



Ampulla Vateride Kitle Görünümü ile Ortaya Çıkan *Strongyloides stercoralis* Parazit Enfeksiyonu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Strongyloides stercoralis Parasitic Infection Manifesting as a Mass in the Ampulla of Vater: A Rare Case Presentation

Ceren KONCA SEFEROĞLU¹([ID](#)), Sami FİDAN¹([ID](#)), Velican Arda EYÜPOĞLU¹([ID](#)), Arif Mansur COŞAR¹([ID](#)), Murat ERKUT¹([ID](#)), İsmail SAYGIN²([ID](#))

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

² Karadeniz Teknik Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Makale atfı: Konca Seferoğlu C, Fidan S, Eyüpoğlu VA, Coşar AM, Erkut M, Saygın İ. Ampulla vateride kitle görünümü ile ortaya çıkan strongyloides stercoralis parazit enfeksiyonu: Nadir bir olgu sunumu. FLORA 2025;30(4):516-522.

ÖZ

Strongyloides stercoralis enfeksiyonu tropikal ve subtropikal bölgeler dışında nadir görülen bir paraziter enfeksiyon olup; pankreatikobiliyer sistemde kitle şeklinde prezentasyonu oldukça nadir görülür. Bu raporda karaciğer testleri yüksekliğiyle başvuran ve çekilen manyetik rezonans kolanjiyopankreatografide (MRCP) ampulla vateride kitle lezyonu saptanan 75 yaşında kadın hasta sunulmaktadır. Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) işlemi ile ampulla vateriden alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde *S. stercoralis* parazitine ait yapılar izlenmiştir. Hasta oral albendazol tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş, hastanın kliniğinde, laboratuvar tetkiklerinde ve endoskopik değerlendirmede düzelme saptanmıştır. Bu olgu, ampulla vateride kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında parazitik enfeksiyonların da düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Uygun tanı yöntemleri ile erken dönemde tanı konularak gereksiz cerrahi girişimler önlenilmekte ve etkin medikal tedaviyle tam iyileşme sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Strongyloides stercoralis*; Ampulla vateri; Kitle; ERCP; Parazitik enfeksiyon



ABSTRACT

***Strongyloides stercoralis* Parasitic Infection Manifesting as a Mass in the Ampulla of Vater: A Rare Case Presentation**Ceren KONCA SEFEROĞLU¹, Sami FİDAN¹, Velican Arda EYÜPOĞLU¹, Arif Mansur COŞAR¹,
Murat ERKUT¹, İsmail SAYGIN²¹ Department of Gastroenterology, Karadeniz Technical University, Trabzon, Türkiye² Department of Pathology, Karadeniz Technical University, Trabzon, Türkiye

Strongyloides stercoralis infection is a rare parasitic infection, rarely seen outside tropical and subtropical regions, and its presentation as a mass in the pancreaticobiliary system is extremely rare. In this report, we present a 75-year-old woman who presented with elevated liver tests, and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) revealed a mass lesion in the ampulla of vater. Histopathologic examination of biopsy specimens obtained from the ampulla of vater via Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) revealed *strongyloides stercoralis* parasite structures. The patient was successfully treated with oral albendazole, and clinical, laboratory tests, and endoscopic evaluation showed improvement. This case shows that parasitic infections should be considered in the differential diagnosis of mass lesions in the ampulla of vater. Early diagnosis with appropriate diagnostic methods can prevent unnecessary surgical interventions, and complete recovery can be achieved with effective medical treatment.

Key Words: *Strongyloides stercoralis*; Ampulla of vateri; Mass; ERCP; Parasitic infection

GİRİŞ

Strongyloides stercoralis insanlarda strongyloidiasis adı verilen parazitik enfeksiyona yol açan bir bağırsak nematodudur. Hastalık sıklıkla tropikal ve subtropikal iklimlere sahip, hijyenin zayıf olduğu ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kırsal bölgelerde endemik olarak görülmektedir. Kontamine topraktan enfeksiyöz filariform larvaların konakçı cildine penetrasyonu ile enfeksiyon meydana gelmektedir^[1]. Tanı, mikrobiyolojik ve histopatolojik değerlendirme ile konulmaktadır. Tedavi edilmediği takdirde yaşam boyu enfeksiyona yol açan otoenfeksiyona ve genellikle immünsupresyon durumunda %50-80 vakada mortal seyreden hiperenfeksiyon tablosuna ve yaygın hastalığa neden olabilmektedir^[2].

Akut enfeksiyon durumunda ürtiker benzeri cilt döküntüleri, kuru öksürük, hırıltı, nefes darlığına yol açabilmektedir. Laboratuvar bulguları spesifik olmamakla birlikte periferik kanda eozinofili ve gaita tetkikinde parazit varlığı görülebilmektedir. Kronik enfeksiyonda ise semptomlar enfeksiyonun şiddetine ve otoenfeksiyon döngüsü esnasında konakçının immünitesine bağlıdır^[3]. Gastrointestinal sistemde klinik sıklıkla non-spesifik olmakla birlikte karın ağrısı, bulantı, kusma, kilo kaybı, ishal ve kabızlık gibi bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler sık görülen semptomlardır^[4].

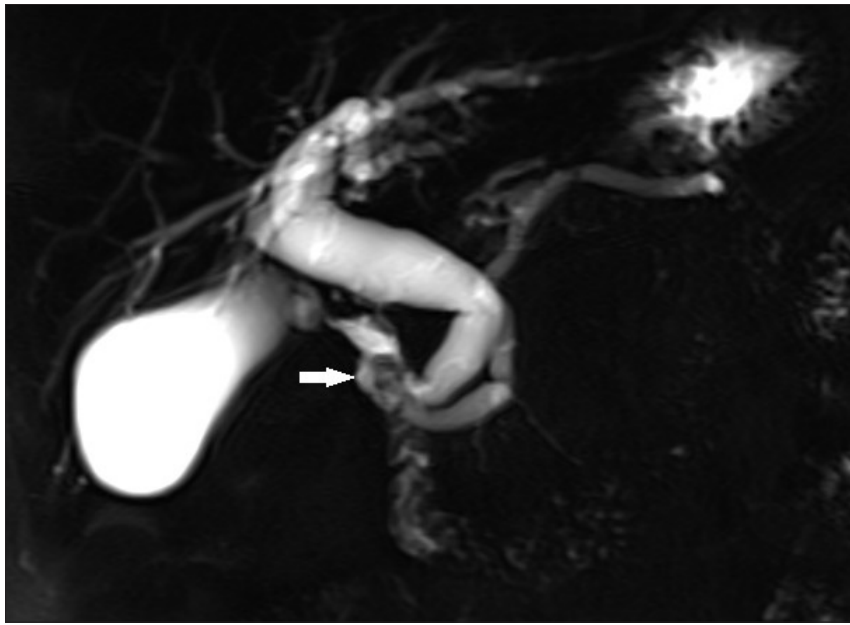
Parazitin bağırsak kanalında kitle oluşturacak şekilde yerleşmesi nadir görülen bir durumdur. Ampulla vateride kitle görünümü veren olgular genellikle malignite şüphesiyle değerlendirildiğinden yanlış tanı ve tedavilerle sonuçlanabilmektedir^[5]. Bu raporda karaciğer testlerinde yükseklikle başvuran ve manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP) incelemesinde ampulla vateride kitle görüntüsü tespit edilerek biyopsi sonucunda *S. stercoralis* enfeksiyonu tanısı konulan bir olgu sunulmuştur. Böylece literatüre nadir görülen bir klinik olgu eklenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu vaka klinik pratikte ampulla vateride kitle görüntüsü durumunda parazitik enfeksiyonların da ayırıcı tanıda dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

OLGU SUNUMU

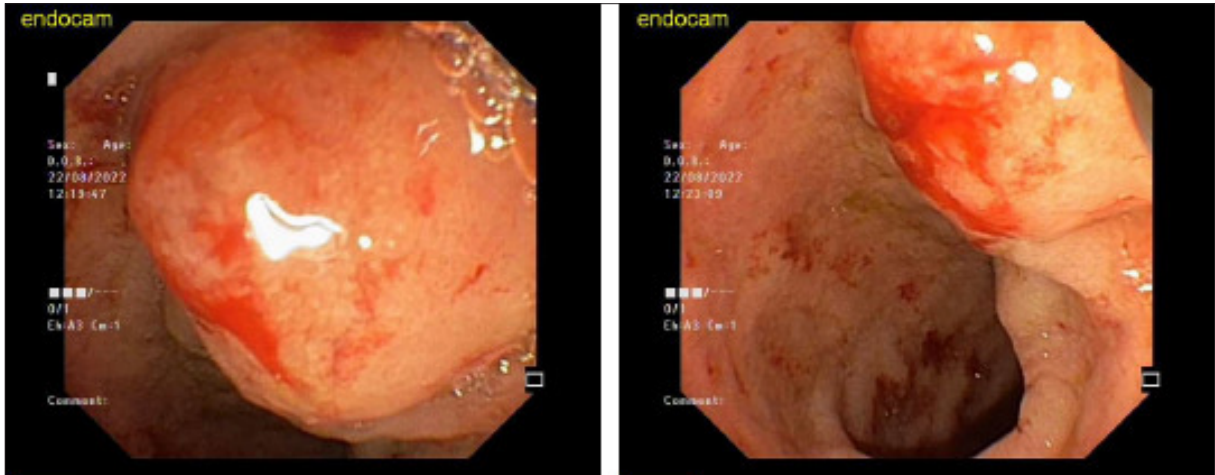
Yetmiş beş yaşında kadın hasta bulantı ve kusma şikayetiyle başvurdu. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açıktı. Fizik muayenesinde batında sağ üst kadranda hassasiyet dışında patolojik bulgu izlenmedi. Hastanın öz geçmişi 15 yıldır hipertansiyon, 10 yıldır kronik böbrek hastalığı (KBH)'nin (evre 3b) mevcut olduğu öğrenildi. Hasta metoprolol (1x50 mg), allopurinol (2x1/2), ramipril (1x5 mg), amlodipin

(1x10 mg) kullanmakta idi. Hastanın başvuru esnasındaki biyokimyasal tetkikleri Tablo 1'de belirtilmiştir. Hastanın çekilen batin bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde intrahepatik, ekstrahepatik safra yolları ve koledok dilate görünümde, koledok duvarında kalınlaşma ve hafif kontrastlanma (kolanjit?) tespit edilmesi üzerine kolanjit ön tanısıyla antibiyoterapi (seftriakson 2x1 gr) ve hidrasyon tedavisi başlandı. Hastaya çekilen MRCP değerlendirmesinde safra kesesi duvar kalınlığı normal, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yolları dilate görünümde olup

koledok en geniş yerinde 17 mm, ana pankreatik kanal dilate görünümde ve en geniş yerinde çapı 8.5 mm olarak ölçüldü. Ampulla vateri düzeyinde 16x11 mm boyutunda, kontrastlanma gösteren kitle lezyonu izlendi (ampulla vateri tümörü?) (Şekil 1). Hastaya yapılan endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP)'de kanülasyon başarılı olmadı ve tümöral görünümde olması nedeni ile ampulla vateriden multiple biyopsiler alındı (Şekil 2). Hastanın biyopsi raporunda aşikar invaziv karsinom bulgusuna rastlanmadı, bulgular



Şekil 1. Hastanın başvuru anındaki MRCP görüntüsü. Beyaz ok, ampulla vaterideki kitle görünümünü göstermektedir.



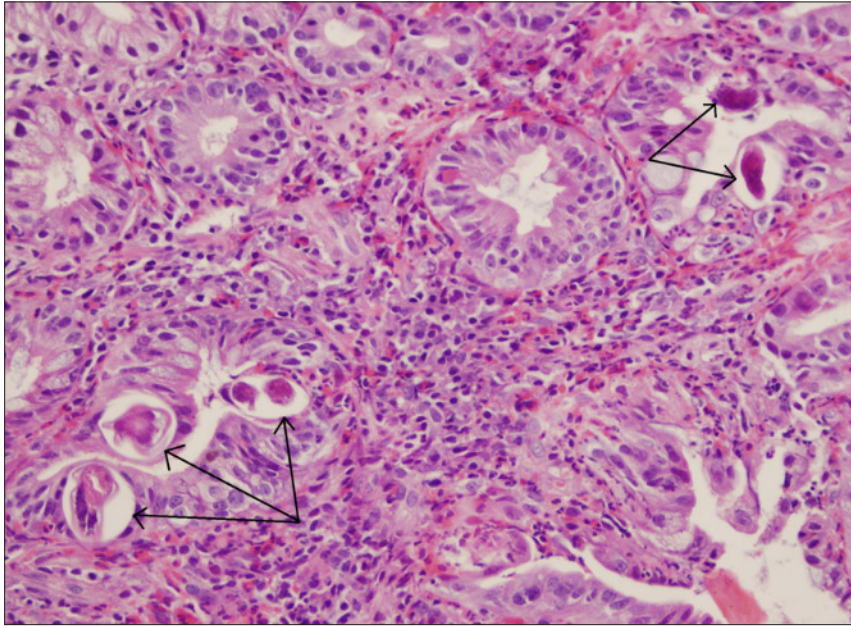
Şekil 2. Tedavi öncesi ampulla vateri görüntüsü.

aktif kronik inflamasyon şeklinde değerlendirildi. Cerrahi konsültasyonu sonrası endoskopik biyopsi tekrarı yapıldı. Patolojik değerlendirme sonucu bakılan kesitlerde lamina propriada bezleri infiltrate eden aktif kronik iltihabi hücre infiltrasyonu, yer yer epitelde reaktif rejeneratif değişiklikler ve bez yapılarının lümeninde *S. stercoralis* parazitiyle uyumlu yapılar görüldü (Şekil 3). Hastaya alben-dazol (2x400 mg, yedi gün süreyle) tedavisi başlandı. Taburculuk sonrası aktif şikayeti olmayan, biyokimyasal tetkikleri normal olan hasta kontrol amacıyla üç ay sonra duodenoskopiyle tekrar değerlendirildi. Tedavi öncesinde ampulla vateride

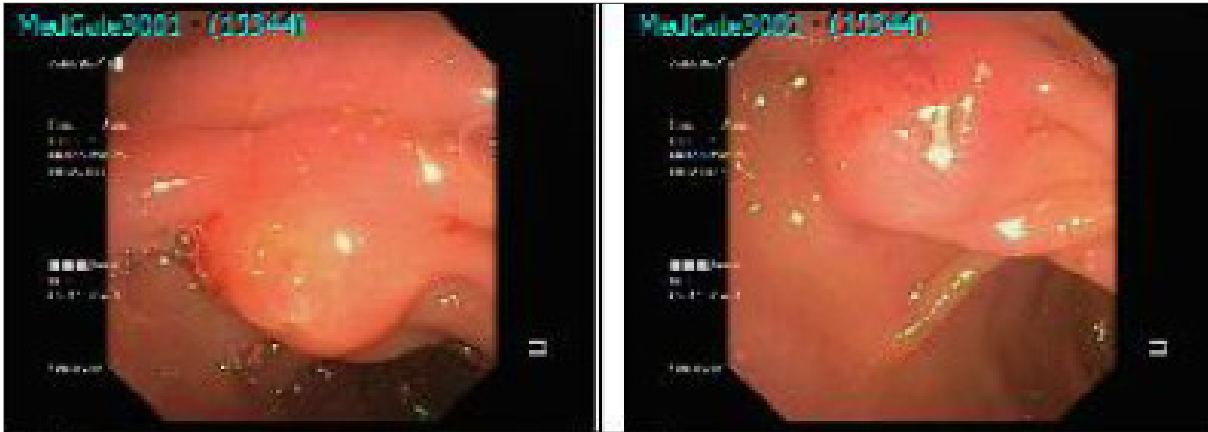
mevcut olan kitle görünümüne tedavi sonrasında rastlanmadı (Şekil 4). Karaciğer testleri dahil tüm laboratuvar tetkikleri normaldi (Tablo 1).

TARTIŞMA

S. stercoralis paraziti sıklıkla insan T-lenfotropik virüs-1 (HTLV-1) ve insan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonu varlığı, glukokortikoid ve immü-supresif ilaç kullanımı, alkolizm, malnütrisyon, organ nakli durumları ya da hematolojik malignitelere bağlı gelişen immüsupresyon varlığında süperenfeksiyona yol açmaktadır^[6]. Literatürde *S. stercoralis* enfeksiyonu tanısının genellikle altta



Şekil 3. Ampulla vateriden alınan biyopsilerin patoloji görüntüleri. Siyah oklar *S. stercoralis* larvalarını göstermektedir.



Şekil 4. Tedavi sonrası ampulla vateri görüntüsü.

Tablo 1. Hastanın biyokimyasal tetkik sonuçları

	Başvuru sırasındaki laboratuvar değerleri	Tedavi sonrası laboratuvar değerleri
Alanin aminotransferaz (n= 0-45 U/L)	137	32
Aspartat aminotransferaz (n= 0-35 U/L)	392	33
Gama-glutamil transferaz (n= 0-55 U/L)	255	46
Alkalen fosfataz (n= 30-120 U/L)	430	120
Total/Direkt bilirubin (n= 0.3-1.2 mg/dL)	2.31/1.1	0.61/0.39
Laktat dehidrogenaz (n= <248 U/L)	576	209
Amilaz (n= 28-100 U/L)	78	72
C-reaktif protein (n= <5 mg/l)	18.8	3.7
Kreatinin (n= 0.51-0.95 mg/dL)	1.47	1.72
Karbonhidrat antijen (CA) 19-9 (n= 0-35 U/mL)	<0.8	
Karsinoembriyonik antijen (CAE) (n= 0-3 µg/L)	2.3	
Hemoglobin (n= 11.33-14.56 g/dL)	10.5	10.7
MCV (n= 81.25-96.91 fL)	92.8	90.9
Hematokrit [n= 34.14-43.18 (%)]	32.3	34.1
Lökosit (n= 3.71 - 10.19 x10 ³ /µL)	9.3	6.72
Trombosit (n= 130-400 x10 ³ /µL)	276	265

yatan bir hastalık varlığında ve gastrointestinal sistem şikayetleri olan hastalarda, gaita tetkikleri ya da alınan gastrik biyopsilerin histopatolojik incelemesi ile koyulduğu bildirilmektedir^[7,8]. Öte yandan KBH doğrudan immünsupresyon durumu oluşturmaya da dolaylı olarak immün sistemi baskılayabilen bir durumdur. Nitekim literatürde bu vaka gibi KBH olan fakat farklı olarak ishal ve ateş yakınmalarıyla başvuran ve etiyojiye yönelik gaita incelemeleriyle *S. stercoralis* tanısı koyularak tedavi edilen bir vaka bildirilmiştir^[9]. Bu olgu sunumunda paraziter infeksiyonu düşündürecek yakınma ya da klinik bulgu mevcut değildi. Hastanın klinik tablosunda kolestatı düşündürecek bulgular ön planda idi. Yapılan görüntülemelerde de biyopsi sonuçlanana kadar paraziter infeksiyon şüphesi uyandıracak bir bulguya rastlanmadı. Bu durum *S. stercoralis* infeksiyonunun her vakada paraziter infeksiyon düşündürecek klinik tablo oluşturmayaabileceğini göstermektedir. Paraziter infeksiyon düşünülen hastalarda tanısız olmamakla beraber eozinofili ve IgE yükseklikleri tespit edilebilir ancak normal eozinofil ve IgE düzeylerinin bu olgu sunumunda olduğu gibi paraziter infeksiyonu dışlamayaabileceği unutulmamalıdır^[10,11].

Ampulla vateride oluşan kitle lezyonları, *S. stercoralis* infeksiyonunun nadir sunumlarından biridir. Literatürde periampular kitle görünümü nedeniyle pilor koruyucu pankreatoduodenektomi yapılan bir vaka bildirilmiştir^[5]. Bu vakada da *S. stercoralis* infeksiyonu tanısı bu çalışmada olduğu gibi histopatolojik inceleme sonucunda koyulmuştur. Ancak bizim vakamızın bu vakadan farkı, hastaya cerrahi bir müdahale yapılmadan, minimal invaziv bir işlemle tanı koyulmuş olmasıdır. Böylece ampullada kitle saptanan hastalarda paraziter infeksiyonların ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği ve majör bir cerrahiye başvurmadan önce ERCP gibi görece minimal invaziv yöntemlerin kullanılmasının önemli olduğu unutulmamalıdır. Literatürde karın ağrısı ve kilo kaybı ile başvuran ve duodenal obstrüksiyon nedeniyle opere edilerek segmental rezeksiyon yapılan bir diğer *S. stercoralis* vakası da mevcuttur ve tanı yine ancak operasyon sonrasında konulabilmıştır^[12]. Bu vaka *S. stercoralis* paraziti-nin vakamızda olduğu gibi sadece ampullada kitle görünümü şeklinde değil, cerrahi gerektirebilecek duodenal obstrüksiyon oluşturacak büyüklükte kitle varlığıyla da ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Ayrıca literatürde ishal ve sarılık kliniği ile başvuran, ERCP sonrası ana safra kanalında

stenoz ve pankreas başında belirginleşme görülen bir başka *S. stercoralis* vakası da bildirilmiştir ancak vakamızın aksine bu hastada tanı gaita tetkikiyle konulmuştur^[13].

Tedavi yaklaşımında birinci basamak ivermektin tedavisi olmakla birlikte albendazol ve thiabendazol gibi ajanlar kilit rol oynamakta olup multidisipliner ekip çalışması başarı oranını artırmaktadır^[14,15]. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonucu hastaya albendazol tedavisi başlanmıştır. O dönemde ivermektin ilacını temin etmekte yaşanan zorluk nedeniyle ivermektin tedavisi başlanamamıştır. Tedavi sürecinde herhangi bir yan etki gözlenmemiştir. Literatürde çoğu vakada tedavi sonrası gaita tetkikleri ve klinik iyileşme tedaviye yanıt kriterleri olarak değerlendirilmektedir^[8,15,16]. Bizim vakamızda paraziter enfeksiyonu düşündürecek bir bulgu olmadığından ilk başvuruda gaita tetkiki yapılmamıştır ancak kontrolde yapılan gaita tetkikinde parazite rastlanmamıştır. Albendazol tedavisi sonrası biyokimyasal ve klinik düzelme gözlenmiştir. Literatürde endoskopik kitle görüntüsünün kaybolmasının tedaviye yanıt kriteri olduğunu bildiren bir veri yoktur. Ancak klinik ve biyokimyasal yanıt ile birlikte değerlendirildiğinde endoskopik düzelmenin anlamlı olabileceği düşünülmelidir.

Bu olgu sunumu, ampulla vateride kitle görüntüsü oluşturan *S. stercoralis* enfeksiyonunun tanı ve tedavi sürecine dair bir değerlendirme sunarak, benzer vakaların yönetiminde yol gösterici nitelikte bir veri ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ampuller kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında klinik, semptom ve bulgular olmasa bile parazitik enfeksiyonlar akılda tutulmalıdır. Bu tür vakaların literatüre eklenmesi ampuller kitle varlığında tanı ve tedavi açısından maliyetli, invaziv ve potansiyel komplikasyonlara neden olabilecek süreçler açısından faydalı olacaktır.

AYDINLATILMIŞ ONAM

Bu çalışma için hastalardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: CKS, SF, AMC

Analiz/Yorum: ME, İS, VAE

Veri Sağlama: VAE, ME

Yazım: CKS, VAE, SF

Gözden Geçirme ve Düzeltme: CKS, İS, ME, AMC

Onaylama: SM, ME, AMC, İS

KAYNAKLAR

1. Buonfrate D, Bisanzio D, Giorli G, Odermatt P, Fürst T, Greenaway C, et al. The global prevalence of strongyloides stercoralis infection. *Pathogens* 2020;9:468. <https://doi.org/10.3390/pathogens9060468>
2. Lo NC, Addiss DG, Buonfrate D, Amor A, Anegagrie M, Bisoffi Z, et al. Review of the WHO guideline on preventive chemotherapy for public health control of strongyloidiasis. *Lancet Infect Dis* 2025;25:e146-e52. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00595-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00595-4)
3. Gordon CA, Utzinger J, Muhi S, Becker SL, Keiser J, Khieu V, et al. Strongyloidiasis. *Nat Rev Dis Primers* 2024;10:6. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00490-x>
4. Ming DK, Armstrong M, Lowe P, Chiodini PL, Doherty JF, Whitty CJM, et al. Clinical and diagnostic features of 413 patients treated for imported strongyloidiasis at the hospital for tropical diseases, London. *Am J Trop Med Hyg* 2019;101:428-31. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0087>
5. Vera Torres A, González LP, Mususú WC, Vásquez SV, Cortés Mejía NA, López Panqueva RDP. Case report: Duodenal papillary stenosis secondary to strongyloides stercoralis infection in a non-immunocompromised host. *Am J Trop Med Hyg* 2023;109:332-4. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.22-0631>
6. Keiser PB, Nutman TB. Strongyloides stercoralis in the immunocompromised population. *Clin Microbiol Rev* 2004;17:208-17. <https://doi.org/10.1128/CMR.17.1.208-217.2004>
7. Mohamed R, Hamodat MM, Al-Abbadi MA. Gastric strongyloidiasis: Report of 2 cases and brief review of the literature. *Lab Med* 2017;48:93-6. <https://doi.org/10.1093/labmed/lmw041>
8. Tamer GS, Dündar D. Olgu sunumu: Kronik karın ağrısıyla seyreden strongyloidosis. *Türkiye Parazitol Derg* 2008;32:171-3.
9. Yu P, Wang X, Wen X, Ji Y. Strongyloides stercoralis infection in a patient with chronic renal failure from North China. *Acta Parasitol* 2021;66:1089-92. <https://doi.org/10.1007/s11686-021-00356-w>

10. Baaten GG, Sonder GJ, van Gool T, Kint JA, van den Hoek A. Travel-related schistosomiasis, strongyloidiasis, filariasis, and toxocarasis: The risk of infection and the diagnostic relevance of blood eosinophilia. *BMC Infect Dis* 2011;11:84. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-11-84>
11. Rossi CL, Takahashi EE, Partel CD, Teodoro LG, da Silva LJ. Total serum IgE and parasite-specific IgG and IgA antibodies in human strongyloidiasis. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1993;35:361-5. <https://doi.org/10.1590/S0036-46651993000400010>
12. Cruz RJ Jr, Vincenzi R, Ketzer BM. Duodenal obstruction - an unusual presentation of *Strongyloides stercoralis* enteritis: A case report. *World J Emerg Surg* 2010;5:23. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-5-23>
13. Pijls NH, Yap SH, Rosenbusch G, Prenen H. Pancreatic mass due to *Strongyloides stercoralis* infection: An unusual manifestation. *Pancreas* 1986;1:90-3. <https://doi.org/10.1097/00006676-198601000-00016>
14. Panic G, Duthaler U, Speich B, Keiser J. Repurposing drugs for the treatment and control of helminth infections. *Int J Parasitol Drugs Drug Resist* 2014;4:185-200. <https://doi.org/10.1016/j.ijpddr.2014.07.002>
15. Henriquez-Camacho C, Gotuzzo E, Echevarria J, White AC Jr, Terashima A, Samalvides F, et al. Ivermectin versus albendazole or thiabendazole for *Strongyloides stercoralis* infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016:CD007745. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007745.pub3>
16. Culha G, Savaş L, Onlen Y. Kronik diyare yakınması olan bir hastada *Strongyloides stercoralis*. *Türkiye Parazitol Derg* 2006;30:293-5.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Ceren KONCA SEFEROĞLU

Karadeniz Teknik Üniversitesi,
Gastroenteroloji Anabilim Dalı,
Trabzon, Türkiye

E-posta: cerenkoncaseferoglu@gmail.com