

Biliyer Askariasis'in Endoskopik Tedavisi

Dr. Ülkü SARITAŞ, Dr. Ali GÖREN, Dr. Doğan AKYOL, Dr. Burhan ŞAHİN

Özet: Askariasis gelişmekte olan ülkelerde biliyer sistem hastalıklarının sık rastlanan nedenlerinden biridir. Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERKP) biliyer askariasis için sadece hassas bir tanı yöntemi değil aynı zamanda etkin bir tedavi edici yöntemdir. Bu makale de ERKP ile tanı konup endoskopik olarak yerleştirilen nasobiliyer dren (NBD) yolu ile safra yollarına direkt olarak mebendazol vererek tedavi edilen bir biliyer askariasis olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Biliyer askariasis, Endoskopik tedavi, Mebendazol.

Askariasis insanlarda en sık rastlanan paraziter hastalıktır. Halk sağlığı ve kişisel hijyenin düşük olduğu ülkelerde milyonlarca insan parazitle enfektidir. *Ascaris lumbricoides* (AL) genellikle önemli bir semptomu neden olmaksızın barsak lümeninde yaşar. Parazitin erişkin şekli arada bir biliyer sisteme geçerek biliyer kolik, akut kolanjit ve akut kolesistite neden olur(1). Endemik bölgelerde biliyer sistem hastalıklarında safra taşına eşit oranda rol oynar. Önceleri konvansiyonel radyolojik yöntemlerle safra yollarında erişkin paraziti tabit etmek imkansız iken son zamanlarda ultrasonografi (US) ve ERKP tanıda önemli yer almışlardır (2,3). ERKP sadece bir tanı aracı değil aynı zamanda oldukça etkili bir tedavi aracıdır (4). Parazitin endoskopik olarak çıkartılması, biliyer drenaj ve safra yollarına direkt olarak antihelmintik ilacın verilmesi mümkündür (5). Bu makalede ERKP ile teşhis edilip NBD yolu ile antihelmintik ilaç ve-

Summary: ENDOSCOPIC TREATMENT OF BILIARY ASCARIASIS

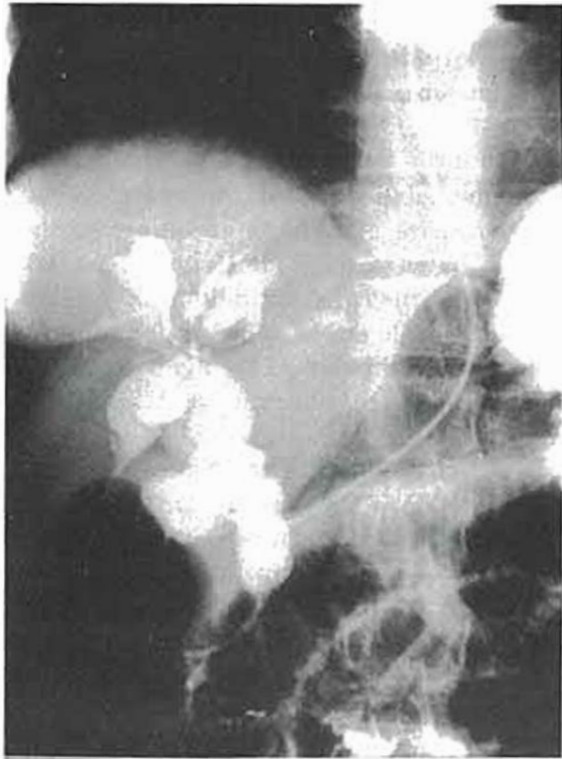
Ascariasis is a common cause of biliary tract disease in development countries. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) not only is a sensitive diagnostic tool but also has a major therapeutic role in biliary ascariasis. In this report one case of biliary ascariasis diagnosed by ERCP and treated by instillation of mebendazol through a nasobiliary drain is presented.

Key words: Biliary ascariasis, Endoscopic treatment, Mebendazol.

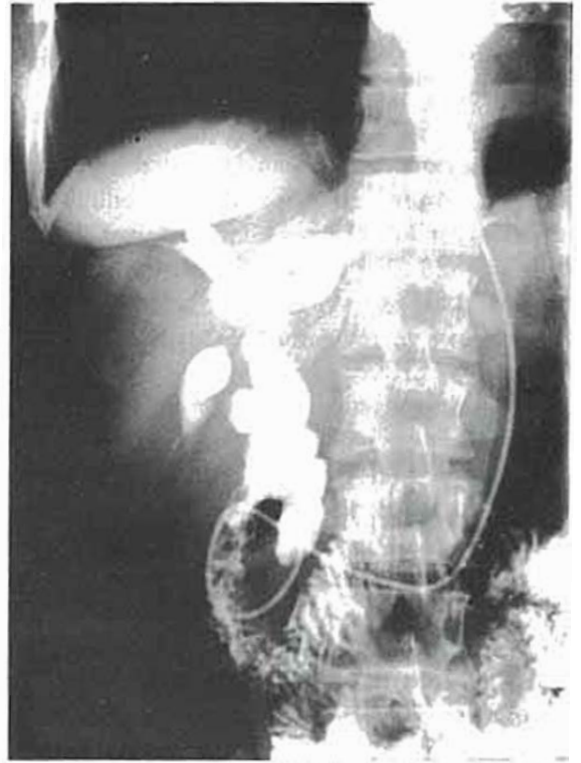
rilerek tedavi edilen bir biliyer askariasis olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNULUŞU

Yirmi dört yaşında kadın hasta bulantı, kusma karın ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünden kolelitiazis ve karoli hastalığı nedeni ile 6 ay önce kolesistektomi ve koledokoduodenostomi geçirdiği öğrenildi. Fizik incelemede kan basıncı 110/80 mmHg, nabız 88/dk, vücut ısı 37°C idi. Solunum ve kardiovasküler sistem normaldi. Karın muayenesinde sağ hipokondriumda kesi izi ve palpasyonla duyarlılık mevcuttu. Karaciğer kosta kenarını 2cm geçiyordu. Dalak ele gelmiyordu. Traube açıktı. Lokosit:12.000 (12.000), Hb:10,5gr 1dl idi. Biyokimyasal testler normaldi. US de karaciğer normalden hafif büyük alup ekosu normaldi. Koledok ve intrahepatik safra yollarında (IHSY) kistik genişlemeler ve koledok içinde bant şeklinde hipere-



Resim 1: ERKP'de koledok ve introhepatik safra yollarında kistik dilatasyonlar ve kist içinde kıvrılmış AL'e ait tubuler dolma defekti görülüyor.



Resim 2: Tedavi sonrası NBD den opak madde verilerek yapılan kontrolde askarise ait görünümün kaybolduğu ve koledokoduodenostomiden duodenuma opak maddenin geçişi görülüyor.

kojen yapı görüldü. ERKP yapıldı. Koledok ve İHSY kistik dilatasyonlar gösteriyordu ve kistlerden biri içinde kıvrılmış askarise ait tubuler dolma defekti görüldü (Resim 1). Duodenumda post bulber bölgede koledokoduodenostomi ağzı görüldü ve iyi çalışıyordu. AL kist içinde kıvrıldığı ve buradan duodenuma geçmesinin zor olacağı düşünülerek hem biliyer drenajı sağlamak, hemde antihelmintik ilacı safra yollarına direkt olarak vermek için NBD takıldı. Üç gün 2x100 mg mebendazal NBD den instillasyon ile ve 2x100mg oral olarak verildi. 4. gün NBD den opak madde verilerek skopi altında kontrol yapıldı. Daha önce kist içinde kıvrılmış olarak görülen AL kaybolmuştu. Hastanın semptomları gerilemişti. NBD çıkartıldı (Resim 2,3). 3 hafta sonraki US kontrolünde askarise ait görünüm yoktu ve hastanın kliniği normaldi.

TARTIŞMA

Askariasis dünyada en sık rastlanan paraziter hastalık olup özellikle gelişmekte olan tropikal ve subtropikal bölgelerde endemik olarak bulunmaktadır. Bu bölgelerde biliyer sistem hastalıklarında askariasis başta gelen etiyolojik nedendir. Duodenumda bulunan AL ampuller orifisten girerek biliyer ve pankreatik kanalları tıkar ve sırası ile ciddi biliyer kolik ve akut pankreatit ataklarına neden olur. Koledok içindeki parazit sistik kanal çıkışınıda tıkararak safra kesesi distansiyonu ve takiben akut kolesistite yol açar. Akut kolanjit ve karaciğer absesi meydana gelebilir.

Hepatobiliyer askariasisi oral kolesistografi, intravenöz kolanjiografi gibi biliyer görüntüleme yöntemleri veya cerrahi eksplorasyonla

tesbit etmek oldukça zordur. US oldukça duyarlı ve özgül zedeleyici olmayan bir tanı yöntemidir. Semptomatik hastalarda sık sık tekrarlanarak hareketli parazit saptanabilir.

ERKP hem biliyer askariasis tanısında en duyarlı yöntemdir, hemde önemli bir tedavi aracıdır. Biliyer kolik sırasında parazitin duodenumdan endoskopik olarak çıkartılması ile ağrı ortadan kalkar. Anti-spazmodik analjeziklere yanıt vermeyen tekrarlayan biliyer koliklerde acil ERKP endikasyonu vardır. Ancak her hastada parazitin çıkartılması gerekmez. Antibiyotik tedavisi, biliyer drenaj yeterli olur ve parazitin kendisi biliyer sistemden çıkar. Ancak akut pyojenik kolanjitli ve durumu kritik olan hastalarda parazitin çıkartılması gerekebilir. Biliyer dekompresyon ve parazitin çıkartılması mümkünse endoskopik sfinkterotomi yapılmaksızın çıkartılmalıdır. Çünkü koledok taşı için daha önce sfinkterofomi yapılan hastalarda parazitin safra yollarına girişi kolaylaşmakta ve sık sık safra yollarına gir-

mektedir ve bu işlem endemik bölgelerde özel bir dezavantaj oluşturmaktadır (1). Parazitin safra yollarında ölmesi ile safra taşlarına çekirdek oluşur.

Antihelmintik ilaçların enterohepatik sirkülasyonu olmadığı için bu ilaçlar sadece intestinal askariasis etkilidirler ve biliyer sistemdeki AL barsağa geçmediği sürece ona etki etmezler. Bu nedenle antihelmintik ilaçların bir NBD yolu ile direkt olarak safra yollarına enjekte edilmesi tedavide bir diğer seçenektir (5). Ancak kolanjiti olmayan ve AL duodenuma rahatlıkla geçebileceği düşünülen hastalarda sadece oral anti helmintik ilaç verilmesi yeterli olabilir (6). Kolanjiti olan hastalarda ise parazitin çıkartılması ve biliyer drenaj gereklidir (3). Bizim olgumuzda olduğu gibi AL duodenuma kolayca geçemeyeceği düşünülen olgularda oral antihelmintik tedaviye ilave olarak NBD yolu ile antihelmintik ilacın direkt olarak safra yollarına enjekte edilmesi oldukça etkili görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Khuroo MS, Zargar SA. Biliary Ascariasis. *Gastroenterology* 88: 418-23, 1985.
2. Ceri GG, Leite CJ, Simoes IB. Ultrasonographic Evaluation of Ascaris in the Biliary Tract. *Radiology* 146: 753-54, 1983.
3. Jessen K, Al Mofleh I, Al Mofarreh M. Endoscopic Treatment of Ascariasis Causing Acute Obstructive Cholangitis. *Hepato-gastroenterol* 33: 275-77, 1986.
4. Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R. Hepatobiliary and Pancreatic Ascariasis in India. *Lancet* 335: 1503-6, 1990.
5. Kamath PS, Joseph DC, Chandran R. Biliary Ascariasis: Ultrasonography, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and Biliary Drainage. *Gastroenterology* 91: 730-32, 1986.
6. Şahin T, Boyacıoğlu S, Gökçe I, Sarıtaş U. Biliyer Askariasis. *Gastroenterology* 2(3) 361-65, 1991.