

Ana Safra Kanalında Bir Yabancı: Fasciola Hepatica ERCP ile Çıkarılması

A Stranger in the Main Bile Duct: Fasciola Hepatica the Extraction by ERCP

¹Sezgin Yılmaz, ¹Bahadır Celep, ²Mustafa Altındış, ¹Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, ¹Genel Cerrahi AD., ²Mikrobiyoloji AD., Afyon

Özet

Fasciola hepatica (FH) çoğunlukla veterinerliği ilgilendiren ancak nadiren de insanı enfekte edebilen bir paraziter hastalıktır. Genellikle dünyanın gelişmekte olan ülkeleri ya da tropikal bölgelerinde görülmekle birlikte, kıtalararası transport ve göçün artmasıyla birlikte sıklığı tüm dünyada her geçen gün artmaktadır. Karaciğer ve safra ağacı parazit için nihai hedefidir. Klinik görünüm basit biliyer kolikten sarılık ve hatta ölüme neden olan komplike kolanjite kadar değişkenlik gösterir. Endemik olmayan bölgelerde hastalıkla ilgili düşük bilgi düzeyi tanı ve tedaviyi geciktirir. Hastanın değerlendirme ve tedavisinin hızlı yapılması başarının temel taşıdır. Bu yazıda FH nedeniyle gelişen biliyer obstrüksiyon olgusu klinik görünümünden, ERCP ve kolesistektomiye içeren tedaviye kadar literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Fasciola hepatica, tıkanma sarılığı, ERCP

Abstract

Fasciola hepatica (FH) is a parasitical disease mostly concerns the veterinary medicine but sometimes accidentally infests humans. It's generally seen in some parts of the world especially in tropical and developing countries but the incidence is increasing day by day all over the world due to increased facility of intercontinental transportation and immigration. Liver and biliary tree is the final target site for the parasite. The clinical presentation varies from basic biliary colic to jaundice and even complicated cholangitis leading death. Low level of knowledge about the disease, especially in the non-endemic areas, leads delayed diagnosis and therapy. Prompt evaluation and therapy of the patient is the corner stone of the success. Herein, we discuss a case of biliary obstruction due to FH from presentation to therapy including ERCP and cholecystectomy in the guidance of the literature.

Key words: Fasciola hepatica, obstructive jaundice, ERCP

GİRİŞ

Safra kanalının çeşitli etkenlerle obstrüksiyonuna bağlı olarak gelişen ve serum bilirubin seviyesinin artışına neden olan, hastada sarılık ve kaşıntı ile kendini gösteren klinik tabloya tıkanma sarılığı (TS) adı verilir. Klinik tablonun en sık görülen nedeni safra kanallarında bulunan taşın meydana getirdiği obstrüksiyondur. Parazitik hastalıklara bağlı olarak gelişen TS'ı oldukça nadirdir ve genellikle tropikal iklim ülkelerinde görülmektedir (1). Bu çalışmada, FH'ya bağlı olarak gelişen bir mekanik ikter olgusunun klinik bulguları, tanısı ve tedavisinde ERCP kullanımını literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU

Afyon doğumlu ve ikametli 75 yaşında erkek hasta yaklaşık üç ay önce sağ üst kadrın karın ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografisinde safra kesesinde taş saptandı. Yaklaşık 10 yıldır astım tedavisi gören hastanın yapılan ameliyat öncesi değerlendirmesinde anestezi yönünden yüksek risk belirtilmesi üzerine medikal tedavisi düzenlenerek ameliyatı ileri bir tarihe ertelendi. Üç gün önce başka bir merkeze sağ üst kadrın karın ağrısı, sarılık ve ateş (38.5°C) titreme şikayetleri ile başvuran hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit ve karaciğer staz enzimleri yüksek saptanması üzerine kolanjit tanısı konarak endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi (ERCP) yapılmak üzere merkezimize sevk edilmiş. Merkezimize başvurduğunda yapılan

laboratuvar incelemelerinde lökosit 10.700 /mm³ (4.000-10.000/mm³) olarak bulundu ve %8'den fazla eozinofil saptandı. (%0-6.0). Aspartat amino transferaz (AST) 128 IU/L (0-40 IU/L) alanin amino transferaz (ALT) 102 IU/L (0-40 IU/L), total bilirubin 8.7 mg/dl (0.3-1.2 mg/dl) direkt bilirubin 7.65 mg/dl (0-0.2 mg/dl), alkalin fosfataz (ALP) 230 IU/L (30-120 IU/L), gama glutamil transferaz (GGT) 247 IU/L (0-50 IU/L) değerlerinin normalden yüksek olduğu görüldü. Amilaz ve lipaz normal seviyelerde saptandı. Hastanın dış merkezde yapılan abdominal BT'sinin incelenmesinde safra kesesinin hidropik ve koledogunun geniş olduğu görüldü (Şekil 1). Ardından hastaya acil şartlarda ERCP yapıldı. Kolanjiogramda koledogun ileri derecede dilate olduğu ve ortasında uzun-ince düzensiz sınırlı yer kaplayan lezyon saptandı (Şekil 2). Sfinkterotomi sonrası koledogun balonla temizlenmesi sırasında papilla vateriden duodenuma doğru hareketli parazitini düşüğü gözlemlendi (Şekil 3). Kontrol kolanjiografide koledok temiz olarak gözlemlendi (Şekil 4). Hastadaki mevcut kolanjit ve tıkanma sarılığı tablosu da göz önüne alınarak koledoga geçici plastik stent yerleştirildi. Parazit mikrobiyolojik inceleme amacıyla çıkarıldı. Mikrobiyoloji bölümü tarafından yapılan makroskopik incelemede parazitini Fasciola hepatica olduğu ve daha sonra yapılan F.hepaticaya yönelik indirekt hemaglutinasyon testinin 1/320 titrede yüksek olarak saptandığı görüldü. Safra kesesinde de taş olan hastaya ERCP'den bir gün sonra kolesistektomi planlandı. Astımı olan hastanın akciğer fonksiyonlarını daha da bozmama adına



Şekil 1. Abdominal BT'de safra kesesi hidropik ve koledok geniş olarak izlenmektedir.



Şekil 3. Balonla koledok temizlendikten sonra duodenuma düşen ve daha sonra hareketli olduğu gözlenen yaprak şeklinde fasciola hepatica.

konvansiyonel kolesistektomi gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası problemi olmayan hastaya triclabendazole tedavisi başlanarak 4. gününde taburcu edildi. Birinci ayındaki kontrollerinde hemogram analizinde eozinofilinin düzelmiş olduğu ve diğer biyokimyasal parametrelerinin normale geldiği görüldü. İlginç olarak muhtemelen parazitin tedavi edilmesiyle alerjik uyarıların ortadan kaldırılmasından dolayı hastanın astım şikayetlerinin de gerilemiş olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Tıkanma sarılığı (TS), safra yolları hastalıkları sırasında sıklıkla karşımıza çıkan bir bulgudur. TS'yi herhangi bir nedenle karaciğer dışı safra yollarının obstrüksiyonuna bağlı olarak gelişmektedir. TS'yi nedenleri arasında safra yolları taşları, safra yolları veya pankreasın benign ve malign lezyonları, safra yollarını tutan inflamatuvar veya immunolojik hastalıklar ve iyatrojenik safra yolları yaralanmaları bulunmaktadır (1). Daha nadiren karşımıza çıkan TS'yi nedeni de paraziter hastalıklardır. Paraziter hastalıklarda TS'yi oluşum mekanizması olarak safra yollarının

parazit veya ürünleri ile mekanik obstrüksiyonu ve buralarda gelişebilen reaksiyonel fibrozis öne sürülmektedir (2). Bu hastalıklar içerisinde TS'yi en sık safra yollarına rüptüre olmuş kist hidatikte görülürken daha nadir sebepleri arasında FH, Clonorchis, Opistorchis ve Ascaris türleri sayılabilir (3). Safra yollarının paraziter hastalıkları gelişmekte olan tropikal bölgelerde TS'in sık görülen nedenlerinden birisi iken gelişmiş ülkelerde daha nadiren görülmektedir. Ancak kıtalararası seyahatlerin, göçlerin ve ticaretin artması ile tüm dünyayı ilgilendiren bir problem haline gelmiştir (4,5). Fascioliasis, Avrupa, Afrika, Asya, Okyanus ülkeleri ve Amerika'da endemik olarak görülebilen gerçekte inek, koyun ve keçi gibi hayvanları enfeste eden nadiren de insidental olarak insanlarda görülebilen FH isimli trematod tarafından meydana getirilen paraziter bir hastalıktır (6). Ülkemizde de Fascioliasis sanıldığı kadar nadir görülmemektedir (2,7).

Enfekte çiğ sebze ve meyvelerin tüketilmesi ile kistler bağırsağa yerleşirler. Burada gelişen larvalar, ince bağırsak duvarını penetre ederek peritoneal kaviteye geçerler. Glisson kapsülünü invaze eden larvalar burada erişkin forma gelir son yerleşim yeri olarak da safra



Şekil 2. Koledok kanülasyonundan sonra yapılan kolanjiografide bifurkasyon seviyesinin hemen altından başlayan proksimale doğru uzanan tübüler dolma defekti görülmektedir.



Şekil 4. Parazit alındıktan sonra yapılan kontrol oklüzyon kolanjiografide proksimal safra kanallarının uniform yapısı

kesesi ve safra yollarına geçerler. Parazit erişkin haline 3-4 ay içerisinde gelir ve yumurtalarını safra yollarına bırakır. Yumurtalar, buradan bağırsağa ve feçese geçer (2,8). Hastalarda en çok karın ağrısı, ateş, myalji ve hepatomegali görülür. Ciddi ürtiker meydana getirebilir. Safra yolları tutulumunda kolik ağrıdan, kolelitiazis, TS, pankreatit, kolanjit ve kolanjiokarsinom tablosuna kadar farklı kliniklerle karşımıza çıkabilmektedir (9). Nadir olmakla birlikte Fasciola yumurtasının karaciğer dışı ektopik yerleşimine bağlı periton, ince barsak, kolon, pankreas ve böbrek tutulumları görülebilir. Bu durumda yumurtaların özellikle granulomlarda gömülü olarak kitle oluşturmasından dolayı ilgili organların tümöral patolojilerinden ayırıcı tanısının yapılması zor olabilir (10-12). Genel olarak ayırıcı tanıda düşünülecek hastalıkları fazla olması, klinik spektrumunun çok geniş olması hem de sık görülmeyen ülkelerde sağlık çalışanlarının bu hastalıkla ilgili bilgi eksikliği tanı ve tedavide gecikmelere neden olmaktadır (13,14).

Labaratuvar incelemelerinde, hastaların çoğunda lökositöz görülebilir de karşımıza en sık çıkan anormallik eosinofilidir. Safra yolları tutulumu olduğunda serum bilirubin ve alkalen fosfataz ve gama glutamil transferaz gibi kolestaz enzim yüksekliği saptanmaktadır (7). ELISA ile yapılacak serolojik çalışmalar tanıda değerlidir. Tanıda kullanılan bir diğer yöntem ise gaitada yumurta ve parazitlerin aranmasıdır. Ancak duodenal aspiratta bu işlemin yapılması tanı değerini artırmaktadır. Ancak dikkatlerden kaçmaması gereken bir nokta da parazitlerin safra yollarında erişkin hale gelmeden yumurtaların incelemelerde saptanamayacağıdır (2,4). Bu nedenle erken tanı için şüphelenilen olgularda radyolojik yöntemler mutlaka kullanılmalıdır. Ultrasonografide safra yollarında dilatasyon ve duvar kalınlaşması ile kanal içerisinde hareketli yapılar saptanabilir. ERCP tanı ve tedavide çok yararlıdır (15). Kolanjiografide safra yollarında dilatasyonla birlikte ince yaprak benzeri, hareketli olabilen tek veya multiple dolma defekti saptanabilmektedir. Sfinkterotomi sonrası balonla koledogun temizlenmesi bu tetkikin diğer yöntemlere olan üstünlüğüdür (16). Parazitlerin safra kanalı duvarına sıvanma tarzında yapışabilir olması ERCP işlemi esnasında basket ile alınamamasına neden olabileceği için kontrollerde özellikle balonla tam bir obstrüksiyon sağlandıktan sonra koledogun temizlenmesi yararlı olacaktır. Olgumuzda da parazit bu şekilde düşürülebilmektedir. Her ne kadar parazitler tıkanma sarılıklarının nadir sebepleri arasında bulunmaktaysa da endemik bölgelerde beklenenden daha fazla görülebileceği akıldan tutulmalıdır. Bizim ünitemizde gerçekleştirdiğimiz 1200 vakalık ERCP serimizde koledoğa yerleşmiş biri askaris ikisi de fasiola olmak üzere üç parazit vakası saptanmış ve ascarisin neden olduğu süperatif kolanjit olgusu mortal seyretmiştir (17). Bu nedenle bazı bölgelerinin ascaris ve fasiola açısından endemik olduğu bilinen Afyon'da tıkanma sarılığı ve kolanjite neden olan bu tür parazitler vakaların normalden daha fazla görüldüğü düşünülmektedir. Her tıkanma sarılıklı olguda bu parazitlere yönelik ELISA testleri rutin olarak çalışılmadığı için bu vakalara ERCP yaparken olası bir parazit ihtimaline karşı şüpheli davranmak en doğrusu olacaktır. Tedavide sıklıkla kullanılan ajanlar bithionol ve triclabendazoldür ve günümüzde FH'da medikal tedavi standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (18). Bununla beraber TS'ı gelişen olgularda ERCP ve sfinkterotominin öncelikle tercih edilmesi; gerekirse cerrahi girişim yapılması konusunda görüş birliği mevcuttur (2,7).

Sonuç olarak, FH'a genelde tropikal ülkelerde görülmesine rağmen ülkemizde de karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle TS'ı olan ancak safra yollarında taş saptanmayan ve eozinofili ile başvuran hastalarda bu klinik antite aklımıza gelmelidir. FH'dan şüphelenilen durumlarda seroloji ve radyolojik tetkiklerle erken tanıya gidilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Winger J, Michelfelder A. Diagnostic approach to the patient with jaundice. *Prim Care* 2011;38(3):469-82; viii. doi:10.1016/j.pop.2011.05.004
2. Gulsen MT, Savas MC, Koruk M, Kadayıfci A, Demirci F. Fascioliasis: a report of five cases presenting with common bile duct obstruction. *Neth J Med* 2006;64(1):17-9.
3. Lim JH, Kim SY, Park CM. Parasitic Diseases of the Biliary Tract. *Am J Roentgenol* 2007;188(6):1596-603. doi: 10.2214/AJR.06.1172
4. Al Qurashi H, Masoodi I, Al Sofiyani M, Al Musharaf H, Shaqhan M, Ali GN. Biliary fascioliasis—an uncommon cause of recurrent biliary colics: report of a case and brief review. *Ger Med Sci* 2012;10:Doc10. doi: 10.3205/000161
5. Mas-Coma S, Valero MA, Bargues MD. Chapter 2. Fasciola, lymnaeids and human fascioliasis, with a global overview on disease transmission, epidemiology, evolutionary genetics, molecular epidemiology and control. *Adv Parasitol* 2009;69:41-146. doi: 10.1016/S0065-308X(09)69002-3
6. Rana SS, Bhasin DK, Nanda M, Singh K. Parasitic infestations of the biliary tract. *Curr Gastroenterol Rep.* 2007;9(2):156-64. doi: 10.1007/s11894-007-0011-6
7. Kaya M, Bestas R, Cetin S. Clinical presentation and management of Fasciola hepatica infection: single-center experience. *World J Gastroenterol* 2011;17(44):4899-904. doi: 10.3748/wjg.v17.i44.4899
8. Aksoy DY, Kerimoglu U, Oto A, et al. Infection with Fasciola hepatica. *Clin Microbiol Infect.* 2005;11(11):859-61. doi: 10.1111/j.1469-0691.2005.01254.x
9. Sezgin O, Altintas E, Tombak A, Ucbilek E. Fasciola hepatica-induced acute pancreatitis: report of two cases and review of the literature. *Turk J Gastroenterol.* 2010;21(2):183-7. doi: 10.4318/tjg.2010.0081
10. Mohammadi-Ghalehbin B, Chinifroush-Asl MM, Ramzi F. Extrahepatic fascioliasis with peritoneal malignancy tumor feature. *J Parasit Dis* 2012; 36(1): 78-80.
11. Makay O, Gurcu B, Caliskan C, et al. Ectopic fascioliasis mimicking a colon tumor. *World J Gastroenterol* 2007;13(18): 2633-5.
12. Ongoren AU, Ozkan AT, Demirel AT, Ustun H, DOnmez M. Ectopic intraabdominal fascioliasis. *Turk J Med Sci* 2009; 39(5): 819-23.
13. Mas-Coma MS, Esteban JG, Bargues MD. Epidemiology of human fascioliasis: a review and proposed new classification. *Bull World Health Organ* 1999;77(4):340-6.
14. Graham CS, Brodie SB, Weller PF. Imported Fasciola hepatica infection in the United States and treatment with triclabendazole. *Clin Infect Dis* 2001;33(1):1-5. doi: 10.1086/320870
15. Okudan M, Egeli T, Taşkesen F, Yılmaz Ş. Nadir bir tıkanma sarılığı etkeni: Fasciola hepatica. *UCD* 2011;27(3):164-6. doi: 10.5097/1300-0705. UCD.614-10.01
16. Tang S-j, Jazrawi SF. Electronic Clinical Challenges and Images in GI. *Gastroenterology.* 2008;134(5):e7-e8. doi:10.1053/j.gastro.2008.03.052
17. Miman O, Okur N, Cufali D, Yılmaz S. Suppurative cholangitis caused by Ascaris lumbricoides. Report of a fatal case. *Kafkas Univ Vet Fak Derg* 2012; 18: A235-7.
18. Arjona R, Riancho JA, Aguado JM, Salesa R, Gonzalez-Macias J. Fascioliasis in developed countries: a review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine (Baltimore).* 1995;74(1):13-23. doi: 10.1097/00005792-199501000-00002