

ÇOCUKLARDA GIARDİASİS (Dört Vaka Dolayısıyla)

Dr. Gülten GÜREL*

Dr. Gülten TANYERİ**

Dr. Gülendame SAYGI***

Dr. Süheyla ÖZKUTLU****

ÖZET

Kronik ishal, kusma, bulantı, karın ağrısı şikâyetleri ile müracaat eden çocuklardan dördünde gaitada giardia lamblia tesbit edildi. Nadir teşhis edilen bir paraziter hastalık olması sebebi ile izah edilemeyen gastrointestinal hastalıklarda düşünülüp luzumlu testler yapılması gerektiği ve tedavide atebrin ile iyi neticeler alındığı bildirildi. İlgili literatür gözden geçirildi.

Çocukluk yaşlarında çeşitli sebeplerle ishaller meydana gelmektedir. Giardia lamblia protozoani ,akut ve kronik diare (3, 5, 7, 11, 14) intermittan diare (3) inatçı kusma (3), çoliak hastalığı (2, 6, 11) ve ince barsak lezyonlarına (10-12) da sebep olmaktadır. Hipogammaglobinemi veya IgA eksikliği gibi immunolojik ye-

tersizlik olan şahıslarda diare sıklıkla giardiasis ile beraber olmaktadır (8).

Bazı hastalarda yapılan ince barsak biopsilerinde villuslarda değişik derecede kalınlaşma, hücre infiltrasyonu tesbit edilmektedir (3). Bazılarında ise hiçbir semptom ve mukoza değişiklikleri görülmemektedir (5).

(*) Atatürk Ü. Tıp F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Doçenti.

(**) Atatürk Ü. Tıp F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Doçenti.

(***) Atatürk Ü. Tıp F. Mikrobiyoloji Bölümü Doktor Asistanı Parazitolog.

(****) Atatürk Ü. Tıp F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Asistanı.

Semptomların spesifik olması, gaitada giardia kistlerinin çoğu zaman görülmeysi giardiasis teşhisini zorlaştırmaktadır. Tecrübesiz teknisyenlerde paraziti teşhis edememektedirler.

Bu sebeble, çeşitli tedavilere rağmen geçmeyen diare şikâyeti ile kliniğimize müracaat eden, giardiasis teşhis ettiğimiz dört vakayı, tedaviden elde edilen sonuçları neşretmeyi uygun gördük.

Vaka 1: F.S. 14 aylık kız çocuğu ishal, kusma, kilo kaybı, iştahsızlık şikâyeti ile müracaat etti.

25 gündür devam eden zaman zaman sarı renkte, kokulu, yumuşak kıvamda bol miktarda ishali mevcut idi. Zaman zaman gaita sulu karakter alıyordu.

Sayısı günde 4-9 defa olmak üzere değişiyordu. Hastaya birçok antibiotik, antidiaretik ilaçlar tatbik edilmiş, diyet düzenlenmiş fakat netice alınmamış ve annesine göre hasta kilo kaybetmişti.

Fizik muayenesinde soluk görünümde ağırlığı 11 kg, boyu 79 cm idi. (%75 persentile uyuyordu). Hafif derecede dehidratasyonu vardı. Diğer sistemler normaldi.

Laboratuvar: Hb, eritrosit, lökosit sayımı, periferik yayma tetkiki idrar, serum proteinleri elektrolitleri, normal bulundu. Gaita kültürü enterik patojenler yönünden normaldi. Serum fizyolojikte direkt gaita yayması ile parazit görülemedi.

İkinci ve üçüncü gaita tetkiklerinden giardia lamblia tesbit edildi.

Hastaya 50 mg atebrin günde iki defa olmak üzere 5 gün verildi.

Tedavinin 2 ci günü hastanın ishali azaldı, iştahı açıldı.

3 cü ve 5 ci günü yapılan gaita tetkikinde parazit tesbit edilemedi. Hasta tamamen düzelmişti. Fakat hafif sarılık başladı, 12 gün kadar devam etti. 4 ay sonra yapılan gaita tetkikleri giardia yönünden negatif bulundu.

Vaka 2: K. A. 18 aylık erkek çocuğu ishal, iştahsızlık zayıflama şikâyeti ile müracaat etti.

4 aydır sık sık ishal olduğu, sulu sarı-yeşil renkte, günde 4-5 defa bazan kokulu gaita yaptığı babası tarafından söylendi. Dört aylık devrede ishal bir hafta 10 gün kadar olmak üzere 3 defa düzelmiş; tekrar başlamış, bazan kanlı imiş, karnı zaman zaman şişiyormuş.

Baba, bir çok ilaç ve diyet kullandıklarını istifade etmediklerini, hastanın kilo verdiğini söyledi.

Fizik muayenede 9.200 kg ağırlığında (% 3), 82 cm boyunda (% 50) idi. Kilo eksikliğinden ve cilt altı dokusunun azalmasından başka bir patolojik bulgu yoktu. Gaita kültüründe E. Coli üredi. Parazit tetkikinde gaitada giardia lamblia tesbit edildi. Kan sayımı, idrar tetkiki normaldi.

Atabrin 100 mg günde 2 doza bölünerek verildi. Tedaviye 5 gün devam edildi. Hastanın ishali düzeldi. İştahı açıldı. Hafif derecede sarı renk sklera ve deride 14 gün kadar devam etti.

Vaka 3: S. C. 2,5 yaşında erkek çocuğu, sık sık ishal, karın ağrısı ve karın şişliği şikâyeti ile müracaat etti.

Bir senedir sık sık ishal olduğu 1-2 hafta devam ettikten sonra iyileşme devresi ve tekrar ishal başladığı söylendi. Yeşil-sarı renkte sulu kıvamda günde 3-4 bazan 6-7 defa gaita çıkardığı, birçok ilaç kullandıkları halde ishalinin geçmediği öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde cilt altı yağ dokusu azalmış 12 kg ve 87 cm di. Kilo ve boy % 3 persantile uyuyordu. Sistem muayeneleri normal idi.

Gaita kültüründe enterik patojenler ve parazit tesbit edilemedi. İkinci gaita tetkikinde giardia lamblia görülmesi üzerine atabrin 100 mg günde 2 doza bölünerek verildi ve 5 gün devam edildi. Hasta gaitasının tekrar tetkikinde parazit görülmedi. İshali tamamen düzeldi. Üç ay müddetle 3 defa yapılan tetkikte parazite rastlanmadı ve hasta ishal olmadı.

Vaka 4: A. V. 8 yaşında kız çocuğu, iştahsızlık, solukluk ve 3 aydan beri devam eden karın ağrısı ve ishal şikâyetiyle müracaat etti. 3 kardeşinde buna benzer bulgular yoktu.

Fizik muayenede: Ağırlık: 21,5 kg (% 10), boy: 107 cm. (% 3), ateş: 36,5 C°. Genel durumu iyi renk hafif dereceden soluk. Sistem muayeneleri normal bulundu. Hb 10 gm %, periferik kan tetkikinde hafif hipokromi mevcuttu. Direk gaita tetkikinde giardia lamblia tesbit edildi.

100 mg lık atabrin tabletlerinden günde 2 adet verildi. 5 gün devam edildi. Bir hafta sonra yapılan gaita tetkikinde giardia lamblia tesbit edilmedi. Hastanın renginde hafif sarılık husule geldi. Karın ağrısı, ishal tamamen düzeldi.

Kardeşlerinde yapılan gaita tetkiklerinde parazit tesbit edilmedi.

Tartışma:

Tedavilere rağmen geçmeyen ishal şikâyeti ile müracaat eden hastalardan dördünün gaitasında aynı günlerde giardia lamblia paraziti tesbit edildi.

Tropik ve subtropik bölgelerde sık rastlanan giardiasisin dağılımı, ekonomik, hijyenik ve alınan sıhhi tedbirlere göre değişmektedir (14). Giardia epidemisi neşredilmiştir (13). Su kontaminasyonu ile erişkinlerde ve çocuk bakım yerlerinde bulunan yenidoğan bebeklerde epidemik giardiasis bildirilmiştir (8). Giardiasise rastlanma derecesi bazı toplumlarda yüzde onun üstündedir (14). Memleketimizde doğu bölgesinde ilk okul çocukları arasında yapılan bir araştırmada % 19 (19), bir diğerinde %

19.7 oranında (18) gaitada giardia lamblia tesbit edilmiştir. 0-6 yaş grubu yuva çocuklarında ise % 17.3 arasında görülmüştür (15).

Parazit su yiyecek gibi gıdalarla veya şahıstan şahısa direk yolla bulaşmaktadır (3, 8, 10, 12, 14, 16).

Hastalarımızdan biri seyahatten dönmüş ve sayfiyede ailece kuyu suyu içmişlerdir. Belki parazit için kaynak bu su idi. Ailesinin diğer fertlerinde gastrointestinal şikâyetler olmamasına rağmen gaita tetkikleri yapıldı ve parazit tesbit edilemedi.

Diğer üç hasta sosyo ekonomik durumu kötü olan aileden geliyordu ve aile fertlerinde gastrointestinal şikâyetler yoktu. Hiçbirinde gaitada parazit tetkiki yapılamadı.

İştahsızlık, karın ağrısı, bulantı, ishal, malabsorbsiyon giardiada en çok bilinen semptomlardır (3, 14). Coliak sprue (6) küçük çocuklarda ve infantlarda inek sütü intoleransı (3) ile karıştırılır.

Kronik inatçı kusmaları ve Intermittan diare (3) giardiasisin nadir semptomlarıdır. Granulamatoz kolitisle beraber olan bir vaka neşredilmiştir (3).

Hastalarımızda görülen kronik diare, kusma, iştahsızlık karın ağrısı gibi şikâyetler giardiasiste en çok görülen semptomlardandı.

Teşhis için gaitada kistlerin tesbiti ve gaitanın birçok defa tetkik edilmesi gerekmektedir (4, 11, 16, 20). Çünkü hastalarda gaitada kistlerin mevcut olduğu veya olmadığı periyotlar mevcuttur (16).

İnsan vücudunda ayrıldıktan sonra trofozoid hemen harap olur. Kistler bir kaç gün yaşarlar (9, 14) parazitin gaitada bulunmadığı periyotlarda teşhis, ince barsak biopsileri (2, 3, 11), duodenal aspirasyon (11) mukuz yaymalarının tetkiki (3) ile yapılabilir. Her üçüde hassas methodur. Flagelli şekli umumiyetle duodenum ve üst jejunumda yaşar. Yıllarca kalır veya spantan kaybolur. Safra kesesinde de yaşar (3, 4, 5, 9, 12, 21), elde edilen duodenal mayi tetkiki trofozoitler için hassas bir methodur (11).

Biopsitüpleri erişkinlerde olduğu gibi 3,5 kg kadar ufak yenidoğan ve süt çocuklarında komplikasyonsuz olarak kullanılmaktadır (3). Böylelikle alınan ince barsak biopsi materyeli ve buna yapışık mukustan yapılan yaymanın tetkiki giardia trofozoitlerini tetkik bakımından geliştirilmiş methodlardır (3). İnce barsakbiopsisi ve mukus yaymalarında parazit müsbet olduğu halde birçok kereler tekrarlanan gaita tetkikinde parazit görülmeyen vakalar mevcuttur (3).

Son olarak üst gastrointestinal sistem parazitlerinin araştırılmasında Enterotest kapsul metodunun diğerlerine göre çok iyi

olduğu bildirilmektedir. Bu kapsul kancalı naylon bir iplikten ibarettir. Jelatin kapsül yutulur. İpin ucu ağızda tutulur. Birkaç saat sonra ufak bir kese gibi olan ipin diğer ucu % 95 hastada jejunumdadır (21).

Bazan vakalarda, biopside ince barsak villusları, abnormal, yer yer kalınlaşmış, lamia propria da sayısız polimorfonükleer lokositler ve yuvarlak hücre infiltrasyonu tesbit edilmiştir (3, 5).

Hastalarımızda gaitada giardia lamblia tesbit edildiği için yuvarlakdaki tetkikler yapılmadı.

Giardia lamblia yağ ve vitamin absorpsiyonuna mani olur. Giardiasizli hastalarda günlük fokal yağ itrahının 8 grama kadar arttığı tedavi ile azaldığı vakalar neşredilmiştir (3). Yine bu hastalarda serum karoten seviyesinin normal değeri olan 100-350 µgr dan % 28 µgr gibi çok aşağı değerlere düştüğü tesbit edilmiştir.

Giardiasis için kendiliğinden iyileşen hastalık olduğu (11, 16) söylenilmekte ise de hastanın parazitten tamamen temizlenmesi için ilaç tedavisine ihtiyaç vardır (1, 2, 3, 10, 14, 17).

Metronidazole, quinacrine (atebrin) tavsiye edilmektedir (1, 3, 14), bu ilaçlar eşit tesire sahiptirler (2, 4, 14).

Quinacrin deri ve skleraları, sarıya boyar (1, 5). % 1 vakada dermatitis görülmüştür (9). Bu sebeble metronidazol tercih edilmektedir. Metronidazol ile % 0.4 kadar yan tesir neşredilmiştir (3).

Tedavi şeması aşağıdaki şekilde tavsiye edilmektedir: (14).

1 — Quinacrin dihydrochloride (Atebrine): 0.1 gr tabletleri mevcuttur. 8 yaşından büyüklere (1 tablet x 3) günde, 4-8 yaş için (1/2 tab. 3) günde, daha küçük çocuklar için (1/2 tab. x 2) günde verilir.

Tedaviye 5 gün devam edilir.

2 — Metronidazole (Flagyl) de tesirlidir. 4-8 yaş için günde (250 mg x 2 defa), 8 yaşından büyükler için günde (250 mg x 3) defa olmak üzere 5 gün verilir.

Metronidazol ile tedavi de tavsiye edilen diğer bir metotta şöyledir (3).

125 mg günde 2 veya 3 defa verilir. 10 günlük bir tedavi yapılır. 4 yaşından küçük çocuklarda da uygulanmıştır.

Biz hastalarımızda atebrini yukarda verilen dozlarda kullandık. Çok iyi netice aldık, yan tesir olarak sklera ve deride sarılık meydana geldi. Ortalama 12 gün sonra sarı renk kayboldu. Yapılan çalışmalar cilt ve skleralarda sarılığa yol açan bu pigmentin demir ihtiva eden hemosiderinden ibaret olduğunu göstermiştir (1).

İshal, iştahsızlık, kusma, malabsorpsiyon olan bir çocukta bunlar herhangi bir sebebe bağlanamıyorsa giardiasis düşünülmeli ve testler yapılmalıdır. Gaita tetkiklerinin tecrübeli teknisyenler tarafından yapılması teşhis zorluğunu ortadan kaldırır.

Atebrin ile kısa zamanda iyi neticeler alınmaktadır.

SUMMARY

Giardia lamblia was found in the stool in four patients with the complaints of chronic

diarrhea, vomiting, nausea and abdominal pain. The related literature is reviewed.

KAYNAKLAR

1. Akcasu, A.: Farmakoloji ve Tedavi. Kutulmuş Matbaası, İstanbul 1973 sayfa 692.
2. Ament, M. E., and Rubin, C. E.: The relation of giardiasis of abnormal intestinal structure and function in gastrointestinal immunodeficiency syndromes, *Gastroenterology* 62: 126-226, 1972.
3. Ament, M. E.: Diagnosis and treatment of giardiasis, *The Journal of Pediatrics*. V: 80 N: 4, p. 633 1972.
4. Babb, R. R., Peck, O. C., and Vescia, F. G.: Giardiasis, *J. A. M. A.* 217: 1359, 1971.
5. Brandborg, L. L., Tankersley, C. B., Gottlieb, S., et al.: Histological demonstration of mucosal invasion by *Giardia lamblia* in man, *Gastroenterology* 52: 143, 1967.
6. Cortner, J. A.: Giardiasis, a cause of celiac syndrome, *Am. J. Dis. Child.* 98: 311, 1959.
7. Faust, E. C., and Russell, P. F.: *Clinical parasitology*, ed. 7, Philadelphia, 1964, Ica Febiger, Publishers, pp. 98-102, 948-951.
8. Gall, G. and Hamitton, R.: Chronic Diarrhea in Childhood, *The pediatric clinics of North America*. 21: 4, 1974, p. 1005.
9. Goodman, L. S., and Gilman, A.: *The pharmacological basis of therapeutics*, New York, 1960, The Macmillan Company, p. 1169.
10. Frankel, S., Reitmen, S., Sonnenwirth, A.: *Grandwohl's clinical laboratory methods and diagnosis* V: 2, 7 ed. Saint Lois 1970, The G. V. Mosby comp. p. 1657.
11. Hoskins, L. C., Winawer, S. J., Broitman, A., Gottlieb, L. S., and Zamcheck, N.: Clinical giardiasis and intestinal malabsorption, *Gastroenterology*. 53: 265, 1967.
12. Marsden, P. D., and Schulz, M. G.: Intestinal parasites, *Gastroenterology* 57: 724, 1969.
13. Moore, G. T., Cross, W. M., McGuire, D. et al.: Epidemic giardiasis at a ski resort, *N. Engl. J. Med.* 281: 402, 1969.

14. Nelson, W. E., Vaughan, V., McKay R. J.: Textbook of pediatrics 9. ed Philadelphia London Toronto, 1969, W. B. Saunders Company. p. 750.
15. Ögütmen, R., Saygı, G.: Erzurum Çocuk Bakım Yurdunda Parazitolojik bir Tarama XVI. Türk Mikrobiyoloji Kongresinde tebliğ edilmiştir. (24-26 Ekim 1974 İzmir).
16. Rentorff, R. C.: Experimental transmission of human intestinal protozoan parasites. IV. Attempts to transmit endamoeba coli and Giardia lamblia cysts by water, Am. J. Hyg. 60: 327, 1954.
17. Rubio, M.: Tratamiento de la giardiasis en ninao con jarabe de nitroimidazol, Bol. Chil. Parasitol. 21: 133, 1966.
18. Saygı, G., Ögütman, R.: Erzurum İlkokul Çocuklarında kopro-parazitolojik bir araştırma. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni. 5: 331-337. 1973.
19. Saygı, G., Ögütman, R.: Erzurum İlkokul Öğrencilerinde kopro-parazitolojik tarama. 16 cı Türk Mikrobiyoloji Kongresinde tebliğ edilmiştir. 24-26 Ekim 1974, İzmir.
20. Takano, J., Yardley, J. S., and Hendrix, T. R.: Jejunal lesions in patients with giardiasis and malabsorption. Bull. Hopkins Hosp. 115: 389, 1964.
21. Thomas, G. E., Goldsmid, J. M., Wicks, A.C.B.: Salisbury. Use of the enterotest duodenal capsule in the diagnosis of giardiasis. S. Afr. Med. J. (1974) 48: 2219-22.