

# Akut Solunum Yetmezliği ile Başvuran Adolesan Yaşta Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

## An Adolescent Chronic Eosinophilic Pneumonia Case Who Referred with Acute Respiratory Failure

Dr. Fidan SEVER,<sup>a</sup>  
Dr. Mustafa SEVER,<sup>b</sup>  
Dr. Güray ÖNCEL,<sup>c</sup>  
Dr. Nuray KÖMÜS<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Göğüs Hastalıkları Kliniği,  
<sup>b</sup>Radyoloji Kliniği,  
Şifa Hastanesi,  
<sup>c</sup>Acil Tıp AD,  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir  
<sup>d</sup>Göğüs Hastalıkları Kliniği,  
Nizip Devlet Hastanesi,  
Gaziantep

Geliş Tarihi/Received: 26.12.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 03.02.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Fidan SEVER  
Şifa Hastanesi,  
Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir,  
TÜRKİYE/TURKEY  
fidansever@yahoo.com

**ÖZET** Çocuklarda ve adolesanlarda oldukça nadir görülen kronik eozinofilik pnömoni (KEP), akut solunum yetmezliğinin de oldukça nadir bir nedenidir. Astım tanısı ile izlenen 17 yaşında bayan hasta, acil servise ciddi solunum yetmezliği tablosunda başvurdu. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları ile KEP tanısı konuldu. Kortikosteroid tedavisi ile mekanik ventilasyon gerekmeden klinik ve radyolojik olarak belirgin düzelme oldu. Olgumuz, nadir görülmesi ve eğitici yönleri nedeniyle sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner eozinofili, akut solunum yetmezliği

**ABSTRACT** Chronic Eosinophilic Pneumonia (CEP) is very rare in children and adolescents and is a reason of acute respiratory failure. In this case report, we presented 17 year-old female asthma patient which was attended to emergency room with clinically severe respiratory failure. Patient has diagnosed as CEP with clinically, radiological and laboratory findings. Patient was clinically and radiological significantly recovered with corticosteroid treatment without any mechanical ventilation requirement. This was presented because of rare and educational respects.

**Key Words:** Pulmonary eosinophilia, acute respiratory failure

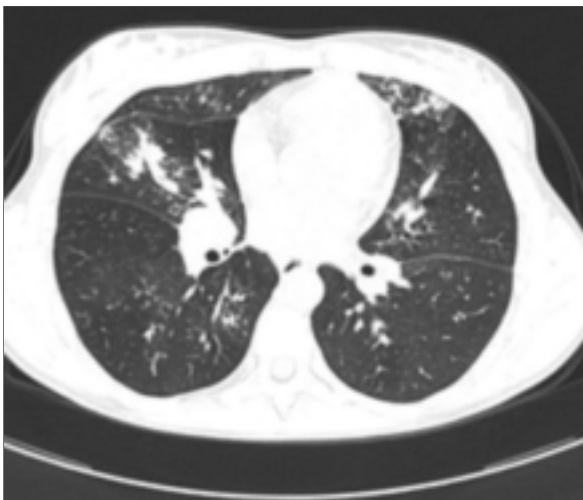
**Türkiye Klinikleri Arch Lung 2009;10(1):31-4**

**K**ronik eozinofilik pnömoni (KEP); etyolojisi bilinmeyen, subakut veya kronik seyirli, alveoler ve kan eozinofilisi, periferik akciğer infiltrasyonu ve kortikosteroid (KS) tedavisine hızlı cevap ile karakterize nadir bir eozinofilik pnömonidir.<sup>1,2</sup> Subakut seyirli olmakla birlikte nadiren mekanik ventilasyon desteği gerektiren ciddi akut solunum yetmezliği veya erişkin respiratuar sendromu kliniği ile ortaya çıkabilir.<sup>1,3,4</sup>

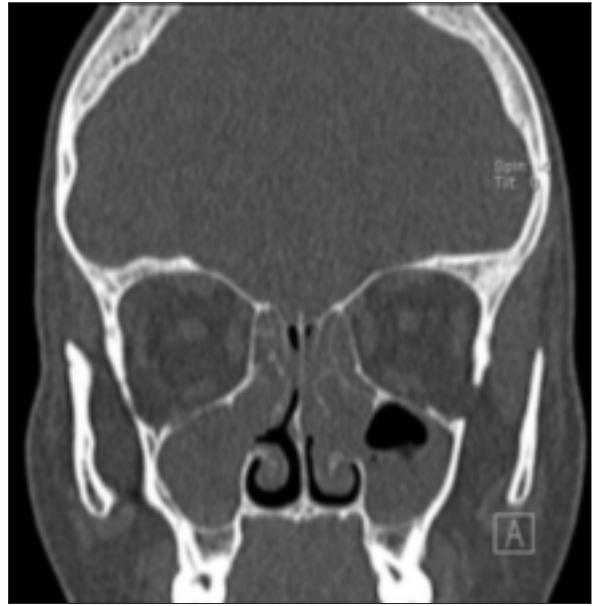
### OLGU SUNUMU

17 yaşında kadın hasta acil servise ağır nefes darlığı, çarpıntı, öksürük, balgam, kilo kaybı, kusma ve karın ağrısı semptomları ile başvurdu. Fizik muayenesinde kaşektik ve siyanoze olduğu görüldü. Nabız 120/dk, solunum sayısı 40/dk. olan hastanın solunum sistem muayenesinde wheezing, dinlemekle bilateral yaygın ronküsler, bilateral bazallerde ralleri mevcuttu. Hastanın dört yıldır astım tanısıyla salmeterol ve flutikazon tedavisi

kullandığı öğrenildi. Lökotrien reseptör antagonisti kullanmamıştı. Kan gazı analizinde pH: 7.43, PaCO<sub>2</sub>: 38 mmHg, PaO<sub>2</sub>: 49 mmHg, satürasyon %85 saptandı. Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde bilateral üst ve orta zonlarda infiltrasyonlar görüldü. Olgu yoğun bakıma yatırılarak nazal oksijen tedavisi, bronkodilatör tedavi, nonspesifik antibiyotik tedavisi başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 14 g/dl, lökosit 18 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, nötrofil %71, lenfosit %10, eozinofil: %12.4 bulundu. Sedimentasyon: 48 mm/h, IgE: >4778 IU/ml idi. Romatoid faktör, antinükleer antikorlar, p-ANCA, c-ANCA negatif bulundu. Gaitada parazit saptanmadı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT), bilateral hiler lenfadenopati, akciğer parankim alanlarında üst ve orta lobda yoğunluk kazanan yama tarzında infiltrasyonlar görüldü (Resim 1). Paranasal sinüs BT'de bilateral maksiler ve ethmoidal sinüzit ve sinonazal polipozis ile uyumlu bulgular saptandı (Resim 2). Endoskopik burun muayenesinde polipleri vardı. Fiberoptik bronkoskopisinde patoloji saptanmadı. Bronkoalveoler lavaj (BAL) sıvısında; %40 eozinofil %25 nötrofil, %20 lenfosit, %15 makrofaj bulundu. Hasta tolere edemediği için transbronşial parankim biopsisi yapılamadı. BAL nonspesifik kültüründe üreme olmadı, ARB bakışı negatif bulundu. Tüberküloz ve mikolojik kültüründe üreme olmadı. Tüm bulgularla KEP olabileceği düşünülerek 40 mg/gün



**RESİM 1:** Toraks BT'de, bilateral hiler lenfadenopati, akciğer parankim alanlarında üst ve orta lobda yoğunluk kazanan yama tarzında infiltrasyonlar görülmekte.



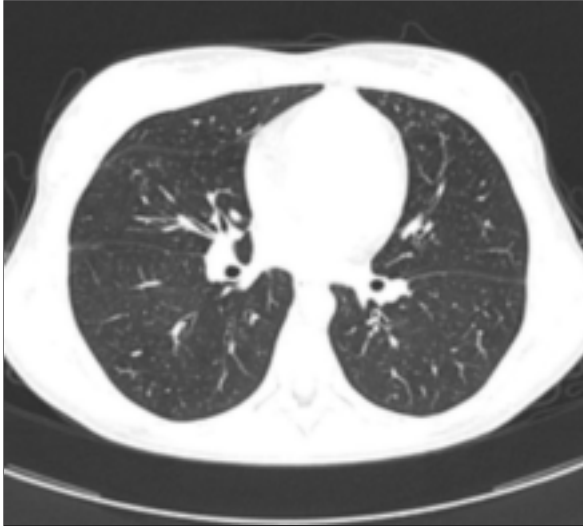
**RESİM 2:** Sinüs BT'de, bilateral maksiler ve ethmoidal sinüzit ve sinonazal polipozis bulguları mevcut.

dozda KS tedavisi başlandı. Solunum yetmezliği tablosunda gelen hasta, tedavinin üçüncü gününde dramatik olarak düzelmeye başladı. Endoskopik burun muayenesinde poliplerin tama yakın kaybolduğu, Toraks BT'de lezyonların düzeldiği (Resim 3), sinüs BT'de ise sol maksiller mukus retansiyon kisti dışında tamamen normal olduğu görüldü (Resim 4). KS dozu azaltılarak hasta yakın takibe alındı.

## TARTIŞMA

KEP, ilk kez 1960 yılında iki olgu nedeni ile Christoforidis ve ark. tarafından bildirildi.<sup>5</sup> 1969 yılında Carrington ve ark. geniş hasta serisini içeren bir çalışma ile bu klinik antiteyi tanımladılar.<sup>6</sup> KEP'li hastaların %50'sinde bronşial astım tanısı, olguların 1/3'ünde atopi, alerjik rinit, nazal polip öyküsü mevcuttur.<sup>1,7,8</sup> Genellikle 30-50 yaşları arasında ortaya çıkar. Çocuklarda ve adolesanlarda çok nadir görülmektedir.<sup>1,8,9</sup> Nathan ve ark. izoniazid dirençli tüberküloz tanısı ile tedavi gören 13 yaşında olguda gelişen KEP tablosunu bildirmişlerdir.<sup>10</sup> Ülkemizden bildirilmiş iki pediatrik eozinofilik pnömoni olgusu bulunmuştur.<sup>8,11</sup>

KEP'de lökositoz, kanda eozinofili (%66-90), anemi, trombositoz, sedimentasyon yüksekliği, se-



**RESİM 3:** Tedavi sonrası Toraks BT'de lezyonların tamamen düzeldiği görülmekte.



**RESİM 4:** Tedavi sonrası Sinüs BT'de sol maksiller mukus retansiyon kisti dışında tamamen normal.

rum IgE düzeyinde artış görülür. Solunum fonksiyon testlerinde restriktif patern görülmekle birlikte astımın eşlik ettiği olgularda obstrüksiyon da

eklenebilir. Tanıda önemli kriterlerden birisi BAL'da yüksek oranlarda eozinofili (%25'den fazla) olmasıdır.<sup>1,9</sup> KEP'de radyolojide, periferik yerleşimli progresif yoğun infiltratlar; KS ile hızlı rezolüsyon gösteren ve aynı lokalizasyonda nüks eden infiltrasyonlar; pulmoner ödemin negatif fotografik görünümünü (%25) andıran yer değiştirmeyen infiltratlar görülür.<sup>9,12</sup> Olgumuzda KEP'in en belirgin özellikleri arasında tanımlanan pulmoner ödemin negatif fotografik görünümü yoktu.

KEP'in tedavisinde 40 mg/gün dozda KS başlanması, klinik ve radyolojik düzelme ile birlikte dozun azaltılması önerilmektedir.<sup>1</sup> Ancak dozun azaltılması yada kesilmesini takiben nüks gelişme oranı yüksektir (%58-80) ve lezyonların lokalizasyonunun aynı yerde nüks etmesi de tipiktir.<sup>1,9</sup>

Akut solunum yetmezliği KEP'te çok nadir görülen bir tablodur. Yavchitz ve ark.<sup>13</sup> akut solunum yetmezliği nedeni ile 48 saat süre ile mekanik ventilasyon uyguladıkları ve KEP tanısı koydukları olgularını sunmuşlardır. Ülkemizde Taşdöğen ve ark.,<sup>14</sup> 18 yaşında bir olguda KEP tanısı koymuşlar, KS ve non-invaziv mekanik ventilasyon desteği ile hastayı tedavi etmişlerdir. Samman ve ark.,<sup>15</sup> masif bilateral plevral effüzyon saptanan solunum yetmezliği tablosundaki KEP'li bir kadın olgunun, mekanik ventilasyon desteği ve KS ile tedavi edildiğini bildirmişlerdir. Olgumuzda invaziv ya da non-invaziv mekanik ventilasyona gerek kalmadan nazal oksijen ve KS tedavi ile hızla klinik tablo düzeldi.

Sonuç olarak, özellikle astım tanısı konmuş olan çocuk ve adolesanlarda KEP gelişebileceği göz önünde tutularak yakın takibi gereklidir. Astım nedeni ile takip edilen olgularda gelişebilecek bir dispne atağında KEP'in, nadir de olsa akut solunum yetmezliği yapabileceği unutulmamalı, ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Rochester CL. The eosinophilic pneumonias. In: Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Kaiser LR, Senior RM, ed. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. 3rd ed. New York; McGraw-Hill Comp. 1998:1133-50.
2. Ardeniz Ö, Sin A. [Diseases associated with eosinophilia]. *Türkiye Klinikleri J Allergy Asthma* 2003;5(2):96-102.
3. Libby DM, Murphy TF, Edwards A, Gray G, King TK. Chronic eosinophilic pneumonia: an unusual cause of acute respiratory failure. *Am Rev Respir Dis* 1980;122(3):497-500.
4. Ivanick MJ, Donohue JF. Chronic eosinophilic pneumonia: a cause of adult respiratory distress syndrome. *South Med J* 1986;79(6):686-90.
5. Allen JN, Davis WB. Eosinophilic lung diseases. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150(5 Pt 1):1423-38.
6. Christoforidis AJ, Molnar W. Eosinophilic pneumonia. Report of two cases with pulmonary biopsy. *J Am Med Assoc* 1960;173:157-61.
7. Carrington CB, Addington WW, Goff AM, Maddoff IM, Marks A, Schwaber JR, et al. Chronic eosinophilic pneumonia. *N Engl J Med* 1969;280(15):787-98.
8. Marchand E, Reynaud-Gaubert M, Lauque D, Durieu J, Tonnel AB, Cordier JF. Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia. A clinical and follow-up study of 62 cases. The Groupe d'Etudes et de Recherche sur les Maladies "Orphelines" Pulmonaires (GERM"O" P). *Medicine (Baltimore)* 1998;77(5):299-312.
9. Tanir G, Pişkin IE, Aydemir C, Adaklı B, Özmen S, Arslan Z, et al. [Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia: a case report]. *Tuberc Thorax* 2005;53(2):167-71.
10. Nathan N, Guillemot N, Aubertin G, Blanchon S, Chadelat K, Epaud R, et al. Chronic eosinophilic pneumonia in a 13-year-old child. *Eur J Pediatr* 2008;167(10):1203-7.
11. Göçmen A, Kiper N, Büyükpamukçu N, Göğüs S, Anlar Y. [Eosinophilic Pneumonia]. *New J Med* 1993;10(6):73-5.
12. Matsuse H, Shimoda T, Fukushima J, Matsuo N, Sakai H, Takao A, et al. Diagnostic problems in chronic eosinophilic pneumonia. *J Int Med Res* 1997;25(4):196-201.
13. Yavchitz A, Binczak M, Meybeck A, Mounier R, Ricard JD. [An acute respiratory distress syndrome revealing a chronic eosinophilic pneumonia]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27(3):237-9.
14. Taşdöğen N, Tekgül S, Demir A, Çeliktan E [Respiratory failure due to chronic eosinophilic pneumonia: case report]. *Respiratory Disease* 2002;13(1):40-4.
15. Samman YS, Wali SO, Abdelaal MA, Gangi MT, Krayem AB. Chronic eosinophilic pneumonia presenting with recurrent massive bilateral pleural effusion: case report. *Chest* 2001;119(3):968-70.