

DEMİR EKSİKLİĞİ SEBEBİ VE PNÖMATOSEL YANILGISI VEREN HİTAUS HERNİSİ VAKASI

Dr. Selim KURTOĞLU* Dr. Mustafa ÖZTÜRK**
Dr. M. Akif ÖZDEMİR*

Ö Z E T :

Çocuklarda demir eksikliği anemisi nutrisyonel yetersizlik veya kayıplara bağlı olarak gelişir. Bu yazıya kronik ve tedaviye cevap vermeyen, akciğer grafisinde pnömatosel yanılıgısı veren hitaus hernisi vakası takdim olunarak, literatür bilgileri gözden geçirildi.

A case of hitus hernia, as a cause iron deficiency anemia and simulatng pneumatocele appearance.

S U M M A R Y :

Iron deficiency anemia, in childhood occurs due to nutritional factors or iron loss from body. In this article, a case of hitaus hernia, simulatng staphylococcal pneumonia (Pneumatocele appearance) and as a factor of refractory iron deficiency anemia, was presented and new literatures were reviwed.

Ülkemizde ve dünyada süt çocukluğu anemilerinin en önemli sebebi demir eksikliğidir. (7, 9, 11, 14) Çocuklarda gelişme geriliği, mental yetersizlik, davranış bozuklukları ve enfeksiyonlara dayanıksızlık oluşturduğu için pediatriinin önemli sorunları arasındadır. (1, 2) Yenidoğan bir çocukta demir deposu ilk 4 - 6 ayda ihtiyaçları karşılayacak ölçüdedir. (7) Bu aylardan sonra diyetle yeterli demir bulunmazsa yetersizlik anemisi gelişir. Hatta pratik olarak ilk 2 yıl için nutrisyonel, daha sonraki yıllar için kayıplara bağlı demir eksikliği geliştiği kabul olunur. (9) Demir eksikliği ane-

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Yardımcı Doçenti.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Doçenti

milerinin çoğunluğunda oral demir tedavisine yeterli cevap alınır. Oral demir tedavisi yapılan hastalarda 5 - 7 gün içinde retikulosit krizi başlar ve hemoglobin seviyesi günde % 0.1 - 0.3 gr. yükselir. (3, 7, 9) Eğer 21 gün içinde hemoglobin seviyesi en azından % 2 gr. artmamışsa tedaviye cevapsızlık olduğu ortaya çıkar. Böyle hastalarda çeşitli araştırmalar yapılarak etioloji ortaya çıkarılmalıdır.

Bu yazımızda kronik ve oral demir tedavisine cevapsız, radyolojik görünüm olarak stafilokoksik akciğer enfeksiyonu sanısı veren bir vakamızı sunmak istiyoruz.

VAKA TAKDİMİ : H.M. (Prot. 96707) 2 yaşında kız çocuğu solukluk ve iştahsızlık şikayetleri ile getirildi. Prenatal ve natal hikayesinde özellik bulunmayan hastanın 6 aylığa kadar normal olduğu, sonra iştahsızlık ve solukluk başladığı, zaman zaman karın ağrılarının görüldüğü öğrenildi. Son 3 - 4 aydan beri pikasının saptadığı, aralıklı melena benzeri dışkılarının izlendiği anlaşıldı. Hastamız 1 yaşında iken kansızlık tedavisi almış, 3 - 4 ay önce başvurduğu başka bir hastanede hemolitik anemi olarak tanımlanmıştı. Bize şikayetlerinin devam etmesi ve el - ayaklarda şişme yakınmaları ile başvurmuştu.

Fizik muayenesinde, ateş 36.5°C, nabız 144/dk., boy 83 cm., ağırlık 10 kg., BÇ 44 cm. idi. Genel durumu orta, çok soluk görünümde, fontanel kapalı, göz kapakları ödemli, dil papillaları silik idi. Akciğer sahaları dinlemekle normal, kalpte her odakta 3/6 sistolik sufl duyuluyor, karaciğer orta hatta 5 cm. ele geliyordu. El ve ayakta godet bırakan ödem mevcut, diğer sistem bulguları normaldi.

Laboratuar tetkiklerinde, Hb % 1.5 gr. BK 10.600 mm /kanda, PY'da çomak % 1, parçalı 58, lenfosit 40 ve normoblast % 1, bositleri kümeli, eritrosit yapısı hipokrom, mikrositer, anizo - poikilositotik ve bol target hücresi vardı. İdrar tetkikinde PH 6.5, protein eser ve mikroskopi normaldi. Bilirubin total % 0.8, direkt % 0.3 mgr., SGOT 28, SGPT 5 İ.Ü., alkalen fosfatez 27.5 İ.Ü., total protein % 4.9 gr., albümin % 3.2 gr. bulundu. Akciğer grafisinde kalp global olarak büyük idi. Dışkı tetkikinde gizli kan pozitif ve oxyuris yumurtaları saptandı. İki yönlü kafa grafileri normal, hemoglobin elektroforezi, GPPD, ve anne hemoglobin elektroforezi, sikling testi normal bulundu. Serum demiri % 28 gamma, demir bağlama kapasitesi % 137 gamma ve eritroid hiperplazi gösteren ke-

mik iliği, demir boyası yapılırca demirden çok fakir bulundu. Hastaya 15 cc/kg. taze kan verilerek Hb % 6.6 gr. yükseltildi ve oral demir, askorbik asit reçetesi ile taburcu olundu. Hasta 15 gün sonra ateş ve karın şişliği ile tekrar getirildi. Bu kez Hb % 4.4 gr., BK 18.400 mm /kanda, boş batin grafisi normal, akciğer grafisinde, kalp global büyük, solda bronkopnömonik infiltrasyon ve sağ bazal kesimde pnömatosel veya apse görünümü mevcuttu. Yapılan Weinberg testi negatif çıkan hastaya 300 mgr/kg/gün i.v. met-hicillin başlandı. (Resim : 1 - pnömatosel sanısı veren görünüm) Daha sonra hastaya yapılan baryumlu özafagus grafisinde kayan tipte hiatus hernisi saptanarak gerekli tedavi için Ankara'ya gönderildi.



Resim 1 : Akciğer grafisinde kalbin global olarak büyük olduğu ve sağ alt akciğer bölgesine superpoze olan hiatus hernisine ait görünüm izlenmektedir.

T A R T I Ş M A

Demir eksikliği anemisi tanısı konulan hastada, etiolojinin basit nutrisyonel mi yoksa diğer sebeplerden mi oluştuğu kesinleştirilmelidir. Nutrisyonel demir eksikliği, oral demir tedavisine kısa zamanda cevap verir. Enfeksiyonlu vakalarda ve kloramfenikol te-

ları ekarte olunmuş ve radyolojik tetkikle kayan tip hiatus hernisi olduğu anlaşılmıştır. Vakamızda hiatus hernisinin pnömatosel yayılması vermesi enterasan bir bulgudur.

Bu yazıda kronik ve oral demir tedavisine cevapsız, demir eksikliği vakalarında neler düşünülmeli ve hangi tetkikler yapılmalı konusuna değinildi. Bunun yanında pnömatosel sanısı verebilecek hiatus hernisi bulgusuna dikkat çekildi.

KAYNAKLAR

1. Çavdar, O.A., Arcasoy, A., Cin, Ş. and Gümüş, H. : Zinc deficiency in geophagia in Turkish children and response to treatment with zinc sulfate. *Haematologica*, 65 : 403, 1980.
2. Deniard, A., Gilbert, A., Dods, M. et al : Behavioral deficit and iron deficiency. *Pediatrics*, 68 (6) : 828 - 833, 1981.
3. Finch, C.A. and Huebers, H. : Perspectives in iron metabolism. *N. Eng. J. Med.* 306 (25) : 1520 - 1528, 1982.
4. Gross, S.J., Stuart, M.J., Swender, P.T. and Oski, F.A. : Malabsorption of iron in children with iron deficiency. *J. Pediatr.* 88 (5) : 795 - 799, 1976.
5. Guha, D.K., Walia, N.S., Tandon, B.N. et al : Small bowel changes in iron deficiency anemia of children. *Arch. Dis. Child.* 43 : 239, 1968.
6. Hoag, M., Wallerstein, R. and Pollcove, M. : Occult blood loss in iron deficiency anemia of infancy. *Pediatrics* 27 : 199, 1961.
7. Honig, G.R. and Schulman, I. : Iron deficiency anemia. in : Barnett, H.L. *Pediatrics*. Appleton - Century - Crofts, New York 1972 pp. 1160 - 3.
8. Kimber, C. and Weintraub, L. : Malabsorption of iron secondary to iron deficiency. *N. Eng. J. Med.* 279 : 453, 1968.
9. Lahey, M.E. : Iron deficiency anemia. in : Shirkey, H.C. *Pediatric Therapy*. C.V. Mosby Co. Saint - Louis, 1980 pp. 920 - 923.
10. Marchand, A. : Anemia in the orthopedic patients : A diagnostic approach. *Orthop. Clin. North Am.* 10 (2) : 375 - 389, 1979.
11. Mauer, A.M. : *Pediatric Hematology : iron deficiency anemia*, Mc - Graw - Hill Co. Inc. New York 1969, p. 209.
12. Moghissi, K.S. : Risks and benefits of nutritional supplements during pregnancy. *Obstet. Gynecol. (Suppl.)* 58 (5) : 685, 1981.
13. Moore, C.V. : The importance of nutritional factors in the pathogenesis of iron deficiency anemia. *Am. J. Clin. Nutr.* 3 : 3, 1955.
14. Nathan, D.G. and Oski, F.A. : *Hematology of Infancy and Childhood*. W.B. Saunders Co. Philadelphia 1974. pp. 103 - 126.
15. Özsoylu, Ş., Berkel, İ. and Yurtsever, S. : Aplastic crisis in a child with iron deficiency anemia. *Türk. J. Pediatr.* 7 (3) : 115 - 124, 1965.