

Ailevi Akdeniz Ateşi Ön Tanısıyla İzlenen Bir Hastada Çölyak Hastalığı

Dr. Mehtap KILIÇ, Dr. Ayhan Gazi KALAYCI, Dr. Mehtap AKBALIK,
Dr. İsmail İŞLEK, Dr. Şükrü KÜÇÜKÖDÜK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
SAMSUN

- ✓ Çölyak hastalığı, glutenli diyetle beslenen duyarlı bireylerde ince barsak mukozası hasarına yol açan bir enteropatidir. Hastalığın semptom spektrumu oldukça geniştir. Genellikle kronik ishal, karın ağrısı, iştahsızlık, halsizlik, karın şişliği ve büyüme geriliği gibi bulgular görülmekle birlikte hastalar bazen bu bulguların herhangi biri ile başvurmaktadır. Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) kronik karın ağrısı ile seyreden hastalıklardan biridir. Bu çalışmada kronik karın ağrısı yakınması nedeniyle başvuran ve başlangıçta FMF tanısı alan 13 yaşında bir erkek hasta sunduk. Hastada başlangıçta FMF düşünülerek kolşisin başlanmış. Tedaviye yanıt alınmayınca hasta tekrar değerlendirilmiş ve karın ağrısı yanısıra boy kısalığı bulgusu da olunca çölyak hastalığı araştırılmıştır. Serolojik ve histopatolojik bulgularla çölyak tanısı alan hastada glutensiz diyet başlandıktan sonra karın ağrısı şikayeti tamamen kaybolmuştur. Altı aylık glutensiz diyet sonrası yapılan değerlendirmede ağırlık ve boy artışı saptanmış ve çölyak antikorları negatifleşmiştir. Sonuç olarak kronik karın ağrılı hastalarda çölyak hastalığı unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Çölyak hastalığı, kronik karın ağrısı, ailevi Akdeniz ateşi

- ✓ **Celiac Disease in a Patient who was Followed as Familial Mediterranean Fever**
Celiac disease is an enteropathy that goes with small intestine mucosal damage in a sensitive person consuming gluten-containing diet. The disease has a wide spectrum of symptoms. In general it presents with chronic diarrhea, abdominal pain, fatigue, weakness, abdominal distention and failure to thrive but patients may refer with a single symptom. Familial Mediterranean Fever (FMF) is a disease that causes chronic abdominal pain. A 13 year-old patient who was suffering from chronic abdominal pain is reported here. At first he was diagnosed as FMF and colchicine treatment was started. Later on, due to treatment failure he was evaluated again and celiac disease was investigated because short stature was noticed in addition to abdominal pain. As the serologic and histopathologic findings supported celiac disease, gluten free diet was started. The symptoms disappeared completely after the gluten free diet. Six months later the patient gained weight and height and the measured serum celiac antibodies became negative. In conclusion, celiac disease should be kept in mind in patients with chronic abdominal pain.

Key words: Celiac disease, chronic abdominal pain, Familial Mediterranean Fever

GİRİŞ

Çölyak hastalığı genellikle gastrointestinal bulgularla kendini gösterse de bazen boy kısalığı, osteopeni, dental anomaliler, laktoz intoleransı, nonspesifik karın ağrısı gibi tek bir semptom ya da bulgu ile ortaya çıkabilmektedir^(1,2). Bu atipik bulgularla seyreden olgular-

da tanı oldukça zordur. Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) kronik karın ağrısı ile seyreden hastalıklardan biridir. Özellikle ülkemizin de içinde bulunduğu Akdeniz ülkelerinde sık görülür. Genellikle periyodik gelen karın ağrısı ve ateş atakları ile kendini gösterir^(3,4). Karın ağrısı ile başvuran ve FMF nedeni ile izlenirken çölyak

tanısı almış 13 yaşında bir erkek hasta sunduk. Bu vaka nedeniyle tekrarlayan karın ağrılı olgularda çölyak hastalığının akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

OLGU

13 yaşında erkek hasta; bir yıldır hemen her gün olan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Karın ağrısı günün herhangi bir saatinde ortaya çıkabiliyor ve yaklaşık olarak birkaç saat sürüyordu. Yemekle ilişkisi yoktu, karın bölgesinde yaygın oluyor ve yayılım göstermiyordu. Ağrı sırasında ateş, bulantı ve kusma tarif edilmedi. Fizik incelemede vücut ağırlığı 30 kg (<3 percentile), boy 137 cm (<3 percentile), boya göre vücut ağırlığı %25-50 percentile idi. Boy yaşı 10 yaşla uyumlu idi. Karın muayenesi ve diğer sistem bulguları doğaldı. Laboratuvar incelemede Hb 12.4 gr/dl, MCV 82.3 fl, BK 8700/mm³, PLT 305.000/mm³ idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları, elektrolitler ve amilaz normaldi. Akut faz proteinleri ağırlı dönemde CRP 3.13 mg/L (0-5), sedimentasyon 20 mm/saat, fibrinojen 2.7 g/L (1.8-3.5) idi. Gaita ve idrar incelemeleri normaldi. Gaitada H.pylori antijeni negatifti. Vitamin B12 221 pg/ml (193-982), folik asit 7.73 ng/ml (3-17), serum demiri 83 µg/dl (59-158), total demir bağlama kapasitesi 348 µg/dl, ferritin 11.6 ng/ml (28-365) idi. Akut faz proteinleri negatif olmasına rağmen tedaviden tanıya gidilmesi amacıyla hastaya kolşisin 2x0.5 mg başlandı. Bir aylık tedaviden sonra şikayetlerinde azalma olmamıştı. Diğer kronik karın ağrısı nedenleri yönünden araştırılan hastada büyüme geriliği de olduğundan çölyak hastalığı serolojisi istendi. Antigliadin antikor (AGA) IgA negatif, antigliadin antikor IgG ve antiendomisyum antikor (EMA) pozitif bulundu. Hastaya yapılan endoskopik ince barsak biyopsisinde "parsiyel villöz atrofi" saptandı ve kolşisin kesilerek glutensiz diyet başlandı. Bir, üç ve altı ay sonraki kontrollerde karın ağrısının tamamen düzeldiği görüldü. Altı ay sonra AGA IgG ve EMA negatifleşen hastada ağırlık ve boy artışı saptandı (ağırlık 1 kg, boy 4 cm).

TARTIŞMA

Çölyak hastalığı (gluten sensitif enteropati), genetik olarak glutene duyarlı bireylerde glutenli diyetle beslenme sonucu meydana gelen ve ince barsak mukozasında inflamasyonla karakterize bir hastalıktır⁽¹⁾.

Çölyak hastalığının klasik semptomları tekrarlayan ishal, abdominal distansiyon, halsizlik, iştahsızlık ve büyüme geriliğidir. Boy kısalığı, açıklanamayan anemi, pubertede gecikme ve kronik karın ağrısı da atipik çölyak bulguları arasındadır^(2,5). Sessiz çölyak olgularında klasik gastrointestinal bulgular görülmemektedir. Bu hastalarda sekonder laktoz intoleransı, süt intoleransı veya dispepsi nedeniyle nonspesifik karın ağrısı yakınmaları görülebilir⁽¹⁾. Bir çalışmada çölyak hastalarında tanı sırasında saptanan gastrointestinal bulguların %32.7'sini karın ağrısının oluşturduğu; ancak karın ağrısının tek başına çölyak hastalığı için tanı nedeni olmadığı belirtilmiştir⁽⁶⁾. Çocuk ve adolesanlarda yapılan bir başka çalışmada klasik çölyak semptomlarının hastaların %75'inden daha azında görüldüğü, %60 olgunun doğru tanı almadan önce üç kez veya daha fazla doktora başvurduğu, çoğunda ilk tanının gastroenterit ve besin alerjisi olduğu bildirilmiştir⁽⁷⁾. Olgumuzda da kronik karın ağrısı yakınması yanlış tanıya neden olmuş ve çölyak hastalığı tanısını geciktirmiştir.

Kronik karın ağrılı çocuklarda çölyak hastalığı sıklığını araştıran bir çalışmada karın ağrılı çocuklarla normal grup arasında antiendomisyum (EMA) pozitifliği yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır⁽⁸⁾. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise kronik karın ağrılı çocuklarda EMA pozitifliği %2.7 saptanmış ve bu oranın normal popülasyonda beklenenden oldukça yüksek olduğu ve bu nedenle kronik karın ağrılı hastalarda çölyak hastalığının taranması gerektiği ileri sürülmüştür⁽⁹⁾. Olgumuzun klinik seyri de bu görüşü destekler niteliktedir.

Olgumuzdaki diğer sessiz çölyak bulgusu büyüme geriliğidir. Büyüme geriliği çölyak hastalarında beklenen bulgulardan biridir. Bazen diğer bulgular olmadan tek başına ya

da diğer atipik bulgularla birlikte tanı nedeni olabilmektedir⁽¹⁰⁾. Bu nedenle vakamızda olduğu gibi kronik karın ağrısı yakınması olan hastalarda diğer sessiz çölyak bulguları araştırılmalı ve bu hastalarda çölyak hastalığı olasılığı unutulmamalıdır.

Çölyak hastalığının tedavisinde ömür boyu glutensiz diyet gereklidir. Glutensiz diyetle yakınmalar ortadan kalkmakta ve 3-9 ay içinde serolojik testler negatifleşmektedir. Ortalama altı aylık tedavi ile intestinal mukoza hasarı düzelmekte, büyüme hızlanmaktadır. Hastamızda da glutensiz diyetle semptomatik iyileşme sağlanmış, serolojik testler negatifleşmiş, boy ve vücut ağırlığında artış olmuştur.

Sonuç olarak kronik karın ağrısı ve büyüme geriliği nedeniyle başvuran çocuk hastalarda sessiz çölyak hastalığı unutulmamalıdır.

Geliş Tarihi : 09.01.2003

Yayına kabul tarihi : 17.06.2003

Yazışma adresi:

Dr. Mehtap KILIÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

55139 Kurupelit / SAMSUN

KAYNAKLAR

1. Murray JA. The widening spectrum of celiac disease. *Am J Clin-Nutr* 1999; 69: 354-365.
2. Maki M, Collin P. Coeliac disease. *Lancet* 1997; 349: 1755-1759.
3. Ben-Chetrit E, Levy M. Familial Mediterranean fever. *Lancet* 1998; 351: 659-664.
4. Livneh A, Langevitz P, Zemer D, et al. The changing face of familial Mediterranean fever. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26: 612-627.
5. Fasano A, Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum. *Gastroenterology* 2001; 120: 636-651.
6. Mc Elvaney NG, Duignan R, Fielding JF. Coeliac disease: clinical presentations, correlations of dietary compliance, symptomatic response and repeat biopsy findings. *Ulster Med J* 1992; 61: 134-138.
7. Davidson AGF, Hassal EG. Screening for celiac disease. *Can Med Assoc J* 1997; 157: 547-548.
8. Fitzpatrick KP, Sherman PM, Ipp M, et al. Screening for celiac disease in children with recurrent abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 33: 250-252.
9. Saltık IN, Koçak N, Aysel Y, et al. Celiac disease screening of Turkish children with recurrent abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34: 424.
10. Altuntas B, Kansu A, Ensari A, et al. Celiac disease in Turkish short-statured children and the value of anti-tigliadin antibody in diagnosis. *Acta Paediatr Japon* 1998; 40: 457-460.

