

Ekstresek Allerjik Alveolitis - Güvercin Besleyicisi Hastalığı (Bir Olgu Nedeniyle)

Evren Toprak, Candan Öğüş, Tülay Özdemir

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Ekstresek allerjik alveolitis antijenik materyallerin anhalasyonu sonucu gelişen bir akciğer hastalığıdır. Evinde 4 aydır güvercin besleyen 17 yaşında bir erkek hasta acil servise ateş yüksekliği, dispne ve solunum yetmezliği ile başvurdu. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular sonucunda hastaya bronkoskopi ve transbronşial biyopsi uyguladık ve subakut ekstresek allerjik alveolitis tanısı koyduk. Sonuç olarak, bu tür kliniği olan hastalarda ekstresek allerjik alveolitisin mutlaka akla getirilmesi ve öyküde bu hastalığa neden olabilecek antijenik kaynakların sorgulanması gerektiğini vurguluyoruz.

Akciğer Arşivi: 2004; 1: 46-50

Anahtar Kelimeler: Ekstresek allerjik alveolitis

SUMMARY

Extrinsic Allergic Alveolitis: A Case Report

Extrinsic allergic alveolitis is a condition that define hypersensitivity reaction in the lungs of the sensitive individuals with various inhaled antigens. A 17-year-old male who breeds pigeons in his house for 4 months, admitted with complaints of high fever, dyspnea, and respiratory insufficiency. Up on clinical, laboratory, and radiological findings bronchoscopic examination revealed, and transbronchial biopsies were taken. In conclusion, we emphasize that extrinsic allergic alveolitis must be kept in mind in patients with similar findings and interrogation of the antigenic sources as the cause must be performed.

Archives of Pulmonary: 2004; 1: 48-50

Key Words: Extrinsic allergic alveolitis

Giriş

Ekstresek allerjik alveolitis, hipersensitivite pnömonezi olarak da isimlendirilen, antijenik özellik gösteren organik partiküller veya düşük moleküler ağırlıklı kimyasal materyallerin inhalasyonu sonucu immünolojik aracılıklı gelişen bir grup akciğer hastalığıdır (1,4,7). Kuş besleyicisi hastalığı en sık görülen tiplerindendir (1). Yüksek ateş ve ciddi solunum yetmezliği tablosunda başvuran ve akciğer grafisinde milier paternde mikronodüler infiltrasyon saptanan, subakut ekstresek allerjik alveolitis saptadığımız olguyu literatür bilgileri ışığı altında sunuyoruz.

Olgu

Manifatura mağazasında işçi olarak çalışan 17 yaşındaki erkek hasta acil servise yirmibeş gündür ortaya çıkan nefes darlığının giderek artması nedeniyle baş-

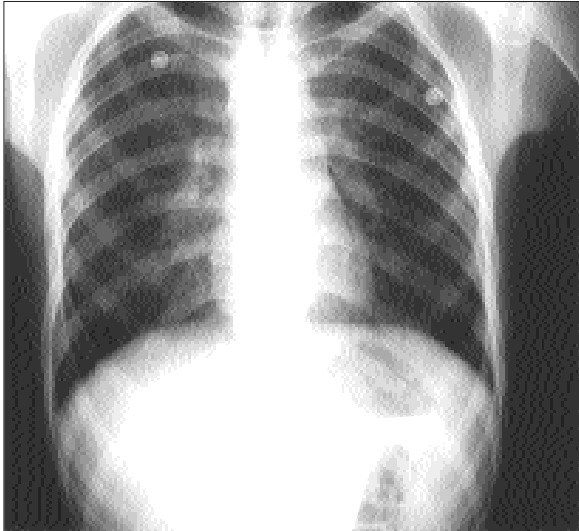
vurdu. Beraberinde en fazla 38,5°C'e kadar yükselen ateş, çarpıntı, 10 gündür olan morarma ve 1 haftadır olan kuru öksürük yakınmaları da mevcuttu. Yirmibeş günde 8 kg zayıflama, iştahsızlık, halsizlik ve postnazal akıntı tanımlayan olgunun göğüs ağrısı, hemoptizi semptomları ve sigara, alkol, uyuşturucu kullanma alışkanlığı yoktu. Anamnezde yaklaşık 4 aydır evinin dışında çok sayıda güvercini beslediği öğrenildi.

Fizik muayenede genel durumu kötü olan hastanın vital bulgularında kan basıncı: 120/65 mmHg, nabız: 128/dak, ateş: 38.8 °C, solunum sayısı: 32/dak idi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın pozitif bulgu olarak taşikardi ve santral siyanoz saptandı.

Lökosit: 12.300/mm³, hemoglobin: 15.2 gr/dl, hematokrit: 47.2, trombosit: 276.000 mm³, sedimentasyon: 2 mm/saat, CRP: 1,48 mg/dl, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda bulundu. Yapılan kan gazı analizinde pH: 7.47, PaO₂: 46.1 mmHg, PaCO₂: 39.3 mmHg, SaO₂: %84.8, HCO₃: 22.2 mEq/L ve [(A-a)Po₂] 54.7 mmHg olarak saptandı. Posteroanterior akciğer grafisinde bilateral yaygın mikronodüler tarzda infiltratif görünüm mevcuttu

Yazışma Adresi: Dr. Evren Toprak
Yeşilbahçe Mah. 1446. Sok. Erciyes Apt. No:18/4
Muratpaşa- Antalya
Tel: 0 242 312 90 96, Fax: 0 242 227 44 90
e-mail: evrento@hotmail.com

(Resim 1). Bu bulgularla hipersensitivite pnömonisi, milier tüberküloz ve atipik pnömoni ön tanıları ile kliniğe yatırıldı. Nonspesifik antibiyotik tedavisi başlandı. 24 saatten itibaren hastanın kliniği ve kan gazlarında hızlı bir düzelme oldu. Üç gün üst üste gönderilen balgam ARB sonucu negatif geldi. Balgam yaymasında 10-15 lökosit görüldü ve kültüründe patojen bakteri üremedi. Solunum fonksiyon testinde FVC 1.67 lt (%33), FEV₁ 1,67 lt (%39), FEV₁/FVC %100 olarak saptandı. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT)'de her iki akciğerde buzlu cam atenüasyon artışı, yaygın sekonder lobülleri dolduran milimetrik nodüler dansiteler ve sağ orta lob lateral segmentte subplevral, düzensiz konturlu nodüler dansiteler saptandı ve bu bulgular öykü ile birleştirilince ekstresek allerjik alveolitis ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2). Fiberoptik bronkoskopiye trakeadan itibaren yoğun mukopürülan sekresyon, her iki bronş mukozasında hiperemi ve hafif düzeyde kronik bronşitik değişiklikler izlendi. Bronş lavajı ve sağ orta lobdan transbronşial akciğer biyopsisi alındı. Bronş lavajı sitolojisinde yoğun dejenerasyon bulgularının yanı sıra alveolar makrofajlar, pulmoner epitel hücreleri ve nötrofil lökositlerden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi, bronş lavajı AARB sonucu negatif olarak geldi. Transbronşial akciğer biyopsisi materyalinden hazırlanan preparatlardan alveollerde tip2 pnömositlerde hiperplazi, interstisyel alanda ince bağ dokusu artışı ve yine bu alanlarda belirgin lenfosit, plazma hücresi infiltrasyonu, bazı alanlarda alveol içlerinde ince bağ dokusu ve aynı tip hücre infiltrasyonu görüldü ve bu bulguların in-



Resim 1: PA Akciğer Grafisi: Bilateral yaygın mikronodüler infiltrasyon.

terstisyel pnömoni ve ekstresek allerjik alveolitis ile uyumlu olabileceği bildirildi. Yapılan ANA, Anti-DNA, ENA profili, ANCA, RF tetkik sonuçları negatif olarak geldi. Bu bulgularla hasta güvercin beslemeye bağlı "ekstresek allerjik alveolitis" olarak kabul edildi ve oral prednizolone tedavisi başlandı, başka bir evde kalması planlandı ve kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

İlk kontrollerinde bir problem olmayan olgunun steroid dozları azaltılarak ikinci ayda kesildi. Üçüncü ayda hasta benzer bulgularla yine başvurdu. Öyküsünde birkaç kez güvercin besleyen bir arkadaşının evine gittiği öğrenildi. Bu ortamdan uzaklaşınca hastanın kliniği yine tamamen düzeldi ve steroid tedavisi gerektirmedi.

Tartışma

Ekstresek allerjik alveolitis, çeşitli inhale antijenlerle duyarlı kişilerin akciğerlerinde meydana gelen hipersensitivite reaksiyonunu tanımlayan bir durumdur (1,2). Ekstresek allerjik alveolitisin en sık görülen tiplerinden birisi olan güvercin besleyicisi hastalığı erkeklerde daha siktir (1,4,7). Güvercin besleyenlerde görülme sıklığı %8-30 arasındadır (1). Hastalar genellikle (%80-95) sigara içmeyen kişilerdir (1,7). Çeşitli sınıflandırmalar olmakla beraber en sık kullanılan iki sınıflama akut, subakut ve kronik olarak yapılan klasik sınıflama ve semptomları da içeren akut progresif, akut intermitant nonprogresif ve rekürren nonakut hastalık olarak yapılan Boyd sınıflamasıdır (4,6,7). Akut formda antijenle temastan 2-9 saat



Resim 2: YRBT: Bilateral buzlu cam alanları ve sağ orta lob lateral segmentte nodüler dansiteler.

sonra gelişen dispne, kuru öksürük, üşüme, titreme, halsizlik, keyifsizlik, baş ağrısı gibi semptomlar olur ve bu semptomlar 6-24 saat içinde pik yapar. Spesifik bir tedaviye gerek kalmadan 1-3 gün içinde geriler. Kronik formda ise maruziyetten yıllar sonra daha ciddi dispne, kuru öksürük, kilo kaybı, anoreksi gibi semptomlar gözlenir ve eğer hastalık ağır bir tablo gösteriyorsa sağ kalp yetmezliği bulguları gelişebilir. İki form arasında kalan durumda subakut hastalıktan söz edilir (1,4,7). Muayenede akut formda ateş, takipne, bibaziler raller, siyanoz, kronik formda takipne, raller, nadir olarak ta sağ kalp yetmezliği bulguları ve çomak parmak gözlenebilir (1,7). Olgumuz bulgularıyla hem akut hem de kronik formun özelliklerini göstermesi ve 25 günlük bir öyküsünün olması nedeniyle subakut forma uymaktadır.

Radyolojik olarak akut ve subakut formda buzlu cam alanları ve konsolide sahalarla birlikte veya yalnız başına diffüz nodüler dansiteler gözlenir. YRBT'de ise buzlu cam alanları, plevral efüzyon, kalınlaşma, kalsifikasyon, kaviteler, atelektazi ve LAP görülebilir. Kronik formda bu bulgulara ek olarak lineer dansiteler gözlenebilir ve bu bulgu fibrozis lehine değerlendirilmelidir (1,4,6,8). Olgumuzda ise buzlu cam alanları içeren diffüz mikronodüler dansiteler gözlendi ve kronik formu düşündüren fibrozis bulgularını içermiyordu. Hematolojik olarak periferik kanda nötrofil hakimiyetinin olduğu lökositoz vardır (1,4,7). Atopik bir hastalık olmadığı için eozinofili ve IgE yüksekliği beklenmez (1). CRP ve sedimantasyon yüksekliği saptanabilir ve RF nadiren pozitifleşir (1,4,7). Fakat olgumuzda lökositoz olmasına karşı diğer parametreler normal olarak saptandı. ANA ve diğer otoantikörler negatiftir. ACE normaldir ve bazen sarkoidozla karışan durumlarda ayırıcı tanıda kullanılabilir (1). BAL'da ilk 48 saat içinde nötrofil hakimiyeti, 5 günden sonraki dönemde ise lenfosit hakimiyeti gözlenir (1). Deri testleri yarırsızdır. Solunum fonksiyon testinde sıklıkla restriksiyon, bazen de obstrüksiyon gözlenir (1,4,7). Olgumuzda restriktif tarzda solunum fonksiyon bozukluğu saptadık. Arteriyel kan gazında hipoksemi, hipokapni, [(A-a)Po₂]'de artış beklenir ancak ileri fonksiyon bozukluğunun olduğu kronik durumlarda tip II solunum yetmezliği gelişebilir (1,4). Tanıda antijene karşı gelişen spesifik IgG, IgM ve IgA tipinde antikorlar oldukça faydalıdır ve hastalık tanısının zor olduğu durumlarda tanı koymada tek seçenek olabilir (1-7). Hastanın kliniğimizde yattığı dönemlerde hastanemizde bu tür immünolojik çalışmalar yapılamadığı için bu testleri uygulayamadık ancak hastanın öyküsü, radyolojik ve patolojik bulguları ile kuş besleyicisi hastalığı tanısını koyduk.

Akut formda hastalığın prognozu oldukça iyidir ve sıklıkla birkaç gün içinde hastalık kendi kendini sınırlar. Subakut ve kronik formların prognozu genelde iyi olmasına rağmen bazen kronik bronşit ve fibroze ilerleyen komplikasyonlar gelişebilir ve hastalarda sağ kalp yetmezliği gelişebilir (1,4,6,7). Bu tür komplikasyonlar nedeniyle hastaların uzun süre takip edilmesi gerekmektedir.

Hastalığın tedavisinde steroidler kullanılabilir. Hastalığın erken dönemlerinde steroidler semptomların hızlı gerilemesini sağlar ancak uzun dönemde etkili tedaviye takip edilenlerle benzer bulunmuştur. Bu yüzden 1-2 aylık süre ile steroid tedavisi denenebilir, genel durumu kötü olanlarda ise steroidleri kullanmak faydalıdır (1,4,7). Ortamda bulunan antijenler yıllarca aynı ortamda kalabilir ve hastalığın nüksüne neden olabilir (1,4). Hastamızda iyileşme döneminden sonra benzer ortama girmesi nedeniyle nüks gelişti ve ortamdaki uzaklaşması ile hastalığın gerilediği gözlemlendi. Olgumuzu geliştirecek komplikasyonlar açısından takibimiz altında tutuyoruz.

Sonuç olarak, bu tür kliniği olan hastalarda ekstresek allerjik alveolitisin mutlaka akla getirilmesi ve öyküde bu hastalığa neden olabilecek antijenik kaynakların sorgulanması gerektiğini vurguluyoruz.

Kaynaklar

1. Schuyler M. Hypersensitivity pneumonitis. In: Fishman AP (ed): Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. McGraw Hill; New York 1998:1085-97.
2. Bourke SJ, Banham SW, Carter R, Lynch P, Boyd G. Longitudinal course of extrinsic allergic alveolitis in pigeon breeders. Thorax 1989;44:415-8.
3. Purtilo DT, Brem J, Ceccaci L, Cassel C, Fitzpatrick AJ. A family study of pigeon breeders' disease. The journal of pediatrics 1975;86(April):569-71.
4. Bourke SJ, Dalphin JC, Boyd G, McSharry C, Baldwin CL, Calvert JE. Hypersensitivity pneumonitis: current concepts. European Respiratory Journal 2001;18: Suppl. 32, 81s-92s.
5. Rodriguez de Castro F, Carillo T, Castillo R, Blanco C, Diaz F, Cuevas M. Relationships between characteristics of exposure to pigeon antigens. Chest 1993;103:1059-63.
6. Bourke S, Anderson K, Lynch P, Boyd J, King S, Banham S, Boyd G. Chronic simple bronchitis in pigeon fanciers. Chest 1989;95:598-601.
7. Bourke S, Boyd G. Pigeon fancier's lung. BMJ 1997;315:70-1. (12 July).
8. Zacharisen MC, Schlueter DP, Kurup VP, Fink JN. The long term outcome in acute, subacute, and chronic forms of pigeon breeder's disease hypersensitivity pneumonitis. Ann Allergy Asthma Immunol 2002 Feb;88(2):175-82.
9. Erdoğan Y, Turay ÜY, Aydoğdu M. Görüntüleme Yöntemleri. İnterstitiyel Akciğer Hastalıklarına Genel Yaklaşım. Güneş Kitabevi;Ankara 2002: 146-7.