

HİPOKALSEMİ İLE PREZENTE OLAN 62 YAŞ ÇÖLYAK HASTALIĞI VAKASI

CELIAC DISEASE CASE AGED 62 YEARS PRESENTING WITH HYPOCALCEMIA

 GÜLŞEN ÜLKER¹,  DERYA PEHLİVANER¹,  ŞAFAK MERİÇ ÖZGENEL²

¹ Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Eskişehir, Türkiye

² Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji, Eskişehir, Türkiye

ÖZET

Çölyak hastalığı genetik olarak duyarlı olanlarda başlıca buğdaydaki glüten ve arpa, çavdar, yulaf gibi tahıllardaki glüten benzeri diğer tahıl proteinlerine karşı kalıcı intolerans gelişen proksimal ince barsak hastalığıdır. Gelişme mekanizması otoimmündür. Çocukları ve erişkinleri yaşam boyu etkilemekte ve her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Çoğu hastada atıpkı ya da sessiz bir klinik seyir söz konusudur. Hayatın ilk 3 yılında, hububatın diyetle girmesiyle sessiz semptomlar ortaya çıkabilir. Sekizinci dekatta başlayan geç başlangıç bildirilmesine rağmen, hastalığın semptomatik ikinci piki erişkinlerde üçüncü ve dördüncü dekatta ortaya çıkar. Hastalar asemptomatik olabildiği gibi, karın ağrısı, şişkinlik, kilo kaybı, ishal gibi malabsorbsiyon semptomları ile prezente olabilir. Çölyak hastalığında D vitamini eksikliği, kalsiyum eksikliğine bağlı metabolik kemik hastalığı, osteopeni ve osteoporoz görülebilmektedir. Bizde burada ileri yaşta hipokalsemi ile prezente olan bir Çölyak hastalığı vakası paylaştık.

Anahtar Kelimeler: Çölyak hastalığı, malabsorbsiyon, hipokalsemi.

ABSTRACT

Celiac disease is a proximal small bowel disease that develops as a permanent intolerance to gluten in wheat and other grain protein such as gluten in cereal such as barley, rye, and oats in genetically susceptible individuals. It develops by autoimmune mechanisms. It affects children and adults through out life and can occur at any age. Most patients have an atypical or silent clinical course. Silent symptoms can occur during the first 3 years of life, when cereals are introduced into the diet. Although late onset of the disease has been reported, the second symptomatic peak of the disease occurs in the third and fourth decades in adults. Patients may be asymptomatic or present with symptoms of malabsorption such as abdominal pain, bloating, weight loss, and diarrhea. Vitamin D deficiency, metabolic bone disease due to calcium deficiency, osteopenia and osteoporosis can be seen in celiac disease. Here, we shared a case of celiac disease presenting with hypocalcemia in advanced age.

Keywords: Celiac disease, malabsorption, hypocalcemia

Sorumlu yazar: Gülşen Ülker
E-posta: serinistemi@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6876-2640

Gönderim tarihi: 21.04.2022 **Kabul tarihi:** 08.11.2022

Atıf: Ülker G, Pehlivaner D, Özgenel ŞM. Hipokalsemi ile Prezente Olan 62 Yaş Çölyak Hastalığı Vakası. Eskişehir Med J. 2023; 4: 296-298. doi: 10.48176/esmj.2023.150.

GİRİŞ

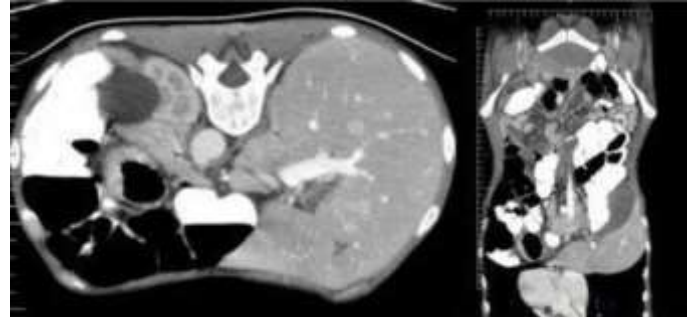
Çölyak hastalığı (ÇH, glüten enteropatisi) genetik olarak duyarlı olanlarda buğdaydaki glüten ve arpa, çavdar, yulaf gibi tahıllardaki glüten benzeri proteinlere karşı kalıcı intolerans gelişen proksimal ince barsak hastalığıdır. Etiyolojisinde otoimmün mekanizmalar etkilidir. İmmunopatogeneze sorumlu olan buğday prolamini gliadindir. Gliadin epitel hücrelerinde yıkıma yol açar, interlökin-15 ekspresyonunu artırır ve bu artış intraepitelyal lenfositleri aktive eder. İnfeksiyonlarla veya değişen geçirgenlikle, gliadin lamina propria doku transglutaminazı tarafından deamine olarak antijen sunan hücrelerin yüzeyindeki HLA-DQ2 (veya HLA-DQ8) ile etkileşir. Gliadinin T hücre reseptörü aracılığı ile CD4 T hücrelerine sunumu ile sitokin salınımı olur ve doku hasarı başlar, villüs atrofi ve kript hiperplazisi meydana gelir(1). Çölyak hastalığı çocukları ve erişkinleri yaşam boyu etkilemekte ve her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Hastaların çoğu atipik ya da sessiz bir klinik seyrederek (1). Sessiz semptomlar hayatın ilk 3 yılında, hububatın diyetle girmesiyle ortaya çıkabilir. Sekizinci dekatta tanı alan bildirilmesine rağmen, hastalığın semptomatik ikinci piki erişkinlerde üçüncü ve dördüncü dekatta ortaya çıkar. Hastalar karın ağrısı, şişkinlik, kilo kaybı, ishal gibi malabsorpsiyon semptomları ile de prezente olabilir (2). Çölyak hastalığında D vitamini eksikliği, kalsiyum eksikliğine bağlı metabolik kemik hastalığı, osteopeni ve osteoporoz görülebilmektedir. Çölyak hastalığında görülen osteoporozun sebebi, ince barsaktaki inflamasyon ile gelişen intestinal malabsorpsiyon kalsiyum ve vitamin D eksikliğidir (3). Düzleşmiş mukozadan kalsiyum ve D vitamini emiliminin bozulmasına, endojen kalsiyum kullanımının artmasına veya dışkı ile kaybedilmesine bağlı, kalsiyum eksikliği ve Parathormonun kompensatuar yanıtı kemik kaybının esas nedenidir (4). Bizde burada ileri yaşta hipokalsemi ile prezente olan bir Çölyak hastalığı vakası paylaştık.

OLGU

62 yaşında kadın hasta, İç Hastalıkları polikliniğine 1 aydır olan nefes darlığı halsizlik şikâyeti ile başvurdu. Sorgulandığında bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal ve kilo kaybı şikâyetleri de mevcuttu. İshal yaklaşık 4 aydır, günde 8 kez sulu vasıfta idi ve içeriğinde kan ve/veya mukus tariflemiyordu. Özellikle yemeklerden sonra olan yaygın karın ağrısı tarifliyordu. Fizik muayenesinde kaşektik olması dışında bulgu olmayan hastanın laboratuvar tetkiklerinde açlık glukoz 89 mg/dl (74-109), BUN (Blood Urea Nitrogen) 12 mg/dl (8-23), kreatinin 0,60 mg/dl (0,5-0,9), kalsiyum 5,9 mg/dl, albumin 1,9 g/dl (3,5-5,2) (Düzeltilmiş kalsiyum= Total Kalsiyum+[0.8×(4.0–Albumin)]) albümine göre düzeltilmiş kalsiyum 7,4 mg/dl(8,6-10,2), sodyum 131 mmol/L (136-145), potasyum 4,1 mmol/L (3,5-5,1), fosfor 2,6 mg/dl (2,5-4,5), magnezyum 1,85 mg/dl (1,6-2,6) idi. 25-OH vitamin D 15,4 ng/mL (25-80), parathormon 309 pg/mL (15-65) idi. Hastanın eski tetkikleri incelendiğinde 2 ay önce yapılan DEXA sonucunda L2-L4 T-skoru -3,8 bulundu,

osteoporoz ile uyumluydu. Hastaya yükleme dozunda 50.000 I.U. oral Kolekalsiferol verildi. 8 hafta haftada bir kez verilmesi planlandı. Takiplerinde hipokalsemi ile birlikte hipokalemi (2,3 mmol/L) ve hipomagnezemi (1,34 mg/dl) de gelişti. Karın ağrısı devam eden hastaya abdomen ultrason yapıldı; "Barsak ansları dilate ve içerikle dolu olup peristaltizm artmıştır, mekanik obstrüksiyon açısından kontrastlı batın tomografi ile değerlendirilme önerilir" şeklinde raporlandı. Kontrastlı tüm batın tomografide kolonik segmentelerde yaygın distansiyon ve kontrast madde- hava sıvı seviyelenmeleri, kontrast maddenin rektumda distandü olduğu, ileus açısından şüpheli görünüm mevcuttu (Şekil 1). Tomografi bulgularında mekanik bir obstrüksiyon görülmedi, oral alım azlığına bağlı hipokalemi ve buna bağlı parolitik ileus gelişmiş olabileceği düşünüldü.

Kronik ishal etyolojisi açısından gönderilen gaita mikroskopisinde gaita sulu ve az mukuslu görünümde; her sahada 5-6 lökosit görüldü, eritrosit, parazit kist ve yumurtası görülmedi. Gaita kültüründe Salmonella, Shigella üremesi olmadı. Clostridium difficile toxin-A negatif, Gruber-Widal testi Salmonella Typhi O ve Salmonella Typhi H antikorları negatifti. Hipoalbuminemi, kronik ishal nedeniyle hastaya endoskopi yapıldı, bulbus duodenum 2. kısım incelenmiş, atrofik, pili yapısı incelenmiş, taraklanma (scalloping) görünümü izlendi, kronik duodenit (Çölyak?) açısından biyopsi alındı. Hastanın endoskopi bulgularının çölyak hastalığını şiddetle düşündürmesi ve hızlı klinik iyileşme sağlama düşüncesiyle hastaya glütensiz diyet başlandı. Glütensiz diyetle 10 günlük süreçte yanıt alındı. Hipoalbuminemi, hipokalsemi ve hastanın klinik bulgularında 10 gün glütensiz diyet sonrasında düzelme görüldü. Poliklinik takiplerinde gönderilmiş olan Anti Endomisyum IgA pozitif, Doku Transglutaminaz pozitif, Anti Gliadin IgA pozitif idi. Duodenum endoskopik biyopsi patoloji sonucu mikroskopik bulguları; villuslar azalmış, intraepitelyal lenfositoz (30/100 epitel hücrelerini aşmış) izlendi. Hastada Çölyak hastalığı tanısı kesin olarak konuldu ve glütensiz diyet ile izleme alınan hastanın 8 hafta sonra Doku transglutaminaz ve Endomisyum antikorları negatif saptandı.



Şekil 1. Kontrastlı Abdomen BT görüntüsü. Kolonik segmentlerde yaygın distansiyon ve kontrast madde ve hava seviyelenmeleri, kontrast maddenin rektuma kadar geçiş gösterdiği ve rektumun distandü görünümü

TARTIŞMA

Çölyak hastalığı hem çocuklarda hem de erişkin yaş grubunda görülen ve yaşam boyu devam eden bir hastalıktır ve klinik bulguları çok geniştir. Erken yaş grubunda ishal, karın şişliği, büyüme geriliği gibi tipik belirtiler ön planda iken, ileri yaşta osteoporoz, malignite, epilepsi gibi belirtiler ön plana geçer(5). En sık ekstraintestinal semptomlar demir eksikliği anemisi ve vitamin D, kalsiyum eksikliğine bağlı metabolik kemik hastalığıdır . Vitamin D eksikliğine bağlı sekonder hiperparatiroidi görülebilir (6). Tedavi edilmeyen Çölyak hastalığında 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 (7). Çölyak hastalığında atipik belirtiler nedeni ile çoğu kez tanının akla gelmez ve başka hastalıklar düşünülerek gereksiz ve sonuç getirmeyecek araştırmalar, tedaviler yapılır. Bu durum hastada tanı konulmasında gecikmeye neden olabilmektedir. Çölyak hastalığı genellikle çocukluk çağı hastalığı olması nedeniyle erişkindeki belirti ve bulguları sıklıkla gözden kaçabilir ve tanı gecikebilir. Kanada'da tanı süresi ortalama 10 yıldır. İsvç kaynaklı bir çalışmada tanı süresi 9.7 yıl olarak bulunmuştur (8). Erişkin çölyak hastalarında %30-40'a varabilen oranlarda aşikâr malabsorbsiyon bulguları olmasa bile kemik mineral dansitesinde azalma saptanabileceği bildirilmiştir (9,10). Kemik mineral metabolizmasındaki bozukluğun sebebi; Çölyak hastalarında kemik döngüsünde önemli rol oynayan yeni osteoblast ve osteoklast oluşumu ile apoptoz yoluyla osteosit, osteoblast ve osteoklast ölümü arasındaki dengenin bozulmuş olabileceği bildirilmiştir (11). Erişkin yaş grubunda tanı alan çölyak hastaları üzerine yapılan bir çalışmada hastaların %22'sinde osteoporoz, %4'ünde osteopeni bildirilmiştir (12). Bizim vakamızın bir diğer ilginç yanı, oral alımı azlığı ve ishal nedeniyle gelişen hipokalemiye bağlı bir paralitik ileus tablosunun görülmesidir. Bu durum, Çölyak gibi metabolik bir hastalık seyrinde gelişen elektrolit bozukluğunun bazen ne kadar ciddi olabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak bizim hastamızda da olduğu gibi erişkinlerde çölyak hastalığının klasik semptomlar yanında birçok sistemi etkileyen bulgular ile de ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kronik diyaresi olan her hastada ileri yaşlarda dahi çölyak hastalığı da olabileceği düşünülmesi ve erken tanı ve uygun tedavi ile özellikle malabsorbsiyonun neden olduğu anemi, osteoporoz ve gelişme geriliği gibi komplikasyonlar önlenmelidir.

Bilgilendirilmiş Olur: Hastanın klinik bilgilerinin alınması ve yayınlanması için hastanın yasal temsilcisinden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Yazarlık Katkısı: Fikir/Kavram: GÜ, Tasarım/Dizayn: GÜ, Denetleme: ŞMÖ, Veri Toplama/İşleme: DP, Analiz: DP, Literatür Taraması: GÜ,

Makalenin yazımı: GÜ, Eleştirel İnceleme: ŞMÖ, Kaynaklar ve Fon sağlama:- Malzemeler:-

Çıkar Çatışması: Yazar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemiştir. **Finansal Destek:** Yazar bu çalışmada finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

1. Demirçeken F. Gluten Enteropatisi (Çölyak Hastalığı). Klasik Bir Öykü Ve Güncel Gelişmeler. Güncel Gastroenteroloji. 2011; 6: 58-72.
2. Yönel O, Özdi S, Çölyak Hastalığı. Journal of Experimental And Clinical Medicine. 2009; 17: 93-100.
3. Tahiri L, Azzouzi H, Squalli G, Abourazzak F, Harzy T. The Pan African Medical Journal. 2014; 19: 43.
4. Kondolot M, Demirçeken F, Ertan Ü. 52 Vaka İle Türk Çocuklarında Çölyak Hastalığı. Turkish Journal Of Pediatric Disease. 2009; 3: 1-10.
5. Fasano A, Catassi C. Current Approaches to Diagnosis and Treatment of Celiac Disease: An Evolving Spectrum. 2001; 3: 636-51.
6. Harris LA, Park JY, Voltaggio L, Lam-Himlin D. Celiac Disease: Clinical, Endoscopic, And Histopathologic Review. Gastrointest Endoscopy. 2012; 76: 625-40.
7. Robinson PJ, Bullen AW, Hall R, Brown RC, Baxter P, Losowsky MS. Splenic Size And Function In Adult Coeliac Disease. Br J Radiol. 1980; 53: 532-7.
8. Karahmet F. Çölyak Hastalığı'nda Teşhis Süresi Length Of Diagnosis In Celiac Disease. Ege J Med. 2018; 57: 12-5.
9. Valdimarsson T, Toss G, Löfman O, Ström M. Three Years' Follow-Up Of Bone Density In Adult Coeliac Disease: Significance Of Secondary Hyperparathyroidism. Scandinavian Journal Of Gastroenterology. 2000; 35: 274-80.
10. Meyer D, Stavropoulos S, Diamond B, Shane E, Green PHR. Osteoporosis In A North American Adult Population With Celiac Disease. Am J Gastroenterol. 2001; 96: 112-9.
11. Mustalahti K. Unusual Manifestations Of Celiac Disease. The Indian Journal Of Pediatrics. 2006;73:711-6.
12. Akın M, Songür Y, Aksakal G. Clinical And Laboratory Features And Extraintestinal Manifestations Of Celiac Disease In Adults. J Clin Anal Med. 2012; 3: 194-7.



4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.