

## İç Hastalıkları Pratiğinde Çölyak Hastalığı, Olgu Sunumu

<sup>1</sup>Pınar Yıldız, <sup>2</sup>Tuncer Temel, <sup>3</sup>Özgül Paşaoğlu

<sup>1</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir.

<sup>2</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Gastroenteroloji BD, Eskişehir

<sup>3</sup>Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Eskişehir.

e-posta: pinaresogu@gmail.com

**ÖZET:** Giriş: Çölyak Hastalığı; glutene duyarlı kronik bir enteropatidir. Çölyak Hastalığı olan hastalarda abdominal ağrı, gaz, siskinlik, diyare gibi gastrointestinal semptomların yanı sıra, anemi, osteoporoz, hipotiroidi, hiperparatroidi, periferik nöropati, ataksi, epilepsi, stomatit, dermatitis herpetiformis, dirençli transaminaz yüksekliği, infertilite gibi ekstraintestinal semptom ve bulgular görülebilmektedir. Olgu: Polikliniğimize başvuran 49 ve 50 yaşlarında iki bayan hasta sunuldu. Her iki hastanın da menopoz döneminde olmalarına rağmen oral tedaviye dirençli demir eksikliği anemisi mevcuttu Hastalardan birinde şiddetli kas ve kemik ağrıları D vit eksikliği ve osteoporoz saptandı. Malabsorbsiyon etyolojisi araştırılan hastalarda Çölyak Hastalığı tespit edildi. Tartışma ve Sonuç: Son zamanlarda serolojik testlerdeki gelişmeler ve hastalık hakkında klinik şüphenin artması nedeniyle Çölyak Hastalığına daha sık tanı konulmaya başlanmıştır. Özellikle tedaviye dirençli anemi, sekonder osteoporoz ya da menopoz yaşına göre ileri osteoporoz, otoimmün hastalıkların varlığı olan hastalarda Çölyak Hastalığı düşünülmelidir. Erken tanınması ve diyet tedavisi ile komplikasyonları önlenemeyen Çölyak Hastalığının İç Hastalıkları pratiğinde hemen her zaman akıllarda tutulması önemlidir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Malabsorbsiyon, anemi, osteoporoz, Çölyak Hastalığı

**SUMMARY:** Introduction: Celiac Disease is a chronic gluten-sensitive enteropathy. Celiac disease in patient with abdominal pain, flatulence, bloating, diarrhea, such as gastrointestinal symptoms, as well as anemia, osteoporosis, hypothyroidism, hyperparathyroidism, peripheral neuropathy, ataxia, epilepsy, stomatitis, dermatitis herpetiformis, resistant transaminase levels, infertility extraintestinal symptoms and signs can be seen. Case Report: He were report two cases, 49 and 50 years old woman. Although the patients had iron deficiency anemia with oral therapy resistant during menopause. One of the patient has muscle and bone pain with severe vitamin D deficiency and osteoporosis revealed We investigate the etiology of malabsorption in patients and celiac disease were identified. Conclusion and Discussion: Recently, developments in serological tests and clinical suspicion about the disease more frequently diagnosed celiac disease. Particularly intractable anemia, secondary osteoporosis by age or menopausal advanced osteoporosis, autoimmune diseases, the presence should be considered in patients with celiac disease. Early recognition and diet treatment of complications can be prevented and Celiac Disease; internal medicine practice is important to keep in mind that almost all of the time.

**KEY WORDS:** Malabsorption, anemia, osteoporosis, Celiac Disease

### 1. Giriş

Çölyak hastalığı (ÇH); arpa, buğday, yulaf ve çavdar gibi hububat ürünlerinde bulunan glutenin gliadin fraksiyonuna karşı oluşan mukozal inflamatuvar hasar tarafından tetiklenen malabsorbsiyon ile karakterize multifaktoriyel inflamatuvar bir ince barsak hastalığıdır.<sup>1,2</sup> ÇH prevelansı ve tanı alma yaşı son dönemde

değişmiştir. Önceleri çocukluk çağı hastalığı olarak kabul gören hastalık, günümüzde erişkin dönemde, her yaşta tanı alabilmektedir.<sup>3,4</sup> Hastaların çoğunluğu asemptomatik olup, tanısı atlanabildiğinden gerçek prevelansı bilinmemektedir.<sup>5-7</sup> Bizde polikliniğimizde erişkin yaşta ÇH tanısı alan iki olguyu

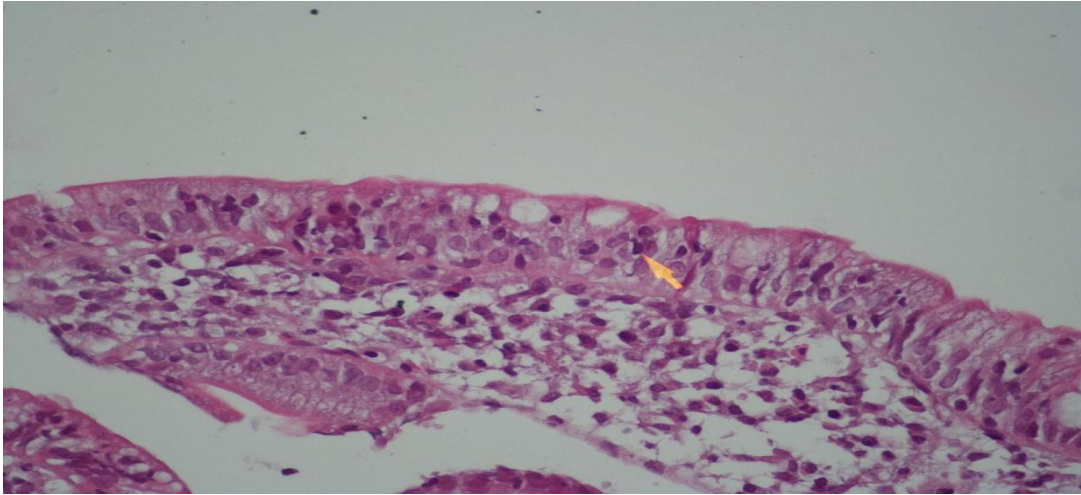
sunduk. ÇH her yaş grubunda, farklı kliniklerle başvurabilir ve özellikle

otoimmün hastalık öyküsü olanlarda da her zaman akılda tutulmalıdır.

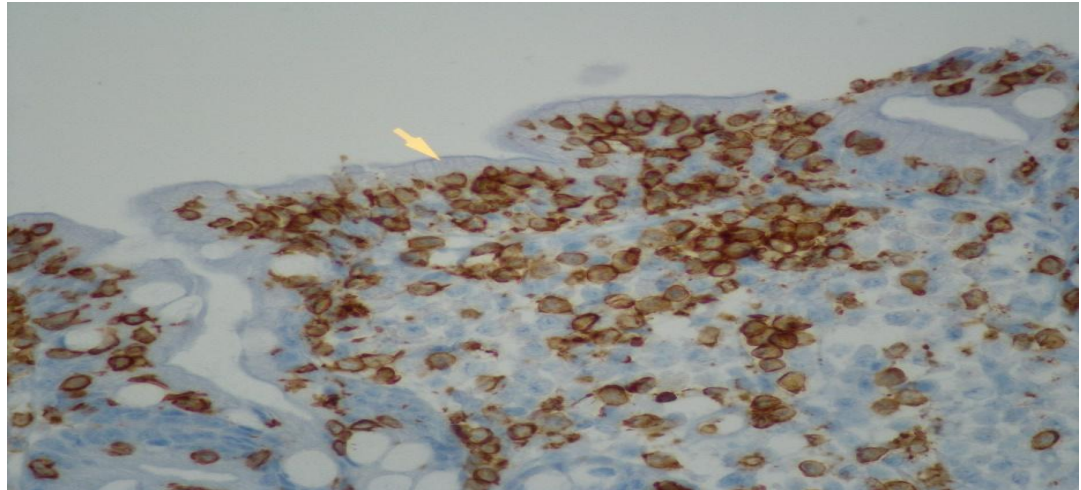
### **Olgu-1**

50 y bayan hasta polikliniğimize halsizlik, yaygın kemik ağrıları ve denge bozukluğu ile başvurdu. Öyküsünde 8 yıl önce menapoza girmesine ve düzenli demir tedavisi almasına rağmen demir eksikliği olduğu öğrenildi. Özellikle son 2 yıldır halsizlik, kemik ağrıları ve denge bozukluğu tarifleyen hastanın yapılan değerlendirilmesinde Hgb:10,4g/dl MCV:71fl vit B12:150 pg/dL ferritin:8 µg/l, 25-hydroxy vitamin D düzeyi 7 nmol/L ve açlık plasma glukozu:95mg/dl mevcut olması nedeni hastada

malabsorbsiyon ety? Açısından üst gastrointestinal sistem endoskopisi planlandı. Hastanın kemik mineral dansitometresinde; L1 T skoru: -3,7 L4 T skoru: -3,8 idi. Eş zamanlı Çölyak Hastalığına yönelik otoantikörleri çalışıldı. Hastanın üst GIS endoskopik bx; intraepitelyal lenfositlerin CD3 ile %50 olması (Resim 1,2) ve anti endomisyum ve doku transglutaminaz IgG pozitifliği ile hasta Çölyak Hastalığı kabul edildi ve çölyak hastalığı için glutensiz diyet ve replasman tedavileri başlandı.



**Resim 1.** Villuslarda fokal küntleşme, yer yer eozinofilik lökositler zengin kronik inflamasyon

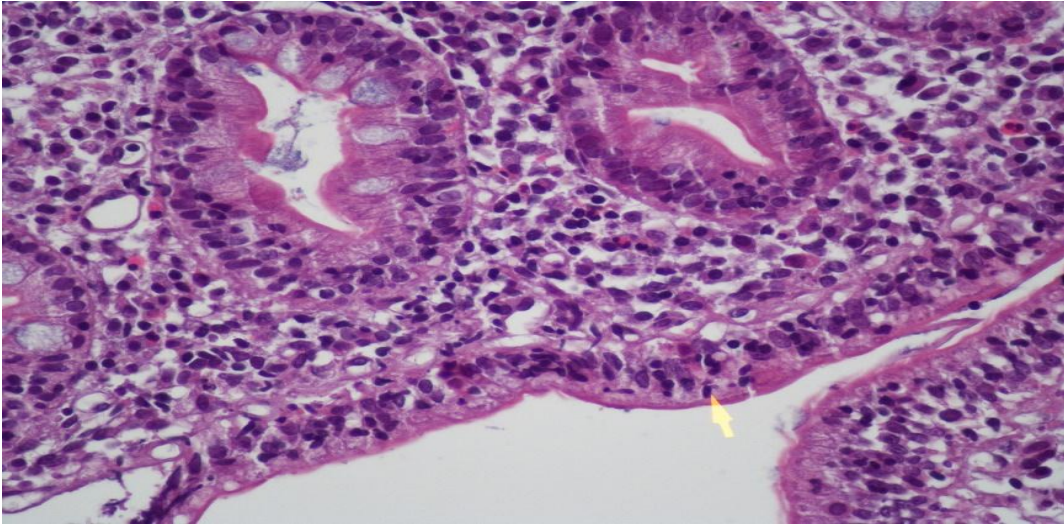


**Resim 2.** CD3 ile boyanan %40 üzerinde intraepitelyal lenfositler

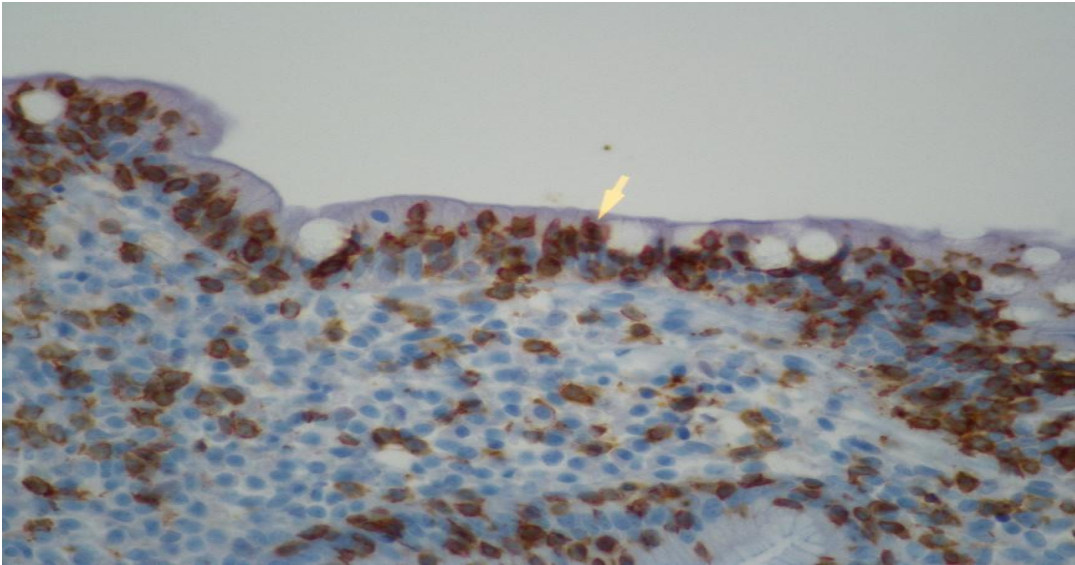
## Olgu-2

49 y bayan hasta nefes darlığı yakınması ile göğüs ve kardioloji polikliniklerinde değerlendirilen hasta görüldü. Uzun süredir derin demir eksikliği anemisi olan hastanın önceki yıllarda endoskopik değerlendirilmesi de yapılmasına rağmen anlamlı patolojik bulgu saptanmamış. Hastanın yapılan tetkiklerinde Hgb:9 g/dl MCV:68fl vit B12:180 pg/dL ferritin:5

µg/l, 25-hydroxy vitamin D düzeyi 12 nmol/L Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisi; intraepitelyal lenfositlerin CD3 ile % 40 olması (Resim 3,4) ve anti endomisyum Ig G ve doku transglutaminaz IgG pozitifliği ile hastaya Çölyak Hastalığı tanısı konuldu, glütensiz diyet, replasman ile takibe alındı.



**Resim 3.** Villuslarda küntleşme, kript hiperplazisi



**Resim 4.** CD3 ile boyanan %50'nin üzerinde intraepitelyal lenfosit

## 2. Tartışma

Çölyak Hastalığı; glutene duyarlı kronik bir enteropatidir. ÇH'nın başlama yaşı çocukluk da adölesan dönem olmakla birlikte erişkin dönemde başlaması rölaf olarak biraz daha sıktır. Bununla birlikte olguların %20'si de 60 yaşından sonra tanı almaktadırlar. ÇH hayatın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Belirtiler çocukluk yaş döneminde özellikle küçük yaşlarda daha klasik olup, kronik durdurulamayan ishal, büyüme geriliği ve karın şişkinliği ile karakterizedir. Daha ileri yaşlarda ise gastrointestinal sistem dışı daha farklı bulgularla veya daha hafif şekillerde karşımıza gelebilmektedir.<sup>8</sup> Son zamanlarda serolojik testlerdeki gelişmeler ve hastalık hakkında klinik şüphenin artması nedeniyle daha sık tanı konulmaya başlanmıştır.<sup>9</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışmada tanı almış olguların en sık başvuru şikayetleri ishal, halsizlik, kuvvetsizlik, nonspesifik karın ağrısı ve kilo kaybı iken; bu olgularda; demir eksikliği anemisi, B12 vitamin eksikliği, folat eksikliği, osteoporoz, polinöropati, gelişme geriliği, depresyon, kalsiyum düşüklüğü ve sekonder hiperparatiroidi tespit edilebilir.<sup>10</sup> Her iki olgumuzda da menopoz döneminde olmalarına rağmen tedaviye dirençli demir eksikliği anemisi mevcuttu. Hastaların glutensiz diyet ve

parenteral Fe ile demir eksikliği anemisi tedavisi düzenlendi. Tedavi edilmeyen ÇH'nda kemik mineral dansitesi hemen daima düşüktür ve hastaların 1/4'ünde osteoporoz vardır. İnce barsak hastalığına bağlı yağda eriyen vitaminlerin emilim bozukluğuna bağlı vitamin D eksikliği ve inefektif kalsiyum transportuna bağlı kalsiyum emiliminin bozulması sonucu osteopenik kemik hastalıkları gelişir.<sup>11</sup> Bizim olgularımız da yaygın kemik ağrıları, D vit eksikliği ve osteoporozun eşlik etmesi hastaların malabsorbsiyon açısından değerlendirilmesi için klinik şüphe doğurmuştur. ÇH tanısı alan hastalarda glutensiz diyetle başlanması hayati önem taşır. Diyetle beslenen hastalarda sadece hastaların hayat kaliteleri artmakla kalmaz aynı zamanda uzun dönemde ÇH'na bağlı olarak ortaya çıkabilecek morbiditesi ve hatta mortalitesi yüksek komplikasyonların gelişme riski de önemli ölçüde azalır.<sup>12</sup>

## 3. Sonuç

Çölyak Hastalığı; geç tanı alabildiğinden şüphe tanıda önem kazanır. Derin demir eksikliği anemisi ve oral demir tedavisine yanıtızsızlık, D vit eksikliği ve yaşına göre beklenenin altında BMD değerleri olan ve poliklinikte sıkça rastladığımız hastaların; ÇH açısından değerlendirilmesini unutmamalıyız.

## KAYNAKLAR

1. Bracken, S. Byrne, G. Kelly, J ve ark. (2008). Altered geneexpression in highly purified enterocytes from patients with active Celiac Disease. *BMC Genomics*. 9, 377.
2. Lurz, E. Scheidegger, U. Spalinger, J. ve ark. (2008). Clinical presentation of Celiac Disease and the diagnostic accuracy of serologic markers of serologic markers in children. *Eur J Pediatr*. 845-4.
3. Parnell, N.D. Ciclitira, P.J. (1999). Review article: Coeliac disease and its management. *Aliment Pharmacol Ther*. 13, 1-13.
4. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Celiac sprue. (2001). *Gastroenterology* 120,1522-25.
5. Farrell, R.J. Kelly, C.P. (2002). Celiac sprue. *N Engl J Med*. 346(3), 180-88.

6. Shand, A.G. Ciclitira, P.J. (2002). Celiac disease. *Clin Perspect Gastroenterol.* 277–283.
7. Fasano, A. Catassi, C. (2001). Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: An evolving spectrum. *Gastroenterology.* 120, 636-51
8. Ün, C. Aydoğdu, S. (2003). Çölyak hastalığının moleküler genetik temelleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 46, 75–79
9. Leeds, J.S. Hopper, A.D. Sanders, D.S. (2008). Coeliac disease. *Br Med Bull.* 88, 157-70.
10. Akın, M. Songür, Y. Aksakal, G. (2012). Clinical and laboratory features and extraintestinal manifestations of celiac disease in adults. *J Clin Anal Med.* 3,194-97.
11. Robinson, P. Bullen, A. Hall, R. et al. (1980). Splenic size and function in adult coeliac disease. *Br J Radiol.* 53, 532-37
12. Lefler, D. Saha, S. Farrell, R.J. (2003). Celiac disease. *Am J Manag Care.* 9, 825-31