
Kuş besleyicisi hastalığı (iki olgu nedeniyle)

Sinem GÜNGÖR, Sevinç BİLGİN, Belma AKBABA, Murat YALÇINSOY, Esen AKKAYA

Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

ÖZET

Kuş besleyicisi hastalığı (iki olgu nedeniyle)

Kuş besleyicisi hastalığı (KBH), kuşa ait organik etkenlere karşı gelişen bir hipersensitivite pnömonisidir. Kliniğimize nefes darlığı, ateş ve kilo kaybı şikayetleri ile başvuran iki olgu (25 yaşında erkek, 43 yaşında kadın) öykülerinde güvercinle temas bulunması üzerine (birinci hasta iş yerinde, ikinci hasta evinde) KBH yönünden araştırıldı. Solunum fonksiyon testleri (SFT) sırasıyla restriktif patern DLCO %49 ve obstrüktif patern DLCO %33 olarak bulundu. İki olguda da toraksın yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisi (YRBT)'nde nodüler infiltrasyonlar mevcuttu. Bu bulgularla hastalık öyküsü dikkate alındığında KBH tanısı konuldu. Güvercinle temas kesildiğinde birinci olgu ilaçsız düzelirken, ikinci olguya önce inhale kortikosteroid, sonra sistemik kortikosteroid tedavisi verildi. Sonuç olarak, nadir görülen KBH tanı aşamasında hatırlanır, dikkatli çevresel maruziyet araştırılırsa tanı ve tedavisi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: *Kuş besleyicisi hastalığı (KBH), interstisyel akciğer hastalığı, hipersensitivite pnömonisi.*

SUMMARY

Bird fancier's lung disease (report of two cases)

Sinem GÜNGÖR, Sevinç BİLGİN, Belma AKBABA, Murat YALÇINSOY, Esen AKKAYA

Süreyyapaşa Chest Diseases and Chest Surgery Educational and Training Hospital, İstanbul, Turkey.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Sinem GÜNGÖR, Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Maltepe
İSTANBUL - TÜRKİY

e-mail: sinematikgungor@yahoo.com

Bird fancier's lung disease (BFLD) is a hypersensitivity pneumonia which develops in response to organic bird products. Two patients (25 y/M, 43 y/F) were admitted to our clinic with complaints of dyspnea, fever and weight loss, both had history of pigeon exposure and we investigated them for BFLD. First patient had restrictive pulmonary function tests with DLCO of 49%, and the second patient had obstructive pulmonary function tests with DLCO of 33%. HRCT of both patients revealed nodular infiltrations. With these findings and history of pigeon exposure (the first patient at his job, the second patient at home) the diagnosis of BFLD was established. First patient had complete remission after removal of pigeons from the environment. Initial inhaled corticosteroid and later systemic corticosteroid therapy was given to second patient. In conclusion, if BFLD, a rare disease, is considered initially in the differential diagnosis and environmental exposure is evaluated, the diagnosis and treatment is possible.

Key Words: Bird fancier's lung disease, interstitial lung disease, hypersensitivity pneumonitis.

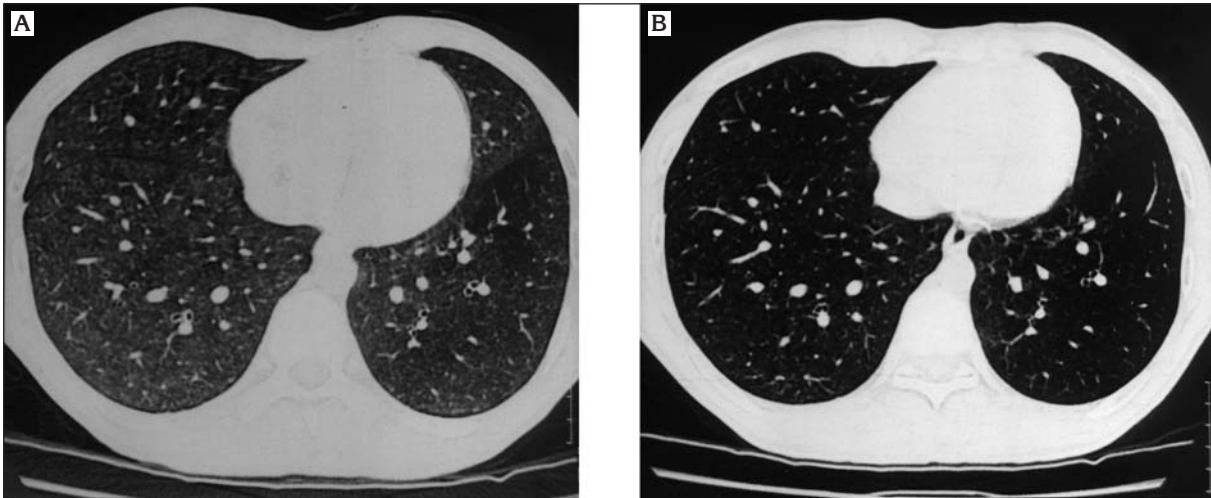
Hipersensitivite pnömonisi nadir görülen bir hastalıktır. İlk kez 1960 yılında tarif edilen kuş besleyicisi hastalığı (KBH) ise geniş bir etyolojiye sahip hipersensitivite pnömonileri içinde bir alt grubu oluşturur. Hastalık interstisyel akciğer hastalıklarında olduğu gibi bir prognoz izler. Hastalığın ilerlemesini önlemek için erken tanı, etkenden uzaklaşma ve tıbbi tedavi gerekmektedir (1).

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

Yirmibeş yaşında erkek hasta merkezimize dört aydır mevcut olan ve giderek artan efor dispnesi, kuru öksürük, 39.5°C ateş ve 10 kg kilo kaybı yakınmalarıyla başvurdu. Hastamızın bir yıldır çalıştığı iş yerinde güvercin beslediği öğrenildi. Ek hastalığı, ilaç ve sigara kullanımı yoktu. Hastanın fizik muayenesinde; vücut ısısı 36°C, solunum sistemi ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Bakteriyolojik ve biyokimyasal testleri nor-

maldi. Solunum fonksiyon testleri (SFT)'nde beklenene göre zorlu vital kapasite (FVC)= %84, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV₁)= %84, FEV₁/FVC= %84 olarak ölçüldü. Hastanın difüzyon kapasitesi (DLCO) beklenene göre %49, arter kan gazı (AKG)'nda pH= 7.44, PaCO₂= 44.8 mmHg, PaO₂= 90.4 mmHg, HCO₃= 31.1 mmol/L, SaO₂= %97.4 olarak bulundu. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Toraksın yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisi (YRBT)'nde her iki akciğer üst zonlarda daha belirgin olmak üzere üst ve orta zonlarda milimetrik boyutlarda silik kontürlü nodüler infiltrasyon saptandı (Resim 1). Bu bulgularla hastalık öyküsü dikkate alınarak KBH tanısı kondu. İşten uzaklaştırılarak yapılan kontrollerinde solunumsal parametrelerde ve DLCO'da düzelme saptandı. DLCO değeri %72 bulunan hastaya kortikosteroid tedavi verilmedi. Hasta takibimizde olup, klinik ve radyolojik bulgu yoktur.



Resim 1. Olgu 1'in toraks YRBT görünümü.

Olgu 2

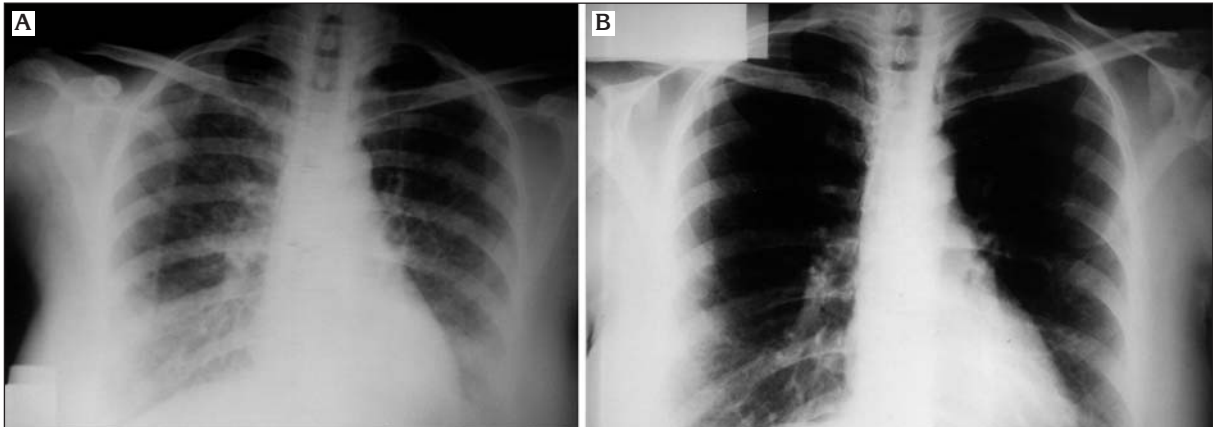
Kırküç yaşında kadın hasta 1.5 aydır giderek artan nefes darlığı, ateş ve 6 kg kilo kaybı şikayetleriyle merkezimize başvurdu. Hikayesinde son 10 gündür düzenli bronkodilatör tedavi ve antibiyotiğe rağmen şikayetlerinin gerilemediği ve evinde eşinin güvercin beslediği öğrenildi. Ek hastalığı, ilaç ve sigara kullanımı yoktu. Hastanın fizik muayenesinde vücut ısısı 37°C, solunum sistemi muayenesinde bilateral bazallerde ince raller saptandı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemeleri; eritrosit sedimentasyon hızı (40 mm/saat) dışında normal bulundu. SFT’de FVC= %60, FEV₁= %44, FEV₁/FVC= %63 idi. Kan gazında pH= 7.43, PaCO₂= 31.6 mmHg, PaO₂= 66 mmHg, HCO₃= 21.5 mmol/L, SaO₂= %93.6 olarak bulundu. Hastanın akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zonlarda retikülonodüler infiltrasyon izlendi (Resim 2). Göğüs YRBT’si incelendiğinde; her iki akciğer parankiminde orta ve alt zonlarda mozaik patern ile birlikte sentrilobüler nodüler değişiklikler mevcuttu. Hasta bronkoskopiye uyum sağlayamadığından bu işlem yapılamadı. Bu bulgularla hastalık öyküsü dikkate alındığında KBH tanısı kondu.

Hastanedeki yatış süresince nefes darlığında düzelme görülen olguda DLCO sırasıyla %34, %55 ve %64 oldu. Hastanın evine dönmesiyle bu seviyede kaldı. Önce inhale kortikosteroid, sonra sistemik kortikosteroid tedavisine geçildi. Bu tedavilerle sırasıyla DLCO %74 ve %90 oldu. Hastanın radyoloji normal ve klinik bulgusu yoktur.

TARTIŞMA

KBH nadir görülen hipersensitivite pnömonilerinin bir alt grubudur. Kuşa ait organik partiküllerin tekrarlayan solunumu sonucu akciğerde parankim harabiyeti oluşur. Düşük doz maruziyeti ve indirekt karşılaşanlardaki insidansı bilinmemektedir. Yoğun antijenle karşılaşanlar arasında KBH prevalansı %5-15 arasında bildirilmiştir (1). Kuş besleyicileri arasında yapılan çalışmalarda, hastalığın prevalansı %6-21 arasında değişmektedir (2). Ülkemizden yapılan yayınlar olgu sunumları şeklinde olup, Küpeli ve arkadaşlarının çalışmasında hastalığın prevalansı ülkemiz için %10 olarak bildirilmiştir (3,4).

Klinik tablo hastalığa özgü olmayan ateş, kırıklık, eklem ağrısı, öksürük nedeniyle gribal infeksiyonla karıştırılmakta, nefes darlığı giderek artmakta ve ateş antibiyotiğe cevap vermemektedir (5). Bu şekliyle hastalık tanınmadığı takdirde kronik forma geçerek pulmoner fibrozise ilerleyebilir (1). Klinik tablonun atipik pnömoni, toksik toz sendromu, bronşiolitis obliterans organize pnömoni (BOOP), idiopadik pulmoner fibrozis (IPF) ve granülomatöz hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir (6). Her iki olgumuz da benzer ön tanılarla ünitemize sevk edilmiştir. Diğer hipersensitivite pnömonilerinde olduğu gibi KBH’de de giderek artan nefes darlığı, bibaziler inspiratuar raller, egzersizle artan hipoksi, restriktif ventilasyon bozukluğu, radyolojide nodüler veya retikülonodüler opasiteler bulunur. KBH’de SFT’ler restriktif patern ve DLCO’da azalma gösterir (1). Obstrüktif patern



Resim 2. Olgu 2'nin ilk ve altıncı ay PA akciğer grafisi.

nadirdir. Warren ve arkadaşları çalışmalarında, 3/9 olguda obstrüksiyon saptamış ve bunu bronşların hiperaktif cevabı olarak açıklamışlardır (7). Pelikan ve arkadaşları ise düşük dozların obstrüksiyona neden olduğunu, alveolit yapmadığını bildirmişlerdir (2). İkinci olgumuzdaki obstrüksiyon, kuş sayısının azlığı ve kuşlarla asil ilgilenen kişi olmamasıyla açıklanabilir.

KBH'de spesifik bronş provokasyon testi, bunun geç dönem sonuçları, serum veya bronkoalveoler lavaj (BAL)'da spesifik antikorların varlığı, tükürükte spesifik IgG, BAL'da CD4/CD8 oranının düşüklüğü ve nükleer teknikler tanıya katkı sağlamakta, ancak spesifik bulunmamaktadır (1,2,8,9).

Tanı için dikkat çekici bir çalışma da, Ramirez-Venegas'ın spesifik provokasyon testi sırasında vücut ısısında 0.5°C'lik artışın %82 spesifik bulunmasıdır (10). Warren ve arkadaşları BAL, bronş hiperreaktivitesi ve transbronşiyal biyopsi (TBB) gibi tetkiklerin pratik uygulamada çok gerekli olmadığını, akut maruziyet ajanının belli olduğu ve ajandan uzaklaşmakla kliniğin düzeldiği olgularda en muhtemel tanının klinik olarak konulabileceğini bildirmişlerdir (7). Aynı şekilde Meyer ve arkadaşları, açık akciğer biyopsisi sonucu fibrozis olarak gelen olgularında, geriye dönülerek hastalık öyküsü derinleştirildiğinde kuş maruziyeti olması ile tanı sağlandığını bildirmişlerdir (11). Kliniğin önemini vurgulayan bu çalışmaların yanı sıra Terho ve arkadaşları, öykü ve laboratuvar bulgularını birleştiren tanı kriterlerini geliştirmişlerdir (12). Olgularımıza bu açıdan bakıldığında üç majör [1. Antijene maruz kalma öyküsü veya serumda antikor tespiti, 2. Hipersensitivite pnömonisi ile uyumlu semptomların varlığı, 3. Akciğer grafisi veya bilgisayarlı tomografi (BT)'de hipersensitivite pnömonisi ile uyumlu bulguların varlığı] ve üç minör kriter (1. Bazallerde kreptan rallerin duyulması, 2. İstirahatte ya da egzersizde anormal difüzyon kapasitesi, 3. Arteriyel hipoksemi) ile tanıya ulaşılmaktadır. Son yıllarda benzer şekilde tanı kriterlerinde laboratuvar bulguları daha ağırlıklı bulunmaktadır (3,13). Olgularımıza bu açıdan bakıldığında, presipitan antikor ve BAL maddi olanaksızlıklar nedeniyle yapılamamıştır. Anti-

jenden uzaklaşma ile klinikleri çok çabuk düzelen hastalar provokasyon testini ve açık akciğer biyopsisini de reddetmişlerdir. Bu nedenlerle ülkemiz koşullarında bazı tanı kriterlerini uygulamamızın zor olduğunu düşünüyoruz. Tabak ve arkadaşları, tanıda en önemli noktanın semptomlar ile maruziyet arasındaki ilişkiyi ortaya koyan öykü olduğunu bildirmektedir (14). Olgularımızda da maruziyetin akut olması, ajandan uzaklaşma ile düzelme sağlanması nedenleriyle laboratuvara dayalı ileri tanı yöntemlerinde ısrar edilmemiştir.

Hastalığın prognozunu tahmin etmek zordur. KBH'de ana tedavi maruziyetten uzaklaşmak olup, ilk olgumuzda işten ayrılmakla klinik ve fizyolojik değerler düzelmiştir. Eşi tarafından evinde kuş beslenen ikinci olgumuzda ise DLCO seviyesinin yeterince düzelmemesi, kuşların evden uzaklaştırılmasına ve evin temizlenmesine rağmen antijenlerin uzun süre ortamda bulunabilmesine bağlı olacağı düşünülmüştür. Bu gibi durumlarda kortikosteroid tedavisi gündeme gelmektedir (15). İkinci olgumuzda da önce yüksek doz inhale steroid başlanmış, düzelmenin yavaş olması nedeniyle sonra sistemik kortikosteroid ile çok iyi cevap alınmıştır.

Sonuç olarak, dikkatli çevresel maruziyet araştırılmasının tanı konulabilir ve önlenebilir bir hastalık olan KBH'deki önemini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Selman M, Chapela R, Raghu G. Hypersensitivity pneumonitis: Clinical manifestations, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic strategies. *Semin Respir Med* 1993; 14: 353-64.
2. Pelikan Z, Schot JDL, Koedijk FHJ. The late bronchus-obstructive response to bronchial challenge with pigeon faeces and its correlation with precipitating antibodies (IgG) in the serum of patients having long term contact with pigeons. *Clin Allergy* 1983; 13: 203-11.
3. Küpeli E, Karnak D, Kayacan O, et al. Clues for the differential diagnosis of hypersensitivity pneumonitis as an expectant variant of diffuse parenchymal lung disease. *Postgrad Med J* 2004; 80: 339-45.
4. Toprak E, Ögüş C, Özdemir T. Ekstresek allerjik alveolitis-güvercin besleyicisi hastalığı (Bir olgu nedeniyle). *Akciğer Arşivi* 2004; 1: 48-50.

5. Fink JN, Sosman AJ, Barboriak JJ, et al. Pigeon breeder's disease. A clinical study of a hypersensitivity pneumonitis. *Ann Intern Med* 1968; 68: 1205-19.
6. Topu Z, Çiledağ A, Gürkan ÖU ve ark. Güvercin temas öyküsü olan bir bronşiolitis obliterans organize pnömoni (BOOP) olgusu. *Solunum* 2002; 4: 479-83.
7. Warren WP. Hypersensitivity pneumonitis due to budgerigars. *Chest* 1972; 62: 170-4.
8. Bourke SJ, Banham SW, McKillop JH, Boyd G. Clearance of Tc-DTPA in pigeon fancier's hypersensitivity pneumonitis. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 1168-71.
9. McSharry C, MacLeod K, McGregor S, et al. Mucosal immunity in extrinsic allergic alveolitis: Salivary immunoglobulins and antibody against inhaled avian antigens among pigeon breeders. *Clin Exp Allergy* 1999; 29: 957-64.
10. Ramirez-Venegas A, Sansores RH, Padilla RP, et al. Utility of a provocation test for diagnosis of chronic pigeon breeder's disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 862-9.
11. Meyer FJ, Bauer, Costabel U. Feather wreath lung: Chasing a dead bird. *Eur Respir J* 1996; 9: 1323-4.
12. Terho E. Diagnostic criteria for farmer's lung disease. *Am J Ind Med* 1986; 10: 329-34.
13. Bourke SJ, Dalphin JC, Boyd G, et al. Hypersensitivity pneumonitis: Current concepts. *Eur Respir J* 2001; 18(Suppl 32): 81-92.
14. Tabak L. Eozinofilik akciğer hastalıkları. Arseven O (editör). *Akciğer Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 361-9.
15. Carlsen KH, Leegaard J, Lund OD, Skjaervik H. Allergic alveolitis in a 12 year-old boy: Treatment with budesonide nebulizing solution. *Ped Pulm* 1992; 12: 257-529.