

FASCIOLA HEPATICA'YA BAĞLI OLARAK GELİŞEN AKUT KOLANJİT VE PANKREATİT: OLGU SUNUMU

*Seyfi EMİR¹, Mehmet Fatih YAZAR¹, Selim SÖZEN², Hasan Baki ALTINSOY³,
Hacı Taner BULUT⁴, Zeynep ÖZKAN¹*

ÖZET

Fasciola hepatica Türkiye'de endemik bir parazittir. 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. Kronik Fasciola hepatica enfeksiyonu biliyer obstrüksiyon ve inflamasyona neden olmaktadır. Aynı zamanda, biliyer fasciolosis asemptomatik de olabilir. Bu gibi olgularda teşhiste ERCP önemli rol oynar ve güvenle kullanılmaktadır. Özellikle endemik bölgelerde konvansiyonel yöntemlerle etkeni saptanamayan olgularda Fasciola hepatica gibi paraziter enfestasyonlar akla gelmelidir.

Bu çalışmada, Fasciola hepaticanın sebep olduğu biliyer obstrüksiyona sekonder tıkanma sarılığı ile başvuran 37 yaşında bayan hasta sunulmaktadır. Hasta bulantı, kusma, karın ağrısı ve sarılık şikayeti ile acil polikliniğine başvurdu. Akut kolanjit ve pankreatit tanısı konulan hastaya ERCP yapıldı. ERCP'nin başarılı olmaması üzerine ameliyata alınan hastaya kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu yapıldı. Safra kesesi ve koledok içerisinden parazit çıkarılan hasta, postoperatif dönemde şifa ile taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Fasciola hepatica, biliary system, ERCP

Acute Cholangitis and Pancreatitis Caused By Fasciola Hepatica: A Case Report

SUMMARY

Fasciola hepatica is an endemic parasite in Turkey. This parasite usually infests cattle and sheep. People can become a host of this parasite by ingesting contaminated water and plants in endemic areas. Chronic Fasciola hepatica infestation is known to cause biliary obstruction and inflammation. Also, biliary fasciolosis may be asymptomatic. ERCP plays an important role in the diagnosis of the disease and can be used safely in these cases. 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.

We report a case of a 37-year-old lady with obstructive jaundice secondary to biliary obstruction with Fasciola hepatica. Our patient admitted to the emergency unit with the complaints, nausea, vomiting, abdominal pain and jaundice. An ERCP recommended because of acute cholangitis and pancreatitis. ERCP could not performed effectively, so the case operated, and cholecystectomy and choledoc exploration performed. In the operation, the parasites removed from the gall bladder and common bile duct. Our patient discharged after hospital care postoperatively without any complication.

Key words: Fasciola hepatica, biliary system, ERCP

Fasciola hepatica, koyunlarda endemik olan, sığırları ve seyrek olarak da insanları enfeste eden zoonotik bir karaciğer trematodudur¹. İnsanlar fasciola metaserkaryalarını pişirilmemiş tatlı su sebzeleriyle birlikte alırlar. Duodenumda metaserkaryalardan trematodlar serbest kalır, barsak duvarını penetre ederek karaciğer kapsül ve parankimine ilerler, safra yollarına yerleşir. Akut enfeksiyonda ateş, hepatomegali, karın ağrısı, artralji, öksürük, ürtiker, kilo kaybı, anemi ve eozinofili olabilir. Tedavi edilmeyen kronik olgularda ishal, kusma, biliyer kolik, kolestaz, kolanjit, akut pankreatit ve sarılık görülebilir^{2,3}. Ülkemizde yapılan çalışmalarda fasciola hepatica sıklığının %0.03 ile %0.8 arasında olduğu bildirilmiştir^{4,5}.

OLGU SUNUMU

Otuzyediy yaşında kadın hasta, bulantı, kusma,

istahsızlık ve karın ağrısı şikayeti ile gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan batın ultrasonografisinde, safra kesesi içerisinde akustik gölgelenmesi bulunmayan, yaprak benzeri, hareketli, ekojenik yapı saptanmıştı. Bulgular öncelikle fasciola hepaticayı düşündürmekteydi. Hastaya bitionol 40 mg/gün (48 saatte bir doz) 10 doz şeklinde medikal tedavi başlanılmasına rağmen ilacını düzenli bir şekilde kullanmamış. Hasta 4 ay sonra titreme ile yükselen ateş, bulantı, kusma, sarılık ve karın ağrısı şikayeti ile acil polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede ateş 38.7 derece skleralar ikterik, batın muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 23.400, total ve direkt bilirubin değerleri sırasıyla 9.7 mg/dl, 8.6 mg/dl, amilaz 782 IU/L, lipaz 984 IU/L, ALP 456 IU/L, GGT 218 IU/L, ALT 325 IU/L, AST 612 IU/L olarak bulundu. Tüm batın Ultrasonografide(USG) safra kesesi duvar kalınlığı artmış (5,6 mm), safra

¹Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, ELAZIĞ, TÜRKİYE

²Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ADANA, TÜRKİYE

³Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, ELAZIĞ, TÜRKİYE

⁴Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, ADIYAMAN, TÜRKİYE

kesesi içinde parazitin canlı ve hareketli olduğu, koledok çapının 14 mm ile genişlemiş olduğu rapor edildi (Resim 1).

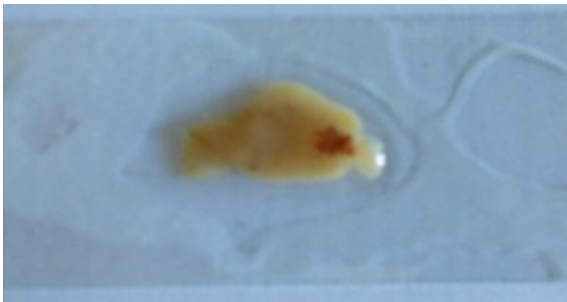


Resim 1. Batın USG de safra kesesi lümeninde real-time hareketli parazite ait eko paterni izlenmektedir. Koledok geniş olup lümeninde parazite ait hareketli eko paterni izlenmektedir.

Batın tomografisinde pankreas ödemli ve peripankreatik yağlı dokuda dansite artışı, koledokta dilatasyon, safra kesesi ve koledokta yabancı cisimlere ait hiperdens görünümeler saptandı.

Manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi de (MRCP), safra yollarında genişleme ve parazite karşılık gelen lümen içi dolunluk defekti gözlenmekteydi.

Hastaya semptomlarının başlangıcından itibaren 48. saatinde endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) yapıldı, fakat ERCP ile safra yolları kanüle edilemediğinden dolayı başarılı olunamadı. Hasta operasyona alındı. Kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu yapıldı, koledok içinden 2,5x1 cm boyutlarında parazit çıkartıldı (Resim 2). Koledok T tüp üzerinden kapatıldı. Safra kesesi içerisinde 2x0.8 cm boyutlarında parazit mevcuttu (Resim 3). Parazitoloji laboratuvarına gönderilerek parazitin, incelenmesi sonucunda fasciola hepatica olduğu belirtildi. Postoperatif 10. günde T tüp' den kolonjiografi çekildi, kolanjiografide safra yollarının normal olduğu izlendi, T Tüp çekildi. Laboratuvar bulguları normale dönen hasta taburcu edildi.



Resim 2. Koledok içerisinden çıkartılan parazitin görünümü izlenmektedir.



Resim 3. Safra kesesi ve parazitin birlikte görünümü izlenmektedir.

TARTIŞMA

Fasiolazis, dünya da 2,4 milyon insanın enfekte olduğu, 180 milyon insanında risk altında olduğu zoonotik bir hastalıktır⁶.

Hastalığın akut ve kronik olmak üzere iki klinik fazı mevcuttur: parazitin hepatik invazyon dönemini kapsayan akut faz ve parazitin safra yollarında bulunduğu kronik faz. Akut dönemde destrüksiyon ve enflamasyona bağlı ateş, karın ağrısı, artralji, öksürük, hipereozinofili ve ürtiker olabilir, Parazitin safra yollarına yerleştiği kronik dönemde ise safra yollarında tıkanmaya bağlı sarılık, kolanjit, pankreatit, bulantı, iştahsızlık ve kolesistit olabilir^{3,6,7}. Çok nadiren kronik karaciğer abselerine de neden olabilmektedir⁸. Fascioliasis tedavi edilmezse, rekürren kolanjit atakları ve sekonder biliyer siroza neden olabilir⁹. Bu olgu da sarılık, kolanjit ve pankreatit tablosu ile hastanemize başvurdu.

Görüntüleme yöntemi olarak kullanılan MRCP ve ERCP tanıda yardımcıdır. Bazı teknik kısıtlamalardan dolayı USG, CT (Bilgisayarlı tomografi) ve MRCP ile elde edilen görüntüler ERCP' ye oranla daha düşük değerdedir. Bu hastalarda, safra yollarının görüntülenmesinde ERCP altın standarttır¹⁰⁻¹⁴. ERCP, tanıdaki yararının yanında koledok içeriğinin temizlenmesi ve sfinkteretomi yapılarak tedavi olanağı da sağlanmaktadır. Gülşen ve ark.⁶ tıkanma sarılığına neden olan beş fasciolasis olgusunu ERCP ile tanı koyarak tedavi ettiğini bildirmiştir. Bu olguda, tanı ve tedavi amacıyla ERCP yapılması planlandı. Fakat ERCP ile safra yolları kanüle edilemediğinden dolayı başarısız olundu.

Hastaya kolesistektomi ve koledokotomi yapılarak parazitler dışarı alındı, koledok içi yıkandı, koledok T Tüp üzerinden kapatıldı. Postoperatif 10. günde hasta sağlıklı bir biçimde taburcu edildi.

Fasciolasis, safra yollarına yerleşerek sarılık, kolanjit ve pankreatit ataklarına neden olabileceği gibi siroza kadar da ilerleyen geniş klinik semptomatolojisi olan parazitik bir enfeksiyondur.

Sosyoekonomik seviyesi düşük ve bu parazit için endemik olan bölgelerde, konvansiyonel yöntemlerle etkeni saptanamayan olgularda *Fasciola hepatica* gibi paraziter enfestasyonlar akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. King CH. Flukes (liver, lung and intestinal). In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editors). Nelson textbook of pediatrics, 18th ed. Philadelphia: WB Saunders Elsevier, 2007:1510-1511.
2. Price TA, Tuazon CU, Simon GL. Fascioliasis: case reports and review. Clin Infect Dis 1993;17:426-30.
3. Kıladze M, Chipashvili L, Abuladze D, Jatchvliani D. Obstruction of common bile duct caused by liver fluke-*Fasciola hepatica*. Sb Lek 2000;101:255-9.
4. Taş Cengiz Z, Akbayram S, Çiçek M, Yılmaz H. Van'da ilköğretim okulu öğrencilerinde saptanan bağırsak parazitizmaları. Türk Parazitoloji Dergisi 2009;33:289-93.
5. Özturhan H, Emekdaş G, Segin O, Korkmaz M, Altıntaş E. Mersin ili ve ilçelerinde *Fasciola hepatica* seroepidemiolojisi ve bulaşta aile öyküsünün önemi. Turk J Gastroenterol 2009;20:198-203.
6. Gülşen M, Savas MC, Koruk M, Kadayıfçı A, Demirci F. Fascioliasis: a report of five cases presenting with common bile duct obstruction. Neth J Med 2006; 64:17-9.
7. El-Shazly AM, Soliman M, Gabr A, Haseeb AN, Morsy AT, Arafa MA, Morsy TA. Clinico-epidemiological study of human fascioliasis in an endemic focus in Dakahlia Governorate, Egypt. J Egypt Soc Parasitol 2001;31:725-36.
8. Yen TJ, Hsiao CH, Hu RH, Liu KL, Chen CH. Education and imaging: hepatobiliary and pancreatic: chronic hepatic abscess associated with fascioliasis. J Gastroenterol Hepatol 2011;26:611.
9. Aslan F, Alper E, Akpınar Z, Baydar B, Kadir M, Buyraç Z, Çekiç C, Ünsal B. A rare cause of cholangitis: *Fasciola hepatica*. Turk J Gastroenterol 2010; 21(3): 329-30.
10. Aksoy DY, Kerimoglu U, Oto A, Erguven S, Arslan S, Unal S, Batman F, Bayraktar Y. *Fasciola hepatica* infection: Clinical and computerized tomographic findings of ten patients. Turk J Gastroenterol 2006;17:40-5.
11. Danilewitz M, Kotfila R, Jensen P. Endoscopic diagnosis and management of *fasciola hepatica* causing biliary obstruction. Am J Gastroenterol 1996;91(12):2620-1.
12. El-Newihi HM, Waked IA, Mihas AA. Biliary complications of *Fasciola hepatica*: the role of endoscopic retrograde cholangiography in management. J Clin Gastroenterol 1995;21(4):309-11.
13. Ozer B, Serin E, Gumurdulu Y, Gur G, Yılmaz U, Boyacıoğlu S. Endoscopic extraction of living *fasciola hepatica*: case report and literature review. Turk J Gastroenterol 2003;14:74-7.
14. Veerappan A, Siegel JH, Podany J, Prudente R, Gelb A. *Fasciola hepatica* pancreatitis: endoscopic extraction of live parasites. Gastrointest Endosc 1991;37:473-5.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Selim SÖZEN
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği, ADANA, TÜRKİYE

E-Posta : selimsozen63@yahoo.com

Geliş Tarihi : 14.11.2011

Kabul Tarihi : 30.05.2012