

## GENÇ BİR OLGUDA HEMOPTİZİ VE ANEMİ BİRLİKTELİĞİ

### ASSOCIATION OF ANEMIA AND HEMOPTYSIS AT A YOUNG CASE

Esma ÖĞÜN ÖZTÜRK\*, Pınar TUNÇ\*, Neşe AYDEMİR DURSUNOĞLU\*,  
Sibel ÖZKURT\*, Göksel KITER\*

\* Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim dalı, Denizli.

#### Özet

İdyopatik pulmoner hemosiderozis hemoptizi, demir eksikliği anemisi ve göğüs radyogramında diffüz parankimal infiltrasyonla karakterize nadir bir alveoler hemoraji nedenidir. Burada hemoptizi, yorgunluk yakınmaları ile başvuran ve akciğer biyopsisi ile tanı alan on dokuz yaşında bir olguyu sunmak istedik (Pam Med J 2008;2(2):95-97).

**Anahtar kelimeler:** Anemi, hemoptizi, hemosiderozis

#### Abstract

Idiopathic pulmonary haemosiderosis, which is usually characterized by iron deficiency anemia and diffuse parenchymal infiltration on chest radiogram, is a cause of rare alveolar hemorrhage.. We wish to present a 19-year-old patient, who presented with hemoptysis, fatigue and who was diagnosed with lung biopsy (Pam Tıp Derg 2009;2(2):95-97).

**Key words:** Karotis Anemia, hemoptysis, hemosiderosis

#### Giriş

İdyopatik pulmoner hemosiderozis (İPH), daha çok çocuk ve genç erişkinleri etkileyen, nadir bir hastalıktır [1,2]. Yaygın alveoler hemoraji, hemoptizi, dispne, akciğer grafisinde yaygın infiltratlar, aneminin değişen dereceleri ile karakterizedir. Kanama sonrası alveoler makrofajlar hemoglobin demirini hemosiderine dönüştürürler. Hemosiderin yüklü makrofajlar 4-8 hafta akciğerlerde kalır. Hemosiderozis terimi, sürekli veya yinelenen alveol içi kanamayı ifade etmektedir [3]. İdyopatik pulmoner hemosiderozis, ilk olarak 1864'de Virchow tarafından 'kahverengi akciğer endurasyonu' olarak tanımlanmıştır [4]. Waldenstrom tarafından 1944' de ilk antemortem tanımlama yapılmıştır. Klinik triadı, başka bir nedenle açıklanamayan hemoptizi, pulmoner infiltratlar, anemi oluşturmaktadır.

#### Olgu

On dokuz yaşında erkek hasta, balgamla karışık kan gelmesi yakınması ile polikliniğe başvurdu. Yaklaşık altı aydır günde 1-2 kez, 20 ml kadar olan balgamla karışık kan gelme şikayeti olup ek solunumsal şikayeti yoktu. Özgeçmişinde hastalık ve sigara öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde, tansiyon arteriyali 120/70 mm Hg, vücut ısısı 37.2 C °, solunum sayısı dakikada 24, nabızı dakikada 72 kalp atımı ölçüldü. Cilt rengi soluk idi, hırıltı ve siyanoz yoktu. Solunum sesleri dinlemekle olağandı ve patolojik ek ses yoktu.

Posteroanterior akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda nonhomojen dansite artışı mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde, lökosit 6400 /mm<sup>3</sup>, hemoglobin 7.9 g/dl, hematokrit % 25.7, MCV(ortalama eritrosit hacmi) % 64.4, trombosit 316 000/L, ferritin 45,8 ng/ml, demir 14µg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 18 mm/saat, doymamış demir bağlama kapasitesi 378 birim, total bilirubin değeri 1.77 mg/dl idi. Tam idrar tetkiki normaldi. Otoimmün antikor sonuçları, anti-GBM (glomerül bazal membran), c-ANCA (antinükleer sitoplazmik antikor), p-ANCA, anti DNA, anti Jo1 (myozit spesifik otoantikor), antiSCL 70 (Topoizomerez enzimine karşı gelişen antikor), antiSM (sentromere karşı gelişen antikor), antiSSA ve antiSSB (Ribonükleoproteinlere karşı gelişen otoantikorlar) negatif saptandı. Ekokardiyografik değerlendirmede kapak disfonksiyonu saptanmadı. Hepatit panelinde, HBsAg (+), anti HbcIgG (+), Anti HbS (-), Anti HCV (-) idi. Balgam asidorezistan bakteri ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) incelemesi negatif idi. Hastanın yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) tetkikinde, bilateral alt lob posterior kesimlerinde subplevral alanda interstisyel kalınlaşma ve buzlu cam görünümleri saptandı. Subakut-kronik değişikliklerin üzerine binmiş akut hemoraji olarak yorumlandı (Resim 1).



**Resim 1.** Transvers BT kesitinde bilateral alt lob posterior kesimlerinde buzlu cam görünümleri (beyaz ok ile gösterilen alanlar)

Deri prick testinde allerjen saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde (SFT), FVC (zorlu vital kapasite) 4.32 ml %103, FEV1 (1 saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim) 3.85 ml % 106.9, FEV1/FVC % 89.1, DLCO (karbonmonoksit difüzyon kapasitesi) % 120 olarak saptandı. Arter kan gazı analizinde, oda havasında pH 7,41 pO<sub>2</sub>: 89 mmHg, pCO<sub>2</sub> 35,1 mmHg, HCO<sub>3</sub> 22,6 mmol/l, SatO<sub>2</sub> % 97,1 olarak saptandı. Fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapılan olgunun, üst lob içinde ve intermediate bronştan sonra yer yer noktasal kanama odakları saptandı. Sol alt lob lateral ve posterior segmetten yapılan bronkoalveolar lavaj sıvısında hemosiderin yüklü makrofajlar görüldü. Olgu, alveoler hemorajiyi açıklayacak sekonder patolojiler dışlandı için idiyopatik alveoler hemorajisi olarak kabul edildi. Hastaya 32 mg/gün dozdan prednisolon tedavisi başlandı. Aktif hepatit saptanan hastaya aynı zamanda Lamivudin tedavisi de eklendi. 6 ay süre ile prednisolon tedavisi alan hastanın kontrol YÇBT tetkikinin ilk YÇBT sonucu ile karşılaştırılmasında belirgin gerileme saptanmaması üzerine hastaya akciğer biyopsisi kararı verildi. Video yardımcı torakoskopi ile akciğer biyopsi örneği alınan hastanın patoloji sonucu 'Alveolar hemorajisi sendromu' olarak

rapor edildi. Prednisolon tedavisi aldıktan sonra hemoptizi şikayeti gerileyen hastanın tedavisiz izlemine karar verildi.

### Tartışma

İdiyopatik pulmoner hemosiderozis olgularının % 80'i çocuklarda genellikle ilk dekatta meydana gelirken % 20'si erişkin başlangıçlı olmaktadır [5]. Erişkin başlangıçlı İPH olgularında erkek cinsiyet baskınlığı mevcuttur. Klasik olarak hemoptizi, göğüs radyografisinde yaygın parankimal infiltratlar ve demir eksikliği anemisi ile başvurmaktadırlar [1,6,7]. 2004 yılına kadar 500 olgu bildirilmiştir [8].

Olgumuzun başvuru yakınması hemoptizi idi. Laboratuvar incelemesinde hipokrom mikrositer anemi saptandı. İPH'de YÇBT'de buzlu cam opasiteleri, interlobuler septal kalınlaşma, peribronkovasküler septal kalınlaşma, konsolidasyon görülebilir. Akut hemoraji ise buzlu cam veya konsolidasyon ile karakterizedir [9]. Olgumuzun YÇBT bulguları ise subakut fazın üzerine eklenmiş akut faz olarak değerlendirildi. Rezolüsyon başladıkça lezyonlar azalmaya başlar ve retikülodüler infiltrasyonlar ön plana çıkar. Kronik dönemde, tanı ve tedavide geç kalınan hastalarda akciğer fibrozisi gibi komplikasyon bulguları saptanabilir [10]. SFT'de değişen şiddette restriktif patern saptanabilmektedir [11]. Olgumuzun solunum fonksiyonu normal olarak değerlendirildi. İPH'in kesin tanısı için balgam, bronş lavajı, açlık mide sıvısında hemosiderin yüklü makrofajların gösterilmesi gerekmektedir [12]. Olgumuzda yapılan FOB sonrasında hemosiderin yüklü makrofajlar saptadık.

Olgumuzda alveolar hemorajiyeye yol açan diğer nedenleri dışladık ve biyopsi sonucu ile alveoler hemorajisi ile uyumlu bulgular saptadık. Bu hastalarda tedavide öncelikle hastada süt alerjisi ve gluten enteropatisi varsa süt ve gluten içermeyen diyet gereklidir. İPH'li az sayıdaki çocukta inek sütüne karşı serumlarında IgE antikorları saptanabilmektedir. Bu durum basit bir rastlantısal durum olabileceği gibi bu duruma yol açabilecek bir patojenik mekanizma da dışlanamamıştır [4]. Olgumuzda da gluten enteropatisi saptandı ve glutenden fakir diyet önerildi.

### Kaynaklar

1. Saeed MM, Woo MS, MacLaughlin EF et al. Prognosis in Pediatric Idiopathic Pulmonary Hemosiderosis: Chest 1999; 116: 721-5.
2. Yıldız T, Altıntaş A, Akyıldız L, Müftüoğlu E, Topçu F. İdiyopatik pulmoner Hemosiderozis: Olgu Sunumu: Dispne 2007; 2: 51-3.
3. Sherman JM, Winnie G, Thomassen MJ, Abdul-karim FW, Boat TF. Time course of hemosiderin production and clearance by human pulmonary macrophages. Chest 1984; 86: 409-11.
4. Ioachimescu OC, Sieber S, Kotch A. Idiopathic pulmonary haemosiderosis revisited. Eur Respir J 2004; 24: 162-70.
5. Morgan PG, Turner-Warwick M. Pulmonary haemosiderosis and pulmonary haemorrhage. Br J Dis Chest 1981; 75:225-42.
6. Ferrari GF, Fioretto JR, Alves AFR and Brandao GS. Idiopathic pulmonary haemosiderosis: case report: J Pediatr (Rio J) 2000;76: 149-52.

7. Sharma J and Nitsure M. Idiopathic pulmonary haemosiderosis (Letter to the Editor) Indian Pediatrics 2005; 42: 1056-7.
8. Ioachimescu OC, Sieber S and Kotch A. Idiopathic pulmonary haemosiderosis revisited. Eur Respir J 2004; 24: 162-70.
9. Koh DM, Hansell DM. Computed tomography of diffuse interstitial lung disease in children. Clin Radiol 2000; 55: 659-67.
10. Marwaha RK, Garewal G, Kumar V et al. Microcytic hypochromic anemia in idiopathic pulmonary hemosiderosis: a diagnostic pitfall. Indian Pediatr. 1994; 31: 1101-7.
11. Ali A, Milman N, Clausen PP. Idiopathic pulmonary hemosiderosis. Favourable effect of corticosteroids in two women aged 16 and 55 years. Ur Respir Topic 1998; 4: 53-7
12. Gencer M, Ceylan E. İdiyopatik Pulmoner Hemosiderozis. Akciğer Arşivi 2006; 7: 139-43