

FASCIOLA HEPATİCAYA BAĞLI GELİŞEN AKUT KOLANJİT: ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİYOPANKREATOGRAFİDE SÜRPRİZ TANI

Acute Cholangitis of Fasciola Hepatica: A Surprising Diagnosis in Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

Zeynep AYDIN¹, Tolga DÜZENLİ², Hüseyin KÖSEOĞLU²

ÖZET

Fasciola hepatica; özellikle koyun, keçi, sığır, manda gibi hayvanları tutan; nadir olarak da insan safra yollarına yerleşerek hastalık yapan bir parazittir. Bu olgu sunumu ile kolanjit tablosu ile başvuran, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ile başarılı bir şekilde tanısını koyduğumuz ve tedavisini yaptığımız, bölgemizde çok nadir görülen bir Fasciola hepatica vakasını sunmayı amaçladık. 56 yaşında bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş şikayetleriyle başvuran kadın hastada klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları kolanjit ile uyumlu idi. Yapılan ERCP’ de balon ile koledok sıvazlandığında, 3 adet erişkin Fasciola hepatica paraziti görüldü ve koledoktan çıkarıldı. Hastaya 10mg/kg/gün dozunda Triklabendazol tedavisi uygulandı. Fasciola hepatica nadir görülmesi ve belirti-bulgularının diğer enfeksiyon hastalıkları ile benzerliği nedeniyle sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Karın ağrısı, ateş, bulantı-kusma kliniği ile başvuran hastalarda, ayırıcı tanıda Fasciola hepatica akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Fasciola Hepatica; Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi; Ercep; Kolanjit*

ABSTRACT

Fasciola hepatica is a parasite that generally infects animals such as sheep, goats, cattle, buffaloes and also rarely human biliary tract. Herein, we present a case of Fasciola hepatica, which is very rare in our region, who presented with cholangitis. The patient was diagnosed and treated successfully with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). A 56-year-old female patient was presented with cholangitis by the complaints of nausea, vomiting, abdominal pain and fever. Three adult Fasciola hepatica parasites were detected and removed from choledochus by ERCP. The patient was administered triclabendazole at a dose of 10mg/kg/day. Fasciola hepatica may be overlooked because of its rarity and similarity of symptoms and signs with other infectious diseases. Fasciola hepatica should be kept in mind in the differential diagnosis of patients presenting with abdominal pain, fever, and nausea.

Keywords: *Fasciola Hepatica; Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; Ercep; Cholangitis*

GİRİŞ

Fasciola hepatica; 3-5 cm büyüklüğünde; yaprak şeklinde, kahverengimsi, hermafrodit bir trematoddur (1). Kontamine içme suyu ve yıkanmamış sebzelerle insanlara geçerek hastalığa sebep olmaktadır (2). Türkiye’ de Fasciola hepatica görülme oranı Mersin’de %0,79 ve orta endemik bir bölge olarak Van’ da %5,5-5,6 olarak bildirilmiştir (3-5). Klinik tablo asemptomatik enfeksiyondan sekonder biliyer siroz ve mortaliteye kadar geniş bir spektrum gösterir. Yaygın görülen klinik belirti ve bulguları arasında ateş, karın ağrısı, hepatomegali, karaciğer enzim yüksekliği ve eozinofili yer alır (6-9). Biliyer obstrüksiyon ve enfeksiyona yol açabilmekte; akut pankreatit ve kolanjit yapabilmektedir (8-10). Bu olgu sunumu ile kolanjit tablosu ile başvuran, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ile başarılı bir şekilde tanısını koyduğumuz ve tedavisini yaptığımız, bölgemizde çok nadir görülen bir Fasciola hepatica vakasını sunmayı amaçladık.

¹Hitit Üniversitesi
Erol Olçok Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği,
Çorum,
Türkiye.
²Hitit Üniversitesi
Erol Olçok Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Gastroenteroloji Kliniği,
Çorum,
Türkiye

Zeynep AYDIN, Arş. Gör.
(0000-0001-7700-3283)
Tolga DÜZENLİ, Uzm. Dr.
(0000-0002-6279-1018)
Hüseyin KÖSEOĞLU, Doç. Dr.
(0000-0002-2197-7473)

İletişim:

Uzm. Dr. Tolga DÜZENLİ
Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji
Kliniği, İnönü Cad. 19030, Çorum/Türkiye

Geliş tarihi/Received: 02.02.2021
Kabul tarihi/Accepted: 01.02.2022
DOI: 10.16919/bozoktip.872758

Bozok Tıp Derg 2022;12(1):26-29
Bozok Med J 2022;12(1):26-29

OLGU SUNUMU

56 yaşında kadın hasta; gastroenteroloji polikliniğine bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş şikayetleriyle başvurdu. Bir senedir aralıklı olarak süren, daha çok epigastrik bölgede olan karın ağrısı ve karın ağrısına nadiren eşlik eden ateş tariflemekteydi. Fizik muayenesinde batında sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet saptandı. Defans ve rebound görülmedi. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Hastanın başvuru anında yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı $4.999 \times 10^9/L$, aspartat aminotransferaz 161 IU/L, alanin aminotransferaz 575 IU/L; direkt bilirubin 1,43 mg/dl, total bilirubin 2,77 mg/dl, eozinofil $1,96 \times 10^9/L$ (Referans aralık 0,01-0,4 $10^9/L$) olarak sonuçlandı.

Hepatobiliyer ultrasonografide (USG) koledok geniş ve portal hilusta 17 mm çapında idi. Hiler düzeyde ve distalindeki koledok lümeninde yoğun ekojen materyal ve duvarda şüpheli inflamatuvar kalınlaşma; intrahepatik safra yolları, santral ve sol lobda belirginleşme raporlandı. Manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP) incelemesinde de USG'de görülen bulguları destekleyici nitelikte; koledok geniş olarak görüldü. Hastada ilk etapta koledoku tıkayan bir taş olabileceği

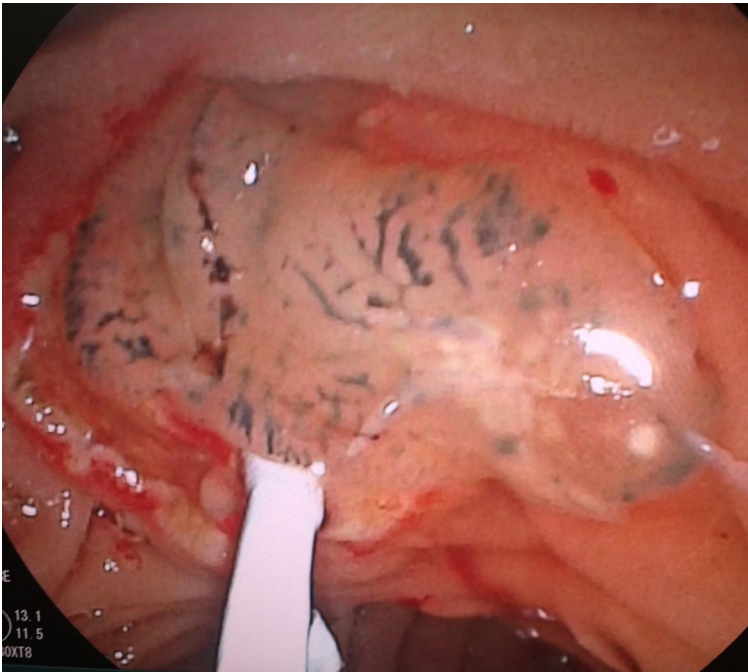
düşünüldü ve hastaya ERCP planlandı. Gerekli ön hazırlıkları müteakip hasta ve yakınlarından onam alındıktan sonra yapılan ERCP' de intrahepatik safra yolları ve koledok dilate saptandı. Koledok lümeninde dolma defektleri izlendi. Balon ile koledok sıvazlandığında, üç adet erişkin Fasciola hepatica paraziti görüldü ve koledoktan çıkarıldı (Resim 1). Koledok temizlendikten sonra, kontrast boşalımının görece yavaş olması nedeniyle koledoka 10 F 12 cm biliyer plastik stent yerleştirildi.

Hastaya Fasciola hepatica tedavisi için 10mg/kg/gün dozunda Triklabendazol tedavisi uygulandı. Takiplerinde; laboratuvar bulgularının normale gelmesi ve klinik olarak düzelmenin görülmesi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Fasciola hepatica; özellikle koyun, keçi, sığır, manda gibi hayvanları tutan; nadir olarak da insan safra yollarına yerleşerek hastalık yapan bir parazittir (1). Dünya' da 2,4 milyon enfekte ve 180 milyon risk altındaki hasta ile endemik bölgeler için önemli bir halk sağlığı sorunudur (8). Fasioliyaz bazen tamamen asemptomatik bazen de tıkanma sarılığı ve kolanjit; hatta siroza kadar ilerleyen bir tablo ile karşımıza çıkabilir (8-13).

Şekil 1. ERCP ile koledoktan çıkarılan Fasciola hepatica paraziti



İnsanlarda enfeksiyon, larvalar içeren kontamine su alımıyla başlar. Larva midede açılır, duodenal duvardan periton boşluğuna geçer ve daha sonra karaciğere ilerler. İnsan fasioliyazın iki aşaması vardır. Hastalığın karaciğer fazı, metaserkaryanın alınmasından 1-3 ay sonra başlar ve karaciğer parankiminden safra kanallarına doğru penetrasyon ve göç gerçekleşir (12). Hepatik faz, titreme, üst karın ağrısı, hepatomegali, hafif hepatit, kilo kaybı ve belirgin eozinofili ile birlikte ateş ile karakterizedir (13). Hastalığın safra fazında ise genellikle kolestaz gelişir ve hastalar biliyer kolik, epigastrik ağrı, sarılık ve abdominal hassasiyet ile başvurur (14). Bu aşamada, başlıca laboratuvar bulguları, ağırlıklı olarak yükselmiş serum alkalin fosfataz, gama-glutamil transferaz ve total bilirubin dahil olmak üzere kolestazdır (13).

Vakamızda koledok taşına bağlı kolanjit ön tanısıyla yapılan ERCP işlemi ile Fasciola hepatica tanısı konmuştur. Müteakiben yapılan sfinkterotomi ve balon yardımı ile tedavi de uygulanmıştır (15).

Fasciola hepatica'nın en sık görülen semptomları; epigastrik ağrı ve veya sağ üst kadran ağrısı, ateş ve hepatomegali olmakla birlikte bizim incelediğimiz vakada hepatomegali görülmedi.

Fasciola hepatica'da ERCP ile parazitleri görmek altın standart tanı yöntemidir, bunun yanında diğer radyolojik görüntülemeler ve serolojik testler ile de tanı konabilmektedir. USG görüntülemesinde sınırları iyi seçilemeyen, mikst ekojenite şeklinde görülebilmektedir ve parazitler eğer hareket halinde ise safra yollarında lineer ekojenik bir görünüm verebilir (16,17). Bilgisayarlı tomografide ise; kontrastlanma göstermeyen, dağınık hipodens nodüler lezyonlar şeklinde görülebilir. Endoskopik ultrasonografi (EUS) ile de tanı koyulabilme imkânı vardır. Çavuş ve ark. kolestaz olarak değerlendirilen vakalarında EUS ile tanı koymuşlardır (18).

Her ne kadar ERCP tanı için altın standart yöntem ise de pahalı ve invazif bir işlemdir. Fakat ERCP sadece tanısalla amaçlı değil aynı zamanda da koledok içeriğinin temizlenmesi açısından da tedavide oldukça etkili bir yöntemdir (8,19). ERCP işleminin dezavantajlarından dolayı; Fasciola hepatica tanısı için ön planda serolojik testlerden faydalanılmaktadır. Fizik muayene ve klinik olarak Fasciola hepatica'dan şüphe duyulan hastalarda dışkı mikroskopisi, indirekt hemaglütinasyon, indirekt

floresan antikor ve İmmünoenzimatik yöntem (ELISA) gibi serolojik testlerle tanı konabilmektedir (20-23). Sonuç olarak, Fasciola hepatica nadir görülmesi ve belirti-bulgularının diğer enfeksiyon hastalıkları ile benzerliği nedeniyle sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Bu kapsamda Fasciola hepatica, karın ağrısı, ateş, bulantı-kusma kliniği ile başvuran hastalarda, ayırıcı tanıda mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

TASDİK VE TEŞEKKÜR

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığı yazarlar tarafından bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Siles-Lucas M, Becerro-Recio D, Serrat J, González-Miguel J. Fascioliasis and fasciolopsiasis: Current knowledge and future trends. Res Vet Sci. 2020;134:27-35.
2. Emir S, Yazar MF, Sözen S, Altunsoy HB, Bulut HT. Acute Cholangitis and Pancreatitis Caused By Fasciola Hepatica: A Case Report. Meandros Med Dent J 2013;14: 27-9.
3. Ozturhan H, Emekdaş G, Sezgin O, Korkmaz M, Altıntaş E. Seroprevalence of Fasciola Hepatica in Mersin province and surrounding towns and the role of family history of the Fascioliasis in the transmission of the parasite. Turk J Gastroenterol. 2009;20:198-203.
4. Beyhan YE, Yılmaz H. Seroprevalence of fascioliasis in the eastern region of Turkey: an eight-year investigation. Turk J Gastroenterol. 2020;31:746-51.
5. Taş Cengiz Z, Yılmaz H, Dülger AC, Akdeniz H, Karahocagil MK, Çiçek M. Seroprevalence of human fascioliasis in Van province, Turkey. Turk J Gastroenterol. 2015;26:259-62.
6. Park HJ, Choi GS, Jung M, Lee SU. Fasciola Hepatica Induced Hepatic Abscess Treated with Triclabendazole. Korean J Gastroenterol. 2021;77:39-44.
7. Aksoy DY, Kerimoğlu U, Oto A, Erguven S, Arslan S, Unal S, et al. Fasciola hepatica infection: clinical and computerized tomographic findings of ten patients. Turk J Gastroenterol 2006;17:40-5.
8. 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;64:17-9.
9. Beştaş R, Yalçın K, Çiçek M. Cholestasis caused by Fasciola gigantica. Türkiye Parazitol Derg. 2014;38:201-4.
10. Sezgin O, Altıntaş E, Tombak A, Uçbilek E. Fasciola hepatica-induced acute pancreatitis: report of two cases and review of the literature. Turk J Gastroenterol. 2010;21:183-7.
11. Demirkaya S, Özekinci T, Çiçek M. Retrospective investigation of serological finding in diagnosis of parasite agents caused mass in

liver. Dicle Medical Journal 2014;41: 352-6.

12. Bektaş M, Dökmeci A, Cinar K, Halici I, Oztas E, Karayalcin S et al. Endoscopic management of biliary parasitic diseases. Dig Dis Sci 2010;55:1472-8.

13. Kaya M, Beştaş R, Cetin S. Clinical presentation and management of Fasciola hepatica infection: single-center experience. World J Gastroenterol 2011;17:4899-904.

14. Ozer B, Serin E, Gümürdülü Y, Gür G, Yılmaz U, Boyacıoğlu S. Endoscopic extraction of living fasciola hepatica: case report and literature review. Turk J Gastroenterol. 2003;14:74-7.

15. Agin M, Kayar Y, Dertli R. Diagnosis and Treatment of Fasciola Hepatica With Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in a Child Patient: Case Report. Cureus. 2020;12:e10486.

16. Dusak A, Onur MR, Cicek M, Firat U, Ren T, Dogra VS. Radiological imaging features of fasciola hepatica infection - a pictorial review. J Clin Imaging Sci 2012;2:2.

17. Sezgin O, Altıntaş E, Disibeyaz S, Saritas U, Sahin B. Hepatobiliary fascioliasis: clinical and radiologic features and endoscopic management. J Clin Gastroenterol 2004;38: 285-90.

18. Çavuş B, Akyüz F, Kaymakoęlu S. A case of cholestasis caused by Fasciola hepatica diagnosed with endosonography: "Sometimes seeing might not be enough, watching is required". Endoskopi Gastrointestinal. 2019; 27: 62-4.

19. Aslan F, Alper E, Akpınar Z, Baydar B, Aksöz MK, Buyraç Z, et al. A rare cause of cholangitis: Fasciola hepatica. Turk J Gastroenterol. 2010;21:329-30.

20. Kaya M, Beştaş R, Cetin S. Clinical presentation and management of Fasciola hepatica infection: single-center experience. World J Gastroenterol. 2011;17:4899-904.

21. Sapmaz F, Kalkan IH, Guliter S, Nazlıoęlu A. A clinical presentation of a very rare infection: parenchymal Fasciola hepatica. Turkiye Parazitolo Derg 2013;37:305-6.

22. Aydın Z, Akın A, Aydın D, Koçar M, Gül AE, Irmak R, et al. A Case report, imitating metastatic liver cancer radiologically: Fasciola Hepatica. Medeniyet Med J. 2006; 21: 197-9.

23. Akbulut S, Ozdemir E, Samdanci E, Unsal S, Harputluoęlu M, Yılmaz S. Fascioliasis presenting as colon cancer liver metastasis on 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography: A case report. World J Hepatol. 2019;11:656-62.