

Nadir bir tıkanma sarılığı etkeni: Fasciola hepatica

A rare cause of obstructive jaundice: Fasciola hepatica

Murat Okudan*, Tufan Egeli*, Fatih Taşkesen*, Şerif Yılmaz**

Fasciolosis, Fasciola hepatica'nın neden olduğu zoonotik bir enfestasyondur. Bu parazit genellikle sığır ve koyunlarda enfeksiyona yol açar. Ancak endemik bölgelerde insanlar, kontamine içme suyu ve sebze tüketimi nedeni ile bu parazit için tesadüfen konak olabilmektedir. Tıkanma sarılığı bu parazitin yol açtığı nadir komplikasyonlardır. Bu yazıda konvansiyonel yöntemlerle tanı koyulamayan fakat endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ile tanı ve tedavisi yapılan Fasciola hepatica'nın neden olduğu bir tıkanma sarılığı olgusu sunulmaktadır. Tıkanma sarılığı sık görülen ciddi bir klinik problemdir. Tanı ve tedavisinde zaman kaybedilmemelidir. Özellikle endemik bölgelerde konvansiyonel yöntemlerle etkeni saptanamayan olgularda Fasciola hepatica gibi paraziter enfestasyonlar akla gelmelidir. Bu gibi olgularda teşhis ve tedavide ERCP önemli rol oynar ve güvenle kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fasciola hepatica, tıkanma sarılığı, ERCP

*Batman Bölge Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Batman, Türkiye
**Özel Batman Dünya Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Batman, Türkiye

Dr. Murat Okudan
E-posta: muratokudan@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 17.09.2010
Makale Kabul Tarihi: 05.10.2010

GİRİŞ

Fasciola hepatica (FH) yaprak şeklinde bir trematod olup özellikle koyun ve sığır gibi çiftlik hayvanlarında hastalığa yol açar. İnsanlar kontamine içme suyu ve gıda tüketimi nedeniyle bu parazit için rastlantısal konak olabilmektedir (1). İnsanlarda parazit larvası, intestinal duvara penetre olarak peritoneal kaviteye ulaşmakta, buradan karaciğer kapsülünü geçerek erişkin hale geldiği karaciğer parenkimine yerleşmektedir. Parazit karaciğer parenkiminden safra yollarına migrasyon gösterir (1,2).

Literatüre göre son on yılda 61 ülkede yaklaşık 2.5 milyon insanda FH enfestasyonu mevcut olup, 180 milyon insan ise risk altındadır (2,3). Özellikle doğu ve ortadoğu ülkelerinde yeterli sağlık önlemleri alınmadığı için hastalığa yüksek oranlarda rastlanmaktadır (4). Ayrıca Bolivya, Peru, Mısır, Portekiz ve Fransa gibi ülkelerde de hastalığın sıklığında artış kaydedilmiştir (3). Ülkemizin doğu kesiminde yapılan yakın zamanlı bir çalışmada, FH seroprevalansı %2.78 olarak bildirilmiştir (5). FH enfestasyonunun sıklığı dünya çapında giderek artmakta sadece gelişmekte olan ülkeler için değil, gelişmiş ülkeler için de ciddi bir sağlık sorunu haline gelmektedir (6).

FH'nin erişkin formu safra yolları ve safra kesesinde taş oluşumuna yatkınlık yaratmakta, ayrıca nadiren safra yolları obstrüksiyonu ve kolanjite sebep olabilmektedir (7,8). Bu nedenle konvansiyonel yöntemlerle etyolojisi ortaya konamayan tıkanma sarılığı olgularında FH gibi paraziter hastalıklar akılda bulundurulmalıdır. Bu bildiri, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ile teşhis ve tedavisi sağlanmış FH'nin neden olduğu bir tıkanma sarılığı olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

50 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 gündür süren karın sağ üst kadranda ağrı, subfebril ateş, bulantı ve halsizlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde aralıklı karın ağrısı ve kilo kaybı dışında özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde, genel durum iyi, bilinç açık, koopere ve oryante olarak değerlendirildi. Hasta normotansif idi, nabızı normal sinüs ritminde dakikada 88, vücut sıcaklığı 37.2 °C idi. Hastanın cilt ve skleraları subikterikti. Akciğerlerin ve kalbin oskültasyonunda patolojik bulgu saptanmadı. Karın inspeksiyonunda normal görünümdeydi ve oskültasyonunda bağırsak sesleri normoaktifti. Palpasyonla karın sağ üst kadranda hassasiyet tespit edildi. Tam kan sayımında hematokrit %28, lökosit 8800/



Resim 1. MRCP' de ana safra kanalında dolun defekti ve proksimal dilatasyon.

mm³, platelet 159000 mm³ olarak saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı 52 mm/saat, alanin aminotransferaz (ALT): 85 U/l (normal, 5-37), aspartat aminotransferaz (AST): 170 U/l (normal, 5-37), gamma glutamil transferaz (GGT), 278 U/l (normal, 7-49), alkalen fosfataz (ALP): 275 U/l (normal, 32-155), total serum bilirübin 1.68 mg/dl, direkt bilirübin: 1.1 mg/dl düzeylerindedi. Viral hepatit belirteçleri negatifti. Akciğer grafisi ve ayakta karın grafisi normaldi. Karın ultrasonografisinde, safra kesesi distandü, duvar kalınlığı normaldi. Kese içerisinde yaklaşık 9 mm çapında taş, intrahepatik safra yollarında hafif dilatasyon ve proksimal koledok kanalında taş veya çamura ait olabilecek 11 mm kalınlığında dolun defekti izlendi.

Hasta kolanjit ön tanısıyla yatırıldı ve intravenöz 2x1 g seftriakson tedavisi başlandı. Talipte total bilirübin ve direkt bilirübin değerlerinde artış meydana geldi (3.68 / 3.62 mg/dl). Magnetik rezonans kolanjiyografi (MRCP) uygulanan hastada, safra kesesi boyut ve duvar kalınlığı normaldi; kese içerisinde 9 mm çapında taş saptandı. İntrahepatik safra yolları hafif dilate görünümde ve proksimal koledokta taş ya da çamura bağlı olabilecek dolun defekti izlendi. Defekt proksimalinde koledok çapı 11 mm olup normalden genişti, ancak distal uçta çapı normal sınırlarda gözlemlendi. Ayrıca segment



Resim 2. Ampulla vateri kenarında ekstrakte edilmiş iki adet canlı parazit.

VII'de daha belirgin olmak üzere safra yollarında ektaziler saptandı. Koledok kanalına eksternal basının ekarte edilmesi açısından karın tomografisi ve ERCP önerildi. Karın tomografisinde özellikle periampuller bölge kaynaklı, eksternal basıya yol açacak lezyon gözlenmedi. Hastaya hemen ERCP yapıldı. Selektif kanülasyonu sonrası, kolanjiogramda koledok ve intrahepatik safra yolları dilate izlendi. Sfinkterotomi yapılan hastanın koledok kanalı balonla sıvazlandırıldığında 2 adet canlı FH paraziti süpürüldü ve işlem komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı. İşlem sonrası hastanın semptomlarında hızlı düzelme gözlemlendi ve kolestaz enzimlerinde hızlı gerileme kaydedildi. Ardından hastaya FH medikal tedavisi amacıyla 30 mg/kg bithionol başlandı. Elektif kolesistektomi planlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Fasciola hepatica gibi paraziter enfestasyonlar, insanlarda karaciğer ve safra yollarına yerleşerek çeşitli patolojilere yol açarlar. Bunlar başlıca safra kesesi ve safra yollarında taş oluşumuna yatkındır. Nadiren de olsa, bu enfestasyonlara sekonder safra yolları obstrüksiyonu ve kolanjit gibi komplikasyonlar da görülebilmektedir (8).

FH primer olarak sığır ve koyun gibi çiftlik hayvanlarını etkileyen ancak rastlan-

tısal olarak da kontamine içme suyu ve sebze tüketimi ile insanları da konak olarak kullanan bir parazittir. Ülkemiz de bu parazit için endemik bölgelerden olup, yapılan bir çalışmada ülkemizin doğu bölgelerinde seroprevalansı %2.78 olarak bildirilmiştir (5).

İnsanlarda enfekte materyal tüketimi sonrası parazit larvası bağırsak duvarına penetre olarak peritenoal kaviteye geçer. Ardından karaciğer kapsülüne penetre olarak karaciğer parenkimine ulaşır. Burada olgunlaşan larvalar safra yollarına yerleşir. Parazitin insandaki yaşam döngüsünde iki faz tanımlanmıştır. Akut faz (hepatik faz), parazitin karaciğer parenkimine invaze olduğu dönemdir. Bu faz, ateş, hepatomegali, karın ağrısı, baş ağrısı, kaşıntı, kilo kaybı gibi bulguların sıklıkla gözlemlendiği dönemdir. Kronik faz (bilier faz), parazitin safra yollarında görülür olduğu dönemi tanımlar ve genellikle asemptomatiktir (2,4). Bu fazda parazit sekonder karaciğer parenkim hasarı ve safra yolu strüktürlerine yol açabilmektedir (9). Ancak nadiren bizim olgumuzda olduğu gibi kronik fazda safra yollarında mekanik tıkanıklığa neden olan parazit semptomatik seyredebilir (2,6,10).

Ülkemiz FH için endemik bölge olmasına rağmen bu parazitin tıkanma sarılığına nadiren yol açmasından dolayı ERCP ile kesin tanısı konuluncaya kadar öncelikli olarak ön tanıda düşünülmez. Halbuki ERCP bu hastalığın teşhis ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle etyolojisi aydınlatılmamış tıkanma sarılığı olgularında FH gibi paraziter enfestasyonlar düşünülmeli ve vakit kaybetmeden ERCP uygulanmalıdır. ERCP ile parazit ekstraksiyonu ve sfinkterotomi uygulanması hastanın semptomlarında hızlı gerileme ve karaciğer enzimlerinde düzelme sağlanmaktadır (8). Medikal tedavisinde bithionol ve tricliobendazol önerilen tedavi seçenekleridir (11).

Bu olgu sunumunda konvansiyonel yöntemlerle etyolojisi aydınlatılmamış olan tıkanma sarılığı olgularında, özellikle endemik bölgelerde FH gibi paraziter enfestasyonların da akılda tutulması gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

SUMMARY

A rare cause of obstructive jaundice: Fasciola hepatica

Fascioliasis is a zoonotic infection caused by Fasciola hepatica. This parasite usually infests cattle and sheep. People can become a host of this parasite by ingesting contaminated water and plants in endemic areas. Obstructive jaundice is one of the rare complications caused by this parasite. In this paper, we present a patient with obstructive jaundice caused by Fasciola hepatica, that could not be diagnosed by

conventional methods, but diagnosed and treated by ERCP. Obstructive jaundice is a serious clinical problem which is seen frequently. It must be diagnosed and treated immediately. Especially in cases that could not be diagnosed by conventional methods, parasitic infestations such as Fasciola hepatica should be kept in mind, in endemic areas. ERCP plays an important role in the diagnosis and treatment of the disease and can be used safely in these cases.

Key Words: Fasciola hepatica, obstructive jaundice, ERCP

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Murat Okudan, Tufan Egeli

Verilerin elde edilmesi:
Murat Okudan, Tufan Egeli, Fatih Taşkesen,
Fatma Ayça Ediz Özdemir, Şerif Yılmaz

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Murat Okudan, Tufan Egeli, Fatih Taşkesen

Yazının kaleme alınması:
Murat Okudan, Tufan Egeli
İstatistiksel değerlendirme:

KAYNAKLAR

1. Adel AFM: Trematodes and other flukes. Principles and Practice of Infectious Disease. Philadelphia: Churcill Livingstone (eds) 2000, 2954-2956.
2. Moghadeami M, Mardani M.. A cause of obstructive jaundice in an elderly man from Iran. Saudi J Gastroenterol 2008; 14, 208-210.
3. Haseeb AN, el-Shazly AM, Arafa MA, Morsy AT. A review on fascioliasis in Egypt. J Egypt Soc Parasitol 2002; 32: 317-354.
4. Rajan FE, Taha AK, Kalandar AK. Endoscopic management of biliary fascioliasis: case report. J Med Case Reports 2010;4: 83.
5. Kaplan M, Kuk S, Kalkan A. Fasciola hepatica seroprevalence in the Elazığ region. Mikrobiyol Bul 2002; 36:337-342.
6. Gülsen MT, Savas MC, Koruk M. Fascioliasis: a report of five cases presenting with common bile duct obstruction. Netherlands J Medicine 2006;64:1.
7. Marsden PD: Parasitic disease of the liver. Diseases of the liver. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins 1999;1078-1088.
8. Dobrucal A, Yigitbası R, Erzin Y. Fasciola hepatica infestation as a very rare cause of extrahepatic cholestasis. World J Gastroenterol 2004;10: 3076-3077.
9. Dias LM, Silva R, Viana HL. Biliary fascioliasis: Diagnosis, treatment and follow-up by ERCP. Gastrointest Endos 1996; 43: 61-69. doi:10.1016/S0016-5107(96)70203-1
10. Kiladze M, Chipashvili L, Abuladze D. Obstruction of common bile duct caused by liver fluke- Fasciola hepatica. Sb Lek. 2000; 101:225-229.
11. Pearson RD. Parasitic diseases: Helminths. In: Yamada T, Alpers DH, Kaplowitz N, Laine L, Owyang C, Powell DW, editors. Textbook of gastroenterology, 4.ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams Wilkins 2003: 2608-2625.