



HEMATOLOJİK ACİLLER



Dr. Semra Paydaş

ANEMİLİ HASTAYA YAKLAŞIM

Kırmızı küre kitlesinde azalma ile karakterize bir klinik tablo olan anemi-
de tanı hemogloblin ve hematokrit ölçümü ile konur. Hastada volüm kaybı
olup olmadığının değerlendirilmesi önemlidir. Aneminin üç temel nedeni;
kan kaybı, artmış eritrosit yıkımı: hemoliz veya azalmış yapımıdır.

Ailede anemi öyküsü ile birlikte sarılık, kolelitiazis veya splenektomi var-
lığında konjenital hemolitik anemiler düşünülmelidir. Hastanın mesleği,
hobileri, kullandığı ilaçlar, toksik maddeye maruziyet (trankilizan, insek-
tisit, kimyasal solventler) özellikle sorgulanmalıdır. Kan kaybı öyküsü
özellikle gebelik, düşük, menstruel kayıplar, barsak alışkanlıklarında deği-
şiklikler, özellikle hemoroid kanama öyküsü, gastro-intestinal yakınmalar,
hiatus hernisi, divertikül veya peptik ülser sorgulanmalıdır. İdrar renginin
değişikliği özellikle renal ve/veya hepatik yetersizlik, hemolitik anemi
açısından dikkatle gözden geçirilmelidir. Besinsel yetersizlikler özellikle
pika öyküsü (pika: besin değeri olsun ya da olmasın bir maddenin aşırı
tüketilmesi anlamındadır ve toprak-buz-külden aşırı tuz tüketmeye kadar
değişen tipleri vardır) sorulmalıdır. Soğuk intoleransı varsa hipotiroidizm,
özellikle akşam saatlerinde koyu renkli idrar öyküsü paroksizmal nokturnal
hemoglobiniyuriyi düşündürür.

Bulgular Cilt ve/veya mukozada solukluk, anormal pigmentasyon,
sarılık, spider nevus, peteşi-purpura, anjiom, ülser, palmar eritem, yüzde
şişilik, tırnak değişiklikleri/bozuklukları incelenmelidir. Rektal ve pelvik
muayene şarttır, organomegali varlığı incelenmelidir. Nörolojik muayene
özellikle vibrasyon hissi ve kafa çiftleri dikkatle muayene edilmelidir.
Disfaji, kaşık tırnak, impotans ve halsizlik pika ilişkili demir eksikliğinde
rastlanabilen bulgu ve belirtilerdir. Saçların erken ağarması, dilde yanma
hissi, propriosepsiyon kaybı ve parestezi B12 vitamin eksikliğini, dilde
soğukluk, steatoz ve malabsorbsiyon folat eksikliğini akla getirmektedir.

Anemi olan olguda ilk tetkik tam kan sayımının dikkatlice incelenmesi ve
ardından periferik yaymanın değerlendirilmesidir. MCV düşük ise serum
demir-demir bağlama kapasitesi ve ferritin bakılmalı ve kayıp yerine yönelik
incelemeler yapılmalıdır. Belirgin bir kanama odağı yok ise en sık kanama oda-
ğı gastrointestinal sistem olup gaitada gizli kan ile radyolojik/ endoskopik in-
celemeler yapılmalıdır. Odak/ neden bulunmadan demir eksikliğinin tedavisi
ciddi bir yanıltır. Anemisi olan olguda kalıcı olarak retikülosit yüksekliği var
ise ve indirekt bilirubin yüksek ise hemolitik bozukluk düşünülmelidir.

Ailede anemi, sarılık, kolelitiazis veya splenektomi öyküsü hemogloblin
elektroforezi yapılmalıdır. Aile öyküsü negatif ise kazanılmış hemolitik hasta-

İlaç ateşi sıklıkla gözden kaçırılabilen bir nedendir. Beta laktam antibiyotikler, prokainamid, isoniazid, difenilhidantoin ateşe yol açabilen ilaçların en başında gelenlerdir.

Kalıtsal hastalıklardan ailesel akdeniz ateşi de uzun süre tanısız kalabilir ve FUO olarak tanımlanabilir.

Endokrin nedenlerden tirotoksikoz, subakut tiroidit, adrenal yetmezlik, pulmoner emboli tromboflebit ateşe yol açabilir.

Kikuchi nekrotizan lenfadeniti klinik olarak lenfomayı çok yakından taklit eden, histopatolojik olarak da deneyim gerektiren özel bir entitedir. Konsitüsyonel semptomlar ön plandadır.

Klinik Ateş paterni incelenmeli, fizik muayenede birşey bulunmasa bile düzenli fizik muayene ile hasta izlenmelidir. Cilt bulguları, değişen kardiyak üfürümler, artrit, karında hassasiyet/rijidite, lenf nodu muayenesi, fundoskopik incelemeler ve nörolojik muayene titizlikle tekrarlanmalıdır.

Tanı Tam kan sayımı, periferik yayma, tam idrar tetkiki, karaciğer fonksiyon testleri, kültürler, serolojik testler: brusella, CMV, EMN, HIV, amip, klamidy, ANA, RF, T₄, sedimentasyon hızı tanıda önemli olabilir. Görüntüleme yöntemlerinden akciğer grafisi, abdominal ultrasound, BT, MR, ekokardiyografi, endoskopik incelemeler, radyonüklid çalışmalar ve PET tanıya yaklaşımda yardımcı olabilir. Hastanın muayenesinde pozitif bulgu olan bölgeden biyopsi aralıdır. Hiçbir odak saptanamayan olgularda karaciğer ve/veya kemik iliği biyopsileri tanı koydurucu olabilir.

Hastaneye yatışı gerektiren hastalar: Uzun süren incelemelere rağmen tanı konamamış ve hastaneye başvuru koşulları sınırlı/zor olan olgular mümkünse deneyimli/donanımlı merkezlere başvurdularsa acil yatış endikasyonu yoksa bile tanı amaçlı yatırılmaya çalışılmalıdır

KAYNAKLAR

1. Keim SM, Khsai D, Talavera F et al. Emergent Management of Acute Anemia. <http://emedicine.medscape.com/article/780334-overview> Updated: May 26, 2011
2. Kardon EM, Brenner BE. Transfusion Reactions in Emergency Medicine. <http://emedicine.medscape.com/article/780074-overview>. Updated: Mar 9, 2012
3. Bladé J, Rosinol L. Complications of multiple myeloma. *Hematol Oncol Clin North Am.* Dec 2007;21(6):1231-1246.
4. Blum W, Porcu P. Therapeutic apheresis in hyperleukocytosis and hyperviscosity syndrome. *Semin Thromb Hemost.* Jun 2007; 33(4): 350-354.
5. Paydas S, Sahin B, Seyrek E, Soylu M, Gonlusen G, Acar A, Tuncer I. Sweet's syndrome associated with G-CSFBr J Haematol1993; 85(1):191-192.
6. Paydas S, Sahin B, Zorludemir S. Sweet's syndrome accompanying leukaemia: seven cases and review of the literature. *Leuk Res* 2000; 24(1): 83-86.
7. Beutler E, Lichtman MA, Collier BS. Williams Hematology. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2000.
8. Ergun Y, Paydas S, Seyrek N, Seyrek E. Is there any relationship between pica and liver failure?Br J Clin Pract 1993 ; 47(3):147-149.
9. Kocak R, Paydas S. Pernicious anemia in Turkey. *Int J Hematol.* 1992; 55(2):117- 119.
10. Oto OA, Paydas S, Baslamisli F, Tuncer I, Ergin M, Karakoc E, Disel U, Yavuz S, Kose F, Tasova Y. Transfusion-associated graft-versus-host disease. *Eur Intern Med* 2006; 17: 151-156