

Biliyer Fasciolosis: ERCP ile Tanı Konulan Üç Olgu Raporu

İbrahim Halil BAHÇECİOĞLU¹, Mehmet YALNIZ¹, Hüseyin ATASEVEN¹, Nalan KUZU²,
Fulya İLHAN³, Ahmet ERENŞOY⁴

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı; ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı; ³İmmunoloji Bilim Dalı;
⁴Parazitoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET: *Fasciola hepatica* Türkiye’de endemik bir parazittir. Kronik *Fasciola hepatica* enfeksiyonu biliyer obstrüksiyon ve inflamasyona neden olmaktadır. Aynı zamanda, biliyer fasciolosis asemptomatik de olabilir. Bu çalışmada, Endoskopik Redrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP) ile tanı konulan ve tedavi edilen üç olgu sunulmaktadır. Olguların hiç birinde eozinofili bulunmamaktaydı ve hepsi de fasciolosis’e özgül olmayan semptomlarla hastaneye başvurmuştu. Bu olgu raporları ile ERCP’nin biliyer fasciolosis tanı ve tedavisinde kullanılabileceği vurgulanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: *Fasciola hepatica*, biliyer sistem, ERCP

Biliary Fasciolosis: A Report of Three Cases Diagnosed by ERCP

SUMMARY: *Fasciola hepatica* is an endemic parasite in Turkey. Chronic *Fasciola hepatica* infestation is known to cause biliary obstruction and inflammation. Also, biliary fasciolosis may be asymptomatic. We report three patients with biliary fasciolosis who were diagnosed and managed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). None of cases had eosinophilia. All cases were admitted to hospital with nonspecific symptoms. ERCP may be used for direct diagnosis and management of biliary fasciolosis.

Key Words: *Fasciola hepatica*, biliary system, ERCP

GİRİŞ

Fasciola hepatica koyun, keçi ve sığır gibi evcil hayvanlarda yaygın olarak görülen, insanlarda sporadik olarak rastlanan, salyangozların arakonakçı olduğu yaprak solucanlar ailesinden bir parazittir (9). Akut enfeksiyonda ateş, hepatomegali, karın ağrısı, kilo kaybı, anemi ve eozinofili görülür. Kronik olgularda biliyer kolik ve sarılık görülebilir (10). Biz endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ile tanı konulan eozinofilinin olmadığı üç vakayı literatür eşliğinde sunuyoruz.

Olgu 1: 20 yaşında kadın hasta üç yıldır sık sık tekrarlayan bulantı, kusma ve 2-3 günde bir olan baş ağrısı ile başvurdu. Halsizlik ve kilo kaybı tariflemiyordu. Hasta son 15 yıldır çeşitli defalar dışkıda parazit görülerek andazol, vermazol gibi ilaçlar kullanmıştı. Fizik muayenesi normaldi. Tam kan sayımı: Hemoglobin 12 g/dl, hematokrit: %37, lökosit: 4800/mm³, ESR: 18 mm/h, eozinofil artışı yoktu. Alanin aminotransferaz

(ALT) 24 IU/L aspartat aminotransferaz (AST): 30 IU/L, Alkalen fosfataz (ALP): 68 IU/L, gamma glutamiltransferaz (GGT): 24 IU/L idi. Ultrasonografi (US)’ sinde koledok proksimal kesimi geniş olup, lümen içerisinde hareketli ekojenik oluşum gözlenmesi üzerine ERCP yapıldı. Yapılan ERCP’de koledok içerisinde düzensiz dolma defekti mevcuttu. Hastaya sfinkteretomi yapıldı ve balonla safra yolu temizliği uygulandı. Koledoktan yaprak şeklinde yeşil-kahverengi renkte canlı parazitlerin duodenuma döküldüğü görüldü. Şekil 1 ve 2’de ERCP parazitin koledokta oluşturduğu görüntü ve canlı çıkarılmış parazit görülmektedir.

Olgu 2: 38 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınması ile kliniğimize başvurdu. Karın ağrısı 3 aydır epigastik bölgede lokalize olan yemeklerden sonra 15-20 dakika kadar süren sırta yayılan vasıfta idi. Ağrı esnasında bulantı ve yediklerini içerir tarzda kusma olduğunu ifade eden hasta, ikter, idrar renginde koyulaşma, akolik dışkı tariflemiyordu. Fizik muayenede epigastriumda hassasiyet dışında başka bir bulgu yoktu. Hastanın laboratuvar bulguları: Hemoglobin: 10.2 g/dl Hct: %33,5 lökosit: 4800/mm³, PLT: 326000 /mm³ ESR: 21mm/h, eozinofili yoktu. AST: 58-17 IU/L, ALT: 26-14 IU/L GGT: 63-56 IU/L ALP: 250 IU/L idi.

Makale türü/Article type: **Olgu Sunumu / Case Report**

Geliş tarihi/Submission date: 09 Aralık/09 December 2007

Düzeltilme tarihi/Revision date: 07 Temmuz/07 July 2008

Kabul tarihi/Accepted date: 15 Eylül/15 September 2008

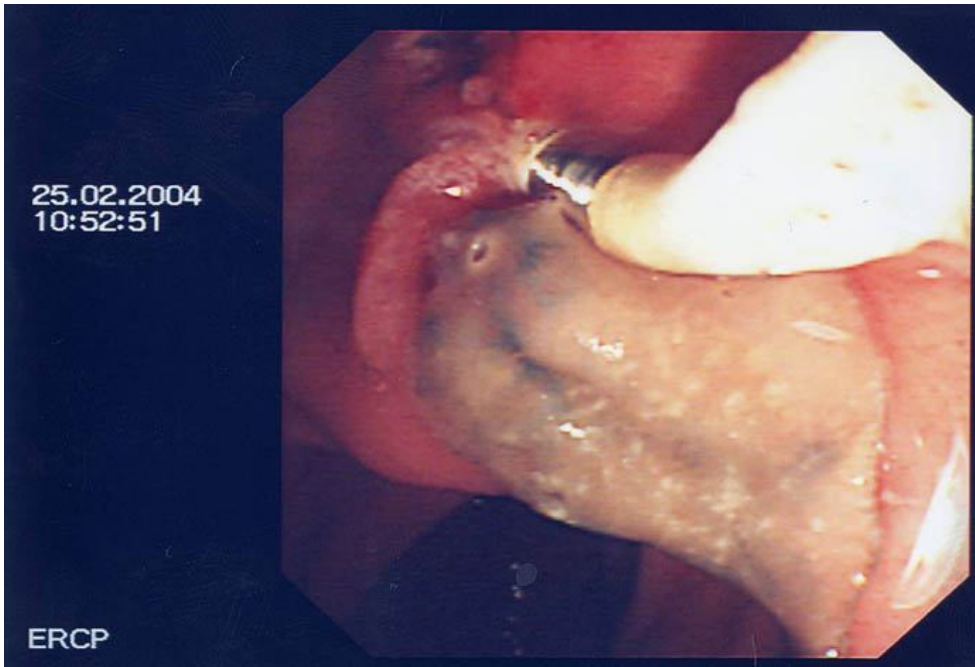
Yazışma /Corresponding Author: İ. Halil Bahçecioğlu

Tel: (90) (424) 233 35 55 Fax: -

E-mail: ihbahcecioglu@yahoo.com



Şekil 1. Olgu 1'in ERCP ile elde edilen görüntüsü



Şekil 2. Olgu 1 'den koledoktan çıkarılan canlı *Fasciola hepatica* paraziti

US'de portal venöz bifurkasyon ve koledok proksimal komşuluğunda 20x16 mm çapında soliter mass mevcuttu. İntrahepatik safra yollarında minimal ektazi ve koledok içerisinde safra çamuru ile uyumlu görünüm mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide (CT): Karaciğer normal büyüklükte, konturları düzenli, parenkimi homojen, İntrahepatik safra yollarında minimal dilatasyon mevcuttu. Safra kesesi duvarı, konturları düzenli ve lümeni normaldi. Koledok çapı 15 mm olup artmıştı. Koledok distalinde 10 mm ebadında taş ile uyumlu dansite mevcuttu. ERCP' sinde, koledokta düzensiz dolum defekti vardı. Sfinkteretomi yapılarak, balonla koledok sıvazlandığında 2 adet canlı *Fasciola hepatica* çıkarıldı.

Olgu 3: 48 yaşında kadın hasta, sağ üst kadran ağrısı nedeniyle başvurdu. ALT: 13 IU/L, AST: 18 IU/L, ALP: 78 IU/L, GGT: 120 IU/L, lökosit: 9480/mm³, eozinofil artışı saptanmadı. ESR: 20 mm/h. US'de: portal hilusta koledoka bası, intrahepatik safra yollarında dilatasyon saptandı. Magnetik rezonans inceleme (MRİ)'de: İntrahepatik safra yolları ve koledok normaldi. Portal hilusta 20x14 mm boyutta hipointens lezyon tespit edildi. Hastanın yapılan ERCP'sinde hiler bölgede düzensiz daralma, intrahepatikler dilate idi. Sfinkteretomi yapılarak koledok balonla sıvazlandığında 5 adet canlı FH paraziti çıkarıldı.

Tedavide her üç hastaya da triklabendazol (Egaten 250; Novartis, Switzerland) bir kez 500 mg/gün olmak üzere verildi.

TARTIŞMA

Dünya üzerinde 2.4 milyon fasciolosis ile enfekte insan ve 180 milyon risk altında kişi düşünülmektedir. Bu zoonotik enfeksiyon Afrika, Batı Avrupa ve Latin Amerika' da sık gözlenmektedir (10, 12, 13). Türkiye'nin doğusundan bildirilen bir yayında seroprevelans %2,78 olarak bulunmuştur (11).

Enfeksiyonun iki klinik fazı mevcuttur; parazitin hepatik invazyon dönemini kapsayan akut faz ve safra yollarında parazitin bulunduğu kronik dönem. Akut dönemde insanlara kontamine olmuş su terelerinin yenilmesi ile bulaşır. *Fasciola hepatica* kurtcuğu duodenumdan önce periton boşluğuna, oradan da karaciğer kapsülüne ulaşır. Karaciğer kapsülünü delen kurtcuk safra yollarına ulaşır. Safra yollarına ulaştıktan sonra helmint 3 ay içinde gelişerek erişkin hale gelir (6, 8).

Akut dönemde uzamış ateş, sağ üst kadran ağrısı, hepatomegali ve eozinofili gözlenir ki bu bulgular kolaylıkla atlanabilir. Belirtilerin çoğu salgılara olan duyarlılığa bağlıdır (Ürtiker atakları, migren krizleri, quinkle ödem). Kronik dönemde bu bulgular kaybolur, parazitin safra yollarında bulunmasına bağlı kolestaz ve kolanjit bulguları gözlenir (2, 15). Olgularımızda literatürde bildirilen vakaların (1, 8) aksine eozinofili yoktu. Bu olguların kronik dönemde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Parazitin kesin tanısı dışkıda ya da duodenal aspiratta parazit yumurtalarının saptanması ile olsa da parazitin az yumurta üretmesinden dolayı bu yöntem ile başarı şansı fazla değildir. Bu yüzden serolojik yöntemler

yararlıdır (16). Cerrahi sırasında tesadüfen de tanı konulabilir, nadiren ERCP esnasında parazitin kendisi görülerek tanı konulabilir. US ve CT' den elde edilen görüntüler bazen malignite ya da taş ile karışabilir (8) "İkinci olguda koledok bifurkasyonunda 20x16 mm çapında soliter mass izlenmiş olup bu nedenle hastada malignite düşünülmüştü". Üçüncü olguda da portal hilusta lenfadenopati ile uyumlu görünüm saptanmıştı. İntrahepatiklerde dilatasyon olması üzerine ERCP yapılmıştı. Burada en kullanışlı görüntüleme yöntemi ERCP ile safra yollarının görüntülenmesi ya da magnetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP)'dir. Bazı teknik kısıtlamalardan dolayı US, CT ya da MRCP ile elde edilen görüntüler ERCP' ye oranla daha düşük değerdedir. Bu yüzden bu tür hastalarda safra yollarının görüntülenmesinde altın standardı ERCP'dir (3, 4, 5, 14, 17) Her ne kadar akut dönem sadece ilaçlar ile tedavi edilebilse de kronik dönemde *Fasciola hepatica*'ya bağlı obstrüksiyonlarda ERCP, sfinkteretomi yapılarak balon ya da basket kateterler ile safra yollarının temizliği gerekebilir. Her üç hastada ERCP ile sfinkteretomi yapıldıktan sonra taş ekstraksiyon balonuyla canlı parazitler çıkarıldı. Koledok balonla sıvazlanıp temizlendikten sonra hastaya triklabendazol tedavisi başlandı. Her üç hastada da klinik ve laboratuvar bulgularıyla relaps gözlenmedi.

Sonuç olarak kronik biliyer fasciolosis farklı klinik ve laboratuvar bulgularıyla karşımıza çıkabilir. ERCP tanı ve tedavide önemli yararlar sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Adachi S, Kotani K, Shimizu T, Tanaka K, Shimizu T, Okada K, 2005. Asymptomatic fascioliasis. *Intern Med*, 44: 1013-1015.
2. Aksoy DY, Kerimoglu U, Oto A, Erguven S, Arslan S, Unal S, Batman F, Bayraktar Y, 2005. Infection with *Fasciola hepatica*. *Clin Microbiol Infect*, 11: 859-861.
3. Aksoy DY, Kerimoglu U, Oto A, Erguven S, Arslan S, Unal S, Batman F, Bayraktar Y, 2006. *Fasciola hepatica* infection: Clinical and computerized tomographic findings of ten patients. *Turk J Gastroenterol*, 17: 40-45.
4. Danilewitz M, Kotfila R, Jensen P, 1996. Endoscopic diagnosis and management of *Fasciola hepatica* causing biliary obstruction. *Am J Gastroenterol*, 91(12): 2620-2621.
5. El-Newihi HM, Waked IA, Mihas AA, 1995. Biliary complications of *Fasciola hepatica*: the role of endoscopic retrograde cholangiography in management. *J Clin Gastroenterol*, 21(4): 309-311.
6. El-Shazly AM, Soliman M, Gabr A, Haseeb AN, Morsy AT, Arafa MA, Morsy TA, 2001. Clinico-epidemiological study of human fascioliasis in an endemic focus in Dakahlia Governorate, Egypt. *J Egypt Soc Parasitol*, 31: 725-736.
7. Gulsen MT, Savas MC, Koruk M, Kadayifci A, Demirci F, 2006. Fascioliasis: a report of five cases presenting with common bile duct obstruction. *Neth J Med*, 64: 17-19.
8. Harinasuta T, Bunnag D, 1990. Liver, lung and intestinal tremato-diasis. In: Warren KS, Mahmoud AF, (eds.) *Tropical*

- and *Geographical Diseases*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, p.473-489.
9. **Haseeb AN, el-Shazly AM, Arafa MA, Morsy AT**, 2002. A review on fascioliasis in Egypt. *J Egypt Soc Parasitol*, 32: 317-354.
 10. **Haseeb AN, El-Shazly AM, Arafa MA, Morsy AT**, 2003. Clinical, laboratory and ultrasonography features of proven human fascioliasis. *J Egypt Soc Parasitol*, 33: 397-412.
 11. **Kaplan M, Kuk S, Kalkan A, Demirdag K, Ozdarendeli A**, 2002. *Fasciola hepatica* seroprevalence in the Elazig region. *Mikrobiyol Bul*, 36: 337-342.
 12. **Mas-Coma MS, Esteban JG, Bargues MD**, 1999. Epidemiology of human fascioliasis: a review and proposed new classification. *Bull WHO*, 77(4): 340-346.
 13. **Mas-Coma S**, 2005. Epidemiology of fascioliasis in human endemic areas. *J Helminthol*, 79: 207-216.
 14. **Ozer B, Serin E, Gumurdulu Y, Gur G, Yilmaz U, Boyacioglu S**, 2003. Endoscopic extraction of living *Fasciola hepatica*: case report and literature review. *Turk J Gastroenterol*, 14: 74-77.
 15. **Saba R, Korkmaz M, Inan D, Mamikoglu L, Turhan O, Gunseren F, Cevikol C, Kabaalioglu A**, 2004. Human fascioliasis *Clin Microbiol Infect*, 10: 385-387.
 16. **Sakru N, Korkmaz M, Kuman HA**, 2004. Comparison of two different enzyme immunoassays in the diagnosis of *Fasciola hepatica* infections. *Mikrobiyol Bul*, 38: 129-135.
 17. **Veerappan A, Siegel JH, Podany J, Prudente R, Gelb A**, 1991. *Fasciola hepatica* pancreatitis: endoscopic extraction of live parasites. *Gastrointest Endosc*, 37: 473-475.