

Splenomegali ve Pansitopeni ile Başvuran bir Megaloblastik Anemi Olgusu

Mehmet AKİF BÜYÜKBEŞE (*), Ali ÇETİNKAYA (*)

SUMMARY

Megaloblastic Anemia with Splenomegaly and Pancytopenia

An obese patient of 57 year old woman has been brought to our outpatient polyclinics of internal medicine department because of adynamia, dyspnea, causalgia of the tongue. Anemia, mild tachycardia, significant vertigo and splenomegaly were present. Pancytopenia was remarkable through the laboratory values. Sternal aspiration was revealing megaloblastic changes. Recognizing the inattentive diet of the patient so as to lose weight which gives rise to the cyanocobalamin deficiency, management by substitution of the vitamin B12 is started for the diagnosis of pernicious anemia.

Key words: Obese, splenomegaly, pancytopenia, B12, pernicious

Anahtar kelimeler: Obez, splenomegali, pansitopeni, B12, pernisyöz

OLGU

57 yaşında obez kadın hasta, iç hastalıkları polikliniğine halsizlik, baş dönmesi, nefes darlığı, iştahsızlık, dilinde yanma ve ağrı nedeni ile getirildi. Hastanın yaklaşık 3 aydır bu yakınmaları vardı, ancak bir üniversite hastanesine ilk defa başvuruyordu. Daha önce bir nörolog tarafından BT istenmiş, ancak normal bulunmuştu. Bir KBB uzmanınca da vertigo tanısı ile verilen ilaçlardan yarar görmediğini söylüyordu. Sigara ve alkol kullanmıyordu. Anamnez alırken oldukça yorgun ve isteksiz olduğu gözlemlendi. Fizik muayenesinde; şuur açıktı, 90.5 kg ağırlığında, 167 cm boyunda ve vücut kitle indeksi 33 idi. Konjunktivalar ve ağız içi mukozası soluk, dişlerin hijyeni kötüydü. Ateş 36.8°C, tansiyon normal sınırlarda, nabız 98/ritmik bulundu. Periferik lenf adenopati saptanmadı. Ortostatik hipotansiyon kaydedilmedi. Dinlemekle punktum maksimumu apikal alanda olan ancak 1/6 şiddetini geçmeyen üfürümü vardı, ek ses duyulmadı. Pretibial ödemi yoktu. Karında kollateraller izlenmiyordu. Herhangi bir operasyon nedbesine rastlanmadı. Barsak sesleri normal bulundu. Karaciğer derin inspirumda ele ancak çarpıyordu. Boyun venleri dolgun

değildi ve hepatojuguler reflü yoktu. Traube kapalı ve dalak arkus altında hafif duyarlı ele çarpıyordu. Hastanın ayağa yardımıyla kaldırıldığında başı dönüyordu. Romberg testi uygulanamadı. Diğer sistemlerde özellik yoktu. Hastanın kanı supin pozisyonda alındı. Sedimentasyon 45 mm/saat, Hb 9.4 g/dL, Hct % 28, MCV 115 fl, lökosit 2800/mm³, trombosit 80.000/mm³, LDH 740 Ü/L (N<350 Ü/L), glukoz, üre, kreatinin, ürik asit, ALT, AST, ALP, GGT, bilirubinler, elektrolitler, CPK, amilaz, protein elektroforezi, C-reaktif protein düzeyi, ferritin, demir ve demir bağlama kapasiteleri, retikülüsit, Coombs testleri, haptogloblin ile tiroid fonksiyon testleri doğal bulundu. İdrar analizi normaldi. Dışkı parazit incelemede özellik yoktu. US'de karaciğer boyutları normal, dalak sagittal çapı 148 mm olarak veriliyordu. Periferik formülde makrositoz dikkati çekiyordu. Lökositler arasında dağılım normal olmakla birlikte 7 segmentli iki, 6 segmentli üç, çok sayıda da 5 segmentli polimorf nüveliler vardı. Hastanın yaşı da göz önüne alınarak yapılan sternal kemik iliği aspirasyonunda megaloblastik değişiklikler ön plandaydı. İstenen periferik kan folat düzeyi normal iken siyanokobalamin 85 pg/mL (200-900) idi. Hasta B12 eksikliğine bağlı pansitopeni ve splenomegali olarak kabul edildi. Kendisine obez olduğu sıkça telkin edilen hasta, ciddi bir rejim yapma kararı vermiş ve etsiz, hayvani ürünlerden uzak günde iki öğün yiyerek zamanını geçirmişti. Hastaya B12 replasmanı parenteral olarak başlandı. Altı ay sonra adinami kaybolmuş, sonografik olarak dalak sagittal çapı 115 mm'ye gerilemiş ve hemogram normal düzeylere ulaşmıştı.

TARTIŞMA

Megaloblastik anemi, anormal hematomiyelopoez ile karakterizedir ve tüm miyeloid ve eritroid hücre dizilerinde senkron olmayan nükleer ve sitoplazmik olgunlaşmayı içermektedir (1). Makrositoz dikkat çekicidir, ancak aplastik anemi, miyelodisplastik sendrom, artmış retikülüsit sayısı ile beraber olan hemolitik anemiler de göz önünde bulundurulmalıdır. MCV; pernisyöz aneminin demir eksikliği anemisi veya talasemilerden biriyle beraber bulunduğu kombine anemilerde normal bulunabilirdiği için iyi bir anamnez ve detaylı laboratuvar ince-

lemesi oldukça önemlidir. Mikroskopik olarak en erken bulgu ise nötrofillerdeki hipersegmentasyondur. Kemik iliğinde nükleer ve sitoplazmik olgunlaşmalar arasında eşitsizlik söz konusudur (1).

Kobalamin, doğal olarak bakterilerde ve hayvanlarda bulunurken, meyve ve sebzelerde yoktur. Alınan vitamin, intestinal emilim için bir gastrik glikoprotein olan intrinsek faktöre (İF) ihtiyaç duyar. Her İF molekülü 2 kobalamin molekülü bağlar. Mide, distal ince bağırsak ameliyatları ile gastrik lenfoma nedeniyle tedavi görenlerde bu vitamin eksikliğine rastlanır, ancak böyle girişimlerin hiç biri hastamıza uygulanmamıştır. Transkobalamin II B12'yi bu vitaminin major depolanma bölgesi olan karaciğere ileumdan itibaren taşınır. Kobalamin eksikliği alım azlığı, malabsorbsiyon ve hücre alımında bozukluk gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilir.

Hasta, ayaktan polikliniğe başvuranlar arasında oldukça sık rastlanan semptomlarla getirilmişse de pansitopeni ve splenomegali önemli bulgulardandır. Senilite göz önünde bulundurulacak olursa pansitopeni, splenomegali, orta derecede yüksek ESR ve dikkat çekecek miktarda laktat dehidrogenaz yükseklikleri hastada bir tümör yükünü sanki telkin etmektedir. Yalnız başına pansitopeni idiyopatik ya da ilaca bağlı, hatta ikincil kemik iliği infiltrasyonuna işaret edebilir. Ancak, hastada ilaç anamnezi yoktur. Splenomegali, aplastik anemi primer olduğunda sıkça karşılaşılan bir durum da değildir. Telegrafide hilumlar doğaldır, akciğer parenkiminde infiltratif değişiklik yoktur. Periferik lenfadenopatiye rastlanmamıştır. Hemolitik anemilerde LDH yüksekliği görülebilmektedir. Üstelik bunların bir kısmına hatırı sayılır splenomegali de eşlik edebilir. Ancak, hastanın biyokimyasal değerleri hemolitik kriterlere uygun değildi (*Normal bilirubin değerleri, retikülosit, Coombs testleri ve haptogloblin*).

Hemoliz yokluğunda kalb yetersizliği, bazı karaciğer hastalıkları, miyopatik sendromların bir kısmında LDH yüksekliği görülebilmektedir. Hasta normotansifti. EKG'si normaldi. Tek yastıkla yatan hastada, boyun venleri dolgun değildi. Hepatojüğüler reflü de negatif bulundu. Üstelik kardiyak hiçbir ilaç da almıyordu.

Hastada karaciğer ele gelmediği gibi etkilendiğine işaret eder öteki enzimlerin hiçbirinde normalin üstünde bir değer elde edilmedi. Ayrıca US'da karaciğer ekojenitesinde kabalaşmayla, portal ven basıncında artma izlen-

miyordu. Hastanın ayakta güçlüğü durduğu göz önüne alınarak ayırıcı tanıya sokulan miyopati de CPK ve SGOT en-zimlerinin normal sınırlarda olması ile listeden çıkarıldı. Hafif yüksek sedimentasyon yaş, hijyeni iyi olmayan dişler, anemi ile birleştirildiğinde açıklaması zor değildir.

Hepatomegali ile splenomegalinin megaloblastik anemiye eşlik edebileceği bildirilmektedir (2). Hastanın postürünü etkileyecek kadar klinik tablo meydana getirebilen vitamin B12 eksikliği, bu olguda supin pozisyonunda kan almamıza yol açmıştır. Pernisyöz anemi miyelinopatiye yol açabilmektedir. Romberg testi olgularda pozitifdir. MCV yüksekliği (>95 fl), en erken fark edilebilen B12 eksikliği nedenidir (1). Hatta olguların bir kısmında henüz anemi gelişmemiştir. LDH'nın artması da önemli bir bulgudur.

Adolesanlarda pansitopeni ile başvuran B12 eksikliği ilk olarak 1988'de yayınlanmıştır (3). Bir çalışmada da megaloblastik anemi serisinin % 64'ünde pansitopeni problemi ile karşılaşılmıştır (4). Bir kısmında otoimmün başka patolojiler eşlik edebilmektedir. Hipotiroidi bunlardan biridir (5,6). Hastamızın tiroid fonksiyon testleri normaldi.

Sonuç olarak; B12 eksikliği olan hastaların pansitopeni ve splenomegali ile başvurabilecekleri hatırlanmalıdır. Yüksek LDH ve MCV seviyelerinin de birer ipucu olduğu bilinmelidir. Obez oldukları için bilinçsiz diyet programlarına başlayanlar bu tabloya aday olabilmektedirler.

KAYNAKLAR

1. Hines JD: Megaloblastic anemia. In: Mazza JJ, ed. Manual of Clinical Hematology 2nd edition. USA: Little, Brown and Company, 38-53, 1995.
2. Sarode R, Garewai G, Marwah N, et al: Pancytopenia in nutritional megaloblastic anaemia. A study from north-west India. Trop Geogr Med 41:331-6, 1989.
3. Smith C: Selective cobalamin (vitamin B12) malabsorption in adolescence. A case report. S Afr Med J 73:607-8, 1988.
4. Ng SC, Kuperan P, Chan KS, et al: Megaloblastic anemia- a review from University Hospital, Kuala Lumpur. Ann Acad Med Singapore 17:261-6, 1988.
5. Gül S, Danacı M, Küçükardalı Y: Perikardiyal efüzyonla ve pernisyöz anemi ile seyreden otoimmün hipotiroidi. Bir olgu nedeniyle. Doktor 2:143-4, 1994.
6. Burns RW, Burns TW: Pancytopenia due to vitamin B12 deficiency associated with Graves' disease. Mo Med 93:368-72, 1996 (abstract).