

Güvercin Besleyicisi Hastalığı

Pigeon Fancier's Lung Disease

Ersin Şükrü Erden, Nebiye İsaogulları, Mesut Demirköse, Ramazan Davran

Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Hatay

Özet

Hipersensitivite pnömonisi, çeşitli organik ya da kimyasal maddelerin inhalasyonu ile gelişen immun yanıtın neden olduğu bir inflamatuvar interstiyel akciğer hastalığıdır. Kuş besleyicisi hastalığı, kanatlıların dışkı ve tüy antijenlerine bağlı gelişen bir hipersensitivite pnömonisidir. Başta güvercin olmak üzere birçok kanatlı hipersensitivite pnömonisi'ne neden olmaktadır. Burada güvercin besleyicisi hastalığı tanısı konularak tedavi edilen bir subakut hipersensitivite pnömoni olgusu sunulmaktadır. Otuz iki yaşında erkek göğüs hastalıkları polikliniğine iki aydır olan efor dispnesi, kuru öksürük, ateş, terleme, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın güvercin beslediği öğrenildi. Hastaya anamnez, fizik muayene, solunum fonksiyon testleri, akciğer grafisi ve yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi bulguları ile güvercin besleyicisi hastalığı tanısı konularak prednizolon tedavisi yapıldı. Sonuç olarak, bu olguların erken tanı almaları, böylece gerekli önlemlerin alınarak erken tedavi edilmeleri hastalığın kronik forma ilerlemesinin önlenmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Çevresel maruziyet, hipersensitivite pnömonisi, kuş besleyicisi akciğeri.

Abstract

Hypersensitivity pneumonia is an inflammatory interstitial lung disease caused by immune response due to inhalation of various organic and chemical substances. Bird fancier's lung disease is a hypersensitivity pneumonia which develops in response to organic bird products. Hypersensitivity pneumonitis is caused by many birds, especially pigeon. In the current case, the diagnosis was subacute hypersensitivity pneumonitis. Thirty two year-old male was admitted to chest diseases outpatient clinic due to two months of effort dyspnea, dry cough, fever, sweating, fatigue and weight loss. The patient has a history of pigeon feeding. The patient was diagnosed as pigeon fancier's lung disease by the help of the history, physical examination, pulmonary function tests, chest radiography and high-resolution computed tomography findings, and he had prednisolone therapy. As a result, an early diagnosis and then early treatment after the necessary precautions are very important to avoid chronic progress of these diseases.

Key words: Bird fancier's lung, environmental exposures, hypersensitivity pneumonitis.

GİRİŞ

Hipersensitivite pnömonisi (HP); inhale edilen antijenlerin neden olduğu, interstisyumu çevreleyen ve periferik hava yollarında lenfositik infiltrasyon ve granülomatöz lezyonlarla karakterize, immünolojik kaynaklı bir akciğer hastalığıdır (1). Kuş besleyicisi hastalığı (KBH), kanatlıların dışkı, serum ve tüy antijenlerine bağlı gelişen bir hipersensitivite pnömonisidir. Başta güvercin olmak üzere birçok kanatlı HP'ne neden olmaktadır (2). Biz burada güvercin besleyicisi hastalığı tanısı koyularak tedavi edilen bir hipersensitivite pnömoni olgusu sunuyoruz.

OLGU

Otuz iki yaşında erkek göğüs hastalıkları polikliniğine iki aydır olan efor dispnesi, kuru öksürük, ateş, terleme, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Meslek ve çevresel maruziyet sorgulamasında, hastanın öğretmen olduğu ve hobi amaçlı güvercin beslediği öğrenildi. Fizik muayene de; TA: 120/70 mmHg, Nb: 86/dk, A:37,2°C ve oksijen saturasyonu %94 olarak bulundu, solunum sistemi muayenesinde bilateral bazallerde inspiratuar raller duyuldu. Diğer sistemlerin muayenesinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde; Hb:16 g/dL, Htc:45, Beyaz Küre:9290/µL, Trombosit:439000/µL, Sedimentasyon hızı:13 mm/saat ve CRP:0.28

Yazışma Adresi: Ersin Şükrü Erden, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

e-posta: dreserden@gmail.com

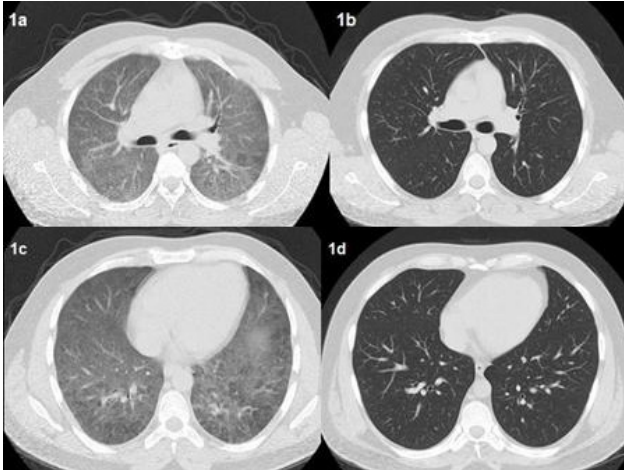
Geliş Tarihi: 13.11.2012 Yayına Kabul Tarihi: 10.12.2012

mg/dL olarak bulundu. Solunum fonksiyon testlerinde (SFT); FVC:%71, FEV1:%79, FEV1/FVC:92 olarak bulundu. Akciğer grafisinde; bilateral retikülodüler infiltrasyon izlendi. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT)'de; bilateral akciğerlerde yaygın buzlu cam alanları ve mozaik atenüasyon paterni izlendi (Şekil 1a,c). Hastaya bronkoskopi önerildi, ancak hasta bu işlemi kabul etmedi.

Hastaya; mevcut semptomları, güvercin temas öyküsü, fizik muayene, laboratuvar, solunum fonksiyon testleri ve YRBT bulguları ile hipersensitivite pnömonisi (Güvercin besleyicisi hastalığı) tanısı kondu. Hastaya güvercin temasını sonlandırması gerektiği bildirildi. Hastaya 60mg/gün prednizolon tedavisi başlandı ve ardışık olarak doz azaltılacak şekilde tedavi şeması oluşturuldu. Tedavinin 1. ayı sonunda yapılan kontrolde; hastanın semptomları tamamen geçmişti, solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer bazalde nadir inspiratuar raller duyuldu, SFT; FVC:%81, FEV1: %91, FEV1/FVC:91.9 olarak bulundu, hastaya kontrol YRBT çekildi. Tedavi öncesi YRBT de izlenen patolojik bulguların tamamen kaybolduğu görüldü (Şekil 1b,d). Hastanın tedavisi ikinci ayın sonunda sonlandırıldı ve hasta klinik takibe alındı.

TARTIŞMA

Hipersensitivite pnömonileri, antijenik özelliğe sahip çeşitli



Şekil 1. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (a,c); bilateral akciğerlerde yaygın buzlu cam alanları ve mozaik atenüasyon paterni görülmekte (tedavi öncesi), (b,d); normal akciğer parenkimi görülmekte (tedavi sonrası).

organik tozların inhalasyonunun neden olduğu bir grup allerjik akciğer hastalığından oluşmaktadır. KBH, kanatlı antijenlerinin inhalasyonu sonucu oluşan bir hipersensitivite pnömonisidir (3). Kuş besleyicisi hastalığı en sık görülen HP'si tipidir ve özellikle güvercin, muhabbet kuşu besleyicilerinde tanımlanmıştır (4). KBH prevelansı güvercin besleyicileri arasında %8'den %30'a kadar değişmektedir (5). Türkiye'de hipersensitivite pnömonisi prevalansı tetikleyici antijenlere maruz kalan popülasyonda %5 ile 15 arasındadır (6). Hipersensitivite pnömonileri klinik gidiş açısından akut, subakut ve kronik olmak üzere üç formda tanımlanmıştır. Akut formda maruziyetten 2-9 saat sonra başlayan ateş, terleme, bulantı, baş ağrısı, kas ağrısı gibi gribal semptomlar görülür, bu semptomlar saatler-günler içerisinde geçer. Subakut formda semptomlar günler-haftalar içerisinde yavaş yavaş gelişir, öksürük ve nefes darlığı belirgindir. Kronik form aylar içerisinde sinsi başlangıç gösterir, ilerleyici öksürük ve efor dispnesi vardır, halsizlik ve kilo kaybı baskın semptomlar olabilir (7). Hipersensitivite pnömonisi tanısı için çok sayıda tanı kriteri önerisi yapılmıştır (8, 9), ancak bu kriterlerden hiçbirinin tanısal doğruluğu onaylanmamıştır. Tanı genellikle çevresel veya mesleksi maruziyet ve solunum hastalığına ilişkin kanıtların varlığında HP'den şüphelenilmekle konulmaktadır (10).

Akciğer grafisi vakaların çoğunda normaldir. YRBT'de hastaların %90'ından fazlasında patoloji saptanır. YRBT'de; bilateral simetrik buzlu cam opasite, çok sayıda sentrilobüler opasiteler, mozaik atenüasyon, sekonder lobüllerde dağınık hipoatenüasyon alanları, bronşiol duvar kalınlaşması, fokal konsolidasyon, fibrosis, traksiyon bronşektazisi ve bal peteği görünümü saptanabilecek bulgulardır (2, 7). Solunum fonksiyon testlerinde genellikle restriktif tipte fonksiyon bozukluğu ve difüzyon kapasitesinde düşüklük görülmektedir, ancak HP açısından bu bulgular spesifik ve tanısal değildir (10). Çımrın ve ark.nın Türkiye'de hipersensitivite pnömonisinin durumunu değerlendirdikleri ve toplam 22 olguyu inceledikleri çalışmada; kanatlı ile temas öyküsünün %59, en sık bildirilen klinik formun kronik hipersensitivite pnömonitisi (%58.8) olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca, yazarlar yetmiş milyon nüfustan az sayıda kanatlı maruziyetine bağlı kronik hipersensitivite pnömonitisi bildirilmiş olmasını, pek çok hipersensitivite pnömonitisi olgusunun

özellikle akut formların göz ardı edildiğinin düşünülmesi gerektiğini belirtmişlerdir (6) Tedavinin temelini erken tanı ve antijen maruziyetinden kaçınma oluşturmaktadır. Antijen maruziyetinin engellenmesi ile akut HP'de genellikle spontan düzelme görülür. Kortikosteroid tedavisi ciddi akut ve subakut HP'lerinde ve ciddi ya da ilerleyici kronik HP'lerinde önerilmektedir (11, 12). Bu çalışmada sunulmakta olan olgu subakut formda HP'si ile uyumlu değerlendirilmiştir. Anamnez, fizik muayene, solunum fonksiyon testleri ve radyolojik bulguları literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir. Hastanın güvercin temas öyküsü ve iki aydır olan efor dispnesi, kuru öksürük, ateş, terleme, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri mevcuttu. SFT'de, HP'lerinde en sık saptanan restriktif tipte defekt saptandı. YRBT'de; akciğerlerde bilateral yaygın buzlu cam alanları ve mozaik atenüasyon paterni izlendi.

Sonuç olarak; burada hipersensitivite pnömonisi tanısı koyularak tedavisi yapılan bir olgu sunulmaktadır. Biz bu olguda olduğu gibi öksürük, efor dispnesi gibi semptomları olan hastalardan dikkatli ve detaylı anamnez alınmasını, meslek ve çevresel maruziyet sorgulaması sırasında hobilerinin de sorulması gerektiğini, ayırıcı tanıda mutlaka HP'lerinin akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz. Bu olguların erken tanı almaları, böylece gerekli önlemlerin alınarak erken tedavi edilmeleri hastalığın kronik forma ilerlemesinin önlenmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Funke M, Fellrath JM. Hypersensitivity pneumonitis secondary to lovebirds: a new cause of bird fancier's disease. *Eur Respir J* 2008;32:517-21.
2. Hirschmann JV, Pipavath SN, Godwin JD. Hypersensitivity pneumonitis: a historical, clinical, and radiologic review. *Radiographics* 2009;29:1921-38.
3. Ohtani Y, Saiki S, Kitaichi M, et al. Chronic bird fancier's lung: histopathological and clinical correlation. An application of the 2002 ATS/ERS consensus classification of the idiopathic interstitial pneumonias. *Thorax* 2005;60:665-71.
4. Morell F, Roger A, Reyes L, Cruz MJ, Murio C, Munoz X. Bird fancier's lung: a series of 86 patients. *Medicine* 2008;87:110-30.
5. Craig TJ, Hershey J, Engler RJ, Davis W, Carpenter GB, Salata K. Bird antigen persistence in the home environment after removal of the bird. *Ann Allergy* 1992;69:510-2.
6. Cimrin AH, Goksel O, Demirel YS. General aspects of hypersensitivity pneumonitis in Turkey. *Tuberk Toraks* 2010;58:242-51.
7. Girard M, Lacasse Y, Cormier Y. Hypersensitivity pneumonitis. *Allergy* 2009;64:322-34.
8. Richerson HB, Bernstein IL, Fink JN, et al. Guidelines for the clinical evaluation of hypersensitivity pneumonitis. Report of the Subcommittee on Hypersensitivity Pneumonitis. *J Allergy Clin Immunol* 1989;84:839-44.
9. Schuyler M, Cormier Y. The diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. *Chest* 1997;111:534-6.
10. Patel AM, Ryu JH, Reed CE. Hypersensitivity pneumonitis: current concepts and future questions. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:661-70.
11. Kaltreider HB. Hypersensitivity pneumonitis. *West J Med* 1993;159:570-8.
12. Mohr LC. Hypersensitivity pneumonitis. *Curr Opin Pulm Med* 2004;10:401-11.