



Olgu Sunumu

Doç. Dr H.Tekin Nacaroğlu
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları BD



OLGU (İ.B)

9 yaş, erkek

- **Şikayeti:** Öksürük, göğüs ağrısı, eforla nefes darlığı
- **Hikayesi:** 4 aydır devam eden kuru öksürük şikayetlerine ek olarak 1-2 aydır devam eden halsizlik, eforla olan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri
- Sonbahar ve kış aylarında sık burun akıntısı, tıkanıklık ve hapşırık şikayetleri

Öykü

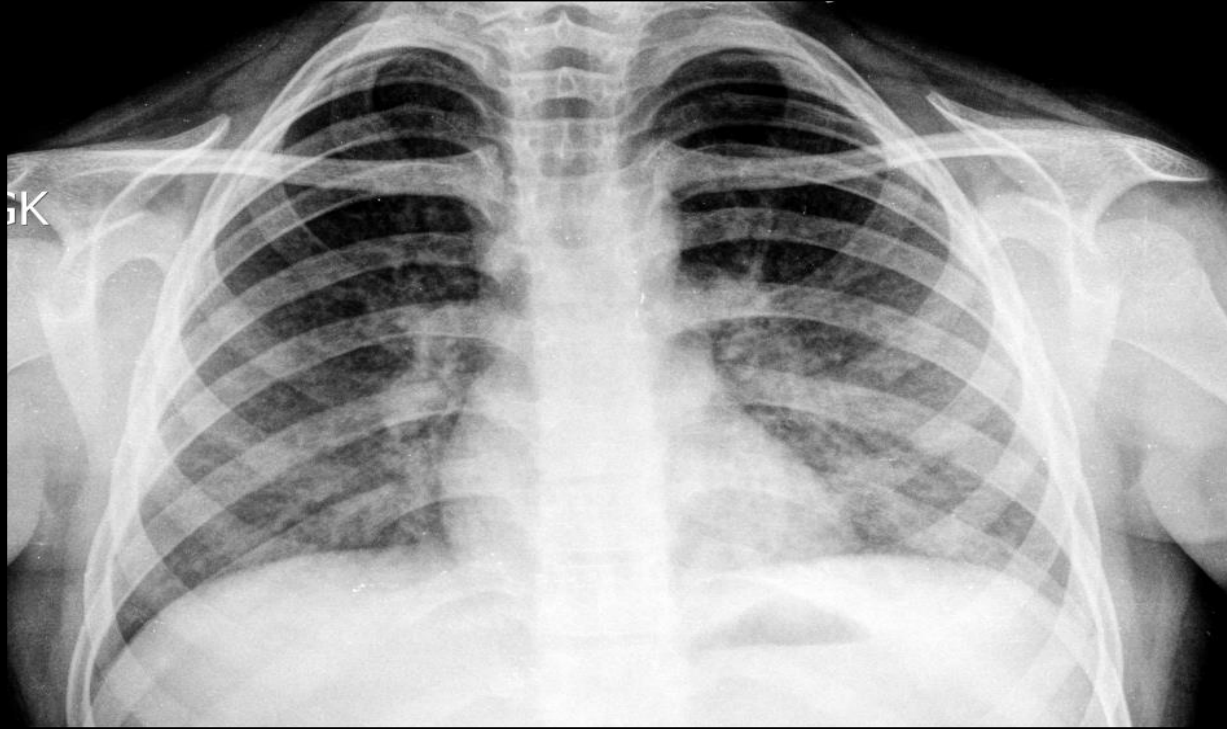
- Çoklu antibiyotik kullanımına yanıt Ø
- Alerjik rinit ve astım tanılarına yönelik tedavilere rağmen düzelme Ø
- Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yok
- Anne ve baba arasında akrabalık yok
- Ailede atopik hastalık, aktif tbc öyküsü ve kronik akciğer hastalığı olan kimse yok

Fizik muayene

- Ağırlık-Boy: 64kg- 146 cm (75-90p)
- Ateş: 36,7°C
- Nabız: 120/dk
- Solunum sayısı: 32/dk
- sPO2: %86 (Oda havasında)
- Her iki akciğerde krepitan raller, sibilan ronküsler
- Diğer sistem muayeneleri olağan

Laboratuvar

- Hb: 13.8 gr/dl,
- WBC: 9600/mm³
- PNL:%67, LYM:%20, Eo :%2.2
- CRP: 0.32 mg/dl (Negatif)
- Rutin Biyokimya: Normal
- Kan gazı incelemesi;
ph: 7,42 , HCO₃: 25 mmol/l
pCO₂:39 mmHg, pO₂: 52 mmHg



Orta ve alt zonlarda bilateral retiküler infiltratif görünüm

Klinik gidiş

- Hastamıza inhale steroid, bronkodilatör, oksijen ve destek tedavileri başlandı.
- Tedavinin 7. gününden itibaren hipoksisi düzeldi.
- Fizik muayene bulgularında kısmi düzelme gözlemlendi.

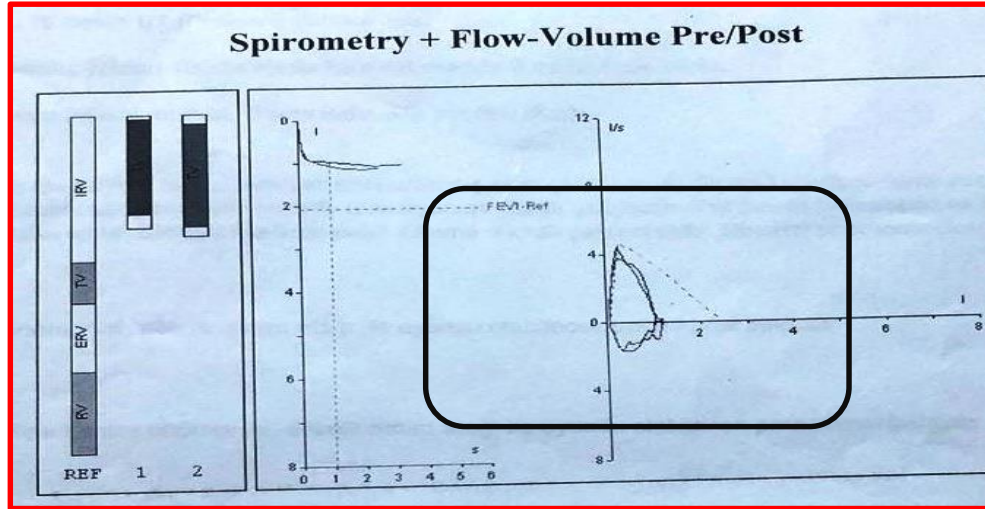
Bu hastada tanı astım mı?

Bu aşamada astım tanısı açısından hangi tetkiki öncelikli olarak düşünürsünüz?

- a. Solunum fonksiyon testi
- b. Epidermal Prick testi
- c. Ekokardiyografi
- d. Immunglobulin düzeyleri



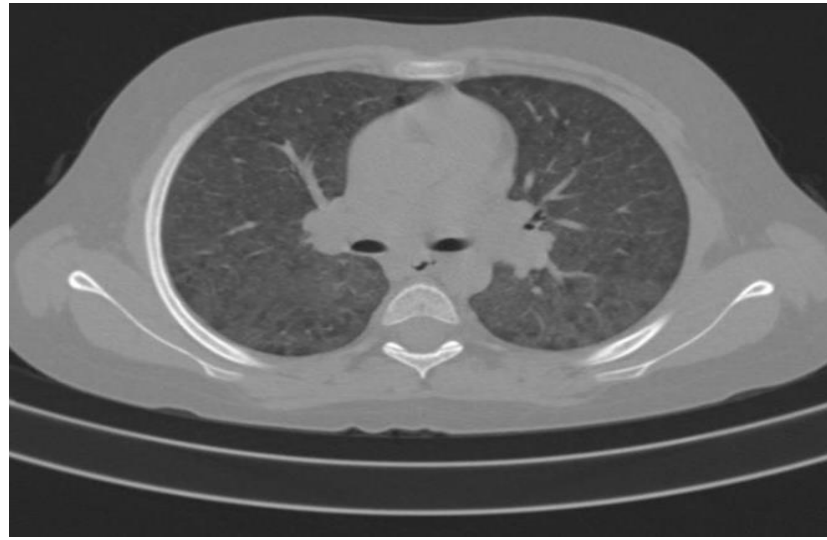
Klinik gidiş-SFT



	FVC(%)	FEV1(%)	FEV1/FVC	PEF(%)
Pre %	47	50	106	94
Post %	50	52	108	82
Post % Pre	6	4	1	-13

Klinik gidiş

- IgE: **145 IU/L**
- Immünglobulinler:
IgG: 1021, IgA: 41, IgM: 85
- Epidermal prick testi:
Polen V (pariteria) duyarlılığı 5x5 mm
- Ekokardiyografi: Normal, PHT bulgusuØ



Pozitif bulgularımız

Yakınması : kuru öksürük,

Öyküde : son 4 aydır mevcut, son 2 aydır nefes darlığı ve halsizlik

Fizik muayene: iki akciğerde krepitan raller, sibilan ronküsler

Spirometrik inceleme: restriktif patern, reversibilite yanıtı: negatif

Radyolojik görüntüleme: buzlu cam alanları

Epidermal prick testi: pariteria duyarlılığı

Bu hastada olası ön tanımız nedir?

- a. Astım
- b. Hipersensitivite pnömonisi
- c. Persistan bakteriyal bronşit
- d. Allerjik bronkopulmoner aspergillozis



Klinik gidiş

- *Aspergillus fumigatus* sIgE: negatif
- PPD testi: Negatif
- Balgam kültürü: Üreme olmadı
- Balgamda ARB: Negatif
- Mikobakteri kültürü: Üreme olmadı
- Solunum yolu viral PCR: Negatif

Pozitif bulgularımız

Yakınması : öksürük,

Öyküde :

Fizik muayene

Spirometri

Radyolojik

Epidermal

Anamnez derinleştirildiğinde hastanın kuş ve kuş gübresi ticareti yapılan işyerinin üstünde ikamet ettiği öğrenildi

atif

Bu hastada olası ön tanımız nedir?

- a. Astım
- b. Hipersensitivite pnömonisi
- c. Persistan bakteriyal bronşit
- d. Allerjik bronkopulmoner aspergillozis



Bu aşamada hangi tetkiki öncelikli olarak düşünürsünüz?

- a. Presipitan antikor düzeyi
- b. Akciğer biyopsisi
- c. Bronkoskopi
- d. ÖMD grafisi



Klinik gidiş

- Presipitan antikor düzeyi istendi.
- Antikorların pozitif gelmesi durumunda provokasyon testi planlandı.

Klinik gidiş

- Sonuçlar beklenirken hasta 1 hafta süre ile ailenin isteği ile taburcu edildi.
- Kuş beslenen eve girmemesi konusunda uyarıldı.
- Ancak hasta taburculuk sonrası kuş beslenen eve tekrar girdi ve solunum güçlüğü ile tekrar hastaneye başvurdu.

Klinik gidiş

Güvercin ve muhabbet kuşu için presipitan antikor düzeyi yüksek saptandı.

Pigeon IgG >200 (0-38)

Budgerigar IgG >200 (0-8)

Klinik gidiş

Antikorların pozitif gelmesi ve doğal provokasyon ile semptomların tekrar ortaya çıkması nedeniyle hastamız GBH tanısı konuldu.

Tanı:

Pigeon Breeder's Disease
(Güvercin besleyen pnömonisi)

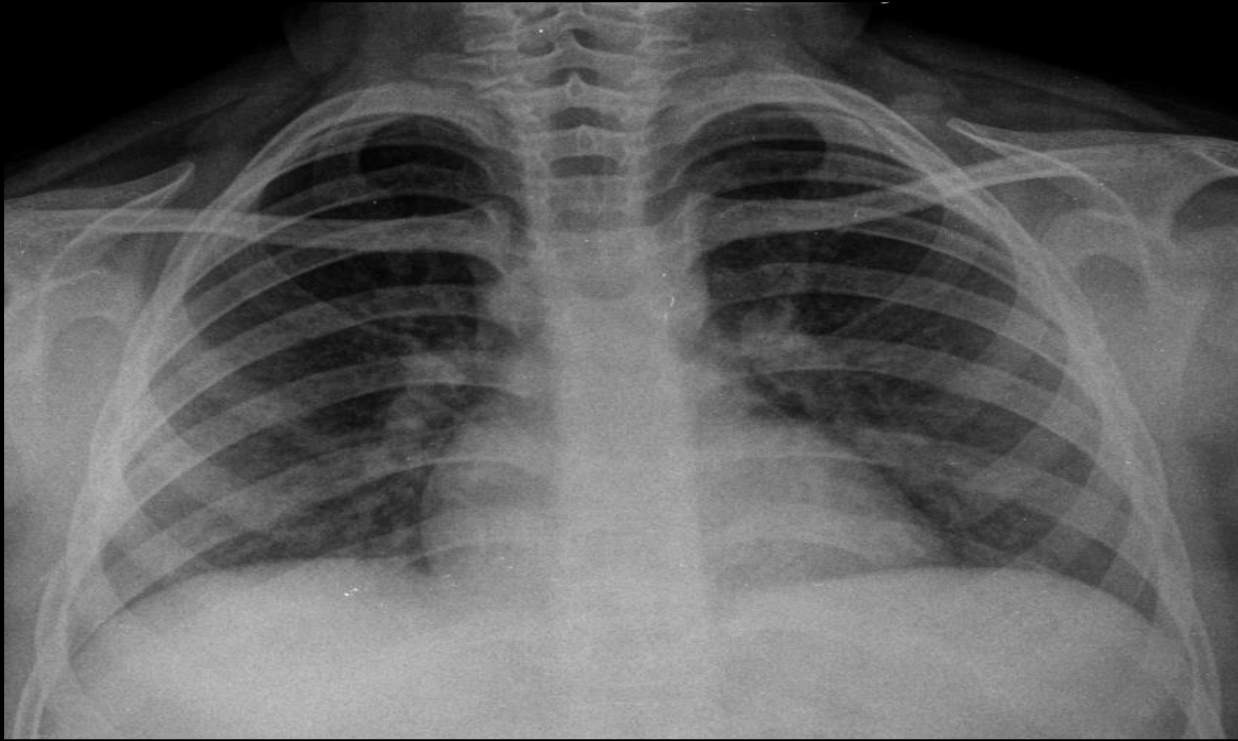
Tedavi

- 60 mg/gün sistemik steroid tedavisi başlandı.
- Almakta olduğu inhale steroid tedavisine devam edildi.

Tedavi sırasında SFT izlemi

Tablo I.Hastanın solunum fonksiyon testleri ve uygulanan tedavi planı

Zaman	Tedavi	FVC(%)	FEV1(%)	FEV1/FVC	PEF(%)
Başvuru		58	68	114	86
7.gün	inhale flutikazon(ICS)	56	66	114	86
14.gün	Doğal provokasyon ICS+Oral steroid(60)	54	60	108	86
21.gün	ICS+Oral steroid(30)	68	79	114	100
42.gün	ICS+Oral steroid(15)	74	86	113	110



Tedavinin 2. ayında çekilen akciğer grafisi

Hipersensitivite Pnömonisi

Hipersensitivite pnömonisi ; ekstrensek allerjik alveolit

- IgE aracılı olmayan,
- Organik toz partikülleri veya çeşitli kimyasal maddelerin inhalasyonu sonucu gelişen,
- Akciğer parankim, alveol ve terminal hava yollarının inflamasyonu ile karakterize bir hipersensitivite reaksiyonudur.

Hipersensitivite Pnömonisi

- > 200 antijen tanımlanmıştır.
- Güvercinler neden olan en sık kuş türü ancak hastalık; papağan, muhabbet kuşu, tavuk, ördek, kaz ve hindi proteinleri ile de oluşabilmektedir.
- Çocuklarda PBD erişkinlere oranla çok seyrek ve olgu bildirimleri şeklindedir.

Common Proteins Located in Pigeon, Budgerigar, and Hen Droppings Related to Bird Fancier's Lung

Rouzet A¹, Valot B¹, Reboux G^{1,2}, Millon L^{1,2}, Roussel S^{1,3}
¹UMR 6249 Chrono-Environnement, University of Bourgogne-Franche-Comté, Besançon, France
²Parasitology-Mycology Department, University Hospital of Besançon, Besançon, France
³Biomedical Department, University Hospital of Besançon, Besançon, France

J Invest Allergol Clin Immunol 2018; Vol. 28(3): 182-184
doi: 10.18176/jiaci.0223

Hipersensitivite Pnömonisi

- Hastalığın tanısında spesifik test yada biyomarker yoktur.
- Karakteristik laboratuvar bulgularından biri; olguların serum ve/veya BAL'da presipitan antikorların saptanmasıdır.

REVIEW

Hypersensitivity pneumonitis: Antigen diversity and disease implications

R. Nogueira^{a,*}, N. Melo^b, H. Novais e Bastos^{b,c,d}, N. Martins^{a,b,e}, L. Delgado^{a,f}, A. Morais^{a,b,e}, P. C. Mota^{a,b,e}

Pulmonology. 2018 Aug 17. pii: S2531-0437(18)30112-0

Tanı Kriterleri

Major Kriterler

1. Uyumlu klinik semptomlar
2. Antijen maruziyetinin hikaye veya presipitan antikörlerin serumda veya BAL'da tespiti ile gösterilmesi
3. Uyumlu radyolojik bulgular
4. BAL'da lenfositözün gösterilmesi
5. Uyumlu patolojik bulgular
6. Pozitif provakasyon testi

Minör Kriterler

1. Oskültasyonda bilateral rallerin duyulması
2. DL_{CO}'d * azalma
3. Egzersiz veya istirahatte hipokseminin olması

Hipersensitivite Pnömonisi

Hastamızda tanı kriterlerimiz:

- Öykü
- Serumda presipitan antikor pozitifliği
- Tipik radyolojik bulgular
- Provokasyonun pozitif olması
- Arteriyel hipoksemi varlığı

Tedavi

- Tedavide en önemli nokta erken tanı ve antijen maruziyetinin en kısa sürede kesilmesidir.
- Ağır akut HP tedavisinde oral kortikosteroidler önerilmektedir.
 - Akut evrede 1 mg/kg/gün (40-80 mg/gün) 2-4 hafta, sonra azaltılarak 10-15 mg/gün idame tedavisi toplam 4-6 ay;
 - Subakut ve kronik olgularda ise daha yüksek dozlarda uzun süreli tedavi

Sonuç Olarak

- Öksürük
- Hışıltı
- Dispne



Astım ile çok sık karıştırılan çeşitli anatomik ve fonksiyonel bozuklukların sonucu olabilir.

Nasıl ayıralım?

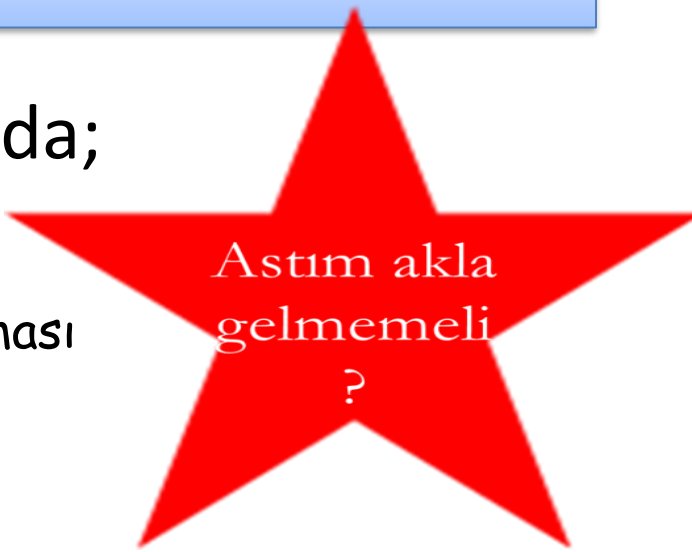
- Farkındalık
- Dikkatli bir anamnez
- Astım tedavisine yanıtın değerlendirilmesi

Astım diğer hastalıklardan ayrılabilir.

Olgumuzdan öğrendiklerimiz;

Astım tablosu ile başvuran çocuklarda;

- Ağır hipoksi varlığı
- Spirometrik ölçümlerde restriktif patern olması ve reversibilite yanıtı olmaması
- Radyolojik olarak buzlu cam görünümü, mikronodüller, lineer opasiteler....



Astım akla
gelmemeli
?

Hipersensitivite pnömonisi akla getirilmeli ve çevresel maruziyet sorgulanmalıdır.

Teşekkürler...