

STRONGYLOİDES STERCORALİS

(Bir Vaka Nedeniyle)

Ali Özden* Necati Örmeci** Özden Uzunlimoğlu***

Strongyloides stercoralis paraziti özellikle sıcak ve nemli iklim şartlarında, hijyen şartları iyi olmayan kişilerde endemik bulunan bir parazittir. Parazit normal dirençli insanlarda asemptomatik veya hafif semptomlarla çok uzun yıllar seyredebilir. Son yıllarda immün yetmezlikle veya barsaklardaki fonksiyonel veya organik değişikliklerden sonra gelişen stazla beraber olduğu zaman % 50 - 70 fatal seyrettiği bildirilmiştir (4,6,10).

Biz ciddi seyreden ve tedaviye cevap veren bir vak'ayı takdim edeceğiz ve strongyloidiazis hiperenfeksiyon sendromu patojenezini tartışacağız.

VAKANIN TAKDİMİ :

VT (Prot : 157/84), 31 yaşında, ev kadını, İskenderun'lu; Karın ağrısı, ishal, bulantı, kusma şikayetleri olan hasta 1982 yılında kliniğimize yatırıldı. Hastanın şikayetleri 1980 yılında başlamış, İskenderun'da sağ hipokondriyumda kitle tesbit edilerek opere edilmiş. Operasyonda sağ hipokondriyumda 10x15 cm. boyutlarında kitle ve mezenter lenfadenopati tesbit edilmiş. Sağ hemikolektomi, ileotransversostomi uygulanmış. Çıkarılan materyelin patolojik incelenmesi lenfoit hiperplazi ve reaktif lenf düğümleri olarak değerlendirilmiş. Operasyondan itibaren 1 yıl hiçbir şikayeti olmayan hastada hamileliği ile birlikte karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal şikayetleri tekrar başlamış. İshal gündüzleri 5-6, geceleri 7-8 kez, sulu, kansız ve müküssüz, pis kokulu, bazen gıda artıkları içeriyormuş. Karın ağrısı sağ hipokondriyumda, 1-2 saat süren, bele vuran, geceleri artan yemek-

* Gastroenteroloji Bilim Dalı Uzmanı

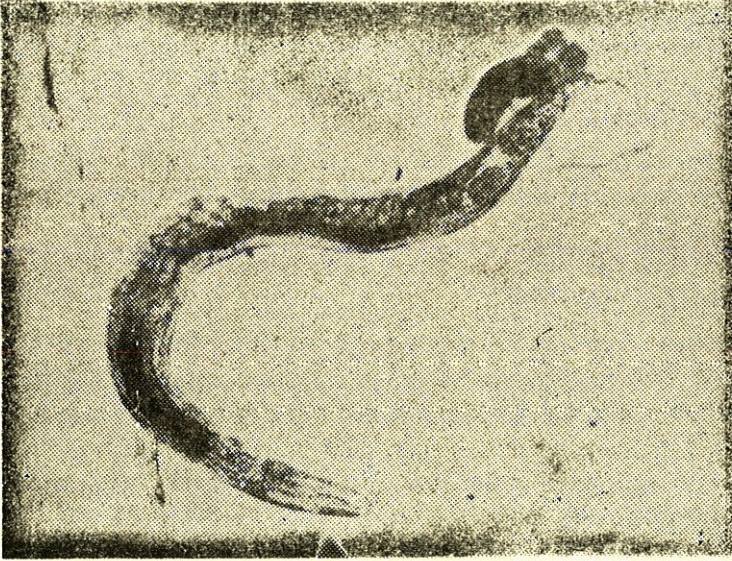
** Gastroenteroloji Bilim Dalı Uzmanı

*** Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı

lerle ilişkisi olmayan analjeziklere cevap veren künt vasıfta bir ağrıymış. Ateş ve gece terlemeleri aralıklı oluyormuş bir senede kilo kaybı 18 Kg. olmuş.

Fizik muayenede üst ekstremitelerde çomak parmak, karında sağ alt kadranda 4-5 cm. eninde ve 10-12 cm. boyunda barsak ansı şeklinde kenarları kesin belirlenemeyen kitle mevcut. Sistemlerin sorgusu, öz ve soy geçmişinde kayda değer bulgu tesbit edilemedi.

Laboratuvar Bulguları : Lökosit 8800 Eritrosit 3,5 milyon Htc : % 33, Sedimentasyon 65-90 mm/1-2 saat Lökosit formülünde parçalı % 40, Çomak % 2, lenfosit % 34, Eozinofil % 18, monosit % 2, bazofil % 3, genç % 1, eritrositlerde hafif anizositoz, poikilositoz ve kısmi paradi zisi teşekkülü mevcut, trombositlerde özellik görülemedi. Gaitada S. Stercoralis'e ait rhabditiform larvaları bol miktarda görüldü. (Şekil 1).

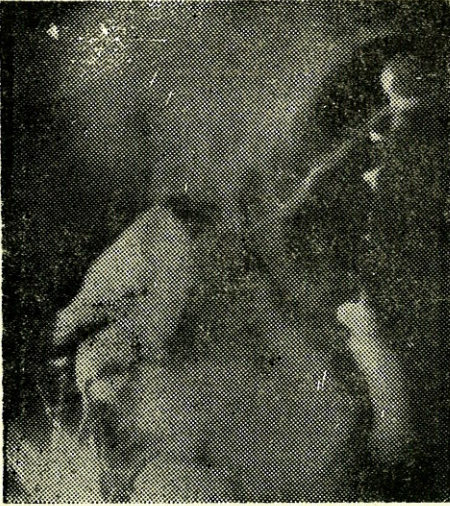


Şekil : 1 - Strongyloides Stercoralis parazitinin görünümü.

Gizli kan (-), hazım tetkikinde 2-3 yağ asidi ve 1-2 kas lifi bulundu. 3 günlük total gaita 1567 gr, total yağ miktarı 9,2 gr. D-xylose testi, Normal açlık kan şekeri, üre, SGOT, SGPT, Alkalem fosfataz, bilirubin, total protein, kan elektrolitleri normal, protein elektro forezinde albüminde hafif azalma (% 44,8) Alfa 2 ve gamada hafif artma (sırasıyla 15,2 - 24,1) mevcut. Safra tubajında mebzul S. Stercoralis rhabditiform larvaları görüldü. İnce barsak biyopsisinde malabsorpsiyon bulguları gösteren intestinal mukoza mevcut olup Crohn hastalığı ve

lenfoma yönünden herhangi bir bulguya rastlanılmadı. Karaciğer iğne biyopsisinde karaciğerde hafif derecede aktif hiperemi tesbit edildi. Retroskopide aktif iç ve dış hemoroitler mevcuttu. Kolonoskopide mukoza 70 nci santimetreye kadar normaldi. İnce barsak ve kolon grafisinde sağ hemikolektomi ve uçuca enterokolostomi yapılmış olan hastada anostomoz yerinde hafif daralma ve daralmanın proksimalindeki ortalama 15 cm. uzunluğundaki ince barsak segmentinde mukoza kalın ve kenarları nodüler görünümündeydi (prestomal ileitis). Şekil 2.

Seyir ve Takip : Hastaya versit tablet 300 mg/gün ,10 gün verildi. Daha sonra Teramisin 2 gr/gün bir ay verildi. Hastanın karnındaki kitle kayboldu şikayetleri düzeldi ve 14 Kg. aldı. Tam kan, sedim, lökosit formülü normaldi safra tubajı ve gaitanın mükerrer parazit incelemelerinde parazit larvaları görülemedi. Tekrarlanan kolon grafisinde prestomal ileitis'in kaybolduğu dikkati çekti (Şekil 3).



Şekil : 2 - Tedaviden önce prestomal ileitis görülmektedir.



Şekil : 3 - Tedaviden sonra prestomal ileitisin kaybolduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

S. Stercoralis serbest ve parazit olarak 2 fazla yaşayan bir nematoddur. Nemli topraklarda dişiler tarafından bırakılan yumurtalardan birkaç saat sonra rhabditiform larvalar meydana gelir. 250x15 nm boyutlarında olan larvalar 30-36 saatte uygun şartlarda olgunlaşır. Bu siklus bir konakçıya girmeden devam eder. Eğer şartlar uygun değilse 1-4 günde bu larvalar infektif filariform larva şekline dönüşür. Fi-

lariform larvalar deriden veya daha nadir olarak ağız mukozasından insan organizmasına girerler. Deri ve mukozaları delerek hematogen yayımla akciğere oradan da farinx ve tekrar yutulularak barsaklara erişirler. İnce barsakta dişi larvalar mukoza pilileri içinde yuvalanırlar. Erkekleri ise lümende bulunur. Dişilerden yumurta ve rhabditiform larvalar husule gelir ve gaita ile atılır. Serbest siklusa döner. Bazen konağın barsağında, rhabditiform larva enfekte olan filariform larva ya dönüşür. Enfekte şekil barsak mukozasını ve perianal bölge derisini delerek oto enfeksiyona sebep olur. Bu şekilde endo oto enfeksiyon S. Stercoralis'in ciddi formuna yol açan en önemli süreçtir (5). Vakamızda ameliyata alınan materyalde lenfoid hiperplazi, reaktif lenfadenopati histopatolojik tanısı konulmuş fakat hastalığın etiyolojik sebebi bulunamamıştır. Ameliyattan 1 sene sonra gebelikle beraber hastalık nüks etmiş, kliniğimize geldiğinde hastanın semptomları oldukça şiddetli idi, aşırı zayıflama (15 Kg) ve % 18 eozinofili mevcuttu. Eozinofili yönünden yaptığımız araştırmalar sonunda gaitada S. Stercoralis'in rhabditiform larvalarını tesbit ettik.

Strongyloidiazis çok yaygın olduğu halde nadiren ciddi, hatta fatal seyreder. Bu durum parazit konak ilişkisinin bozulmasıyla izah edilmektedir (3,10). Türkiye'de yapılan kopro-parazitolojik araştırmalarda Rize'den Hatay'a kadar uzanan deniz kıyısı şeridinde sporadik enfeksiyon olguları bulunmuştur (11).

Hastalığın ağır seyirli gitmesi :

1. Konağın immün direncinin, kötü beslenme, tüberküloz lenfoma gibi malign hastalıklar, steroid ve immüno süpresif ilaç kullanılması sonucu bozulmasıyla olur (3,6,9,10).

2. İmmün değişiklik olmadan bazen konakta endo oto enfeksiyona uygun ortam husule gelir. Bu ortam kabızlık, megakolon, subileus, ileus, divertikülozis, duodenal ve jejunal hipotoni sonucunda husule gelebilir (5). Hastamız muhtemelen malnütrisyonu olan ciddi semptomlarla giden Strongyloidyalis olarak başlamış, ameliyat olmasına rağmen kesin teşhis konulamamış ameliyattan sonra gebelikte provoke olmuş ağır faza girmiştir. Literatürde bildirilen 3 vaka serisinde ortalama yaş 30 yaşın üzerinde 47,9-51,7'dir. Erkeklerde daha sık görülür. Eozinofili genellikle % 13-18 arasında değişmektedir. Gastrointestinal semtomlar % 24-41 vaka da görüldüğü bildirilmektedir. (1,5,7,8).

Strongyloidiazis de patolojik değişiklik yumurtaların veya larvaları noturduğu gastrointestinal kanalda olur. Bu değişiklikler :

1. Parazitin mukozayı irrite ve travmatize etmesi
2. Konağın iltahabi cevabı

3. Parazitin etkisiyle mukoza değişikliği ve bakteriyal etkinin ilavesi sonucunda oluşabilen karışık komplike lezyonlardır. Kataral enterit spruye benzer villus değişikliği ile giden ödematöz değişiklikler, adenitler ve fibrozis meydana gelebilir. Barsakta organik darlıklar meydana gelebilir. Bu lezyonlar genellikle segmenterdir. Bizim vakamızda olduğu gibi ince barsaktaki değişiklikler Crohn hastalığını taklit edebilir (5).

Strongyloidiyazis'in kronik gidişi asemptomatik orta derecede veya ağır semptomlarla seyirli olabilir. Orta derecede strongyloidiazisde karın ağrısı, diyare, başlıca şikayetlerdir. Nadiren bulantı kusma da olabilir. Ağrı sıklıkla göbeğin üstündedir. Diyare intermitant, kansız müküssüzdür. Hasta epizotlar arasında asemptomatiktir. Lökositöz ve eozinofili bulunur. İnce barsak grafisinde duodenum ve jejunumda genişleme, düzensizlikler görülür. Daha nadir olan ciddi, ağır seyreden strongyloidiazis vakalarında ince barsağa ilaveten kolonda da lezyonlar olur. Başlıca klinik belirti diyaredir. Karın ağrısı ve kusma hemen daima mevcuttur. Diyare sebebiyle elektrolit dengesizliği, hipoproteinemi ve buna bağlı ödem gelişir. Karın ağrısı ve kusma akut karını düşündürecek şiddette olabilir (2,7,8). Fizik muayenede bizim vakamızda olduğu gibi karın hassastır ve palpasyonla değişken, kenarları belirsiz kitleler palpa edilebilir. Bazı vakalarda karaciğer orta derecede büyüktür ve bu vakalarda histolojik olarak granülomatöz hepatit tesbit edilmiştir (8). Biz karaciğer iğne biyopsisinde karaciğerde hafif aktif hiperemi tesbit ettik. Çok ağır vakalarda komplikasyon olarak dehidratasyon, hipovolemik şok husule gelebilir. Barsakta motilite azlığı birçok vakada gelişir ve tabloyu ağırlaştırır. Hipotoninin kesin sebebi bilinmemekle beraber barsak duvarının larvalarla masif invazyonu veya toksin salgısıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Hipokalemi de hipotoniye hazırlayan bir faktördür (2,7).

Tiabendazol'un (Mintezol) ortaya çıkmasından sonra Strongyloidiazis'in tedavisi (son 2 dekat'tır) başarıyla yapılmaktadır. Mintezol adult şekilleri öldürür. Larvalara ve yumurtalara etkisizdir. Bu sebeple bu tedavi 2-4 hafta sonra tekrarlanmalıdır. Günde 2-3 kez 25 mg/kg. mintezol % 70-100 oranında etkilidir. Ciddi vakalarda hipovolemik şok ve elektrolit dengesizliği ile mücadele edilmelidir. Son zamanlarda cambendazole'un tedavide etkili olduğu bildirilmektedir. 5 mg/kg.

dozda verilir. Vakaların bir çoğunda parazitle beraber flore artması husule gelir. Tedavide bu husus ele alınmalıdır. Vakamızda flora artması mevcuttu ve geniş spektrumlu antibiotik tedaviye cevap verdi.

ÖZET

İnce barsak ve kolonda organik bozukluklarla seyreden strongyloides stercoralis vakası takdim edildi. Literatür yeniden gözden geçirildi.

SUMMARY

Strongyloides Stercoralis

A case of strongyloides stercoralis with organic disorders in the small and large bowels has been presented and the literature reviewed.

KAYNAKLAR

1. Anast BP and Birch CL. Strongyloides Stercoralis : Report of 62 cases. Journal of the American Medical Women's Association 18 : 623-632, 1963.
2. Cookson JB et all, Fatal Paralytic ileus due to strogyloidiazis. Britiash Medical Journal İV : 771-772, 1972.
3. Davidson AR, Fletcher HR, Chapman EL Risk Factors for Strongyloidiasis. Arch İntem Med. 144 : 321-324, 1984.
4. Fagundes LA, Busato O, Brentanol Strongyloidiazis : Fatal complication of renal transplantition. Lancer, ii, 439-440, 1971.
5. Filho CE Strongyloidiazis. Clinics in Gastroenterology 7 : (1), 179-200, 1978.
6. Gatty RaA, Good RA, The İmmunological deficiency diseases. Medical Clinics of Noth America, 54 : 281-307, 1970.
7. Kane GM, Luby PJ, Krejs JG, Intestinal Secretion as a Cause of Hypokalemia and Cardiac Arrest in a Patient with Strongyloidiasis. Digestive Diseases and Science 29 : (8), 768-772, 1984.
8. Poltera AA, Katsimbura M, Granulomatous hepatitis due to Strongyloides Stercoralis. Journal of Pathology, 113 : 241-246, 1974.
9. Rivera E et all Hyperinfection Syndrome with Strongyloides stercoralis. Annals of Internal Medicine 72 : (2), 199-204, 1970.
10. Rogers AW, Nelson B strongyloidiasis and Malignant Lymphoma. Jama 195 : (8), 685-687, 1966.
11. Unat E K ve arkadaşları. Bir yatılı okulda tesbit edilen Strongyloidiazis Vak'aları. Mikrobiol Dergisi,10 : 60-67, 1957.