

# İnflamatuvar Barsak Hastalığı

Hilmi ATASEVEN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

**N**edeni tam olarak bilinmeyen, immünolojik, genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık ilişkisinin sorumlu tutulduğu; remisyon ve alevlenmelerle seyreden gastrointestinal sistemin kronik inflamatuvar hastalıklarıdır. Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı olarak iki ana başlıkta incelenir. Bazen birbirinden tam olarak ayrılamaz ve inde-terminine kolit olarak takip edilir.

Crohn hastalığı, gastrointestinal sistemin ağızdan anüse kadar tüm kısımlarını tutabilir; segmental olarak tutulum gösterir ve tüm duvar katlarını etkiler. Buna mukabil ülseratif kolit yalnızca kolonu tutar. Rektumdan başlar ve buradan kolonun tüm kısımlarına ilerleyebilir. Arada sağlam alan bırakmaz ve kolonun sadece mukozaya ve submukozasını tutar. Ancak bu farklılıklara rağmen her zaman ayrımı yapmak mümkün değildir.

Mortalitede belirgin bir artışa neden olmazlar. Temel sorun, artmış morbidite ve yaşam kalitesinde düşmedir. Crohn hastalığı kadınlarda daha fazla görülür. Ülseratif kolit ise erkeklerde daha fazladır. Bununla birlikte kadın ve erkek arasında sıklık bakımından bir fark olmadığını söyleyenler de vardır. Hastalığın en sık görüldüğü yaş dönemi 2 - 3. dekattır; ikinci pik ise 6 - 7. dekatta olmaktadır. Kuzey Avrupa ülkelerinde, kafkas ırkında, yahudi kökenlilerde, şehirde yaşayanlarda, sosyoekonomik durumu daha iyi olanlarda, büro işi yapanlarda daha fazla görülür.

## ETYOPATOGENEZ

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH), genetik olarak duyarlı kişilerde bazı çevresel faktörler tarafından

tetiklenen inflamasyonun, barsak duvarında meydana getirdiği hasar sonucu gelişir. Genetik ve çevresel faktörler kişiyi İBH'nın gelişmesine duyarlı kılarak inflamasyonun hazırlayıcıları olarak görev yaparlar. Bu çevresel faktörler Tablo 1'de görülmektedir. Duyarlı hale gelen mukozada inflamasyonu başlatan besinsel, enfeksiyöz veya intestinal epitel hücreleri (otoimmünite) gibi tetikleyici nedenler vardır. Normalde barsaklarda diyet ve mikrobik antijenik yük nedeniyle fizyolojik sınırlarda sürekli bir inflamasyon meydana gelir. Bu inflamasyon cevap İBH'lı hastalarda, normal kişilere göre aşın olmaktadır. Bu hastalarda immünglobülin G üreten bağıışıklık hücrelerinin primer stimülasyonu vardır. Bağıışıklık reaksiyonundaki dengenin bozulması inflamatuvar sitokinlerin aşın aktivasyonuna sebep olur. Psikososyal durum da immün sistemdeki dengenin bozulmasına katkıda bulunmaktadır. Görüldüğü gibi barsakla ilişkili immün sistemde aşın ve uzamış bir aktivasyon vardır.

**Tablo 1.** Çevresel faktörler

Prenatal olaylar	İklim
Anne sütü ile beslenmeme	Çevre kirliliği
Çocukluk çağında geçirilen enfeksiyonlar	Stres
Mikroorganizmalar	Dişleri fırçalamak
Sigara	Apendektomi
Oral kontraseptif	Tonsillektomi
Diyet	Kan transfüzyonu
Hijyen	Evde hayvan beslemek
Meslek	Fiziki aktivite

## SINIFLANDIRMA

Tutulum yerinin bilinmesi kliniği, komplikasyonları ve ilaç seçimini etkilediği için önemlidir. Hastalık sınıflaması lokalizasyonuna ya da hastalığın şiddetine göre yapılır.

Ülseratif kolit lokalizasyona göre, distal, sol, ekstensif veya pankolit olarak sınıflandırılır. İlk tespit edildiğinde olguların %20' sinde kolit çekuma kadar yayılmıştır. %75' inde sigmoid kolon proksimalini geçmez.

Crohn hastalığı ise hastalığın lokalizasyonuna göre, ileum ve çekumda lokalize hastalık (%40), ince barsaklarda lokalize hastalık (%30), kolonda sınırlı hastalık (%25), proksimal tutulum (%5) olarak sınıflandırılır.

Ülseratif kolitin, kronik intermittan, kronik devamlı ve akut fulminan; Crohn hastalığının ise inflamatuvar, obstrüktif - stenozan ve fistülizan klinik tipleri vardır.

Aktivite klinik, endoskopik, histopatolojik ve laboratuvar bulgularına göre tespit edilir. Buna göre ülseratif kolit, hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılır (Tablo 2). Crohn hastalığı ise genel durum, karın ağrısı, fizik muayene, dışkılama sayısı, laboratuvar ve ek hastalıklara göre düzenlenen Crohn hastalığı aktivite indeksine (CDAI) göre (Tablo 3) değerlendirilir.

**Tablo 2.** ÜK'de hastalık aktivitesi

Ülseratif Kolit	Hafif	Orta	Ağır
Dışkılama	< 4	> 6	> 10
Kanamama	Az	Fazla	Sürekli
Ateş (°C)	Yok	> 37.5	> 38.8
Nabız (atım/dk)	N	N - hafif artmış	> 90
Hemoglobin (gr/dl)	> 10	< 10	< 8
ESR (mm/s)	< 30	> 30	> 50
Albümin (gr/dl)	N	3 - 4	< 3

## KLİNİK

**Ülseratif Kolit:** Öncelikli semptom kanlı ve mukuslu diyaredir. Barsak hareketleri artmış ancak rektal inflamasyon nedeni ile dışkı volümü azdır. Tüm kolon tutulumu olanlarda ateş, kilo kaybı ve karın ağrısı gibi sistemik bulgular olabilir. Yalnızca rektal tutulum varsa rektal kanama, acil defekasyon yapma isteği, tenezm ve nadir karın ağrısı vardır.

Yaşlı kişilerde bazen rektal spazm nedeniyle konstipasyon olabilir. Hastaların çoğunluğunda hastalık kronik aralıklı seyir gösterir. Ancak klinik olarak hafif şiddette hastalığı olan olguların %90' ından fazlası ilk ataktan sonra remisyona girer. Bununla birlikte bazı hastalarda semptomları kontrol altına almak mümkün olmaz. Yaşlı hastalarda remisyon süresi uzun sürmesine rağmen tedaviye yanıtızsızlık daha sıktır. Hastalığın yaygınlığı şiddetine etki eder. Ekstansif veya total koliti olanların şiddetli atak sayısı daha fazladır ve bunlarda kolektomi oranı yüksektir. Hafif ve orta dereceli hastalığı olanlarda fizik muayene bulguları normal veya normale yakındır. Bazen kolonun hasta segmentinde palpasyonda hassasiyet tespit edilebilir. Rektal tuşe normal veya kanlı olabileceği gibi mukoz düzensizliği de palpe edilebilir. Şiddetli atak geçirenlerin genel durumu iyi değildir ve bunlarda karında distansiyon, timpanizm, barsak seslerinde azalma ve palpe edilebilen kolon segmentleri ile perianal hastalık bulguları tesbit edilebilir. Sıvı kaybı, elektrolit imbalansı ciddi sorun oluşturacak önemli problemlerdir. Ayrıca anemi ve hipoproteinemide sık olarak rastlanır.

**Crohn Hastalığı:** Teşhis konulduğu anda anatomik lokalizasyon ve klinikteki farklılıklar, klinik seyir, tedavi yaklaşımlarının farklılığı nedeniyle daha karmaşık ve zor bir tablodur. Başlangıç semptomları belirsiz olabilmekte beraber baskın olan semptomlar, diyare, karın ağrısı ve kilo kaybıdır. Hastanın semptomları ve diyarenin şekli hastalığın lokalizasyonu ile değişkenlik gösterir. Kolon (özellikle rektum) tutulumu olan vakalarda; diyare az miktarda, ani defekasyon yapma isteği ve tenezmle birlikte. Rektal inflamasyon uzun süre devam ederse skar formasyonu ve gaita inkontinansı görülür. Şiddetli inflamasyon ya da rezeksiyon nedeni ile terminal ileumun etkilendiği vakalarda safra tuzu elementlerinin neden olduğu diyare - steatore izlenmektedir. İnce barsak striktüründe, bakteriyel aşın çoğalma ile safra tuzlarında dekonjugasyon ve yağ malabsorpsiyonu olmaktadır. İnternal fistül gelişimi ile ince barsakların bakterilerle kolonizasyonu ve absortif epitelin azalması ve bunun neticesinde diyare meydana gelmektedir.

İleokolonik hastalıkta dar segmentin proksimalindeki dilate segmentte duvar gerilimi ve dar kesimden geçiş için kuvvetli kontraksiyon nedeniyle sağ alt kadranda lokalize kramp şeklinde ağrı oluşur. Transmural inflamasyonu olanlarda ise serozanın inflamasyonu ile visseral ağrı meydana gelir.

**Tablo 3.** CH'da, kliniğimizde kullandığımız hastalık aktivitesi

<b>Hasta Tarafından Doldurulacak</b>													
Adı Soyadı:					Kontrol Tarihi:								
İBH No:					Günler								
Cıvık veya Çok Yumuşak Dışkı Sayısı													
Kann Ağrısı (0: yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli)													
Kendinizi Nasıl Hissediyorsunuz (0: Genellikle İyi, 1: İyi, 2: Kötü, 3: Çok Kötü, 4: Korkunç Kötü)													
<b>Doktor Tarafından Doldurulacak</b>													
		Günler							Toplam	X	Faktör	=	Subtotal
		1	2	3	4	5	6	7					
1	Cıvık veya Çok Yumuşak Dışkı Sayısı								X	2	=		
2	Kann Ağrısı (0: Yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli)								X	5	=		
3	Kendinizi Nasıl Hissediyorsunuz (0: Genellikle İyi, 1: İyi, 2: Kötü, 3: Çok Kötü, 4: Korkunç Kötü)								X	7	=		
4	Şunlardan kaçısı var: 1. Artrit/artralji 2. İrit/üveit 3. Enodozum, aftöz stomatit, Pgangrenozum 4. Anal fissür, fistül veya abse 5. Diğer fistüller 6. >37°C ateş								X	20	=		
5	İshal için lomotil/opiat (0: Hayır 1: Evet)								X	30	=		
6	Kanında kitle (0: Yok 2: Şüpheli 5: Kesin)								X	10	=		
7	Hemotokrit	Erkek: 47-hct Kadın: 42-hct								X	6	=	
8	Vücut Ağırlığı	Standart: Hasta: Standart Altındaki Yüzde:								X	1	=	
Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi									Toplam:				

Oral alım azlığı ve malabsorbsiyondan dolayı genelde vücut ağırlığının %10-20'si kaybedilir. Özellikle ince barsak hastalığı olanlar kann ağrısı olmasın diye bilinçli olarak oral alımı azaltırlar. Kolonik tutulumu olanlarda perianal hastalık ve rektal kanama sık iken ince barsak tutulumu olanlarda ise obstrüksiyon ve internal fistüller daha çok görülür. Duodenum ve mide tutulumu olanlarda peptik ülsera benzer epigastrik ağrılar olabilir.

Birçok barsak dışı tutulumları ile aslında sistemik hastalıklardır. Bu ekstraintestinal bulgular üveit, konjonktivit, ağızda aftöz ülserler, P. gangrenosum, E. nodosum, atralji, artrit, tromboemboli, karaciğerde yağlanma, PSC, otoimmün hepatit, safra taşı böbrek taşı, eneterovesikal fistül, kronik pyelonefrit, amiloidoz, periferik nöropati, hipertiroidi, perikardit, kronik bronşit şeklinde karşımıza çıkabilir.

## LABORATUAR

Kronik hastalığa, kan kaybına veya malabsorbsiyon sonucunda gelişmiş olan demir, folik asit ve vi-

tamin B12 eksikliğine bağlı anemi gelişebilir. Lökositoz, trombositoz, sedimentasyon hızında artma, fibrinojen yüksekliği, CRP yüksekliği, hipotalbuminemi ve hipokalemi hastalık aktivitesine göre tespit edilebilir.

## TEŞHİS

İyi bir anamnez ve fizik muayeneden sonra gaita tetkiki, biyokimyasal testler ve bilahare endoskopik muayene ve histopatolojik değerlendirme ile tanı konulmaya çalışılır. Gereкли vakalarda bu değerlendirmelere radyolojik tetkikler, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme eklenebilir. Bütün bunlara rağmen İBH teşhisinde en değerli tanı aracı kolonoskopidir.

## AYIRICI TANI

Çoğunlukla ilaç tedavisinin seçiminde hastanın ülseratif kolit ya da Crohn hastası olmasının bir önemi yoktur. Ancak cerrahi düşünülen hastalarda ise tanının mutlak suretle kesin konulması gerekir. Kli-

---

nik ve semptomlar her iki hastalıkta da benzerlik gösterir. Her iki hastalık için de diyare baskın semptom olmasına rağmen ülseratif kolitteki diyare daha ziyade kanlı olma eğilimindedir. Ağrı özellikle Crohn hastalarında görülmekle birlikte şiddetli ülseratif koliti olan vakalarda da özellikle rektum bölgesinde olmak üzere ağrı izlenebilir. Halsizlik ve yüksek ateş daha çok Crohn hastalığında olur. Sağ alt kadranda hassasiyet ve palpasyonda ele gelen kitle olması Crohn hastalığını düşündürmelidir. Perianal hastalık, abse, fistül, striktür, malabsorbsiyon gibi komplikasyonlar da daha çok Crohn hastalığında olur.

## TEDAVİ

Hastalığın aktivasyon durumuna göre aktif hastalık tedavisi ve idame tedavi şeklinde değerlendirilir. Tedavide amaç, semptomatik iyilik sağlanması,

beslenme durumunun düzeltilmesi, inflamasyonun azaltılması, nükslerin azaltılarak remisyonun uzun süreli devamının sağlanması şeklinde olmalıdır. Bu maksatla tedavi planlanırken, hastalığın lokalizasyonu, aktivitesi, süresi, hasta üzerindeki etkisi, hastanın hastalığa adaptasyonu, daha önce tedavi almış olan hastalarda ilk tedaviye verilen yanıt göz önüne alınmalıdır. Tedavi genel önlemler, semptomatik ve destekleyici tedavi, spesifik tedavi ve cerrahi tedavi olarak planlanır.

İnflamatuvar barsak hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar, aminosalisilatlar (Sulfasalazin, 5-ASA preparatları), kortikosteroidler ile diğer immunosupresifler, immunomodülatörler ve antibiyotiklerdir. Ayrıca nutrisyonel ve destekleyici tedaviler yanında etkisi henüz kanıtlanmamış biyolojik ve araştırma düzeyindeki tedavi modelleri de vardır.

## KAYNAKLAR

1. Gastroenteroloji, Yayın Kurulu: Prof. Dr. Ali Özden, Doç. Dr. Burhan Şahin, Doç. Dr. Uğur Yılmaz, Doç. Dr. İrfan Soykan; Türk Gastroenteroloji Vakfı, birinci basım, 2002.
2. Gastroenterohepatoloji, Editör Prof. Dr. Atilla Ökten, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
3. The Clinician's Guide to Inflammatory Bowel Disease, Gary R Lichtenstein MD; Slack Incorporated, 2003.
4. Inflammatory Bowel Disease, Edited by, Jack Satsangi, Lloyd R Sutherland, 2003.