

Eroin İnhalasyonuna Bağlı Eozinofilik Pnomoni

Heroin Induced Eosinophilic Pneumonia

Sinem Nedime Sökücü¹, Levent Dalar¹, Ahmet Levent Karasulu¹, Seda Tural Önür¹, Mehmet Tutar², Sedat Altın¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Eroin inhalasyonunun eozinofilik pnomoni yaptığı bilinmektedir. Bu yazıda tekrarlayan eroin inhalasyonu sonrası restriktif akciğer hastalığı, diffüz pulmoner infiltrat ve periferik eozinofili ile başvuran bir olguyu sunmaya değer bulduk. Eozinofilik pnomoni tanısı transbronşiyal biopsi ile kondu. Hastanın eroin kullanımını kesmesi ve kortikosteroid tedavisine hızlı yanıt göstermesi ve relaps görülmemesi ile ilaca bağlı eozinofilik pnomoni tanısı kesinleştirildi.

(*Tur Toraks Der 2012; 13: 76-8*)

Anahtar sözcükler: Eozinofilik pnömni, eozinofili, eroin

Geliş Tarihi: 07.11.2009

Kabul Tarihi: 14.04.2010

ABSTRACT

Inhalation of heroin is known to cause eosinophilic pneumonia. We report a case of a patient who, after repeated inhalation of heroin, presented with restrictive lung disease, diffuse pulmonary infiltrates, and peripheric eosinophilia. Eosinophilic pneumonia was diagnosed by transbronchial biopsy. Rapid remission was obtained after heroin abstinence and initiation of corticosteroid treatment and no recurrence was seen. In this way, drug induced eosinophilic pneumonia was diagnosed.

(*Tur Toraks Der 2012; 13: 76-8*)

Key words: Eosinophilic pneumonia, eosinophilia, heroin

Received: 07.11.2009

Accepted: 14.04.2010

GİRİŞ

Eozinofilik akciğer hastalıkları; artmış kan veya doku eozinofilisi ile birlikte seyreden hastalıkların oluşturduğu geniş bir gruptur. Eozinofilik akciğer hastalığı tanısı 1) Pulmoner infiltrasyonlar ile birlikte periferik eozinofili 2) Açık akciğer biyopsisi veya transbronşiyal biyopside eozinofil infiltrasyonu 3) BAL'da artmış eozinofil sayısı varlığında koyulur [1].

Akut eozinofilik pnömni, akut febril solunum yetmezliğine yol açan, pulmoner eozinofilinin neden olduğu diffüz infiltrasyonlarla karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. Kliniğimizde tanı konulan akut eozinofilik pnömni olguda etyolojik nedenin anemnezinin derinleştirilmesiyle eroin kullanımı olduğu ortaya konmuştur.

OLGU

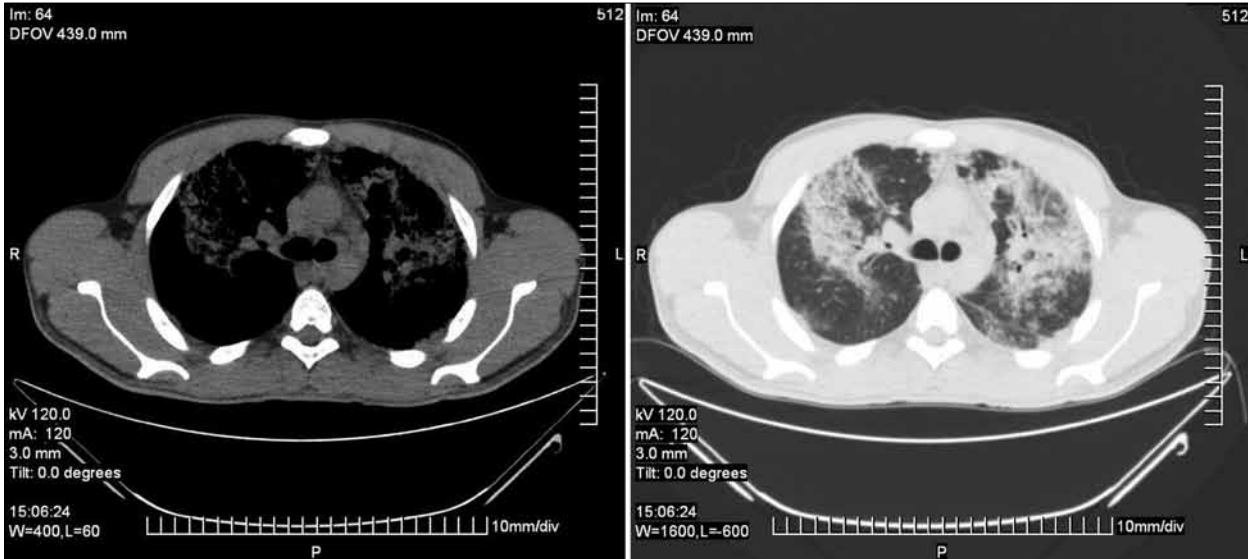
İki haftadır giderek artan nefes darlığı, öksürük, ateş, gece terlemesi ve halsizlik şikayetleriyle kliniğimize başvuran hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde 2 sene önce kist dermoid nedeniyle opere olması ve babasında geçirilmiş akciğer tüberkülozu dışında 15 paket/yıl sigara anamnezi mevcuttu. P-A akciğer grafisinde bilateral nonhomojen yamalı infiltrasyonları mevcuttu (Şekil 1). Fizik muayenesi oskültasyonda bilateral yaygın raller dışında doğaldı. Rutin biokimyasal tetkiklerinde 16.000 mm³ lökosit, 16.2mg/dL CRP, 104 saatlik sedimentasyon ve periferik kan eozinofilisi dışında özellik

yoktu Klinik ve temas öyküsüne dayanılarak akciğer tüberkülozu düşünöldü ve izoniazid, rifampisin, morfozinamid, etambutol ile 4'lü antitüberküloz tedavi kiloya göre ilaç dozu ayarlanarak başlandı. Üç kez bakılan balgam ARB'leri negatif saptanan hastanın toraks BT'sinde sağ üst-alt paratrakeal, subkarinal, aortapulmoner pencere lokalizasyonlarında en büyüğü 1.5 cm çapında lenfadenomegali izlendi. Her iki AC'de en belirgin orta kesimlerde izlenen, ağırlıklı periferik -subplevral alanları tutan, hava bronkogramları içeren konsolidasyon ve buzlu cam alanları gözlemlendi. Lezyonlar çoğu kesimde devamlılık göstermekle birlikte yer yer ayrık yerleşimlidir. Bazal kesimler ve apikal bölgeler büyük oranda korunmuştur (Şekil 2a, b). Hastanın periferik kanda eozinofilisi (%35.4-4.990 mm³) bulunduğundan, radyolojik takiplerinde gezici infiltrasyonları olduğu gözlemlendiğinden ve radyolojik tutulumun spesifik enfeksiyon açısından tipik olmadığından dolayı antitüberküloz tedavi kesildi.

Hastanın nonspesifik etkenler yanı sıra eozinofilik pnömni ve organize pnömni yönünden araştırılması için hastadan 2 kez istenen gaita mikroskopisinde parazit saptanmadı. Total Ig E düzeyi normal (117.3 U/mL < 170) sınırlarda, c-ANCA ve p-ANCA negatifti. Solunum fonksiyon testinde restriktif pattern mevcuttu (FVC 2.2 L (%45), FEV₁ 1.7L (%41), ve FEV₁/FVC oranı %76 olarak saptandı). DLCO orta düzeyde düşüktü (16 mL/mmHg/min, %47). Hastanın anemnezi derinleştirildiğinde yakla-



Şekil 1. Bir hafta arayla çekilen PA akciğer grafilerinde yer değiştiren bilateral nonhomojen yamalı infiltrasyonlar



Şekil 2. Toraks BT'de multiple lenfadenomegali ve her iki akciğerde orta kesimlerde periferik konsolidasyon ve buzlu cam alanları

şık 6 aydır inhaler yoldan eroin kullanımı olduğu ve hastaneye yatışı nedeniyle bıraktığı öğrenildi.

On beş günlük antitüberküloz tedavi sonrasında istenen kontrol toraks BT'sinde üst anterior mediasten, bilateral alt paratrakeal, subkarinal ve her iki hilusta en büyüğü subkarinalde ve 2 cm olmak üzere bir kaç adet lenfadenopati saptandı. Sağ akciğer üst lob anterior segment ve distalde orta lob ile devamlılık gösteren, alt lob superior ve alt lob bazal segmentlerde ise yamasal formda izlenen iç yapısında hava bronkogramları bulunduran retiküler görünümde parankimal konsolidasyon alanları gözlemlendi. Sol akciğer üst lob anterior segment ve linguler segmentte retiküler görünümde konsolidasyon alanları, alt lobda yamasal periferik ve birbirleriyle birleşme eğilimi gösteren retiküler formda parankimal konsolidasyon ve büyük nodüller gözlemlendi. Fiberoptik bronkoskopide endobronşial lezyon gözlenmedi. Bronkoalveolar lavaj efektif uygulanamadı. Sağ orta lob lateral ve medial seg-

mentten yapılan transbronşiyal biyopsi (TBB) sonucunda bronş duvarı ve alveoler septalarda eozinofillerden zengin iltihabi hücre infiltrasyonu, organize pnömoni paterni, alveol lümenlerinde eozinofil ve makrofaj toplulukları gözlemlendi. Bulgular eozinofilik pnömoni ile uyumlu geldi. İşlem sonrası iatrojenik pnömotoraks gelişen hasta nasal O₂ ile takip edildi. Takiplerinde pnömotoraksının gerilediği gözlemlendi. Hastaya metiprednisolon 60 mg IV 1x1, isoniazid 300 mg tb oral 1x1 başlandı. Metiprednisolon tedavisi oral tedaviye geçilerek hasta taburcu edildi. Hastanın bir aylık tedavi sonunda PA akciğer grafisindeki bulguların tamamen kaybolduğu ve hastanın semptomlarının tamamen geçtiği gözlemlendikten sonra steroid tedavisi doz düşürülerek sonlandırıldı (Şekil 3).

TARTIŞMA

Eozinofilik akciğer hastalıkları, hava yollarında veya akciğer parankiminde eozinofil artışına bağlı ortaya çıkan



Şekil 3. Olgunun tedavi sonrası akciğer grafisi. Tamamen doğal olduğu görülüyor

pulmoner semptomlar ile akciğer grafisinde oluşan değişiklikleri kapsayan hastalıkları tanımlar. Tanıda, nonspesifik antibiyotik tedavisine rağmen düzelme olmayan akciğer infiltrasyonları ile birlikte periferik kanda eozinofili varlığı ya da akciğer dokusunda veya bronkoalveoler lavajda eozinofil artışının gösterilmesi temel kriterlerdir [2].

İkinci en sık görülen ilaç ilişkili pulmoner hastalık, interstiyel pnomoniye sekonder gelişen eozinofilik pnomonidir. Günümüzde yüzlerce ilaç veya kimyasal ajan EAH na yol açabilmekte ve her geçen gün artarak bu listeye yeni ajanların eklenmesine yol açan olgu sunumları yayınlanmaktadır. İlaç maruziyeti öyküsü olan bir hastada göğüs radyografisinde pulmoner opasitelerin varlığı ve kan veya BAL eozinofilisinin bulunması klinisyenleri ilaç reaksiyonları açısından uyarmalıdır. İlaç reaksiyonlarının çeşitliliği basit pulmoner eozinofili bulgularından akut eozinofilik pnomoni tablosuna kadar değişebilir [1,3]. Sıklıkla daha ağır seyretmekle birlikte Löfler sendromuna benzer seyir gösterir. Öksürük ve dispne, ateşin eşlik ettiği veya etmediği durumlarda aniden veya sinsiçe başlayabilir. Göğüs röntgeninde tipik olarak sıklıkla gezici olan tek taraflı yamalı alveolar infiltrasyonlar gösterir. Periferik eozinofili sıklıkla infiltrasyon düzelerken zirve yapar. Neden olan ilacın kesilmesinden sonra hızlı bir şekilde düzelme gözlenir. Steroid kullanımı düzelmeyi hızlandırabilir [4].

İlaça bağlı gelişen eozinofilik pulmoner hastalık, radyolojik olarak konsolidasyon, hiler LAP, plevral effüzyon ve retikulonodüler dansiteler ile seyreden, bronkoalveoler lavajda eozinofili oranının %20'nin altında olduğu, başlangıçta periferik kan da eozinofilisi gözlenen, SFT de restriksiyon olup ekstratorasik tutulumun veya astmatik semptomların rastlanmadığı bir eozinofilik akciğer hastalığıdır [5].

Krak özellikle kokain kullanımı için kullanılan kokainin solunabilir kristal formunu ifade eden bir terimdir. Kokain dışında diğer maddelerin de ısıtılıp buharının akciğerlere inhalasyonu yoluyla alımını tanımlamak için de kullanılmaktadır. Krak akciğeri ateş öksürük göğüs ağrısı vizing ve hipoksiyi içeren akut akciğer hasarı sorumludur. Akciğer radyolojisi diffüz alveolar infiltratlar gösterir. Eozinofili genellikle hem periferik kanda hem de bronkoalveolar lavajda görülür. Krak akciğeri krak kokain inhalasyonundan hemen sonra veya 48 saat sonrasına kadar gelişebilir. Bu tabloya benzer eroin kullanımına bağlı gelişen vaka sunumları literatürde mevcuttur. Kokain kullanımına bağlı gelişen sendromda inhalasyona bağlı nötrofil aktivasyonunda artış ve IL-8 ekspresyonunda artış akciğer hasarına yol açabilir. Destek tedavisi ile infiltratlar spontan olarak düzeler. Steroidlerin tedavideki yeri tartışmalıdır [6].

Eroinin yakın zamanda intravenöz yolla kullanımından inhalasyon yolu kullanımına geçilmesi sonucunda eroine bağlı gelişen pulmoner eozinofili sıklığında artışa neden olmuştur. Literatüre bakıldığında eroine bağlı gelişen pulmoner eozinofili sendromu vaka örnekleri şeklinde yer almaktadır [7,8]. Hastanın daha önceden var olan esrar kullanımının literatür taranması sonucunda akut eozinofilik pnomoni ile ilişkisinin olmadığı düşünüldü.

TBB en sık alt lob basal segmentlerden yapılan bir parenkim biopsisidir. Olgumuzda lezyonların en yoğun olduğu bölge orta lob olduğu için işlemin bu bölgeden yapılması gerekmiştir. Bu lokalizasyon komplikasyon açısından risk taşımaktadır. Hastamızda da işlem sonrası pnömotoraks gelişmiştir.

Eozinofilik pnomononi tanısı konan bir hastada hastanın ilaç kullanımı ve madde alımı hikayesinde dikkatlice sorgulanmalıdır. Akut solunum yetmezliğine varacak tablolara seyredilebilen akut eozinofilik pnomoni bu hastalarda gözönünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rochester CL. The eosinophilic pneumonias. In: Fishman AP (ed). Pulmonary Diseases and Disorders. 3 rd ed. New York:Mc Graw Hill 1998;1133-50.
2. Allen JN, Davis WB. Eosinophilic lung disease. Am J Respir Crit Care Med 1994;150:1423-38.
3. Erdoğan Y, Samurkaşoğlu B. Diffüz parankimal akciğer hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Mesut Matbaacılık, 2004;225-43.
4. Bordow RA, Ries AL, Morris TA. In: İlaça bağlı akciğer hastalığı Yıldız BP Çev Ed. Göğüs hastalıklarında klinik problemler el kitabı. İstanbul: Medikal Yayıncılık;YIL: s, 500-5.
5. Turay ÜY, Ergün P, Biber Ç, ve ark. Alerjik bronkopulmoner aspergillozis ve kronik eozinofilik pnomoni: iki olgu nedeniyle eozinofilik akciğer hastalıkları. Solunum 2002;4:45-50.
6. Bordow RA, Ries AL, Morris TA. In: Madde bağımlılığında akciğer. Yıldız BP Çev. Ed. Göğüs hastalıklarında klinik problemler el kitabı. İstanbul: Medikal Yayıncılık. YIL:114-9.
7. Tsapas A, Paletas K, Vlachaki E, et al. Eosinophilic pneumonia associated with heroin inhalation: a case report. Wien Klin Wochenschr 2008;120:178-80. [CrossRef]
8. Brander PE, Tukiainen P. Acute eosinophilic pneumonia in a heroin smoker. Eur Respir J 1993;6:750-2.