

Fasciola Hepatica'nın Neden Olduğu Karaciğer Kitleleri: Olgu Sunumu

LIVER MASS CAUSED BY FASCIOLA HEPATICA

Öykü ÜNSAL¹, Elif KURTULUŞ¹, Hatice Çilem BİNİCİER², Canan ALTAY³, Hale AKPINAR²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Bu olgu sunumunda, fasciola hepatica'nın nonspesifik semptomlarla gelebileceğini; karaciğer kitleleri ile başvuran bir hastada ayırıcı tanıda parazit enfeksiyonların akılda tutulması gerektiğini; laboratuvar bulguları, seroloji ve görüntüleme yöntemlerinin tanıda değerli olduğunu vurgulamayı amaçladık. Komorbidi olmayan 33 yaşında kadın hasta dış merkezden tarafımıza karaciğerde kitle nedeniyle yönlendirildi. Hastanın ana yakınmaları halsizlik, yorgunluk ve künt vasıfta karın ağrısı olup fizik muayenesi olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde anemi ve eozinofili saptandı. Fasciola hepatica serolojisi pozitif olarak saptandı. Abdomen manyetik rezonans görüntüleme; T1 ağırlıklı yağ baskılı sekansa karaciğerde izlenen lezyonda parazit hastalığının oluşturduğu intraparakimal tünelleri temsil eden tubuler yapıda mikrokistik lezyon izlendi. Hepatobilier konseyde Fasciola hepatica olarak değerlendirilen hastaya triklabendazol tedavisi verildi. Sonuç olarak; eozinofili ile birlikte karaciğer kitleleri ile başvuran hastalarda, ayırıcı tanıda parazit enfeksiyonlar akılda bulundurulmalıdır. Laboratuvar bulguları, seroloji ve görüntüleme yöntemleri tanıda değerlidir.

Anahtar Kelimeler: Fasciola hepatica, görüntüleme, karaciğer kitleleri

ABSTRACT

In this case report, it was stated that fasciola hepatica may present with nonspecific symptoms; parasitic infections should be kept in mind in the differential diagnosis of a patient presenting with a liver mass; We aimed to emphasize that laboratory findings, serology and imaging methods are valuable in diagnosis. A 33-year-old female patient without comorbidity was referred to us from an external center because of a liver mass. The patient's main complaints were weakness, fatigue and blunt abdominal pain, and his physical examination was normal. Laboratory tests revealed anemia and eosinophilia. Fasciola hepatica serology was positive. In the abdominal magnetic resonance imaging, a tubular microcystic lesion representing the intraparenchymal tunnels formed by the parasitic disease was observed in the liver lesion in the T1-weighted fat-suppressed sequence. The patient, who was evaluated as Fasciola hepatica in the hepatobiliary council, was given triclabendazole treatment. As a result; parasitic infections should be kept in mind in the differential diagnosis of patients presenting with eosinophilia and a liver mass. Laboratory findings, serology and imaging methods are valuable in diagnosis.

Keywords: Fasciola hepatica, imaging, liver mass

Öykü ÜNSAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
E-posta: droykuunsal@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7366-1158>

Fasciola hepatica, insanlar dahil olmak üzere memelilerin karaciğer ve safra yollarını etkileyen bir trematoddur(1). Gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülen bir paraziter enfeksiyondur(2). Küresel olarak, esas olarak ılıman iklimlerin hayvancılık ile uğraşan bölgelerinde görülür. Enfeksiyon Orta ve Güney Amerika'da (özellikle Bolivya ve Peru), Avrupa'da (özellikle Portekiz, Fransa, İspanya ve Türkiye), Asya'da (özellikle Çin, Vietnam, Tayvan, Kore ve Tayland), Afrika ve Orta Doğu'da endemik olup yaygınlığı giderek artmaktadır. Enfeksiyon ve bulaşma riski; insan ve hayvan göçü, iklim değişikliği ve çevrede insan yapımı değişiklikler nedeniyle genişlemektedir (3). İnsanlarda hepatik ve bilier fazı içeren bir yaşam döngüsü olup enfeksiyon, su teresi veya larva içeren kontamine suyun yutulmasıyla başlar(1-4). Hepatik (akut) fazda genellikle karın ağrısı, ateş, eozinofili ve anormal karaciğer fonksiyon testleri saptanmaktayken, bilier (kronik) fazda kolanjit veya kolestazın eşlik edebildiği aralıklı sağ üst kadranda ağrısı görülür (1-5).

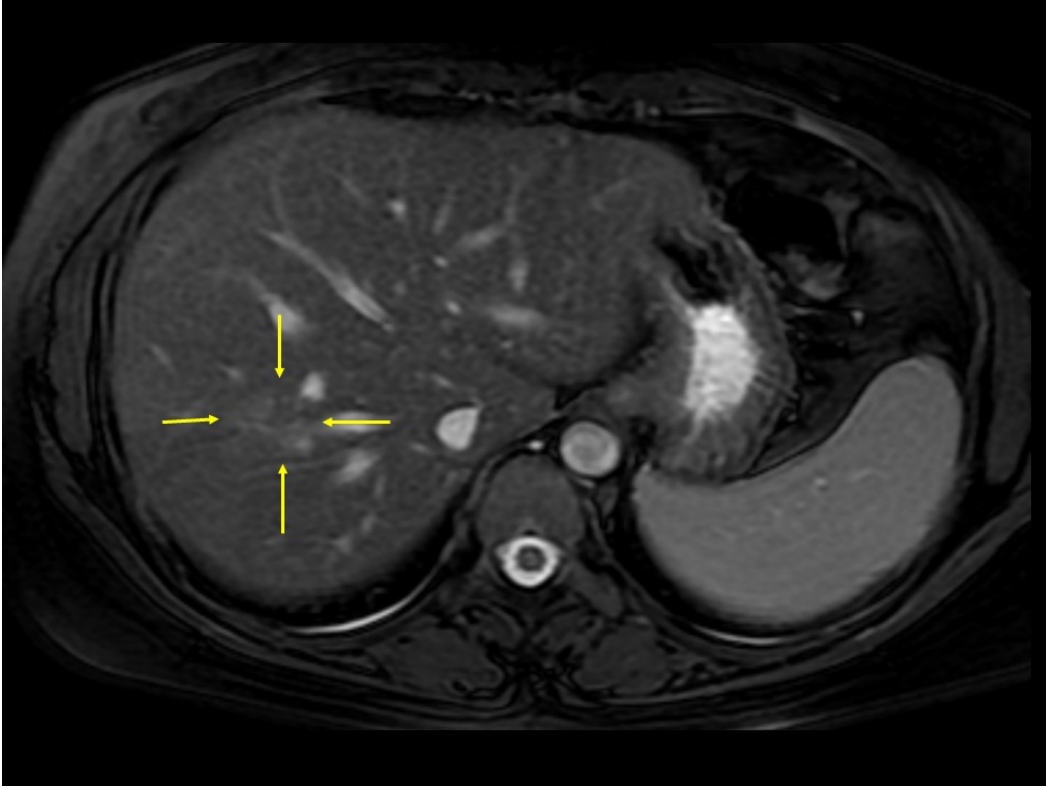
Hastalar nonspesifik belirsiz semptomlar ile de başvurabilir. Laboratuvar bulguları, seroloji ve görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcıdır (2-4). Genellikle laboratuvar bulgularında karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, anemi ve eozinofili saptanmaktadır. Serolojik testler; hemaglutinasyon, kompleman fiksasyonu, karşı immünoelektroforez, immünofloresan tahlilleri ve enzime bağlı immünosorbent tahlilini (ELISA) içerir. Genel olarak, bu testler iyi bir duyarlılığa sahiptir, ancak birçoğunun suboptimal özgüllüğü vardır ve diğer paraziter enfeksiyonlarla çapraz reaksiyona girer (6). Abdomen BT'de (Bilgisayarlı tomografi), parazitin karaciğerden migrasyonu nedeniyle karakteristik hipodens nodüller veya kıvrımlı izler görülebilir, sıklıkla karaciğer parankiminin subkapsüler bölgesinde meydana gelirler. BT'de hipodens ve MRG(Manyetik rezonans görüntüleme) 'de T2'de hiper ve T1'de hipointens görünürler (7).

Ultrasonografi ve ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiopancreatografi) enfeksiyonun biliyer aşamasında faydalıdır. Bu teknikler, safra kanallarında ve safra kesesinde hareketli yaprak benzeri parazitleri gösterebilir. Koledok duvarında düzensiz kalınlaşma gözlemlenebilir (8).

Asemptomatik olguların tanısında laparoskopi ve karaciğer biyopsisi yol gösterici olabilir. Karaciğer biyopsisinde eozinofilik apse, parazitin karaciğer dokusuna girerken oluşturduğu nekrotik tünel şeklindeki alanları gösterir (9). Tedavide tercih edilen ajan triklabendazoldür (10).

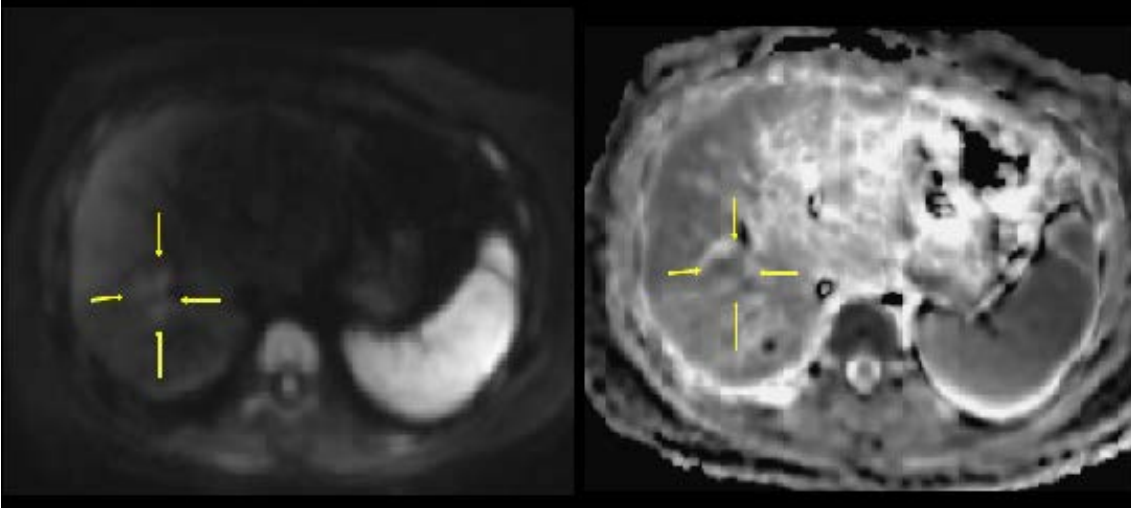
OLGU SUNUMU

Bilinen komorbidi olmayan 33 yaşında kadın hastanın 6 aydır olan halsizlik, yorgunluk, künt vasıfta sağ üst kadranda belirgin karın ağrısı ve ara sıra olan bulantı yakınmaları nedeniyle yapılan dış merkez görüntülemelerinde karaciğerde kitle saptanmış olup tarafımıza ileri tetkik amaçlı yönlendirildi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde, ağrısının yemekle ilişkisiz olduğu, beraberinde ateş, ishal/kabızlık, kilo kaybı, gece uykudan uyandıran ağrı gibi semptomların olmadığı öğrenildi. Edremit'te yaşadığı, tarım ile uğraştığı ve su teresi yeme öyküsü olduğu öğrenildi. Ailesinde benzer yakınmaları olan kimse yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları olağandı, batında hassasiyet, defans-rebound yoktu. Yapılan kan tetkiklerinde hemoglobin: 10,6 g/dL, lökosit sayısı: 8800/μL, mutlak eozinofil sayısı: 1200/μL(%13,9), CRP:1,9 mg/dL (normal referans aralığı:0,2-5 mg/dL) olarak saptandı. Karaciğer fonksiyon testleri ve bilirubin değerleri normal bulundu. Hepatit-A,B,C serolojisi akut enfeksiyon açısından negatif bulundu. Paraziter enfeksiyon ön tanısı ile bakılan Kist Hidatik ELISA:1/80 pozitif, IHA negatif; Fasciolosis ELISA: pozitif (serum 1/100 dilusyonda çalışılmıştır) olarak saptandı. IgE: 68,7 IU/mL (normal referans aralığı:0-87 IU/mL) bulundu. Dışkı direkt bakısı ve paraziter incelemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Abdomen MRG'de; karaciğer sağ lob ön sektör segment 8 kubbesinde ve ön sektör segment 5'te safra kesesi yatağı komşuluğunda T2 ağırlıklı görüntülerde yamasal, heterojen alanlar ve belirsiz sınırlı hiperintens sinyal değişiklikleri saptandı (Şekil 1).



Şekil 1. T2 ağırlıklı yağ baskılı aksiyel kesitte karaciğer sağ lob arka sektörde parankime kıyasla hiperintens keskin sınırlı fokal parankimal ödem alanı izlenmektedir.

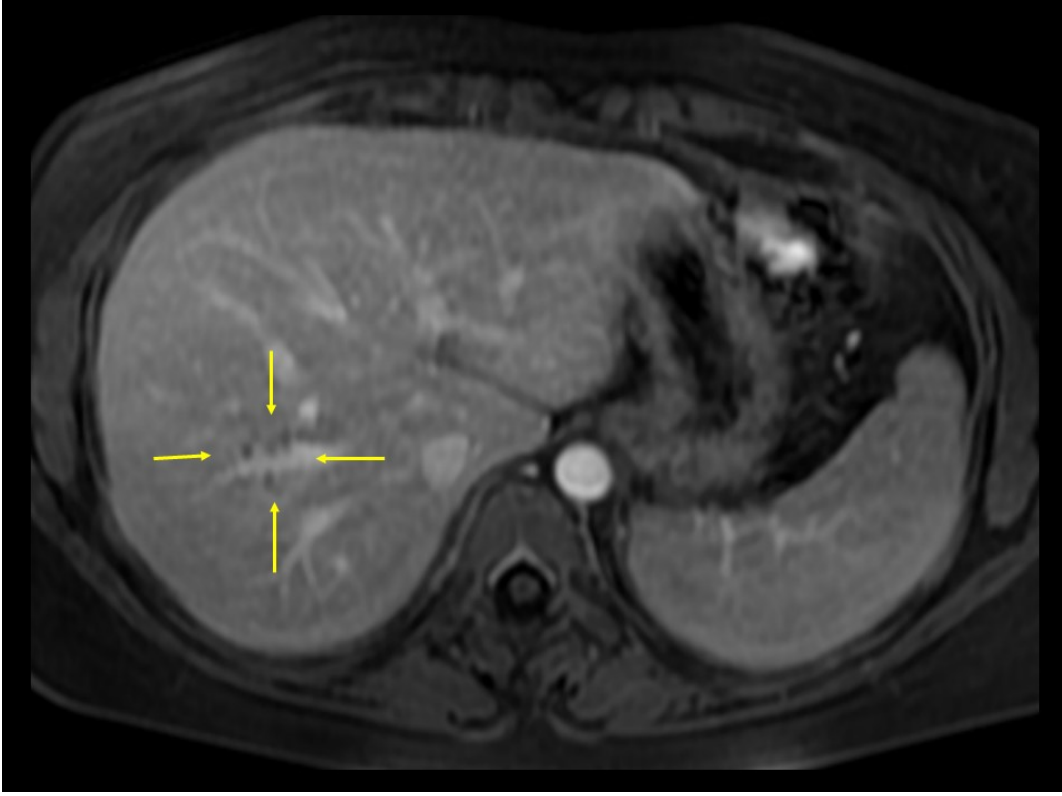
Difüzyon ağırlıklı görüntülemeye tanımlanan alanlarda karaciğer parankiminde difüzyon kısıtlılığı saptandı (Şekil 2A ve 2B).



Şekil 2. Difüzyon ağırlıklı aksiyel sekansda bu alanda sinyal atışı (A) ve bu alana karşılık gelen ADC harita görüntülerde sinyal düşüşü (B) izlenmekte olup difüzyon kısıtlılığı ile uyumludur.

T1 ağırlıklı yağ baskılı sekansta karaciğerde izlenen lezyonda paraziter hastalığın oluşturduğu intraparakimal

tünelleri temsil eden tubuler yapıda mikrokistik lezyon izlendi (Şekil 3).



Şekil 3. Kontrastlı T1 ağırlıklı yağ baskılı sekansta karaciğerde izlenen lezyonda paraziter hastalığın oluşturduğu intraparakimal tünelleri temsil eden tübüler yapıda mikrokistik lezyon izlenmektedir.

Görüntüleme bulguları hepatobilier konseyde Fasciola hepatica ile uyumlu olarak değerlendirilen hastaya triclabendazol 1x10 mg/kg tek doz peroral, 12-24 saat sonra aynı dozdan tek doz peroral şeklinde toplam 2 dozluk tedavi verildi. Tedavi sonrası üçüncü ayda hastanın klinik bulgularında tamamen düzelmeye gözlemlendi. Laboratuvar bulgularına bakıldığında mutlak eozinofil sayısı normale döndü fakat seroloji halen pozitif. Hastadan Bilgilendirilmiş Onam alınmıştır.

TARTIŞMA

Fasciola hepatica gelişmekte olan ülkelerde sık görülen bir paraziter enfeksiyon olup göçler ve iklim değişikliği nedeniyle sıklığı ve yayılımı artmaktadır.

Sunduğumuz olguya benzer şekilde karın ağrısı, halsizlik gibi nonspesifik semptomlar ile başvuran; hepatomegali ve eozinofili saptanan bir olguda serolojik

testler ile fasciola hepatica tanısı konmuştur (11). Yılmaz ve ark. sunduğu olguda ise karında şişlik, sırt ağrısı ve kilo kaybı mevcut olan hastada görüntüleme karaciğer hilusunda lenf nodları saptanması nedeniyle malignite ekartasyonu amaçlı karaciğer biyopsisi yapılmış olup parankimde paraziter yapılar izlenmesi ile fasciola hepatica tanısı konmuştur (1). Kaya ve ark. yaptığı bir çalışmada, fasciola hepatica tanısı koyulan 30 hasta incelenmiş olup en belirgin semptom ve bulgular karın ağrısı ve sağ üst kadranda hassasiyet; en belirgin laboratuvar bulgusu ise eozinofili olarak saptanmıştır (4).

Sonuç olarak; periferik eozinofilinin eşlik ettiği karaciğer kitlesi ile başvuran hastalarda fasciola hepatica ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Su teresi alımı veya kontamine suda yıkanmış çiğ sebzelerin tüketimi, hayvancılık ile uğraşma anamnezde sorgulanmalıdır. Laboratuvar bulguları, seroloji ve görüntüleme yöntemleri

ile tanı konulmalıdır. Bilirubin fazda ise hem tanı hem de tedavi için ERCP önerilir (4-8). Tedavide önerilen rejim 12-24 saat arayla yemekten sonra 10 mg/kg'lık bir veya iki doz triklabendazoldür(2). Tedavi sonrası yanıtın izlenmesinde en sık kullanılan göstergeler; klinik bulguların kaybolması, eozinofil yüzdesinde azalma, Fasciola seroloji titresinde azalma ve görüntüleme bulgularının izlenmemesidir (12). Yapılan çalışmalarda tedaviye tam yanıt üçüncü ayda izlenmektedir(13).

Yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

İç Hastalıkları Kış Okulu 2022, Antalya, Şubat 2022, poster bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz B, Köklü S, Gedikoğlu G. Case Report : Hepatic Mass Caused by Fasciola Hepatica: A Tricky Differential Diagnosis. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(6):1212-3.
2. Webb CM, Cabada MM. Recent developments in the epidemiology, diagnosis, and treatment of Fasciola infection. *Curr Opin Infect Dis.* 2018;31(5):409-14.
3. Mas-Coma S. Epidemiology of fascioliasis in human endemic areas. *J Helminthol.* 2005;79(3):207-16.
4. Kaya M, Beştaş R, Çetin S. Clinical presentation and management of Fasciola hepatica infection: Single-center experience. *World J Gastroenterol.* 2011;17(44):4899.
5. Koç Z, Uluşan Ş, Tokmak N. Hepatobiliary fascioliasis: Imaging characteristics with a new finding. *Diagnostic Interv Radiol.* 2009 Dec;15(4):247-51.
6. Espinoza JR, Timoteo O, Herrera-Velut P. Fas2-ELISA in the detection of human infection by Fasciola hepatica. *J Helminthol.* 2005 Sep;79(3):235-40.
7. Mertens J, Weber A, M'ullhaupt B, Geier A. Liver International Image. *Liver Int* ISSN. 2011;1478(3223):666.
8. Dias LM, Silva R, Viana HL, Palhinhas M, Viana RL. Biliary fascioliasis: diagnosis, treatment and follow-up by ERCP. *Gastrointest Endosc.* 1996 Jun;43(6):616-20.
9. Adachi S, Kotani K, Shimizu T, Tanaka K, Shimizu T, Okada K. Asymptomatic fascioliasis. *Intern Med.* 2005;44(9):1013-5.
10. Keiser J, Utzinger J. Chemotherapy for major food-borne trematodes: a review. *Expert Opin Pharmacother.* 2004 Aug;5(8):1711-26.
11. Rinaldi L, Folliero V, Restivo L, Foglia F, Franci G, Chianese A, et al. Atypical Presentation of a Rare Parasitic Infection with Fasciola hepatica: A Multidisciplinary Case Report. *Am J Case Rep.* 2020 Sep 16;21:1-6.
12. Richter J, Freise S, Mull R, Millán JC. Fascioliasis: sonographic abnormalities of the biliary tract and evolution after treatment with triclabendazole. *Trop Med Int Health* 1999; 4:774.
13. Hien TT, Truong NT, Minh NH et al. A randomized controlled pilot study of artesunate versus triclabendazole for human fascioliasis in central Vietnam. *Am J Trop Med Hyg.* 2008;78(3):388-392.