

Ağır demir eksikliği anemisi ile başvuran hiatal hernili bir bebek

A baby with hiatal hernia presenting with severe iron-deficiency anemia

Cite this article as: Özdemir Ö, Keleş D. A baby with hiatal hernia presenting with severe iron-deficiency anemia. Turk Pediatri Ars 2019; 54(1): 66–7.

Sayın Editör,

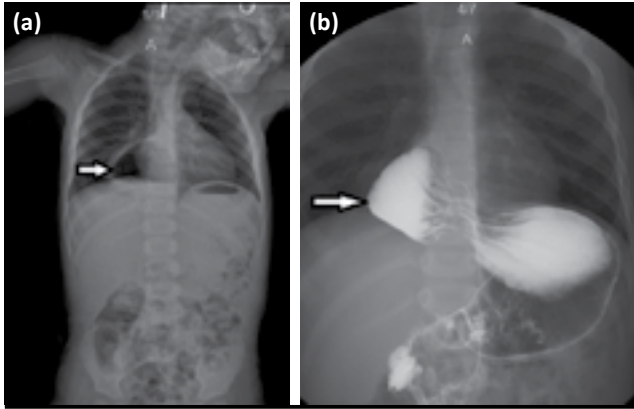
Hiatal herni (HH) diafragmanın gelişimsel defekti sonucu gelişen, çocukluk yaş grubunda ender olarak görülen ve sıklıkla belirti vermeyen bir durumdur (1). Demir eksikliği anemisi ise gastrointestinal sistemden (GİS) alım yetersizliği, emilim bozukluğu ya da kanama gibi gereksinimin artması sonucu gelişen ve çocuklarda sık görülen bir anemi nedenidir (2). Burada uzun süredir demir eksikliği anemisi tanısı ile izlenen, solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle çekilen akciğer grafisinde altta sağ-orta mediastinal bölgedeki anormal hava dansitesi nedeniyle şüphelenilen ve baryumlu özefagus-mide-düdenum (ÖMD) grafisi ile HH tanısı konulan bir bebek sunulmuştur.

Dış merkezde saptanan demir eksikliği anemisi nedeniyle uzun süredir tedavi alan, ancak yeterli yanıt alınmayan 17 aylık kız olgu, bir haftadır süren öksürük ve hırıltılı solunum yakınması ve hemogloblin değerinin 6,8 g/dL saptanması üzerine anemi ve akut bronşiyolit tanılarıyla çocuk servisine yatırıldı. Fizik bakışında genel durumu orta-iyi, soluk görünümde, bilinç açık, solunum sayısı 32/dk, kalp tepe atımı 162/dk, kan basıncı 90/50 mmHg, vücut sıcaklığı 36,7°C idi. Vücut ağırlığı 9,7 kg (10–25p), boyu 78 cm (10–25p) idi. Baş-boyun muayenesinde konjonktivaları soluk, orofarinks hiperemik, tonsiller hipertrofik görünümde olup, servikal lenfadenopati saptanmadı. Solunum sesleri iki taraflı kabalaşmış, yer yer ronküsleri vardı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde kalp ritmik, ek ses yok, mezokardiyak odakta 1/6 sistolik üfürüm duyuldu. Karın muayenesinde organ büyüklüğü saptanmadı. Nöro-motor gelişimi yaşlarıyla uyumlu, nörolojik muayenesinde patolojik bulgu görülmedi. Laboratuvar tetkiklerinde; üre, kreatinin, aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, laktat dehidrogenaz, ürik asit, C-reaktif protein ve serum elektrolit değerleri normaldi. Hemogloblin 6,8 g/dL, lökosit 12 600/mm³, eritrosit 3,56 M/uL, MCV 54,1 (N: 72–88) fL, RDW

%18,2, trombosit sayısı 386 000 K/uL idi. Anemi nedenine yönelik yapılan tetkiklerinde direkt Coombs testi negatif, dışkıda gizli kan pozitif, retikülosit %2,2, serum ferritin 2,6 (N: 10–60) ng/mL, serum demir düzeyi 15 (N: 22–184) µg/dL, total demir bağlama kapasitesi 447 (N: 100–400) µg/dL, transferrin saturasyonu %374 (N: >%16) µg/dL ve periferik yaymada eritrositer seri hipokromik mikrositer olup diğer bulgular normaldi. Kardiyak üfürüme yönelik yapılan eko-kardiyografisi normal değerlendirildi. İzleminde ağır anemi ve taşikardisi olan hastaya 15 cc/kg uygun eritrosit süspansiyonu verildi. Öksürük ve hırıltı yakınmasına yönelik gönderilen viral solunum paneli multipleks polimeraz zincir reaksiyonu testinde Respiratory Sinsitial Virus-A saptanan olguya semptomatik tedavi uygulandı. Solunum yolu yakınması nedeniyle çekilen akciğer grafisinde alt-orta mediastinal bölgede anormal hava gölgesi fark edildi. Toraks bilgisayarlı tomografide, HH saptanan olguda, mide 1/3 kesimi sağ hemitoraks posteromedialinde görüldü ve çekilen baryumlu ÖMD grafisi ile HH doğrulandı (Şekil 1a, b). Antireflü tedavisi başlanarak izleme alınan hastaya, kısa bir süre sonra açık parsiyel funduplikasyon operasyonu uygulandı. Ameliyat sonrası altıncı ayında kliniğinin iyi olduğu, belirti ve bulgularının tümüyle düzeldiği görüldü.

Çocukluk döneminde sık görülen anemi türü demir eksikliği anemisi olup, bu çocuklarda GİS'den kan kaybı mutlaka değerlendirilmelidir (2). Dizinde HH'li çocuklarda, gastrik ülser, gastrit veya inkarsere herni poşu erozyonuna (Cameron ülser) ikincil GİS kanamasına bağlı nadiren de olsa demir eksikliği anemisi gelişebileceği bildirilmektedir (3–5).

Sonuç olarak, ağır ve tedaviye dirençli demir eksikliği anemisi saptanan, GİS kanamalı olguların ayırıcı tanısında HH akla gelmeli, özellikle akciğer filminde orta/alt mediastinal bölgede anormal hava dansitesi saptananlarda mutlaka HH dışlanmalıdır.



Şekil 1. Arka-ön akciğer grafisinde altta sağ-orta mediastinal bölgede anormal bir hava dansitesi (beyaz ok, a). Baryumlu özefagus-mide-düedenum grafisinde paramediastinal bölgede geniş bir lezyon, hiatal herni, görüntüsü (beyaz ok, b)

● Özmert Özdemir, ● Dilek Keleş
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - Ö.Ö.; Tasarım - D.K.; Denetleme - Ö.Ö.; Kaynaklar - Ö.Ö., D.K.; Malzemeler - D.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - D.K.; Analiz ve/veya Yorum - Ö.Ö.; Literatür Taraması - D.K.; Yazıyı Yazan - Ö.Ö.; Eleştirel İnceleme - Ö.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Yazarlar bu çalışma için mali destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - Ö.Ö., Design - D.K.; Su-

pervision - Ö.Ö.; Funding - Ö.Ö., D.K.; Materials - D.K., Data Collection and/or Processing - D.K.; Analysis and/or Interpretation - Ö.Ö.; Literature Review - D.K.; Writing - Ö.Ö.; Critical Review - Ö.Ö.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Kahrilas PJ. Hiatus hernia. UpToDate (serial online) 2018 Apr (cited 2018 April 05). Available from: <https://www.uptodate.com/contents/hiatus-hernia>.
2. Sills R. Iron-deficiency anemia. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.p.2323-6.
3. Shih TC, Shih HH, Chang YT, Dai ZK, Chen IC. Hiatal hernia: a rare cause of iron-deficiency anemia in children. *Pediatr Neonatol* 2017; 58; 460–1. [CrossRef]
4. Weston AP. Hiatal hernia with cameron ulcers and erosions. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996; 6: 671–9. [CrossRef]
5. Sinaki B, Jayabose S, Sandoval C. Iron-deficiency anemia associated with hiatal hernia: case reports and literature review. *Clin Pediatr (Phila)* 2010; 49: 984–5. [CrossRef]

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Özmert Özdemir
E-posta / E-mail: drozmert@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 13.06.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 02.08.2018

©Telif Hakkı 2019 Türk Pediatri Kurumu Derneği - Makale metnine www.turkpediatriarsivi.com web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2019 by Turkish Pediatric Association - Available online at www.turkpediatriarsivi.com

DOI: 10.14744/TurkPediatriArs.2019.01488

