Ankara Med J, 2019;(1):450-2
DOI: 10.17098/amj.582033

Geç Tanı Alan Bir Çölyak Olgusu ve Düşündürdükleri

A Late Diagnosed Celiac Case and Its Implications

Yasin Selvi[1], Basri Furkan Dağcıoğlu[1], Yusuf Üstü[1]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öz
Çölyak hastalığı villüs atrofisiyle giden ototimmün bir hastalık olup diğer otoimmün hastalıklara birliktelik gösterebilmektedir. Açıklanamayan demir eksikliği anemisi ve bazı nonspesifik klinik prezentasyonlarda altta yatan sebep olarak akılda tutulmalıdır. Çölyak hastalığı birinci basamak hekimliğin de anamnez ve tedaviye pozitif yanıt ile tanı konulabilecek hastalıktır. Bu olgumuz da 6 yıl sonra fark edilmiş çölyak vakasını ele almayı amaçladık.
Anahtar Kelimeler: Çölyak hastalığı, demir eksikliği anemisi, aile hekimliği

Abstract
Celiac disease is an ototimmun disease with villus atrophy and may be associated with other autoimmune diseases. It should be kept in mind as the underlying cause of unexplained iron deficiency anemia and some nonspecific clinical presentations. Celiac disease can be diagnosed with anamnesis and positive response to treatment. In this case, we aimed to discuss a case of celiac disease which had diagnosed after 6 years.
Key words: Celiac disease, iron deficiency anemia, family medicine

Yazışma Adresi / Correspondence:
Dr. Yasin Selvi
e-posta: ysnselv@gmail.com
Geliş Tarihi: 26.04.2019
Kabul Tarihi: 18.06.2019

Giriş

Çölyak hastalığı, son yıllarda tıp dünyasının gündeminde önemli bir yer tutmaktadır. Hastalığın patogenezinde, diyetle alınan gluten proteinine karşı gelişen otoimmun bir reaksiyon olduğu bilinmektedir.[1] Hastalık, barsak villus atrofisine bağlı gelişen diyare, kilo kaybı, şişkinlik, karın ağrısı gibi tipik gastrointestinal bulgular yanı sıra; demir eksikliği anemisi, bozulmuş karaciğer transaminaz seviyeleri, cilt bulguları gibi geniş bir yelpazedeki atipik semptomlarla da seyredebilmektedir.[1,2] Ancak önemsiz/ilişkisiz görünen semptomlar olabildiği gibi, pek çok olguda da hiçbir semptom görülmemektedir.[1] Bu durum, kişilerin hastalıktan etkilenme düzeylerinin farklı olabileceğini düşündürmektedir. Tanıda serolojik markerlar (özellikle anti-doku transglutaminaz IgA) yanı sıra ince barsak biyopsisi ve glutenden fakir diyetle semptomların düzelmesi yol göstericidir.[3,4] Kesin tanı koymanın mümkün olmağı şüpheli klinik durumlarda glutenden fakir diyet ile tedaviden tanıya gitmek mümkündür.[4]

Olgu

45 yaşında erkek hasta 6 senedir demir tedavisine rağmen ferritinin düşük olduğunu belirterek, kontrol için polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde hipotiroidisi olduğu ve 300 mcg levotiroksin sodyum kullandığı öğrenildi. Levetroksini

her gün gece 02:30 da demir ilacını ise sabah kalktıktan sonra aldığı öğrenildi. Sigara ve alkol kullanımı yoktu. Soygeçmişte annesinde Tip 2 diyabet ve hipertansiyon olduğu öğrenildi. Öyküsünde ara sıra ishal atakları yaşadığı, karında özellikle bulgur yediğinde artan şişkinliğinin olduğu öğrenildi. Kullandığı demir preparatının folik asit ve B12 vitamini de içerdiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenede kan basıncı 110/70 mm/Hg, nabız 82 atım/dakika ve ateş 36,5 °C, boy 175 cm, kilo 89 kg olarak ölçüldü. Hastada epigastrik hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar sonuçlarında ise demir 67(65-175) ug/dL, ferritin 21(22-322) ug/dL, serbest demir bağlama kapasitesi 283(155- 300)ug/dL, total demir bağlama kapasitesi 350(255-480), transferrin saturasyonu 19(20-50), serbest T4 1,09(0,89-1,76) ng/dl, TSH 17,43(0,55-4,78) uIU/mL, vitamin B12 341(211-977) pg/mL, Anti Gliadin IgA >200 (<24,99)RU/mL, Anti Gliadin IgG >200(<24,99) RU/mL, Doku Transglutaminaz IgA >200(<24,99) RU/mL (Pozitif) ölçüldü. Hasta gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi. 1 ay sonra kontrole çağırılarak takibe alındı. Ayrıca kliniğiyle uyumsuz TSH düzeyinin araştırılması açısından endokrinoloji polikliniğine yönlendirildi.

Tartışma

Çölyak hastalığının prevalansının son 50 yılda ciddi bir artış gösterdiği ve son 10 yılda da tanı alma oranlarının arttığı görülmektedir.[1,5] Buna ilaveten, tanı alan hastaların yarısından fazlasının atipik semptomlarla seyrettiği bildirilmektedir.[2] Örneğin, demir eksikliği anemilerinin ve sebebi bilinmeyen transaminaz yüksekliklerinin yaklaşık %9 kadarının ve epilepsi vakalarının %6 kadarının çölyak hastalığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.[6] Ayrıca çölyak beraberinde hashimato hastalığı gibi başka otoimmun hastalıkların da görülme sıklığı artmaktadır.[2]

Çölyak hastalığının atipik/müphem semptomlarla ilerleme eğiliminde olması, tanı alan olguların gerçek olgulardan çok daha az olabileceğini düşündürmektedir.[7] Tanı almamış çölyak olgularında 4 kat artmış mortalite riskini ortaya koyan çalışmalar dikkate alındığında, özellikle birinci basamakta konunun akılda tutulmasının oldukça önemli olduğu öngörülebilir.[5] Ayırıcı tanıda villus atofisi yapabilecek *H. Pylori* enfeksiyonu, ince barsakta bakteri aşırı çoğalması, ilaca bağlı enteropatiler (Ör: NSAİİ, olmesartan vs.) ve peptik duodenit gibi diğer olası sebepler dışlanmalıdır.[6]

Tanı konan hastalara kaçınılmaz olarak glutensiz diyet önerilmelidir.[1,2,8] Ekşi mayalı ekmekte hamurdaki gluten miktarının azaldığı ve bu sebeple ekşi mayalı ekmek tüketiminin özellikle hafif çölyak formlarında faydalı olabileceği düşünülmektedir.[7] Çölyak tanılı olguların yıllık takibinde hastanın boy ve kilosunun ölçülmesi, semptomlarının gözden geçirilmesi, glutensiz diyete uyumunun ve yardım ihtiyacının değerlendirilmesi, uzman bir diyetisyene yönlendirme ihtiyacının değerlendirilmesi ve aile hekimi tarafından olası komplikasyonlar ve ek hastalıklar açısından değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir.[8]

Son yıllarda çölyak hastalığı ile barsak mikrobiyotasının ilişkisini araştıran pek çok çalışmada, çölyak tedavisinde mikrobiyomun önemli bir tedavi hedefi olduğu ortaya konmuş olmakla birlikte, probiyotiklerin tedavide kullanımı konusunda henüz güçlü kanıtlara ulaşılamamıştır.[9] Ancak yine de sağlıklı yaşam önerilerinde prebiyotik/probiyotik besin alımının teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

Özellikle sebebi bilinmeyen demir eksikliği anemisi olgularında çölyak hastalığının akla getirilmesi ve uygun diyet önerisi ile hasta takibinin yapılması, birinci basamak hekimliğinde önerilebilecek bir yaklaşımdır.[3]

Kaynaklar

1. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, Calderwood AH, Murray JA. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Celiac Disease. *The American Journal of Gastroenterology.* 2013;108(5):656-76.
2. Fasano A, Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: An evolving spectrum. *Gastroenterology.* 2001;120(3):636-51.
3. Ruiz AR. Celiac Disease (Gluten Enteropathy). *MSD Manual Professional Version* 2018; https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/malabsorption-syndromes/celiac-disease?query=celiac%20disease. *Erişim tarihi:* 25.04.2019.
4. Green PH, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med.* 2007;357(17):1731-43.
5. Rubio-Tapia A, Kyle RA, Kaplan EL, et al. Increased prevalence and mortality in undiagnosed celiac disease. *Gastroenterology.* 2009;137(1):88-93.
6. Hujoel IA, Reilly NR, Rubio-Tapia A. Celiac Disease: Clinical Features and Diagnosis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2019;48(1):19-37.
7. Üstü Y. Enteropatiler Düşündüğümüzden Daha Sık Olabilir mi? *Ankara Medical Journal.* 2018;18(4):704-5.
8. Husby S, Bai JC. Follow-up of Celiac Disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2019;48(1):127-36.
9. Krishnareddy S. The Microbiome in Celiac Disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2019;48(1):115-26.