu, 1983*