

DUODENAL BİYOPSİ İLE TANI KONULAN BİR GIARDİAZİS OLGUSU

Benal BUYUKGEBİZ*, Yasemen EROĞLU*, Emek OZEN**

D.E.U. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

D.E.U. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı**

ÖZET

Giardiasis, gastrointestinal sistem bulgularının sık görüldüğü bir enfeksiyondur. Parazitin trofozoit veya kist formları, dışkıdan direkt tetkiki ile tespit edilebilir. Bu tetkiklerin olumsuz sonuçlanması halinde jejunumun üst kısmı veya duodenumdan sıvı aspire edilerek incelenmeli veya biyopsi alınmalıdır. Bu yazıda giardiasis açısından nonspesifik bulgular gösteren ve duodenal biyopsi ile tanı konan bir olgu takdim edilmiştir.

Anahtar sözcükler: *Giardiasis, duodenal biyopsi*

Giardiasis, Giardia Lamblia (G. Lamblia) adı verilen protozoanın insanlarda duodenum ve proksimal jejunumda yerleşmesi sonucu oluşan bir enfeksiyondur. Hastalık, parazitin asemptomatik ekskresyonu şeklinde seyredebileceği gibi, akut veya kronik diare, abdominal kramplar, malabsorbsiyon gibi intestinal, kilo kaybı, büyüme geriliği, artrit, urtiker, iridosiklit, granulomatoz hepatit ve kolanjit gibi ekstra intestinal bulgularla da kendini gösterebilir(1-7).

SUMMARY

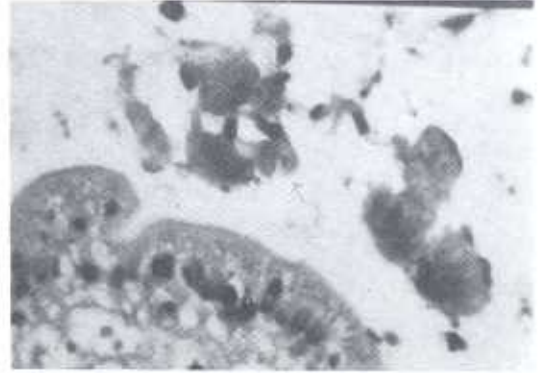
Giardiasis usually is manifested by gastrointestinal tract (GIT) symptoms. Several types of specimens from GIT can be used to diagnose this infection. For both trophozoites and cysts of parasite identification can be made on direct smears of stool. When stool specimens is negative, aspiration and/or biopsy, of the duodenum or upper jejunum should be performed. In this report, a case who had some nonspecific symptoms for giardiasis and who was diagnosed by duodenal biopsy is presented.

Key words: *Giardiasis, duodenal biopsy*

G. Lamblia'nın trofozoit formu enfeksiyondan, kist formu ise bulaşmadan sorumludur. Hastalığın tanısı dışkıda kist veya trofozoitlerin görülmesi ile kesinleşir. Ancak dışkı incelemesi her zaman tanı koydurucu olmayabilir. Aspirasyonla alınan duodenal sıvıda parazitin tespit edilmesi ve ince barsak biyopsilerinde protozoanın görülmesi de nadir olmayarak başvuru ve kesin tanıya ulaştırıcı tetkiklerdir. Bu yazımızda ince barsak biyopsisi ile tanı konulan bir giardiasis olgusu sunulmuştur.

OLGU TAKDİMİ

13 yaşında erkek hasta 6 aydır kotu ağız kokusunun olması ve bu süre içinde 4 kez tekrarlayan kısa süreli karın ağrısı şikayetleri ile bolumumuze başvurdu. Öz ve soygeçmişinde önemli bir özellik kaydedilmeyen hastanın fizik muayenesinde ağırlığı 58kg.(90-97p) boyu 172cm (>97p) bulundu. Tüm sistem bulguları doğaldı. Hastanın tam kan sayımı, idrar tetkiki, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, amilaz düzeyi, spot idrarda Ca/Cr oranı, protrombin ve parsiyel tromboplastin zamanı normaldi. PPD (-), dışkıda gizli kan ve farklı zamanlarda tekrarlanan parazit incelemeleri olumsuzdu. Dışkıda yağ (+), pH: 6, reduktan madde (+), indikanuri (+), D-Ksiloz testi sonucu: 8.4mg/dl, serum vit A düzeyi 28.9µgr/dl (N: 30-60), beta karoten düzeyi ise 38.8µgr/dl (N: 60-120) bulundu. Aspirasyonla alınan duodenal sıvının direkt bakısında giardia görülmedi, bu sıvıda bakteriyel kolonizasyon(bakteriyel overgrowth sendromu) varlığını tespit için yapılan kültürde ise ureme saptanmadı. Hastanın EEG bulguları, batin ultrasonografisi ve baryumlu kolon grafisi normaldi. İnce barsak grafilerinde ise mide, bulbus mukozası ile duodenumun ikinci kısmının mukozasında ödem tespit edildi. Duodenumun dördüncü kısmından alınan biyopsi örneğinde villuslarda ödem, lenfosit infiltrasyonu, lümeninde ise G. Lamblia trofozoitleri gözlemlendi (Şekil 1).



Şekil 1: Duodenal biyopsi ile tanı konulan bir giardiazis olgusu.

TARTIŞMA

Halitozis ve nonspesifik özellikte karın ağrısı yakınması ile başvuran hastamızın klinik bulguları giardiasis açısından yönlendirici değildi. Giardiasiste en sık görülen klinik bulguların diare, abdominal distansiyon, kramp tarzında karın ağrıları, pis kokulu yağlı dışkı ve kilo kaybı olduğu, daha az sıklıkla da bulantı, kusma, iştahsızlık ve kabızlık görülebildiği bildirilmiştir(8). Giardiasis tanısının konulması için dışkıda kist veya trofozoitin görülmesi yeterli ise de dışkı incelemelerinde pozitif sonuç almak her zaman kolay olmamaktadır. Laboratuvar personelinin deneyimli olmasının yanısıra dışkıyı inceleme metotları da sonucu etkilemektedir. Normal dışkıda kist formunu görmek mümkün olurken, trofozoitler taze ve sulu dışkıda tespit edilebilmektedirler. Parazitin

intermittan olarak ekskrete edilmesi nedeniyle dışkı incelemelerinin farklı zamanlarda tekrarlanmasının tanı oranını %90'a yükselttiği bildirilmiştir(9). Polivinil alkol veya %10'luk formalin solusyonları ile dışkının, parazitin morfolojisi bozulmadan uzun süre muhafaza edilmesi mümkün olmaktadır(9). Bazı laboratuvarlar, merthiolat-iodin-konsantrasyon yöntemini kullanarak dışkıyı konsantre etmekte ve incelemenin sensitivitesini arttırmaya çalışmaktadırlar(10). Trikróm boyası da trofozoitleri iyi belirleyen bir hoya olarak hem taze hem de konsantre edilmiş dışkıda kullanılmaktadır(10).

Giardiasisde parazitin intestinal epitel hücreleri ve fırçası kenarda zedelemenin yanısıra barsak lumeni ile enterositin absorptif yüzeyi arasında mekanik bir bariyer oluşturarak absorpsiyonu onlediği hipotezi ileri sürülmektedir(9,11). Giardianın yanısıra barsakta kolonize olan enterobakterilerin, safra tuzlarının dekonjugasyonuna yol açarak yağ ve yağda eriyen vitaminlerin malabsorpsiyonuna neden oldukları da düşünülmektedir(12). Giardiasis, başta laktaz olmak üzere disakkaridaz eksiklikleri de tanımlanmıştır(13). Hastamızda dışkıda yağ ve reduktan madde pozitifliği, D-Ksiloz testi, serum vit. A ve beta karoten düzeylerindeki düşüklük ile laboratuvar olarak kanıtlanan malabsorpsiyon tablosu mevcuttu. İndikanurininin varlığı da barsaktaki absorpsiyonun geciktirildiğini işaret etmekteydi. Tüm bulgular malabsorpsiyon etyolojisinde giardiasis düşündürmekle birlikte tekrarlanan dışkı incelemeleri ve duodenal sıvının tetkikinde parazit tespit edilmedi. Malabsorpsiyon

nun ayırıcı tanısı da düşünülerek yapılan ince barsak biyopsisi ile tanı konuldu.

Mikrovillus yüksekliğinde azalma, trofozoitlerin epitele penetrasyonu, lamina propria da enflamatuar hücre artımı ve mukus sekresyonunda artma gibi bulgular giardiasisde tanımlanmış histolojik değişikliklerdir(11). Barsakta epitel hasarı için, trofozoitlerin mukozaya invazyonuna gerek olmadığı, invazyon olmaksızın da, malabsorpsiyonun gelişebileceği bildirilmiştir(14). Barsaktaki morfolojik hasarın derecesinin D-Ksiloz ve folik asit absorpsiyonu ile uyumlu olduğu gözlenmiştir(15). Bizim hastamızda ise D-Ksiloz absorpsiyonu oldukça düşük olmasına karşılık, mukozal hasar ağır değildi. Giardiasisde, ince barsaktaki mukozal zedelemenin değişik bölgelerde farklı olabileceği, bu nedenle tek bir biyopsi örneğinin tüm barsak bulgularını yansıtmayacağı öne sürülmüştür(16).

Giardiasis sadece ülkemizde değil, gelişmiş ülkelerde de oldukça sık görülen bir enfeksiyon olmasına rağmen, parazitin rutin laboratuvar tetkikleri ile tespitinin güç olması nedeniyle tanının konulması gecikebilmektedir. Açıklanamayan gastrointestinal bulgular ile başvuran hastalarda giardiasisin akılda tutulmasının yanısıra, dışkıda parazitin görülme şansını arttıracak tetkiklerin kullanılmaya başlanması teşhis ve tedavi açısından zaman kazandıracaktır. Olanakların mevcut olduğu kurumlarda, duodenal biyopsi, hiç de nadir olmayarak kullanılan bir kesin teşhis metodu olmaya devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Nash TE, Herrington DA, Losonsky GA, et al. Experimental human infections with *Giardia lamblia*. *J Infect Dis* 1987; 156: 974-84.
2. Hjelt Karsten, Paerregaard A, Krasilnikoff PA. Giardiasis causing chronic diarrhoea in suburban Copenhagen: incidence, physical growth, clinical symptoms and small intestinal abnormality. *Acta Paediatr* 1992; 81: 881-6.
3. Gunasekaran TS, Hassall E. Giardiasis mimicking inflammatory bowel disease. *J Paediatr* 1992; 120: 424-6.
4. Shaw RA, Stevens MB. The reactive arthritis of giardiasis. *JAMA* 1987; 258: 2734-5.
5. Hamrich IIJ, Moore GW. Giardiasis causing uveitis in a child. *Am J Dis Child* 1983; 137: 761-3.
6. Knox DL, King J Jr. Retinal arteritis, iridocyclitis and giardiasis. *Ophthalmology* 1982; 89: 1303-8.
7. Roberts Thomson IC, Anders RF, Bhatnag PS. Granulomatous hepatitis and cholangitis associated with giardiasis. *Gastroenterology* 1982; 83: 480-3.
8. Craft JC. *Giardia* and giardiasis in childhood. *Pediatr Infect Dis* 1982; 1: 196.
9. Pickering LK, Engelkirk PG. *Giardia lamblia*. In: Kaplan SL (ed). *The pediatric clinics of North America*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1988; 35(3): 565-72.
10. Thornton SA, West AT, Du Pont HL, et al. Comparison methods for identification of *Giardia Lamblia*. *Am J Clin Pathol* 1983; 80: 858.
11. Büyükgebiz B, Kanra G, Büyükgebiz A. Giardiasis. *Yeni Tıp Dergisi* 1986; 3(3): 24-9.
12. Tandon BN, Tandon RK, Satpathy BK, et al. Mechanism of malabsorption in giardiasis: A study of bacterial flora and bile salt deconjugation in upper jejunum. *Gut* 1977; 18: 176.
13. Welsh JD, Rotley JR, Hensley J, et al. Intestinal disaccharidase and alkaline phosphatase activity in giardiasis. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3: 37.
14. Hjelt K, Paerregaard A, Krasilnikoff PA. Giardiasis causing chronic diarrhoea in suburban Copenhagen: incidence, physical growth, clinical symptoms and small intestinal abnormality. *Acta Paediatr* 1992; 81: 881-6.
15. Hjelt K, Paerregaard A, Krasilnikoff PA. Giardiasis: Haematological status and the absorption of vitamin B12 and folic acid. *Acta Paediatr* 1992; 81: 29-34.
16. Ament ME, Rubin CE. Relation of giardiasis to abnormal intestinal structure and function in gastrointestinal immunodeficiency syndromes. *Gastroenterology* 1972; 62: 216-26.