

Biliyer askariasisin neden olduğu tıkanma ikteri: Bir akut karın olgusu

Biliary ascariis-induced obstructive jaundice: a case of acute abdomen

Hayrettin ÖZTÜRK,¹ Hülya ÖZTÜRK,² Hatun DURAN,³ Selçuk OTÇU³

Ascaris lumbricoides dünyadaki en yaygın helmintik hastalıklardan biri olup birçok komplikasyon oluşturabilir. Helmintik safra yolları içinde varlığının gösterilmesi, özellikle çocuklarda, nadir bir durumdur. Bu yazıda, cerrahi akut karın bulgularına benzer şikayetlerle başvuran ve safra yolları içinde askaris helminti gösterilen bir olgu sunuldu. Ultrasonografik değerlendirme ile tanısı konan hastaya, tedavide mebendazol ve antispazmotik verilerek tedavi sağlandı. Biliyer askariasis çocuk yaş gurubu hastalar dahil olmak üzere endemik bölgelerden gelen hastalarda görülen akut karın ağrısı tablosunda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahat Sözcükler: Askariasis; akut karın ağrısı; biliyer ağaç; çocuk.

Ascaris lumbricoides is one of the most common helminthic diseases worldwide and it can cause various complications. The presence of this worm in the biliary tree, however, is a rare condition, especially in children. We describe a child with biliary ascariasis who was presenting clinical symptoms mimicking surgical acute abdomen. The diagnosis was made by ultrasound. The child was successfully treated with mebendazole and anti-spasmodic. Biliary ascariasis should be added to the differential diagnosis of acute abdominal pain in patients, even in children, from endemic areas.

Key Words: Ascariasis; acute abdominal pain; biliary tree; child.

Askariasis genellikle az gelişmiş ülkelerde olmak üzere tüm dünyada yaygın bulunan ve insanlarda sık görülen bir helmintik infestasyondur.^[1-3] *Ascaris lumbricoides*'in insanda ana yerleşim yeri gastrointestinal sistem olup öncelikle ince bağırsakları nadiren de aynı sistemin diğer organlarını tutar. İntestinal askariasisin yapısı ve hareketliliğinden dolayı bazen safra kanallarına göç ederek hepatobiliyer ve pankreatik hastalıklara neden olabilir.^[4] Ancak çocuklarda görülen biliyer askariasisle ilgili raporlar oldukça azdır.^[3,5,6] Biliyer askariasisin neden olduğu klinik tablo cerrahi tedavi gerektiren diğer akut karın tabloları ile karışabilir ve hastalığın kendisi bazen cerrahi tedaviyi gerektirebilir.

Biliyer askariasisli bu olguyu sunmadaki amacımız hastalığın klinik seyri, tanı ve ayırıcı tanıdaki

özellikleri ve tedavi seçiminde tutulacak yolun ilgili literatür ışığında tartışılmasıdır.

OLGU SUNUMU

On dört yaşında, 40 kg ağırlığında kız çocuğu, bir haftadan beri devam eden ve karının sağ üst kadransında sık tekrarlayan şiddetli ağrı, safrsız kusma ve iştahsızlık şikayetleri ile kliniğimize getirildi. Olgunun hikayesinde gastrointestinal sistemin parazitozlar dahil olmak üzere dikkati çeken özelliği yoktu. Hastanın fiziksel incelemesinde, vücut sıcaklığı 36,7°C, skleralarda subikterik bir görünüm, karının palpasyonunda sağ üst kadransında hassasiyet, defans vardı. Tam kan ve biyokimya değerlendirmelerinde, beyaz küre 12,400/mm³, hematokrit %35,7, trombosit sayısı 369000/mm³, karaciğer fonksiyon testleri

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, ²İzzet Baysal Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, Bolu, ³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır.

¹Department of Pediatric Surgery, Abant İzzet Baysal University, Faculty of Medicine, Bolu; ²Department of Pediatric Surgery, İzzet Baysal Obstetrics and Children Hospital, Bolu; ³Department of Pediatric Surgery, Dicle University Faculty of Medicine, Diyarbakır, Turkey.

İletişim (Correspondence): Dr. Hayrettin Öztürk. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 14280 Bolu, Turkey.
Tel: +090 - 374 - 253 46 56 / 3220 Faks (Fax): +090 - 374 - 253 46 15 e-posta (e-mail): ozturkhayrettin@hotmail.com

normal sınırlarda ve kan bilirubin değerleri; total bilirubin 9,9 mg/dl ve direkt bilirubin 7,7 mg/dl bulundu. Gaitada parazitoz negatif, tam idrar değerlendirilmesi normal olarak saptandı. Olgunun radyografik değerlendirmesinde, ayakta direkt karın grafisi normal olarak değerlendirilirken, karın ultrasonografisinde (USG) karaciğerde orta hepatik ven ve vena porta paralelinde uzanım gösteren, koledok lokalizasyonunda, 7-8 cm uzunluğunda, kenarları hiperekojen ve ortası hipoekoik olan lineer görünümli tübüler yapılar izlenmekteydi ve şüpheli bir askariasis bulgusu olarak değerlendirildi (Şekil 1). Karın bilgisayarlı tomografi (BT) değerlendirmesinde karaciğer normal boyutlarda olup intrahepatik safra yolları içinde hava değerleri (aerobili; Hounsfield ünitesi: -600 Hu) ve aerobiliye bağlı intrahepatik safra yolları dilatasyonu gözlemlendi. Aerobilinin nedeni, koledok içi askarisin Oddi sfinkterini açık tutması nedeni ile bağırsak içi gazın biliyer sistem içine kaçması ve biliyer sistemi belirgin ve dilate olarak göstermesi olarak yorumlandı.

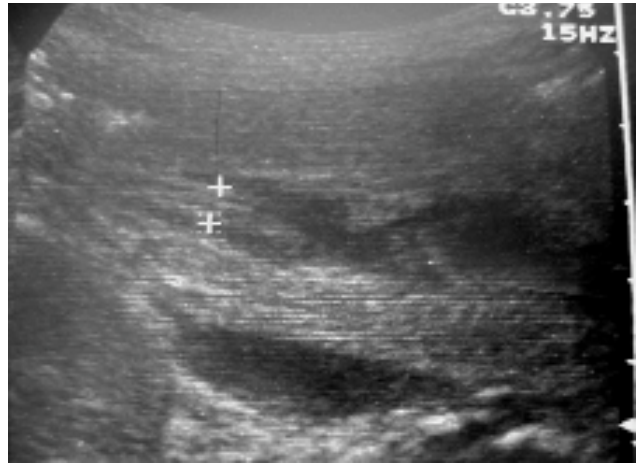
Hastanın akut karın ağrısı tablosunun nedeni koledok içindeki askarise bağlı biliyer kolik olarak değerlendirildi ve tıbbi tedavi ile takibine karar verildi. Hastaya mebendazol (100 mg/gün, 3 gün), analjezik ve antispazmolitik tedavisine başlandı. Klinik semptom ve bulguları tedavinin ikinci gününden sonra hızla düzelen hastanın, hastaneye yatırılışının üçüncü günü çekilen kontrol USG'sinde safra yollarındaki askariasis olarak değerlendirilen patolojik görünümün ve aerobilinin ve buna bağlı intrahepatik safra yolları genişlemesinin tamamen kaybolduğu gözlemlendi. Klinik takip sırasında hasta feçes içinde askaris helmintini çıkardı. Olgu toplam üç günlük tıbbi tedavi sonrasında üç hafta sonra tekrarlanacak koruyucu antihelmintik tedavi (mebendazol, 100 mg/gün, 3 gün) reçetesi ile taburcu edildi. Hastanın bir ay sonraki kontrolünde, klinik ve USG bulguları tamamen normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Askariasis, çoğunlukla çocuklarda olmak üzere tüm yaş gruplarında görülebilen intestinal infestasyondur.^[1,2] Tüm dünyada yaygın olarak bulunan^[2,3,7] bu helmintik parazitoz için ülkemizde doğu (%51,8) ve Güneydoğu Anadolu (%74,4) bölgeleri risk altındadır.^[8] Askariasisin yetişkin formu gastrointestinal sistemde orifislere ve kanallara göç edebilme yeteneğine sahiptir ve bu yüzden akut kolanjit, akut kolisit, akut pankreatit, akut apandisit, karaciğer ap-

sesi, granüloamatöz hepatitis, safra yolları taşı oluşumu ve septisemi gibi komplikasyonlara yol açabilir.^[2,4,9,10] Biliyer askariasisde klinik semptom ve biyokimyasal test sonuçları genellikle non-spesifiktir.^[11] En sık klinik bulgu olgumuzda da olduğu gibi sağ hipokondrial ağrı ve defans olup, bunun dışında hastalarda ateş, bulantı, kusma ve sarılık şikayetleri de bulunabilir.^[7,5,11] Bu klinik tablo birçok cerrahi gerektiren akut karın tablosu ile karıştığından bu hastalarda ayırıcı tanı tedavinin seçiminde önemlidir. Koledok içinde bulunan ve biliyer kolik tablosu oluşturan bir yabancı cismin (askaris helminti) yapacağı tıkanıklığa bağlı olarak bilirubin seviyelerinde artma her zaman gözlenmeyebilir. Hastamızın bu kolanjit tablosu yanında gralomatöz peritonit gibi ek patolojileri yoktu. Sandouk ve arkadaşları^[7] 300 olguluk pankreatiko-biliyer askariasis hastaları serilerinde ancak 4 hastada (%1,3) obstrüktif sarılık geliştiğini bildirmişlerdir. Bunun nedeninin Oddi sfinkterinin intermitan spazmına bağlı olarak safranın koledok içinden bağırsağa kaçabilmesi olarak düşünülmüştür.^[2] Bizim olgumuzda da askariasisin yaptığı parsiyel tıkanıklığa bağlı sarılık bulgusu ortaya çıkmıştır. Hastanın total bilirubin ve direkt bilirubin değerlerindeki yüksekliği yanında subikterik sarılığı dikkati çekmiştir.

Safra yollarında ya da safra kesesindeki *Ascaris lumbricoides*'in tanısı USG incelemesi yanında, endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi,^[7,12] intravenöz kolanjiyografi,^[2,13] BT^[14,15] ve manyetik re-



Şekil 1. Karaciğerin ultrasonografik görünümünde portal ve hepatik venlerin paralelinde, koledok kanalı trasesine uyan yerleşimde, 4 mm çapında, 6-7 cm boyunda, hiperekojen ve akustik gölge vermeyen ve askaris helminti görünümü ile uyumlu (oklar ile işaretli) olan lineer lezyon.

KAYNAKLAR

zonans kolanjiyopankreatikografi (MRCP)^[14] görüntüleme yöntemleri kullanılarak koyulabilir. Bununla beraber, biliyer askariazis tanısında basit, hızlı, güvenilir ve non-invaziv özellikleri ile USG günümüzün en kullanışlı tanı yöntemi olmaya devam etmektedir.^[1,9,11-13,16] Askarisin USG'deki görünümü hiperekojenik, akustik gölgesi olmayan, lineer veya yuvarlak kesitli kitle şeklinde olup, solucanın ilerleme hareketi ve parazitin orta kısmında sindirim sistemi izlenebilir.^[1,16] USG çalışmalarında koledoktaki askariazisin yumuşak doku kitlesinin kolanjiyokarsinomayı taklit edebilmesi nedeniyle,^[17] özellikle endemik bölgelerde biliyer askariazisin ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Olgumuzun klinik semptom ve bulguları göz önüne alındığında öncelikle karaciğer ve safra yolları patolojisi düşünülmüş ve yapılan ilk USG'de koledokta *Ascaris lumbricoides* helmintinin varlığı tipik USG bulguları ile doğrudan ve ayrıca BT'de intrahepatik safra yollarının aerobiliye bağlı dilatasyonu ile dolaylı olarak gösterilmiştir. Hastamızın değerlendirilmesinde, kliniğimizde MR cihazı bulunmadığından dolayı MRCP kullanılmadı.

Hepatobiliyer askariazisin asıl tedavi yöntemi ilaçtır ve tedavide mebendazol kullanılır.^[1,16] Konservatif tedavinin yetersiz kaldığı ve ilerleyici safra yolları tıkanıklığı, septisemi gibi durumlarda endikasyona göre endoskopi yoluyla safra kanallarından askarisin çıkarılması, endoskopik sfinkterotomi, laparoskopik kolesistektomi veya laparotomi yolu ile tedavi uygulanır.^[1,9,11] Endoskopik yöntemlerin daha az invaziv ve etkin olması, semptomların hızlı bir şekilde kaybolması ve olası komplikasyonların önlenmesi yönü ile laparotomiye göre daha üstün olduğu bildirilmiştir.^[9] Olgumuzda diğer herhangi bir tedavi yöntemine gerek kalmaksızın tıbbi tedavi ile sağlığını sağlamış ve akut karına ait klinik semptom ve bulgular hızla düzelmiştir.

Sonuç olarak, *Ascaris lumbricoides*'in endemik olarak bulunduğu bölgelerde sağ hipokondrial karın ağrısı ile başvuran hastalarda biliyer askariaziste ayırıcı tanıda düşünülmeli ve hasta USG ile dikkatlice araştırılmalıdır. Tedavide konservatif yaklaşım öncelikli olarak düşünülmelidir.

1. Aslam M, Doré SP, Verbanck JJ, De Soete CJ, Ghillebert GG. Ultrasonographic diagnosis of hepatobiliary ascariasis. J Ultrasound Med 1993;12:573-6.
2. Dib J Jr, Carvajal A, Giannone C, Gómez C, Bethencourt M, Araujo A. Hepato-biliary ascariasis. Gastrointest Endosc 2000;51:594.
3. Danacı M, Belet U, Selçuk MB, Akan H, Baştemir M. Ascariasis of the gallbladder: radiological evaluation and follow-up. Pediatr Radiol 1999;29:80.
4. Küçükaydın M, Okur H, İçer M, Zorlu M. Intestinal complications of *Ascaris lumbricoides* in children. Erciyes Medical Journal 1989;11:484-9.
5. Sarihan H, Gurkok S, Sari A. Biliary ascariasis. A case report. Turk J Pediatr 1995;37:399.
6. Dokucu Aİ, Öztürk H, Bükte Y, Ece A, Otçu S, Devci E, ve ark. Çocukta nadir bir akut karın nedeni: Safra yolu askariyazı. Pediatik Cerrahi Dergisi 1999;13:47-50.
7. Sandouk F, Haffar S, Zada MM, Graham DY, Anand BS. Pancreatic-biliary ascariasis: experience of 300 cases. Am J Gastroenterol 1997;92:2264-7.
8. Yaşaral Ş. Nematodlar ve yaptıkları hastalıklar. In: Yaşaral Ş, editor. Medikal parazitoloji. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 1984. p. 243.
9. Ozcan N, Erdogan N, Kucuk C, Ok E. Biliary ascariasis: percutaneous transhepatic management. J Vasc Interv Radiol 2003;14:391-3.
10. Tolu İ, Güleç M, Şahin M. Ultrasonographic observation of ascariasis in the choledochus. Turk J Resc Med Sci 1991;9:327-9.
11. Lwin M, Tint KS. *Ascaris* cholecystitis and cholangitis: an experience in Myanmar. J R Coll Surg Edinb 1994;39:243-5.
12. Chinh ND, Long NT, Bach TT, Huguier M. *Ascaris*-induced acute pancreatitis. [Article in French] Ann Chir 2004;129:83-6. [Abstract]
13. Yoosamran A. Ultrasound diagnosis of biliary ascariasis. J Med Assoc Thai 1998;81:454-7.
14. Ng KK, Wong HF, Kong MS, Chiu LC, Tan CF, Wan YL. Biliary ascariasis: CT, MR cholangiopancreatography, and navigator endoscopic appearance--report of a case of acute biliary obstruction. Abdom Imaging 1999;24:470-2.
15. Rocha Mde S, Costa NS, Costa JC, Angelo MT, Lessa Angelo Júnior JR, Sonoda L, et al. CT identification of *ascaris* in the biliary tract. Abdom Imaging 1995;20:317-9.
16. Rauniyar RK, Agrawal CS, Baboo S, Singh RK, Sharma U, Rao JS. Live ascariasis of gall bladder and bile duct: clinical and radiological features. Trop Doct 2004;34:46-8.
17. Ali M, Khan AN. Sonography of hepatobiliary ascariasis. J Clin Ultrasound 1996;24:235-41.