

Rutin kontrol sırasında saptanan asemptomatik bir olgu: Blastocystis hominis

An asymptomatic individual detected during a routine control: Blastocystis hominis

Orhan Polat Örs¹, Yusuf Adnan Güçlü², Tevfik Tanju Yılmaz², Kurtuluş Öngel³

¹ Arş.Gör.Dr., Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

² Uz.Dr., Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

³ Doç.Dr., Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Blastocystis hominis, gelişmekte olan ülkelerde sık görülen, uzun yıllar sınıflandırılmamış bir mikroorganizmadır. Çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte, klinik vakalar gastrointestinal sistem bulguları verir. Bu çalışmada Aile Hekimliği polikliniklerinde yapılan taramalarda çok sık karşılaşılan fakat çok fazla bilinmeyen bir Blastocystis hominis vakası tartışılmıştır. Bu olgu sunumu ile B.hominis'e, rutin muayenelerdeki önemine, tanı ve tedavisine dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Blastocystis hominis, tarama.

Abstract

Blastocystis hominis is one of the most common parasites found in the developing countries which couldn't classified for many years. Although it is asymptomatic in most individuals, clinical cases show gastrointestinal system symptoms. In this report, Blastocystis hominis infection which is seen in Family Medicine polyclinics widely but not known very well, was discussed. With this report; it is aimed to give caution for the importance, diagnosis and treatment of B.hominis.

Key Words: Family Medicine, Blastocystis hominis, screening.

Kabul tarihi: 2 Ekim 2011

Giriş

Blastocystis hominis uzun yıllar sınıflandırılmamış, kimi yazarlarca mantar, kimi yazarlarca protozoon sınıflamasına dahil edilmiş olan bir mikroorganizmadır. Ancak protozoon besiyerinde üremesi, mantar ve bakteri besiyerinde üreyememesi; protozoonlara etkili ilaçlara duyarlı olup, amphoteresine dirençli olması; hücre çeperinin protozoonlara benzeyip, yavaş hareket eden pseudopodlarının olması gibi nedenlerle bugün protozoon olarak kabul edilmektedir (1). İlk Blastocystis hominis vakası Perroncito tarafından 1899 yılında rapor edilmiş olup ilk defa 1911 yılında Alexeieff tarafından maya mantarı olarak tanımlanarak Blastocystis enterocola olarak isimlendirilmiştir (2,3). Rutin dışkı incelemesi sırasında sık olarak görülmekte ve patojen olup olmadığı tartışılmaktadır.

Blastocystis hominis gelişmekte olan ülkelerde yaşayanlarda gelişmiş ülkelere oranla daha sık görülmektedir (4). Alt yapısı yetersiz olan, eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyi düşük ülkelerde yüksektir. Gelişmekte olan ülkemizde de parazit enfeksiyonları halen önemini korumaktadır (5). Prevalansı gelişmiş ülkelerde %1,5 ile %10 gelişmekte olan ülkelerde ise %30 ile %50 arasında değişmektedir.

Enfeksiyon, fekal-oral yolla bulaşmaktadır; genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olgularda ishal, karın ağrısı, kramp, bulantı, kusma, ateş, şişkinlik, gaz, kaşıntı, kilo kaybı, dışkıda lökosit, rektal kanama, eozinofili, anemi görülebilmektedir.

Enfeksiyonun tanısında rutin dışkı muayenesinin dışında; dışkıda gizli kan aranması, nativ yöntemi, formalin-eter tekniği, B.hominis kültürü, modifiye trichrome boyama yöntemi, modifiye Ziehl-Neelsen boya metodu, trichrome boya yöntemi olmak üzere 7 ayrı metod kullanılabilir. Tanıda en çok kullanılan metod ışık mikroskopisinde incelemedir. Ayrıca immunolojik yöntemlerde indirek immun floresan antikor (İFA) ve ELİSA yöntemleri antikor belirlemede kullanılmıştır. İnvaziv yöntemlerden endoskopi ve kolonoskopiyle de tanı konulabilmektedir (1,3,6,7).

Uzun yıllar zararsız kabul edilen bu parazitin patojenitesi, gastrointestinal sistem semptomlarını oluşturmadaki rolü ve tedavisi tartışmalıdır. Zuckerman ve ark. radyoaktif bir belirteç kullanarak yaptıkları çalışmada, B.hominis enfeksiyonu olan hastalarda bağırsak geçirgenliğinin bozulduğunu göstermiştir (8). Patogenliği tartışmalı olup, bakteriyel ve viral ajanlar

olmaksızın, fazla sayıda B.hominis var ise bunun patojen olduğuna inanılmakta ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

Tedavi başarısı tüm parazitik enfeksiyonlarda olduğu gibi; ya semptomların gerilemesi ya da dışkıda parazitin görülmemesi olarak değerlendirilmektedir. Antibakteriyel ve antifungal ajanlar B.hominis'e karşı etkili olamamakta ve in vitro ortamda üremesine engel olamamaktadır.

Toplumda B.hominis'e karşı kazanılmış koruyucu bağışıklık ve doğuştan bağışık ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Henüz insan ve diğer canlılarda Blastocystis'in neden olduğu hastalık tablosu tam olarak tanımlanmamıştır. Gastrointestinal hastalıklarda ancak diğer enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz nedenlerin eliminasyonu yapıldıktan sonra etken olarak sorumlu tutulabileceği belirtilmiştir. Fakat tümüyle diğer etkenlerin araştırılıp belirlenmesinin güç olması nedeniyle bu yaklaşım üzerinde tartışmalar sürmektedir (3). Bu makalede de, Aile Hekimliği polikliniklerinde yapılan taramalarda çok sık karşılaşılan fakat çok fazla bilinmeyen bir Blastocystis hominis vakası tartışılmıştır.

Olgu

Hipertansiyon, hiperlipidemi, glukoz tolerans bozukluğu ve yaygın anksiyete tanıları ile İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından takip edilmekte olan 60 yaşındaki bayan hasta, rutin kontrol amacıyla polikliniğe başvurdu. Hastanın öyküsünde, bir gün önce başlayan fakat hastayı rahatsız etmeyen şişkinlik hissi mevcuttu. Şişkinlik hissini uzun dönemdir ara ara tekrarladığı, 2-3 gün içerisinde kendiliğinden düzeldiği, hastanın bu durumu antidepresan yan etkisine bağladığı için doktora hiç bildirmedeği öğrenildi. İshal, karın ağrısı, kramp, bulantı, kusma, ateş, gaz, kaşıntı, kilo kaybı gibi yakınmalara rastlanmadı. Alkol kullanmayan hasta; 1 paket/gün (20 yıldır) sigara kullanmaktaydı. Soygeçmişinde babasında kalp hastalığı, annesinde demans öyküsü alındı.

Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopere idi, hafif düzeyde anksiyetesi vardı. Tansiyonu 140/85 mmHg, nabız:92/dk, ateş:38,1 °C olarak ölçüldü. Gastrointestinal sistem ve diğer sistem muayene bulguları normal bulundu. Batında hassasiyet, rebound ve defans alınmadı.

Hastanın sedimentasyonu 26 mm/saat (N:0-20), total kolesterol düzeyi 219 mg/dl (N:110-199), trigliserid düzeyi 251 mg/dl (N:30-199) olarak bulundu. Hemogramında, eozinofil 1,5% (N:2-10), bazofil 2%

(N:0-1) düzeyindeydi. Hastaya ait diğer hematolojik ve biyokimyasal değerler referans değerler arasındaydı. İdrar tetkiki de normal olarak değerlendirilen hastanın dışkı muayenesinde her mikroskop sahasında 3-5 B.hominis kisti saptandı.

Dışkı muayenesi ile tanı konulmasını takiben hastaya metronidazol 500 mg. tab 2x1 başlandı, 7 gün sonra kontrol önerildi. Tedavi başlanmasından sonraki 12. günde hasta tekrardan polikliniğe başvurdu. İlaç kullandığı dönemde hiçbir şikayeti olmayan hastada, ilaç bırakıldıktan sonraki 3. günde ishal ve dispepsi şikayeti başlamıştı. Hasta günde 4 kez olmak üzere açık renkte sulu dışkılama tarif ediyordu. Tekrar edilen dışkı muayenesinde 8-10 B.hominis kisti saptandı. Yedi gün boyunca trimetoprim/sulfametoksazol 2x1 tab. verilen ve bol sıvı alması önerilen hastaya 1 hafta sonrasına kontrol için randevu verildi. Kontrol muayenesinde yakınmaları düzelen hastanın dışkı muayenesinde de B.hominis kistlerine rastlanmadı.

Tartışma

Vakanın tespit edildiği İzmir İli'nde Ekim 2003-Ekim 2004 tarihleri arasında yapılan bir çalışmada blastocystosis oranı %3,8 olarak saptanırken, bu oranın gelişmiş ülkelere yakın olduğu gözlenmiştir (1). Bu durum gözönüne alındığında, Aile Hekimliği poliklinikleri gibi ayrışmamış hastaların başvuru yaptığı merkezlerde, bu mikroorganizmayı tanımanın önemi büyüktür.

B.hominis enfeksiyonu çoğunlukla asemptomatik seyrederken, bazı vakalarda semptom verebilir. Olgumuzda da ilk başvuru sırasında hiçbir yakınma yokken, ilerleyen dönemde dispepsi ve ishal şikayeti ortaya çıkmıştır.

Enfeksiyonun klasik tedavisinde öncelikle metranidazol, dirençli olgularda da emetin kullanılır ayrıca trimetoprim-sulfametoksazol ve pentamidin de önerilir. Spesifik bir grup olan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) hastalarında furazolidonun etkili olduğu gösterilmiştir; emetin, ketokonazol, ornidazol, quinacrin, tinidazol, ve entereviaform da tedavide kullanılmaktadır (3,9,10).

Standardize edilmiş tanı kriterlerinin olmaması nedeniyle tedavisi konusunda tartışmalar devam etmektedir (11,12). Olgunun tedavisinde de öncelikle 7 gün metranidazol 500 mg. tab 2x1 kullanılmış, yanıt alınmaması üzerine 7 gün trimetoprim/sulfametoksazol 2x1 tab. ile iyileşme sağlanmış; kontrol muayenesinde düzelme gözlenmiştir.

Bir Aile Hekimliği Polikliniğinde, yapılan rutin tarama sırasında tanı konulan bu olgu sunumu ile pratik uygulamalarda çok sık karşılaşılan *B. hominis* enfeksiyonuna dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

Kaynaklar

1. Üstün Ş, Turgay N. Blastocystis Hominis ve Bağırsak Hastalıkları. Türkiye Parazitol Derg 2006; 30(1):72-76.
2. Kaneda Y, Horiki N, Cheng XJ, Tachibana H, Tsutsumi Y. Serologic Response To Blastocystis Hominis Infection in Asymptomatic Individuals. Tokai J Exp Clin Med 2000; 25(2):51-56.
3. Doğruman AF, Hökelek M. Blastocystis Hominis Fırsatçı Bir Patojen mi? Türkiye Parazitol Derg 2007; 31(1):28-36.
4. Ertuğ S, Dost T, Ertabaklar H, Gültekin B. Blastocystis Hominis İnfeksiyonunda Trimethoprim-Sülfametoksazolün Etkisi. Türkiye Parazitol Derg 2009; 33(4):270-272.
5. Fırat P, Geçit İ, Depecik F, Karadan M, Karcı E, Karaman Ü ve ark. Bir Devlet Hastanesi Çalışanlarında Bağırsak Parazitlerinin Görülme Sıklığı. Dicle Tıp Derg 37(3):267-271.
6. Kuk S, Yıldız M, Bozdemir MN, Baştürk M, Erensoy A. Acil Serviste Blastocystis Hominis'li Hasta: Olgu Sunumu FÜ. Sağ.Bil.Der 2006; 20(4):317-319.
7. Yoshikawa H, Wu Z, Kimata I, Iseki M, Ali IK, Hossain MB et al. Polymerase Chain Reaction-Based Genotype Classification Among Human Blastocystis Hominis Populations Isolated From Different Countries. Parasitol Res 2004; 92:22-29.
8. İnceboz T, Usluca S. Blastocystis Hominis Bağırsak Hastalığı İçin Potansiyel Bir Tehlike Olabilir mi? DEÜ Tıp Fak Derg 2009; 23(1):37-45.
9. Zierdt CH. Blastocystis Hominis-Past And Future. Clin Microbiol Rev. 1991; 4(1):61-79.
10. Hamamcı B, Yazar S, Şahin İ. Blastocystis Hominis'in In Vitro Kültürü ve Antiprotozoal İlaçların In Vitro Etkilerinin Araştırılması. Erciyes Univ Sağlık Bilim Derg 2004; 13(1):7-15.
11. Kaplan M, Kuk S, Gödekmerdan A, Burma S. 1997-2001 Yılları Arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Laboratuvarında Dışkıdan Parazitolojik İnceleme Sonuçları. Türkiye Parazitol Derg 2002; 26:208-211.
12. Tasova Y, Sahin B, Koltas S, Paydas S. Clinical Significance And Frequency Of Blastocystis Hominis in Turkish Patients With Hematological Malignancy. Acta Med Okayama 2000; 54:133-136.

İletişim:

Arş.Gör. Dr. Orhan Polat ÖRS
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği İzmir/Türkiye
tel: +90.505.7573146
mail: polators@hotmail.com