

Olgu Sunumu

Değişen Yüzü ile Kendini Unutturan Bir Hastalık: Uyuz

T. KARAKAŞ*, Ö. KALAYCI*

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Allerji ve Astım Ünitesi, ANKARA

Uyuz (scabies), Arachnida sınıfı Sarcoptidae ailesinden bir artropod olan *Sarcoptes scabiei hominis*'in neden olduğu kaşıntılı ve bulaşıcı, yaygın bir parazitik enfeksiyondur. Tüm evrim dönemlerini insan derisinde geçiren zorunlu bir parazittir. Tıp tarihinde önemli bir yeri olan ve nedeni bilinen ilk insan hastalığı olarak tanımlanan, günümüzde yılda 300 milyon kişinin (özellikle okul çağındaki çocuklar ve toplu yaşam alanlarında yaşayanlar) yakalandığı tahmin edilen uyuz sık rastlanan ve tüm dünyada görülen bir epizoonozdur. Bulaş direkt temasla, elbise ya da yatakların ortak kullanımı ve cinsel temas ile olur. Irk, yaş ve cins ayırımı gözetmeksizin her toplumda sporadik veya epidemik şekillerde görülebilmektedir. Uyuzda görülen kaşıntı ve döküntülerin çoğu gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonuna bağlı olarak, etkenle ilk karşılaşmadan yaklaşık bir ay sonra, reenfestasyonda ise birkaç gün sonra görülmektedir.

OLGU

Beş aylık kız hasta, bir aydır tüm vücutta kaşıntı, gövdede, el ve ayaklarda ve saçlı deri-

de ekzematöz, papüler döküntü (Resim 1-3) şikayeti ile başvurduğu doktor tarafından atopik dermatit tanısı düşünülerek bir hafta topikal kortikosteroid tedavisi ve sistemik antibiyotik verilmiş. Tedaviye rağmen kaşıntı şikayeti hiç geçmeyen ve deri lezyonları gerilemeyen hasta bölümümüze başvurdu. Hastanın şikayetlerinin bir ay önce başladığı, özellikle geceleri, sıkı ve üst üste fazla giysi giydirildiğinde kaşıntısının arttığı, doğumdan itibaren anne sütünün yetersizliği nedeni ile ek formula mama ile beslendiği, perinatal hikayesinde in vitro fertilizasyon ile 32 haftalık, 1500 g ve ikiz eşi olarak doğduğu, annede ellerde kontakt dermatit ve kaşıntı hikayesinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde özellikle avuç içi ve ayak tabanlarında, gövdede, ekstremitelerde, baş ve boyunda ekskorye, ekzematöz, kahverengimsi, deriden kabarık, basmakla solan, eritematöz maküler ve yer yer papüler lezyonlar mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olan hastada "Darier sign" negatifti. Laboratuvar incelemelerinde eozinofili (%13, 2200/mm³) dışında, yapılan total ve spesifik

Yazışma Adresi: Dr. T. KARAKAŞ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Allerji ve Astım Ünitesi, ANKARA
e-posta: tanerkarakas61@hotmail.com



Resim 1. Hasta gövdesindeki döküntüler.



Resim 2. Ayak tabanındaki döküntüler.



Resim 3. Hasta gövdesindeki döküntüler.

immünglobulinleri, kan biyokimyası ve idrar tetkikleri normal sınırlarda idi. Hastadan istenen dermatoloji konsültasyonu sonucu ayak tabanında deriden kabarık, kahverengimsi, pembe-beyaz renkli lezyonların patognomonik tünel lezyon (sillion) olduğu ve bakılan dermatoskopik muayenesinde siyah renkli, zikzak şeklinde bir çizgi halinde görüldüğü bildirildi. Yapılan epidermal tıraş biyopsisinde ise *Sarcoptes* erişkin veya larvaları, yumurtaları ve çıkartıları görülemedi. Hastanın aile anamnezi tekrar sorgulandığında, babanın iş nedeni ile gittiği yurt dışı seyahati esnasında hijyenik yönden kötü koşulları olan toplu yaşam alanlarında uzun süre kaldığı ve seyahat dönüşünden itibaren önce babada, daha sonra da anne ve babaannede tüm vücutta kaşıntı şikayetinin başladığı öğrenildi. Bunun üzerine annenin yapılan fizik muayenesinde “scabies” ile uyumlu lezyonlar saptandı. Tüm bu semptom ve bulgular ışığında hastamıza alışılmamış, nadir görülen bir klinik tablo olan “scabies incognito” tanısı koyduk. Hastamıza ailesi ile birlikte skabisit tedavisi olarak permetrin %5 krem bir defaya mahsus uygulandıktan sonra hastamızın lezyonlarında dramatik bir düzelme gözlemlendi. Ekzematize lezyonlarına yönelik kısa süreli topikal steroid ve kaşıntı için antihistaminik tedavi önerilen hasta 10 gün sonra kontrole çağırıldı.

TARTIŞMA

Uyuz prevalansı infant ve çocuklarda iki yaşın altında en yüksektir. Bu yaş grubunda gecikmiş veya yanlış tanı yaygındır. Topikal veya sistemik steroid tedavisi ve diğer ilaçlar ile gereksiz tedavi uygulanabilir. Bu nedenle topikal veya sistemik kortikoterapi uyuz semptom ve bulgularını maskeleyebilir ve alışılacelmış klinik prezantasyon dışında klinik ile karşımıza çıkabilir. Atipik belirtilerle ortaya çıkan uyuz olguları zaman zaman görülmektedir. Topikal veya sistemik steroid tedavisi sonunda uzamış modifiye uyuza “scabies incognito” (incognito: kılık değiştiren) adı verilmektedir. Bu tip hastalarda uyuzun tipik belirtileri azalmış olup, döküntülerin dağılımı, ortaya çıkışı farklı ve başka hastalıkları taklit edebilmektedir. Bizim olgumuzda da kullanılan topikal steroid sonrası uyuz lezyonlarının atopik dermatit lezyonlarını taklit ettiği gözlenmiştir.

Uyuzda patognomonik lezyon olan sillion, deriden biraz kabarık, kahverengimsi, pembe-beyaz renkli, tünel lezyon olup 0.2-0.5 mm eninde, 10-15 mm boyunda olabilmekte, günde 0.5-2 mm uzamakta olup tünelin ucunda inci tanesine benzeyen, içinde dişi *Sarcoptes*'lerin olduğu veziküller bulunmaktadır. Sillion en çok el bileklerinde (%85) ve parmak aralarında, aksilla, gluteal bölge ve peniste görülmektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, infantlarda ve küçük çocuklarda palmoplan-tar bölgede, yaşlılarda ve infantlarda da sıklıkla gövdede görülebilmektedir.

Uyuz esnasında sekonder değişiklikler ise sıklıkla primer lezyonların klinik görünümünün kaşıntıya bağlı değişmesi sonucu olmaktadır. Ekzematizasyon, pullanma ve kurutlanma gelişmektedir. Ayrıca, bu belirtiler yanında uyuz enfestasyonu sırasında ürtiker plakların geliştiği de bildirilmiştir. Bebeklerde ve küçük çocuklarda uyuzun gelişimi, kliniği ve lezyonların dağılımı büyük çocuklara ve erişkinlere göre farklılıklar göstermektedir. Avuç içi ve ayak tabanları sıklıkla etkilenmekte ve beş yaş altı çocuklarda bu bölgeler akarların en fazla bulunduğu yerler olmaktadır. Baş ve boyun bölgesi, bacak ve kalça da en fazla tutulan bölgeler olup, bebeklerde tüm deri yüzeyinde uyuz lezyonları bulunabilmektedir. Bebeklerde vezikül ve ekzematöz lezyonlar sık olduğu için tünelleri bulmak ve hastalığı tanımlamak daha zordur. Bu nedenle çeşitli deri lezyonları, eritematöz papüller, nodüler kabuklar ve püstüllerin görüldüğü küçük bebeklerde uyuz olasılığının göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Bizim olgumuzda ayak tabanında tünel lezyon (sillion) saptandı ve dermatoskopik muayenesi pozitif olarak değerlendirildi. Yapılan epidermal tıraş biyopsisinde ise *Sarcoptes* erişkin veya larvaları, yumurtaları ve çıkartıları görülemedi.

Uyuzdan şüphelenildiğinde hasta tüneller (sillion) yönünden dikkatlice muayene edilmelidir. Tünelleri aramak için en iyi bölgeler, erişkinlerde hipotenar bölge, parmak araları ve bilekler, infantlarda ve küçük çocuklarda ise avuç içi ve ayak tabanı olmaktadır. Uyuz tünelleri saptanamadığı takdirde papül ve vezikül gibi lezyonların incelenmesiyle de *Sarcoptes* erişkin veya larvaları, yumurtaları ve

çıkartıları görülebilmektedir. Ancak ekskorye, kurutlu veya veziküler lezyonlarda akarların görülme olasılığının daha az olduğu saptanmıştır. Uyuz belirtileri tipik olmadığı zaman diğer bazı kaşıntılı deri hastalıklarını taklit edebildiği için uyuzda ayırıcı tanı önem taşımaktadır.

Uyuzun en çok karıştığı hastalıklar atopik dermatit, kontakt dermatit, folikülit/impetigo, Tinea corporis, insekt bite, papüler ürtiker, ürtikerya pigmentosa, prurigo nodularis ve dermatitis herpetiformis olduğundan öncelikle bu hastalıklar ile ayırıcı tanıya gidilmelidir (Tablo 1).

Diğer taraftan uyuz, ürtiker ve Hodgkin hastalığının deri belirtileri ile pedikülozis ve diğer hayvanlardan geçen uyuz ile de karışabilmektedir. Uyuzda aile anamnezi çok önem taşımaktadır. Aile bireylerinin veya toplu yaşam yerlerindeki kişilerin kaşıntılı döküntü yakınmaları varsa, uyuz akla gelen bir neden olmalıdır. Gece artan kaşıntı, incimsi veziküller ve uyuz izleri, lezyonların karakteristik dağılımı önem taşımaktadır. Infantlarda uyuz lezyonlarının dağılımının daha farklı olduğu unutulmamalıdır. Avuç içi, ayak tabanı, baş ve boyun, bacak ve kalçalar da en çok tutulan

Tablo 1. Ayırıcı tanı.

- Atopik dermatit
- Kontakt dermatit
- Folikülit/impetigo
- Tinea corporis
- Insect Bite
- Pedikülozis
- Papüler ürtiker
- Ürtikerya pigmentosa
- Prurigo nodularis
- Hayvan uyuzu
- Dermatitis herpetiformis
- Herpes gestasyonis
- İnfantil akropüstülozis
- Egzema herpetikum
- Pityriasis rosea
- Darrier hastalığı
- Sifiliz
- Viral ekzantem

Tablo 2. Uyuzun spesifik formları.

Formlar	Sıklık	Lokalizasyon	Morfoloji	Klinik
Papüloveziküler	En sık	İnterdigital, intertriginöz, areola, genital, periumblikal, palmoplantar, baş, yüz, kulak Jeneralize	Papüloveziküler, ekskorye, püstüler Çentik-zikzak, burgulu tüneller	Şiddetli kaşıntı Süperinfeksiyon (piyodermi, impetigo)
Nodüler	Çocuklarda sık	Gövde, karın, ekstremite, aksilla, genital bölge	Histolojik olarak psödolenfoma, parazitin gösterilmesi çok ender	Şiddetli kaşıntı aylarca sürebilir, tedavi sonrası persiste edebilir
Kabuklu uyuz (Norveç uyuzu)	İmmünsüprese hastalarda sık	Jeneralize (tırnaklar dahil)	Psoriasiform hiperkeratotik dermatoz	Kaşıntı belirgin değil, kabuklu, pullu plaklar

ve akarların en fazla bulunduğu bölgeler olmaktadır. Ancak bebeklerde vezikül ve ekzematöz lezyonlar sık olduğu için tünellerin bulunmasının zor olduğu bildirilmektedir (Tablo 2). Uyuz tedavisinin başarılı olabilmesi için uyuzlu hasta ile birlikte yaşayan kişilerin de aynı zamanda tedaviye alınması gerekmektedir. Özellikle aile fertlerinin kaşıntıya bakılmaksızın mutlaka birlikte tedavisi önemle tavsiye edilmektedir. Uyuzda tedavi sırasında kaşıntı çok şiddetli ise hastaya oral antihistaminikler yararlı olabilmekte, bu tedaviye kaşıntı geçene kadar birkaç hafta devam edilmesi önerilmektedir. Eğer hastanın cildi yoğun olarak ekzematize ise, kısa süreli, günde iki kez orta güçte topikal steroid uygulanımı yararlı olabilmektedir. Steroid uygulanımı skabisit tedavisi tamamlanıp, yıkandıktan sonra yapılması yararlı olmaktadır. Bizim olgumuza da aile ile birlikte skabisit tedavisi uygulandıktan sonra hastamızın lezyonlarında dramatik bir düzelme gözlemlendi. Ekzematize

lezyonlarına yönelik kısa süreli topikal steroid ve kaşıntısı için antihistaminik tedavi verildi.

Sonuç olarak, uyuz derinin çok bulaşıcı bir hastalığı olup yaş, cins ve sosyo-ekonomik düzey gözetmeksizin herkesi infekte edebileceğinden erken tanı ve kontrol önlemlerinin alınması ve şüphelenilen durumlarda aile anamnezinin irdelenmesinin önemi çok büyüktür.

KAYNAKLAR

1. Hengge UR, Currie BJ, Jager G ve ark. Scabies: A ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006;6:769-79.
2. Chosidow O. Scabies. *N Engl J Med* 2006;354:1718-27.
3. Ünver AY, Turgay N. Uyuzlu hastaya yaklaşım. *Türkiye Parazitoloji Dergisi* 2006;30:78-83.
4. Kim KJ, Roh KH, Choi JH, et al. Scabies incognito presenting as urticaria pigmentosa in an infant. *Pediatric Dermatol* 2002;19:409-11.
5. Fernandez CM, Ocariz MS, Jurado RR ve ark. Nodular scabies mimicking urticaria pigmentosa in an infant. *Clin Exp Dermatol* 2005;30:595-6.