

## Disfaji ile gelen vitamin B12 eksikliği: Bir vaka takdimi

Yusuf Usta<sup>1</sup>, Ahmet Çetinkaya<sup>1</sup>, Yusuf Aydemir<sup>1</sup>, Barış Kuşkonmaz<sup>1</sup>

Figen Gürakan<sup>2</sup>, Mualla Çetin<sup>2</sup>

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Pediyatri Uzmanı, <sup>2</sup>Pediyatri Profesörü

**SUMMARY:** Usta Y, Çetinkaya A, Aydemir Y, Kuşkonmaz B, Gürakan F, Çetin M. (Department of Pediatrics, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey). Vitamin B12 Deficiency Anemia Presented with Dysphagia: a case report. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 122-124.

The etiology of dysphagia includes primary motility disorders and secondary diseases such as tracheo-esophageal fistula, achalasia, neurological disorders, connective tissue diseases and genetic disorders. A patient with dysphagia most commonly presents as feeding or respiratory difficulty and some other symptoms such as failure to thrive, lack of weight gain and nasal reflux. A female patient aged 10 months who had been diagnosed as vitamin B12 deficiency anemia was admitted to Hacettepe İhsan Doğramacı Children's Hospital because of dysphagia, poor feeding, weakness, wheezing, vomiting, pallor, weight loss and apathy. A final diagnosis of vitamin B12 deficiency anemia caused by the vitamin B12 depletion in the mother was established. The patient improved and all symptoms disappeared after treatment with vitamin B12 supplements. In conclusion, we suggest that vitamin B12 deficiency anemia should be considered as a rare cause of dysphagia.

**Key words:** anemia, vitamin B12 deficiency, dysphagia.

**ÖZET:** Disfaji etiyolojisinde, primer motilite bozuklukları ve trakeaösefageal fistül, akalazya, nörolojik hastalıklar, kollajen doku hastalıkları, genetik hastalıklar gibi sekonder birçok hastalık vardır. Disfajili bir hastada en sık başvuru nedeni beslenme veya solunum güçlüğü olup, büyüme geriliği, kilo kaybı ve nazal reflü problemleriyle getirilebilir. Vitamin B12 eksikliğine bağlı anemi tanısını daha önce alan on aylık kız bebek, beslenme ve yutma güçlüğü, hırıltı, kusma, kilo kaybı, halsizlik, solukluk ve çevreye ilgisizlik yakınması ile getirildi. Yapılan değerlendirmeler sonucunda başka bir neden bulunamayan ve annesindeki eksikliğe bağlı vitamin B12 eksikliği tanısı alan hastanın tüm yakınmaları uygun vitamin B12 tedavisiyle kayboldu. Seyrek görülmekle birlikte disfajiye yol açan hastalıklar içerisinde vitamin B12 eksikliği de düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** anemi, vitamin B12 eksikliği, yutma güçlüğü.

Disfajinin etiyolojisinde seyrek olarak görülen primer motilite bozuklukları ve sekonder nedenlere bağlı birçok hastalık yer alır<sup>1</sup>. Sunulan vakada disfajinin seyrek görülen bir nedeni olarak vitamin B12 eksikliği tanımlanmıştır.

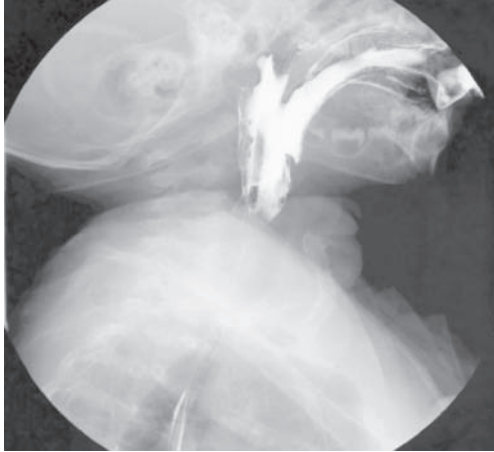
### Vaka Takdimi

İki ay önce başlayan beslenme ve yutma güçlüğü, hırıltı, kusma, kilo kaybı, halsizlik, solukluk ve çevreye ilgisizlik yakınması olan on aylık kız hastaya, vitamin B12 eksikliğine bağlı anemi tanısı konarak (hemoglobin 6.8 gr/dl,

MCV 113 fl, vitamin B12 düzeyi 75 pg/mL) intramusküler vitamin B12 tedavisi başlanıp hastanemize gönderildiği öğrenildi edilmiş. Özgeçmişinden; anne sütünü altıncı aya kadar tek başına, sonra ek gıdalarla birlikte aldığı öğrenildi. Soygeçmişinden; annenin kırmızı et yemediği, dayısında vitamin B12 eksikliği olduğu öğrenildi.

Fizik muayenesinde; vücut ağırlığı 7200 gr (beşinci persentilin altında), boyu 75 cm (25. persentil), baş çevresi 44.3 cm (25-50. persentil) idi. Genel durumu orta,

hipoaktif, huzursuz ve soluk görünümdeydi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde I°/VI° sistolik üfürümü saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 8 gr/dl, lökosit sayısı 10.900/mm<sup>3</sup>, MCV 100 fL, RDW 29, trombosit sayısı 832.000/mm<sup>3</sup>, periferik kan yaymasında %20 nötrofil, %68 lenfosit, %8 monosit, %2 eozinofil saptandı ve eritrosit yapısı hipokrom makrositer idi. İdrarın incelemesi, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, kalsiyum, fosfor, kan şekeri düzeyi normal idi. İki doz vitamin B12 enjeksiyonu sonrası serum vitamin B12 1366 pg/ml (160-800), folat 19.8 ng/mL (3-17), demir 27 µg/dl (37-145), demir bağlama kapasitesi 211 µg/ml (228-448), ferritin 71 ng/ml (15-148) bulundu. Ösefagus-mide-duodenum grafisi normal, faringoösefagografi'de nazofarengeal regürjitasyon ve trakeal aspirasyon saptandı (Şekil 1 ve 2). Annede yapılan



Şekil 1. Faringoösefagografide nazofarengeal regürjitasyon.



Şekil 2. Faringoösefagografide trakeal aspirasyon.

incelemede; hemoglobin 10.4 gr/dl, lökosit sayısı 3.000/mm<sup>3</sup>, MCV 95 fL, trombosit sayısı 267.000/mm<sup>3</sup>, periferik kan yaymasında eritrosit yapısı hipokrom makrositer, serum vitamin B12 düzeyi 117 pg/mL ve idrar incelemesi normal idi.

Bu sonuçlarla hastada, annesindeki eksikliğe bağlı, vitamin B12 eksikliği düşünüldü. Vitamin B12 tedavisine devam edilen ve nazogastrik sonda ile beslenen hastada 1 ay sonraki kontrolde yutma güçlüğünün düzeldiği, aktivitesinin arttığı, eski kilosuna döndüğü ve kaşıkla beslenebildiği öğrenildi. Hemoglobin 10 gr/dl, MCV 79 fL idi.

### Tartışma

Disfaji sıvı gıdalara karşı yutma güçlüğü olarak tanımlanır. Katı besinlere karşı geliştiğinde genellikle mekanik ve obstrüktif, sıvı ve/veya katı besinlere karşı geliştiğinde ise nörolojik nedenler sorumludur. Primer motilite bozuklukları veya sekonder nedenlere (trakeaösefageal fistül, akalazy, gastroösefageal reflü veya ösefajite sekonder darlık, konjenital anomaliler, nörolojik hastalıklar, kollajen doku hastalıkları, genetik hastalıklar gibi) bağlı ortaya çıkabilir. Beslenme ve solunum güçlüğü (en sık başvuru nedeni), emme güçlüğü, büyüme geriliği ve kilo alamama, nazal reflü, öksürük, apne, aspirasyon, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları ve kronik bronşiyal konjesyon olan hastalarda, disfaji olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hastanın ayrıntılı beslenme öyküsü alınmalı, fizik muayenede aktivitesi değerlendirilmeli, orofarengeal ve nörolojik muayeneleri ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Elde edilen bilgiler ve bulgular doğrultusunda faringoösefagografi, ösefagus-mide-duodenum grafileri ve tespit edilen spesifik bulgulara göre metabolik incelemeleri, kromozom analizi, kranial MRI ve EEG incelemeleri yapılabilir<sup>1,2</sup>.

Hastamızda disfajinin nedeni olarak vitamin B12 eksikliği saptandı. Vitamin B12 eksikliğinin birçok nedeni vardır yetersiz alım (annede vitamin B12 eksikliği), intrinsek faktör eksikliği, ailevi selektif vitamin B12 malabsorpsiyonu (Imerslund-Grasbeck sendromu), kronik pankreatik yetmezlik, transkobalamin II eksikliği, Zollinger-Ellison sendromu, gastrik atrofi-aklorhidri, bazı endokrin bozukluklarla birlikte, hemodiyaliz ve ileal hastalıklar başlıca nedenlerdir<sup>3</sup>. Hastamızda, annesinde vitamin

B12 eksikliği olması, yapılan incelemede Imerslund-Grasbeck sendromu düşündürecek proteinüri olmaması nedeniyle, annedeki eksikliğe bağlı vitamin B12 eksikliği geliştiği düşünüldü. Ancak genetik geçiş açısından izlemine karar verildi. Literatürde disfaji bulgusu ile tanı alan vitamin B12 eksikliği vakaları bulunmaktadır<sup>3-6</sup>. Bu nedenle disfaji ile başvuran hastalar vitamin B12 eksikliği yönünden incelenmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Bhuwan PG. Dysphagia in children. Semin Pediatr Neurol 2003; 10: 252-254.
2. Buchholz DW. Dysphagia associated with neurological disorders. Acta Otorhinolaryngol Belg 1994; 48: 143-155.
3. Rasmussen SA, Fernhoff PM, Scanlon KS. Vitamin B12 deficiency in children and adolescents. J Pediatr 2001; 138: 10-17.
4. Fogarasi A, Neuwirth M, Bekesi A. Macrocytic anemia and neurological signs due to vitamin B12 deficiency in a breast-fed infant of a strict vegetarian mother. Orv Hetil 2001; 142: 2581-2585.
5. Jarosz M, Irga N, Wierzba J. Vitamine B12 deficiency anemia in a 7.5 months old girl. Med Wiek Rozwoj 2004; 8: 283-288.
6. Casella EB, Valente M, de Navarro JM, Kok F. Vitamin B12 deficiency in infancy as a cause of developmental regression. Brain Dev 2005; 27: 592-594.