İshal ile seyreden hastalıklar

Uz. Dr. Emre BÜLBÜL

İshal

- Akut diyare, dışkıda normalde bulunan sıvı miktarının ani başlangıçlı olarak artış göstermesidir.
- İnsanlar dışkı yolu ile günde yaklaşık olarak 10 mL/kg/gün sıvı kaybeder.
- Sıvı miktarının artışı sonucunda dışkılama sayısı 24 saatte 4-5 kez hatta 20'den fazla bile olabilir.
- Sonuç olarak ishal,defekasyon sayısının artışı ile beraber genellikle günde üçten daha fazla ve 200 gramı aşan dışkılama olarak tanımlanır.

Patofizyoloji

- 4 temel mekanizma vardır:

1-Artan intestinal sekresyon(enterotoksinler)

2-Azalmış intestinal absorbsiyon(iskemiye bağlı villüs hasarı)

3-Artmış osmotik yük(bazı laksatifer)

4-Anormal intestinal motilite(İBS,kısa bağırsak send.)

- (İshal etiyolojisinden yaklaşık olarak% **85** oranında **enfeksiyonlar**, % 15 oranında ise enfeksiyon dışı nedenler sorumludur.)

Öykü

- Birinci basamak, ishalin akut (< 3hafta) veya kronik (>3 hafta) olup olmadığının saptanmasıdır.
- Akut ishalde acil hekiminin en büyük endişesi, yaşamı tehdit eden bir hastalığın belirtisi olarak düşünülmesidir (enfeksiyon, iskemi, intoksikasyon veya inflamasyon).
- Kış aylarında en çok enfeksiyöz kaynaklı diyare nedeni norovirüs veya rotavirüslerdir.

Öykü 2

- Kanlı mı? Melena benzeri mi?
- Bir gıda zehirlenmesi ile ilişkili mi?
- Süt veya sorbitol tarzında bazı gıdalar alınmış mı?
- Yemeği kesmekle artıyor mu? yoksa devam mı ediyor? (osmotik veya sekretuvar diyare).
- Dışkılar küçük volümde mi? (kalın bağırsağa lokalize)
- Dışkı büyük volüm de mi? (ince bağırsak patolojisi)
- İshale hangi semptomlar eşlik ediyor?
- Ateş veya karın ağrısı var mı?(Divertikülit, enfeksiyöz gastroenterit veya inflamatuvar bağırsak sendromunu düşündürür.)
- İshale eşlik eden nöbet (şigelloz ,teofilin toksisitesi,hiponatremi).
- Hastada sıcak intoleransı ve anksiyete (tirotoksikoz)
- Parestezi ve sıcaklık hissi {ciguatera kliniği) var mı?

Ciguatera balık zehirlenmesi

- Mide-bağırsak (bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı), sinir (güçsüzlük, uyuşma, kaşıntı, dişlerde ağrı, ağrılı işeme, bulanık görme, sıcak-soğuk hissi) ve kalp-damar sistemi (düşük tansiyon, düşük nabız, nabız düzensizlikleri) belirtileri ile kendini gösterir.
  Sulardaki alglerdeki tek-hücreli bitki-benzeri bir organizma olan dinoflagellat (bir tür deniz yosunu) Gambierdiscus toxicus'un ürettiği zehiri içeren balıkların yenmesi ile ortaya çıkar.

TUS

Do NOT Eat These Fish!
Ciguatera is a toxin found in 400 species of reef fish and their predators.
Symptoms appear within hours of eating an infected fish and may include numbness, temperature reversal, vomiting, dizziness, muscle and joint pain, and cramping. Victims should seek immediate medical treatment
Intravenous mannitol given within a few hours of symptom onset may provide some relief;
however, there is no cure and recovery can vary from a few days to several weeks.
Supportive treatment should include vital sign monitoring, rehydration, pain relief, and monitoring for complications.
Horse-eyed Jack
King Mackerel
Yellowtail Snapper
Black Grouper
Parrotfish
Hogfish
Giant Barracuda
Dog Snapper
Amberjack
Moray Eel
ALL AT SEA
www.allatsea.net

Ciguatera Toxin Test Kit
Cigua-Check
Fish Poison Test Kit
Buy Now

Öykü 3

- Hastanın tıbbi ve cerrahi anamnez(pankreatik ekzokrin yetersizliği,kısa bağırsak sendromu)
- Kazanılmış immün yetmezliği
- Hastalar ishale neden olabilecek ilaç (antibiyotik, lityum, kemoterapi,kolşisin veya laksatifler).
- Kırsal yürüyüşler(Giardia için risk)
- Yapılan seyahatlerde (parazitik enfeksiyonlar ve turist ishali)
- Seksüel öyküler(eşcinsel)
- Meslek hastalığı(organofosfat maruziyeti).

Fizik Muayene

- Hastanın hidrasyon durumu ilk önce değerlendirilmesi gereken durumdur.(turgor,gözlerde çökkünlük,vital bulgular vb.)
- Tiroid kitleleri, oral ülserler,eritema nodozum, episiklerit veya anal fissür inflamatuar bağırsak hastalığı için ipucu olabilir.
- Reiter Sendromu; artrit, konjoktivit ve nongonokoksik üretrit veya servisit

Reiter Sendromu

- Artrit, gonokoksik olmayan üretrit ve konjonktivitten ibaret üçlü semptom grubu
- İlk defa 1916 yılında Reiter tarafından tanımlanmıştır.
- Reiter sendromunun HLA-B27 ile kuvvetli ilişkisi dikkati çekmektedir.
- Reiter sendromunun, reaktif artritin sadece bir klinik tipi olduğu kabul edilmektedir.
- Reaktif artritte, üveit, barsak inflamasyonu, kardit ve nefrit gibi eklem dışı bulgular bulunabilir.

TUS

Fizik muayane-2

- Karın ve rektal muayene önemlidir. Özellikle yaşlılarda fekal tıkaçları açmak için verilen sıvı dışkı sökücüler(lavman) de ishal nedeni olabilir.
- Hastada cerrahi skar, hassasiyet, kitle veya peritona ait bulgulara özellikle dikkat edilmelidir.
- Dışkıda kan olup olmadığı kontrol edilmeli,çünkü kanlı ishal inflamasyon, enfeksiyon veya iskemi bulgusu olabilir.
- Yaşlı hastanın fizik muayenesinde kanlı ishal ve karın ağrısının bulunması mezenter iskemisine bağlı acil bir durumu gösterebilir.

Dışkı analizi

- Dışıda lökosit ve eritrosit
- Dışıda parazit ve yumurta analizi
- Clastridium difficile toksin analizi
- Dışkı kültürü(pahalı)

İshalde görülen bazı semptom grupları

- *Sistemik hastalık bulguları,ateş ve kanlı dışkılama*:salmonella,shigella,camylobacter,shigella toksini üreten E. coli,Entomeoba Histolytica
- *Non enfeksiyöz nedenler*:İBS,mezenter islemi,hipertiroidi,adrenal yetmezlik,toksinler(kolinerjik)
- *Tedaviye bağlı ishal*:eritromisin,klavulunat,laksatif,antiasit,oral kontrast madde,sorbitol,bazı NSAİD'ler,bağırsaklarda fazla karbonhidrat(enteral beslenme)
- *Turist ishali*:shigella toksini ,> 7 gün(E.histolyticaigiardia,crytosporidum)(dışkı kültürü göndermeli)
- *C. difficile*:antibiyotik tedavisi sırasında veya kullanımından 2 hafta sonraya kadar,hastaneye yatış öyküsü olanlarda akla gelmeli(ELİSA,PCR)(acilcini ulaşması zor,24 saat bulabiliyor)

Diğer tanı testleri

-CBC :(yaşlı,düşkün,anemik,kanlı ishal vb.)

-Biyokimya:(yaşlı,düşkün,dehidrate,anemik,kanlı ishal vb.)

-ABDG:(abdominal cerrahi öyküsüm varsa parsiyel obs göstermek için)

-PAAC :(ishal +öksürük varlığında)(Leigonella)

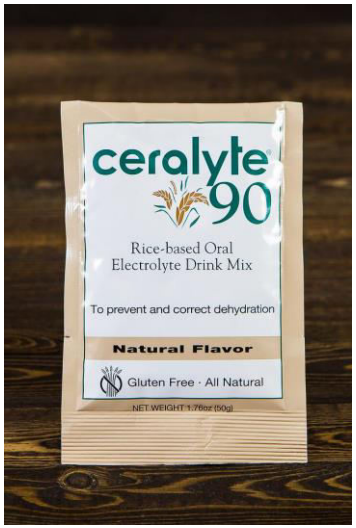
-BT: mezenter iskemi şüphesi

Tedavi

- Başlangıçta vital bulgular
- Dehidratasyon bulguları yoksa ve oral tedavi planlanıyorsa dengeli glukoz ve elektrolit içeren kafeinli içecekler tavsiye edilmelidir.(osmatik diyarede kafein verme)
- Tuzlu çorba,kraker,(BRAT)(banana,rice,apple juice,tortilla),laktobasil içeren yoğurtlar
- DSÖ nün önerdiği ORS (30-50 ml/kg)
- İv sıvı replasmanı(acil tıbbın amacı hayati tehdit eden durumları tanımak ve korumaktır)
- Yaşlı,altta yatan medikal hastalığı olanlar,nötropenik,HIV(+) hastalar,sistemik bulguları olan,ciddi dehidrate hastalar yatış açısından gözden geçirilmelidir.

unflavored for infants
Abbott
ORAL ELECTROLYTE SOLUTION
Pedialyte
Unflavored for Infants
Replaces Electrolytes
Replenishes Zinc
Unflavored

kid approved taste!
#1
PEDIATRICIAN & PHARMACIST
RECOMMENDED BRAND
Abbott
ELECTROLYTE SOLUTION
Pedialyte
Replaces Electrolytes
Replenishes Zinc


ceralyte 90
Rice-based Oral Electrolyte Drink Mix
To prevent and correct dehydration
Natural Flavor
Gluten Free · All Natural

Lemon-Lime
Gatorade
THIRST QUENCHER
REHYDRATE
REPLENISH
REFUEL

KANSUK
GE-ORAL
REHYDRATİON TOZU
FORMÜL
Bir litre su için 1 poşet
Sodyum klorür 3,5 gr.
Trisodyum sitrat di hidrat 2,9 gr.
Potasyum klorür 1,5 gr.
Glukoz, anhidr 20,0 gr.
Çocuk ishallerinde meydana gelen su ve elektrolit kaybının giderilmesine yarar.
Ruhsat Tarihi : 13.2.1985
Ruhsat No : 135/63
İmal yeri ve Ruhsat Sahibi
KANSUK LABORATUARI A.Ş.
Sefaköy - İstanbul

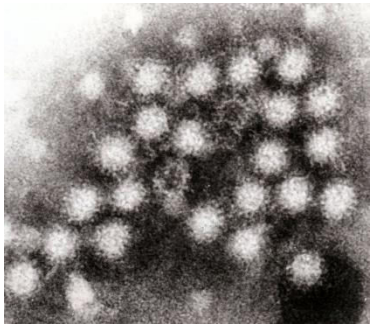
GE-ORAL
TUZ-ŞEKER KARIŞIMI
KARIŞIMIN HAZIRLANIŞI
1
Kaynatılmış ve soğutulmuş 5 büyük su bardağı suyu sürahi içine koyunuz.
2
Paketi uygun yerinden açarak sürahinin ağzına hoşaltınız.
3
Karışım eriyene kadar iyice karıştırınız.
4
Hazırlanan su karışımdan kaka yapışında bir çay bardağı içiniz.
ÖNEMLİ
İshal süresince bebeğinizi emzirmeyi sürdürünüz.
İshal süresince bebeğinizi beslemeyi sürdürünüz.
• Beklenmeyen bir etki görüldüğü takdirde doktora danışınız.
• Bütün ilaçları çocuklardan uzak tutunuz.
• Kullanmadan önce prospektüsü okuyunuz.
• Güneşsiz, rutubetsiz ve serin yerde muhafaza ediniz.

Akut ishaller ve turist ishali

- Enfeksiyon kaynaklı ishallerin çoğundan virüsler sorumludur, bakteriyel ve paraziter organizmalar da bunları takip eder.(%50-80'inin nedeni Norovirus).
- Yabancı yerlere seyahat etme öyküsü olan hastalarda gelişen ishal %80 olasılıkla bakteriyel ishaldir.
- Asya, Afrika, Latin Amerika ve Orta Doğu ülkeleri turist ishali acısından yüksek riskli bölgelerdir. Bu bölgelerde insidans%20-75 arasında saptanmıştır. En sık sorumlu bakteri E.coli'nin toksin yapan ve yapmayan türleridir.

Norovirus

- Cleveland Clinic. (Norovirus is also called the "winter vomiting bug.")
- Caliciviridae ailesinden
- Norwalk like virüs
- RNA virüsü



TUS

Turist ishali

- Şiddetli karın ağrısı, ateş, kanlı dışkılama şikayeti olan hastalarda bakteriyel veya amip enfeksiyonlarını ekarte etmek için mikrobiyolojik araştırma gerekir. Buna ek olarak,mikroskopik olarak gaitada polimorfonükleer beyaz hücreler yada fekal lökositlerin saptanması ya da immunassey ile dışkıda nötrofil proteini ile **laktoferrin** saptanması tanı için değerlidir.
- Dışkıda lökosit olmadan kanlı ishal olması, Shiga toksin üreten E.coli ya da E.coli 0157:H7 ve E.histolytica kolitinin önemli özelliğidir.

Turist ishali-2

- Şiddetli karın ağrısı, ateş ve kanlı ishali olan hastalarda, spesifik patojenler için dışkı analizleri, Salmonella, Shigella, Campylobacter ve E.coli 0157:H7 için kültürler, Shiga toksini için tahlil ve E.histolytica için mikroskopik inceleme yada antijen tahlili yapılmalıdır.
- Çoğu enfeksiyon nedenli ishal, kendini sınırlasa bile, zaman zaman hastalığın hayatı tehdit eden doğasından dolayı antimikrobiyal tedavi kontrendikasyonu (pediatrik yaş grubu, alerji, hamilelik, ilaç reaksiyonu gibi) olmayan tüm enfeksiyon nedenli ishal hastalarında siprofloksasin tedavisi önerilir.

Turist ishali-3

- Yıllardır enfeksiyon kaynaklı ishal tedavisinde antibiyotiklerden kaçınıldı. (uzamış Salmonella taşıyıcılık durumu.)
- Fakat son çalışmalar bunu desteklememektedir. Erişkinler için enfeksiyon nedenli ishalde **antibiyotikler** şikayetleri yaklaşık 24 saat içinde azaltmaktadır. Neden olan mikroorganizmaya bakılmaksızın (-)negatif Wright dışkı analizi, negatif dışkı kültürü ve düşük ishal miktarı ve (klinik bulguları çok az olan veya viral nedenli ishal olsa bile)tüm hastalar s**iprofloksasinden** fayda görür.

Turist ishali-4

- **Trimetoprim/sulfametaksazol** (Bactrim ; ağızdan tek doz yada günde 2 kez 3 gün süre ile) erişkinlerde enfeksiyon nedenli ishalin süresini kısaltır fakat sekonder dirençli mikroorganizmalar nedeni ile siprofloksasinden daha az etkili olabilir.
- Siprofloksasinin, bağırsak florasına olan etkisi konusunda endişeler vardır, **rifaksimin** gibi absorbe edilmeyen diğer ajanlar da alternatif olarak kullanılabilir.

Turist ishali-5

- Çoğu ishal tiplerinde **antimotilite** ajanlarının kullanımı literatür tarafından desteklenmektedir. Antidiyareik ajanlar, turist ishali ve basilli dizanteri ile Shigella veya enteroinvaziv E.coli'de etkilidir. Loperamid'in antibiyotik tedavi rejimleri ile beraber kombine edilmesi semptomların süresini kısaltır. Loperamid, bizmut subsalisilat ve kaolin sadece antidiyareik ajanlar olarak tanımlanmışlardır.
- Her ne kadar literatür yetersiz olsa da, çoğu bilim adamı kanlı ishali veya şüpheli inflamatuar ishali olan hastalarda antimotilite ajanlardan ajanlardan **sakınmayı** tavsiye ederler, çünkü C.difficile ile enfekte olan hastalarda uzamış ateş, **toksik megakolon** ve Shiga toksini yapan E.coli'de enfekte **çocuklarda hemolitik üremik sendromu**na sebep olabilir.

Turist İshalinde Erişkinlerde Ampirik Tedavi

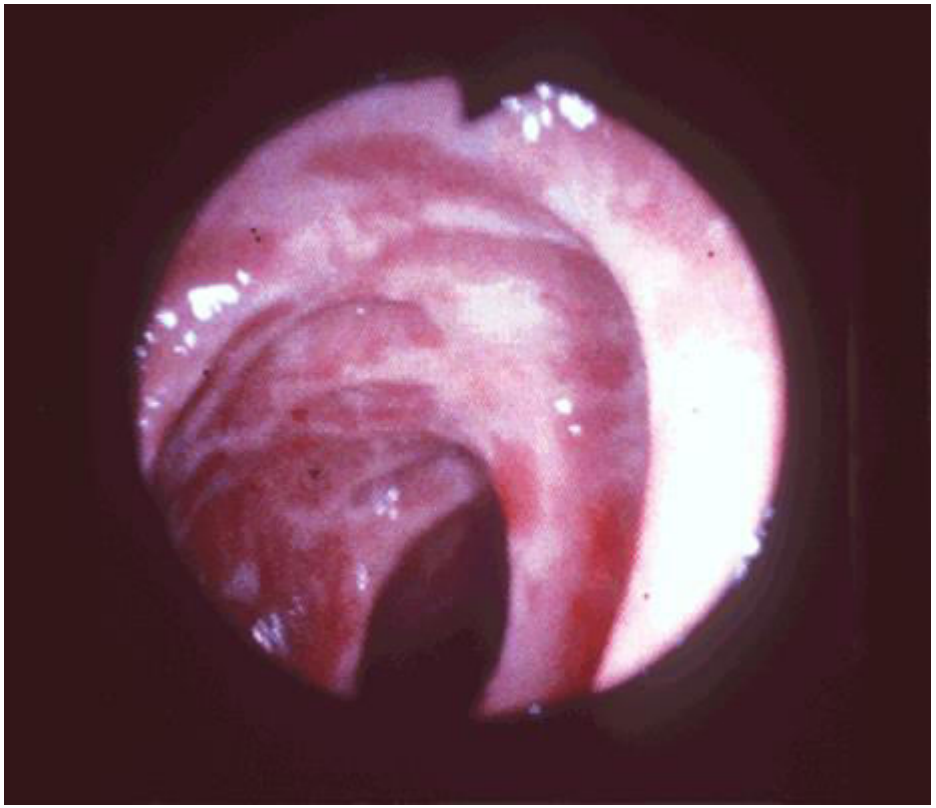
Siprofloksasin	500 mg, tek doz yada 500 mg günde iki kez, 3 gün suresince	Orta-ağır hastalıkta endikedir; eğer tek doz başarısız olursa 3 günlük tedavi tamamlanır. Önemli ilaç yada ilaç reaksiyonları gelişebilir.
Trimetoprim/sulfamatoksazol	160mg/800 mg tek doz yada 160 mg/800 mg günde iki kez,3 gün	Orta-ağır hastalıkta endikedir rezistans nedeni ile etkinliği sınırlıdır.

TAKİP

- Enfeksiyon dışı acil ishal durumlarında (ileus,tiroid fırtınası, mezenter iskemi gibi) **hastane yatışı** gerekir.
- İshali olan hastanın yatışına karar verilirken, hastanın yaşlı ya da genç olması göz onüne alınmalıdır.
- Bu hastalar, yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeni ile dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastanın yaşma bakmaksızın, **toksik görü**nen hastalar yatırılmalıdır, ayrıca oral rehidratasyon yapılamayacak hastalarda da yatış düşünülmelidir.
- Gıda, günlük bakım ve sağlık endüstrilerinde çalışanlar tedavi suresince işlerine ara vermelidirler bu konuda gerekli **raporlar** düzenlenmelidir.

Clostiridium Difficile Kaynaklı İshal ve Kolit

- C.difficile enfeksiyonu, 2000 yılından beri prevalansı artan, yaygın ve şiddetli bir **hastane kökenli** enfeksiyondur.
- C.difficile; hafif enfeksiyondan ishale, ishalden de ciddi kolite kadar değişen bir spektrumda görülür.
- **Psödomembranoz enterokolit**; sarımtırak membranoz plaklarla seyreden eksuda ve intestinal mukozada nekroz oluşturan inflamatuvar bir bağırsak hastalığıdır.



Sigmoidoskopide PME sarı-beyaz membranları ve kızarık kolonik mukoza

(Farrar WU et al. Infectious Diseases –Text and Color Atlas, 2n ed, Gower Medical Publishing,,1992)

Epidemiyoloji

- C.difficile; spor oluşturan zorunlu anaerob, ishalden psödomembranoz kolite varan enfeksiyon seyri olan bir basildir.
- Antibiyotik kullanımı, gastrointestinal cerrahi veya uygulamaları,altta yatan ciddi hastalıklar, kemoterapi ve ileri yaş, psödomembranoz enterokolit için risk faktörleridir.
- Organizmanın bulaşması direkt olarak insanlara temas yolu ile olabildiği gibi cansız eşyalara temas yolu ile de olabilmektedir (eşyalar, telefonlar, rektal termometreler).

Epidemiyoloji-2

- C.difficile enfeksiyonu, Avrupa ve Kuzey Amerika'da **hastanede yatan** hastalarda görülen en sık enfeksiyon kaynaklı ishal nedenidir. Hastalığın insidansı ve ağırlığı 2000 yılından beri yıllık %25 gibi alarm verici boyuta ulaşmıştır.
- Ayrıca son zamanlarda hastane yatan hastalarda gözükebildiği gibi genç sağlıklı bireylerde hastalık yapabilen formu izole edilmiştir. Bu form genelde toksik megakolon ile ilişkili bulunmuştur.

Patofizyoloji

- Hastanede yatan hastalarda C.difficile, %10-25 arasında kolonize olmaktadır.Bu yüzden, ishal gelişmiş ve yakın zamanda **hastaneden** taburcu edilen hastalarda C.difficile göz önünde bulundurulmalıdır.
- C.difficile kolonizasyonu ve hastanede yatış suresi arasında lineer bir korelasyon vardır.
- Bağırsak iskemisi, inflamatuvar bağırsak hastalığı, geçirilmiş bağırsak cerrahisi, üremi, malnutrisyon, şok, ileri yaş, peripartum dönem ve Hirschprung hastalığı dahi C.difficile enfeksiyonuna ve psödomembranoz kolit oluşumuna katkı sağlamaktadır.

Patofizyoloji-2

- Geniş spektrumlu antibiyotikler (klindamisin, sefalosporinler, ampisilin/amoksisilin,flolorokinolonlar) gastrointestinal florayı değiştirerek toksin üreten C.difficile'nin bağırsakta gelişmesine ve psödomembranoz kolit oluşumuna sebep olmaktadır.
- Bununla beraber, hemen hemen tüm antibiyotikler(metronidazol ve vankomisin de dahil), kemoterapotik ajanlar, proton pompa inhibitörleri ve antiviral ajanlar dahi psödomembranöz kolite yol açabilmektedir.

Klinik bulgular

- Psödomembranöz kolit; sık, mukoid, sulu dışkılamadan toksik bir durum olan bol ishal (20-30 kez/gün), kramp şeklinde karın ağrısı, ateş, lökositoz, dehidratasyon ve hipovolemiye kadar geniş bir spektrumda ortaya çıkan klinik bir durumdur.
- Komplikasyonlar olarak;ciddi elektrolit bozukluğu, hipotansiyon ve serum albumininin azalması sonucu anazarka tarzı ödem sayılabilir. Hastaların %1-3'ünde psödomembranöz kolit gelişen vakalarda toksik megakolon veya kolonik perforasyon oluşabilir.

Tanı

- Tanı, antibiyotik kullanırken ya da **antibiyotik** bırakıldıktan sonraki **2 hafta** içinde gelişen ishal öyküsü ile konulur.
- Kolonoskopi ve dışkı analizinde C.difficile **toksinin saptanması** ile tanı doğrulanır. **Dışkı kültürünün** yaklaşık olarak %100 sensitivitesi vardır fakat spesifikliği düşüktür,çünkü dışkıda C.difficile bulunması hastalık olduğu anlamına gelmez. İlave olarak, dışkı kültürü de 28-72 saatten önce sonuçlanmaz.
- C.difficile toksini bazı tekniklerle saptanabilir: Doku kültürü tahlili, (ELISA), lateks aglutinasyon, dot-immunobinding assays ve PCR

Tedavi

- Hafif vakalarda tedavi, sebep olan antibiyotiğin bırakılması, C.difficile enfeksiyonunun doğrulanması ve klinik düzelmenin takibi ile yapılır. Oral **metronidazol**, 500 miligram 6 saatte bir, 10-14 gün sure ile şiddetli C.difficile kolitinin tedavisinde kullanılır.
- Ciddi hastalığı olan kişiler hastaneye yatırılmalıdır. Tedavide, oral **Vankomisin** 125-250 miligram günde 4 kez, 10 gün süre ile verilmesi ciddi hastalığı olanların çoğunda etkilidir.
- Nadiren, şiddetli C.difficile enfeksiyonu olan hastalara acil kolektomi gerekebilir. Acil kolektomi endikasyonları:30 günlük kötü prognoza göre konulur. Bunlar: Lökosit değerinin> 20.000 olması, laktat> 5 mmol/L,yaş > 75, immunsupresyon, şok, toksik megakolon, kolonik perforasyon veya multi organ ve sistem yetmezliğinin olmasıdır.(TUS)

Komplikasyonlar

- %10-25 hastada nüks görülür.
- Hastaların %3-8'inde fulminan kolit gelişir. Hastada fulminan kolit gelişince;subtotal kolektomi ve ileostomi gerekir.
- Ekstraintestinal komplikasyonlar; artrit, visseral apseler,sellülit, nekrotizan fasiit, osteomyelit ve protez enfeksiyonlarıdır.(nadir)

Takip

- **Ciddi ishali** olan, uygun ayaktan tedaviye rağmen semptomları devam eden veya sistemik bulguları olan (ateş, lökositoz, ciddi karın ağrısı) hastalar hastaneye yatırılmalıdır.
- **Toksik megakolon ve intestinal perforasyon şüphesi** olan yada medikal tedaviye rağmen düzelme olmayan psödomembranoz kolit hastalarına **acil cerrahi** konsültasyonu yapılmalıdır.

Crohn hastalığı(Tus)

- Crohn hastalığı; gastrointestinal sistemi tutan, **kronik granulomatoz** bir hastalıktır. Crohn hastalığı, **ağızdan anüse** kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir kısmını tutabilir. **En sık tutulan yer ileumdur**.
- Hastaların %20'sinde hastalık kolon ile sınırlanır ve ülseratif kolitten ayırt edilmesi güçtür.
- Hastalığın nedeni bilinmemektedir. Aktif Crohn hastalığı ve fistülize olmuş Crohn hastalığında, infliksimab (Remicade) gibi anti tümör nekrozis faktörün etkinliği, hastalıkta immünolojik faktörlerin etkilerinin olduğunu destekler.

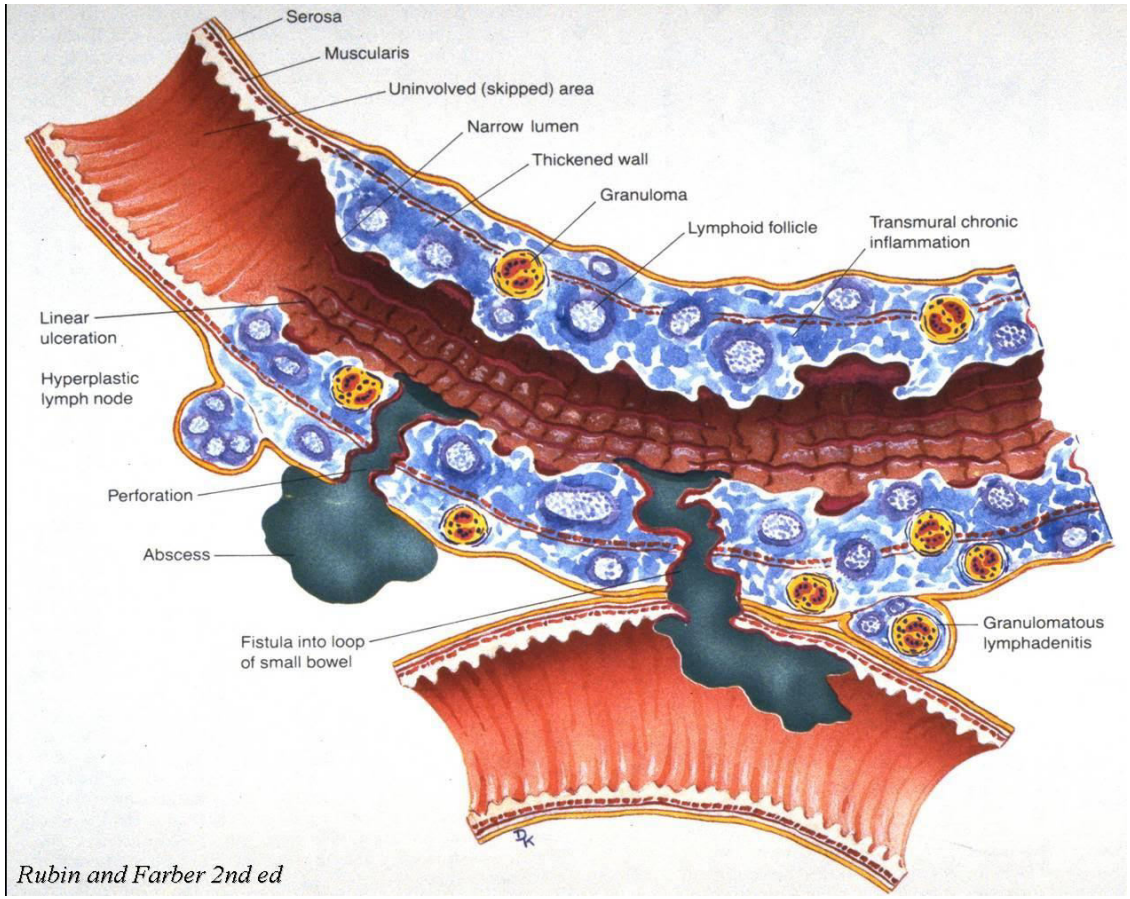
Epidemiyoloji

- *Avrupalılarda* daha yaygın görülmektedir. Yahudilerde, *Yahudi* olmayanlara göre **4 kat** daha fazla görülmekle beraber beyaz ırkta siyah ırka göre daha sıklıkla görülmektedir.

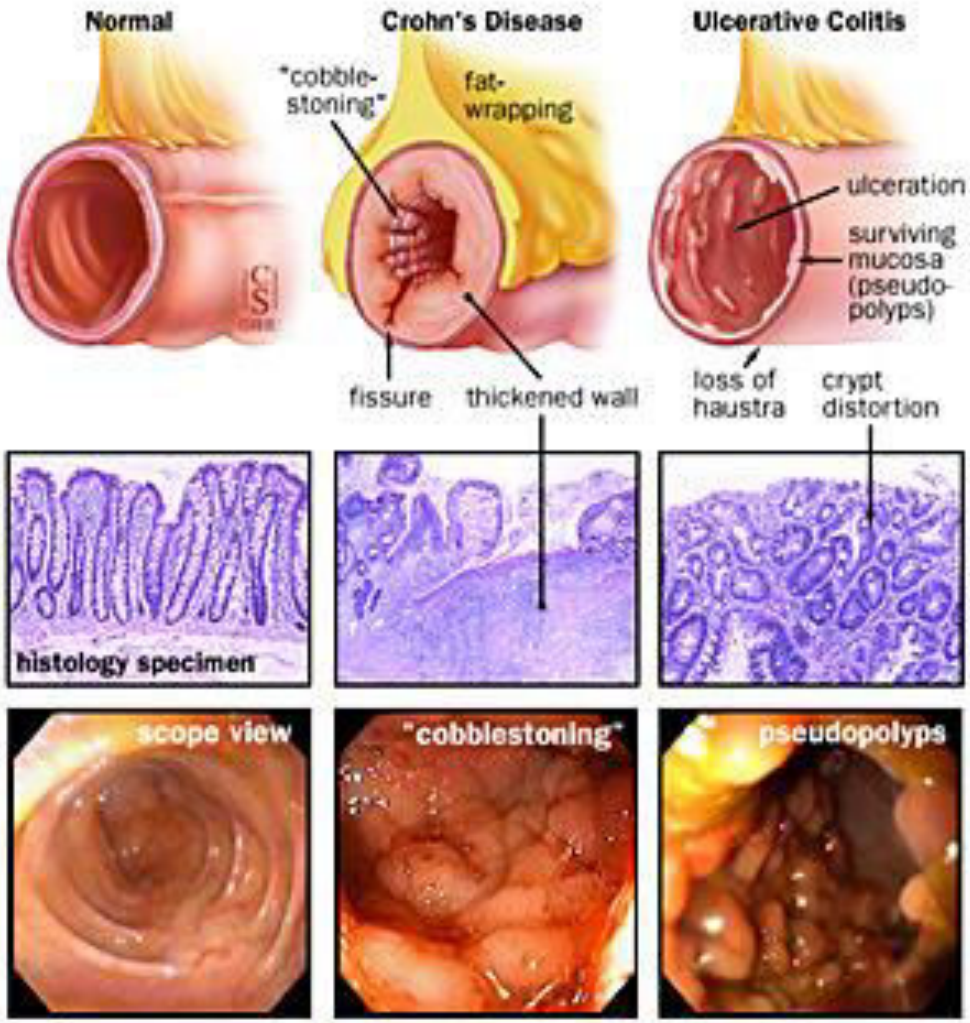
Patoloji

- Crohn hastalığında en önemli patolojik özellik, bağırsak duvarının **tüm katmanlarının** tutulması ve mezenterik lenf nodlarına yayılmasıdır.
- İlave olarak, hastalık kesintili ve arada lokalize sağlam bağırsak alanlarının(“**sıçrayıcı alanlar”)** bulunduğu bir hastalıktır.
- Uzunlamasına derin ülserler karakteristiktir. Ülserasyon sık sık bağırsak duvarına penetre olarak fissürlere, fistüllere ve apselere yol acar.
- İlerleyen hastalıkta, sağlam ve tutulan mukozaların ard arda gelmesi ile **kaldırım taşı** şeklinde mukoza görüntüsü oluşturur.

TUS



Rubin and Farber 2nd ed


Normal
Crohn's Disease
Ulcerative Colitis
"cobble-stoning"
fat-wrapping
ulceration
surviving mucosa (pseudo-polyps)
fissure
thickened wall
loss of haustra
crypt distortion
histology specimen
scope view
"cobblestoning"
pseudopolyps

Klinik

- Kliniği hastadan hastaya değişir ve tahmin edilemez.
- *Karın ağrısı, iştahsızlık, ateş, ishal ve kilo kaybı* çoğu vakada mevcuttur.
- Kronik karın ağrısı, ateş ve ishal kesin tanı konulmadan belki de yıllardır var olabilir.
- Genellikle üçte bir hastada *perianal fissur* veya *fistül*, *apseler, rektal prolapsus* kolon tutulduğunda ortaya çıkar. Sonuç olarak bazı hastalar, hastalığın *komplikasyonuyla* da prezente olabilirler.
- Obstruksiyon ve kusma, kramp şeklinde karın ağrısı, kabızlık, *intraabdominal abse, ateş ve palpabl kitle*. Bazı hastalarda, artrit, üveit, karaciğer hastalığı gibi *intestinal sistem dışı bulgular ve semptomlar da oluşabilir.*

Klinik-2

- İnflamatuvar bağırsak hastalığı ile birlikte endokrin, kardiyak, solunum ve hematolojik organ ve sistemler de etkilenebilirler. Komplikasyonların insidansı, ülseratif kolit ile benzerdir.
- Dermatolojik komplikasyonlar; *eritema nodozum* ve *pyoderma gangrenozum* şeklinde ortaya çıkar. Göze ait bulgular ise *üveit ve episklerittir*.

CROHN'S DISEASE

- Familial Tendencies
- Peaks Ages 15-40 Yrs
- ? Autoimmune Factors
- Nausea & Vomiting

- Severe Diarrhea
- Low Grade Fever
- Bloody Stools
- Weight Loss
- Severe Malabsorption

- Abdominal Pain and Distention
- Tenderness in RLQ

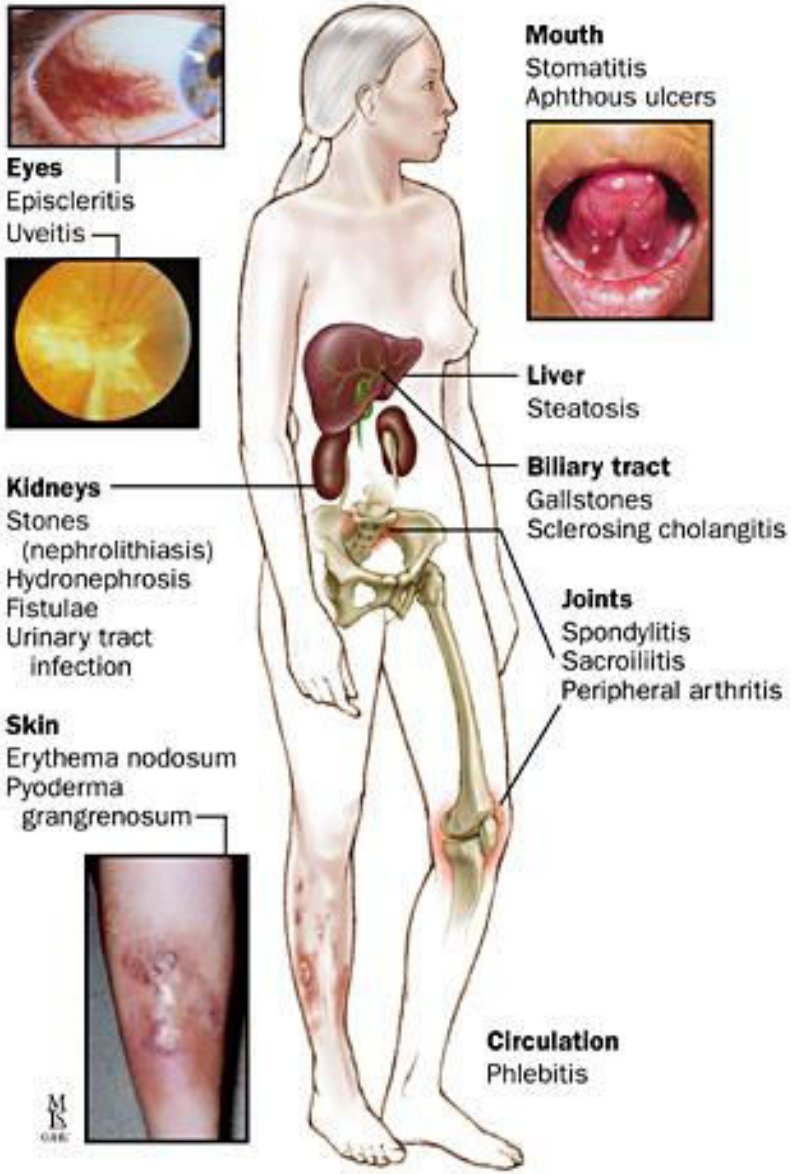
* Later S & S's *

- Dehydration
- Electrolyte Imbalance
- Anemia

* Complications *

- Intra-abdominal Abscesses
- Intestinal Fistulas
- Peritonitis
- Development of Fistulas

NEC ©2007 Nursing Education Consultants, Inc.



Crohn klinik

Tanı

- Hastaların çoğunda kesin tanı semptomlar ortaya çıktıktan aylar veya yıllar sonra konulur.
- Batın *bilgisayarlı tomografi*, Crohn hastalığı bilinen ya da bu hastalıktan şüphelenilen hastalarda en iyi tanı koydurucu testtir. Bağırsak duvar kalınlığı, mezenterik ödem ve lokal apse gelişimi gibi saptanan bulgular crohn hastalığı tanısını destekler.
- Ekstraintestinal komplikasyonlar olan safra taşları, renal kalkuller, hidronefroz, sakroileit ve osteomyelit, bilgisayarlı tomografi ile gözlenebilir.

Tanı

- İntraabdominal abseler, mezenterik inflamasyon ve fistullerin tümünün tanısında bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır.
- Magnetik rezonans görüntülemede etkili bir yöntemdir ve magnetik rezonans görüntüleme yada endoskopik ultrasonografi hastalığın perianal komplikasyonlarında daha sık kullanılır.
- Kolonoskopik inceleme ile erken mukozal lezyonlar, kolon tutulumunun uzunluğu ve kolon kanseri tanımlanabilir.

Tanı-2

- Karakteristik radyografik bulgular; ince bağırsakta bölgesel daralma, yıkılmış normal mukozal patern ve fistüllerdir.
- Kolonun (sağ taraf kolitte) segmental tutulması ve **rektumun tutulmaması** genel bulgulardır.

Ayırıcı tanı

- Crohn hastalığının ayırıcı tanısında; lenfoma, ileoçekal amebiyazis, sarkoidozis, kronik mantar enfeksiyonları, GİS tuberkulozis, Kaposi sarkomu, Campylobacter enteriti, Yersinia ileokoliti düşünülmelidir.
- **Akut ileit**, Crohn hastalığı ile karıştırılmamalıdır. Genç hastalarda akut ileit tablosu sekelsiz iyileşir ve cerrahi gerektirmez.
- Kolonu tutan Crohn hastalığında, iskemik bağırsak hastalığı (yaşlılık döneminde) ve psödomembranoz enterokolit, ülseratif kolit gibi hastalıklar ayırıcı tanıların içine alınmalıdır.

Acil serviste tedavi

- Acil serviste ilk değerlendirme; **atağın şiddetini** saptamaya yöneliktir.

- **Obstruksiyon, intraabdominal abse**, **yaşamı tehdit eden kanama** veya **toksik megakolon** gibi önemli komplikasyonları belirlemek ve hastanın şikayetlerine bağlı diğer sebepleri dışlanması gerekmektedir.

Laboratuar

- Laboratuar incelemesinde; CBC,rutin biyokimya ve CRP bakılmalıdır. **CRP**, hastalığın aktivitesinin takibinde güvenle kullanılabilir.
- *Direkt batın grafisi*; obstruksiyon, perforasyon veya toksik megakolonu gösterebilir.
- *Bilgisayarlı tomografi*, tanıyı doğrulamak ve intraabdominal komplikasyonların teşhisi için kullanılır.

Ayaktan tedavi(crohn)

- Semptomların rahatlaması, remisyonun sağlanması ve sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi, cerrahi zamanının optimize edilmesi ve uygun beslenmenin sağlanmasıdır.
- Farmakolojik tedavide semptomatik ajanlar, antienflamatuvar ajanlar, antibiyotikler ve immunomodulatorler kullanılır.

Komplikasyolar

- Kalça veya sırt ağrısı, retroperitoneal abseyi düşündürmelidir.
- Crohn hastalığında, ince bağırsaklardaki fissürlerin uzaması nedeni ile diğer dokulara ulaşan fistüller görülür.
- Obstruksiyon; inflamasyon sonucu oluşan darlık ve bağırsak duvarı ödeminden kaynaklı gelişir. Distal ince bağırsak en fazla obstrüksiyon gelişen alandır. Semptomları; kramp şeklinde karın ağrısı, distansiyon,bulantı ve şişkinliktir.

Komplikasyonlar

- *Gastrointestinal kanama*; bağırsak duvarındaki damarların erozyonu sonucunda gelişir. *Toksik megakolon*; massif gastrointestinal kanama ile birlikte olabilir.
- Bağırsak semptomları başladığında; *malnutrisyon, malabsorbsiyon,hipokalsemi ve vitamin eksikliği* ciddi boyutlarda gelişebilir.
- İlaçlara bağlı *lökopeni, trombositopeni,ateş, enfeksiyon, bol ishal, pankreatit, böbrek yetmezliği* ve *karaciğer yetmezliği* gelişebilir.
- Gastrointestinal traktusta *malign neoplazm* gelişme insidansı,Crohn hastalığı olanlarda genel popülasyondan *üç kat* daha fazladır.

Taburculuk ve takip

- *Fulminan kolit, peritonit yada obstruksiyon, ciddi gastrointestinal kanama,ciddi dehidratasyon yada sıvı elektrolit dengesizliği* gibi **komplikasyonlar** gelişen hastalar *hastaneye yatırılarak* gastroenteroloji veya cerrahi bakımına alınmalıdır.
- Ayaktan tedaviye **yanıt alınamayan** daha az ciddi vakalar için de hastane yatışı düşünülmelidir.
- *Cerrahi müdahaleler*;hastada intestinal obstruksiyon gelişimi ve hemoraji, perforasyon,abse yada fistül gelişimi, toksik megakolon ve perianal absesi olanlara ve medikal tedaviye yanıt alınamayan hastalara uygulanmalıdır.

Taburculuk ve takip

- Crohn hastalığı olan hastalar, acil servisten taburcu olurken, tedavi rejimleri ile ilgili olarak *gastroenterolog* ile **konsulte** edilmelidir. Bu hastaların hastaneden ayrılmadan önce takip ve tedavisinin sonlandığından emin olunmalıdır.

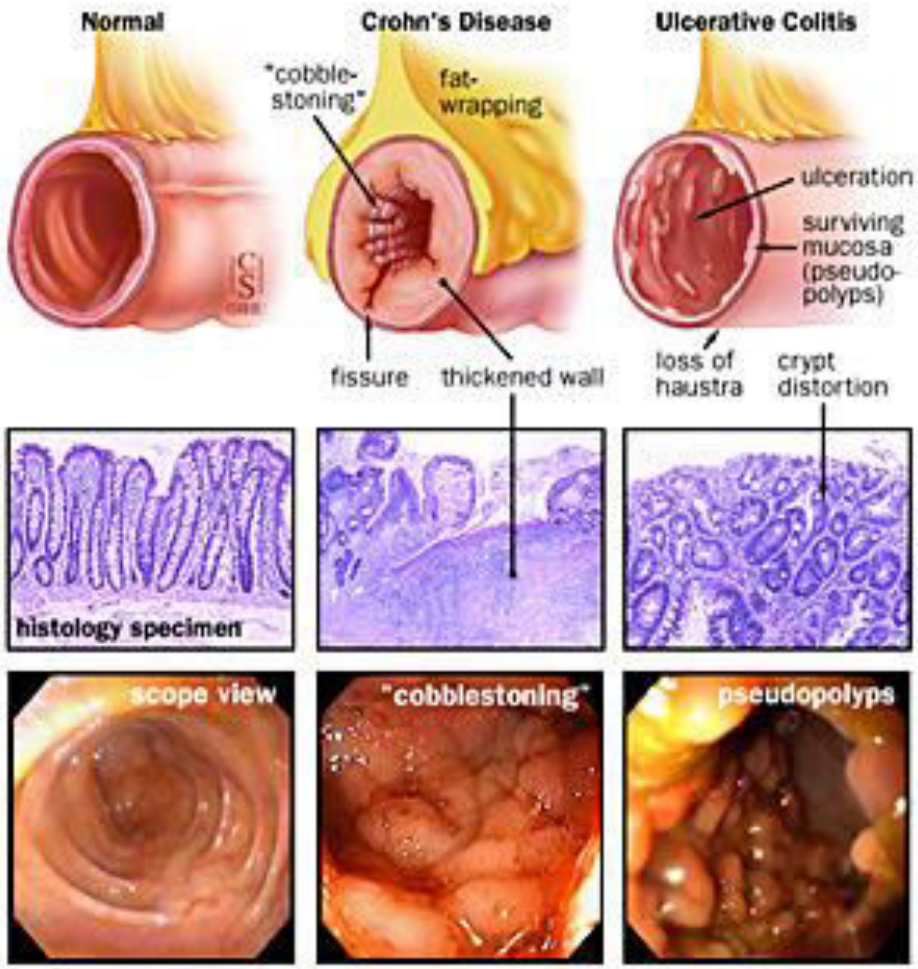
Ülseratif Kolit

- Ülseratif kolit, kolonun **kronik inflamatuvar** hastalığıdır. İnflamasyon,proksimal kolondan distal kolona doğru gittikçe daha ciddi olma eğilimindedir.
- **Rektum**, **hemen hemen daima** tutulur. Klinik olarak karakteristik semptomu **kanlı ishaldir**. Sebebi ise bilinmemektedir.

Patoloji

- Ülseratif kolitte, ilk olarak **mukoza ve submukaza** tutulur. Hastalık mikroskopik olarak; mukozal inflamasyon ve kript absesi gelişimi, epiteliyal nekroz ve mukozal ülserasyon ile karakterizedir. **Muskuler tabaka ve seroza** genellikle korunmuştur.
- Genellikle, daha distal bölgede hastalığın şiddeti artar ve **en çok rektosigmoid** bölge tutulur. Şiddetli vakaların çoğunda mukoza, küçük ülserlerden kan ve eksuda sızıntısı ile beraber kırmızı renkli, sünger şeklinde benekli görülür. Oldukça ileri hastalıkta, ülserler ve **psödopolipler**(inflamasyon halindeki mukozayı çepeçevre saran hiperplastik alanlar görünü

TUS


Normal
Crohn's Disease
Ulcerative Colitis
"cobble-stoning"
fat-wrapping
ulceration
surviving mucosa (pseudo-polyps)
fissure
thickened wall
loss of haustra
crypt distortion
histology specimen
scope view
"cobblestoning"
pseudopolyps

Klinik Bulgular

- Hastalığın kolondaki anatomik dağılımına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.
- *Hafif şiddette* hastalığa sahip hastaların bağırsak hareketleri günde dörtten daha azdır, *sistemik bulguları yoktur ve daha az ekstraintestinal bulgular* görülür.
- Şiddetli hastalığı olanlarda barsak hareketliliğinde artış, *anemi, ateş,kilo kaybı, taşikardi, serum albumin düzeyinde azalma ve daha fazla ekstraintestinal bulgular* saptanır. Gerçekte tüm şiddetli hastalığı olanlarda *pankolit* hali mevcuttur.
- Ülseratif kolit; **remisyon ve ataklar** ile giden bir hastalıktır. Çoğu hastada hastalığın seyri bu şekildedir.

Klinik Bulgular-2

- Seyrek olarak, hastalar kronik aktif bir seyir izler.
- **Kötu prognoz** ve artmış mortaliteye etki eden faktörler; **hastalığın ağırlığı ve süresi**, **ataklar arasındaki sürenin kısalığı** ve **60 yaş üstünde** hastalığın ortaya çıkmasıdır.

Tanı

- Ülseratif kolitte *laboratuvar bulguları nonspesifiktir: Lökositoz, anemi,trombositoz, serum albumin düzeyinde azalma* ve anormal karaciğer fonksiyon testleri görülebilir.
- Bilgisayarlı **batın tomogr**afisi, nonspesifık karın ağrısı veya şüpheli **kolit tanısında** oldukça önemlidir.
- Biyomarkerlardan **anti-Saccharomyces cerevisiae antikoru ve perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikorlarının** her ikisi de inflamatuar bağırsak hastalığında, spesifik (yaklaşık %85) ve sensitif (yaklaşık %70)'tir.

TUS

Tanı-2

- Anti-Saccharomyces cerevisiae antikoru acil serviste klinik olarak kullanılmamaktadır.
- Bununla beraber ülseratif kolitin tanısı; öyküde *abdominal kramp ve ishal, mukoid dışkılama, dışkı muayenesinde yumurta ve parazit incelemesinin negatif olması, dışkı kültüründe enterik patojenlerin üremememesi ve kolonoskopi ile doğrulama* ile konulur.

Ayırıcı tanı

- Ülseratif kolitin ayırıcı tanısında; *enfeksiyon kaynaklı kolit, Crohn koliti,iskemik kolit, radyasyon koliti, antineoplastik ajanlar ile oluşan toksik kolit ve psödomembranoz kolit* sayılabilir.
- Hastalık, rektum ile sınırlandığında, cinsel yolla bulaşan hastalıklar olan; *rektal sifiliz, gonokokkal proktit, lenfogranuloma venorum ve Herpes simplex virusu, E. Histolytica,Shigella ve Campylobacter* nedenli hastalıklar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Acil Serviste Tedavi

- **Toksik megakolondan** şüphelenildiğinde gastroenteroloji ve cerrahi ile konsültasyon yapılmalıdır.

İdame Tedavi

- Orta şiddetli aktivitedeki proktit, proktosigmoidit ve sol kolon kolitinde(60 cm.den kısa aktif hastalıkta), *topikal meselamin suppozituvar veya enema* ile tedavi etkilidir.
- *Topikal steroid preparatları* (beklametazon,hidrokortizon, tiksokortol ve budenosid) da kullanılır ve daha iyi tolere edilebilir. Eğer topikal tedavi başarısız olursa, (40-60 miligram/gün oral *prednizon*) remisyon sağlayabilir.
- İdame steroid tedavisi nüks insidansını azaltmaz.

Komplikasyonlar

- Her ne kadar hastalığın **en yaygın kopmplikasyonu**, devamlı kanamalardan kaynaklı **kan kaybı olsa da toksik megakolon atlanmaması** gereken klinik bir durumdur.
- **Toksik megakolon**; ilerlemiş koliti olan vakalarda hastalığın, kolonun tüm tabakaları içine uzanmasına bağlı olarak oluşur. Sonuç olarak, kolonun *muskuler tonusu azalır, dilatasyon ile lokalize peritonit* gelişir.
- Eğer tedavi edilmezse kolon dilatasyonu devam eder ve toksisite bulguları gelişir.

Komplikasyonlar-2

- Düz karın grafisinde uzun, içi hava dolu, *çapı 6 cm.den büyük* kolon segmenti görülür. Kolon haustrasının kaybı ve "*başparmak bulgusu*" bağırsak duvarındaki ödemi gösterir. Genişleyen *atonik kolon bölümleri perfore olabilir, peritonit ve septisemi gelişebilir. Eğer perforasyon gelişirse mortalitesi yükselir.*
- **Ateş, taşikardi ve hipovolemi** bulguları tipik klinik bulguyu oluşturur.
- *Lökositoz, anemi, elektrolit dengesizliği ve hipoalbuminemi tanıyı destekleyen* laboratuar bulgulardır.

Toksik magakolon

Komplikasyonlar-3

- En sık görülen *bulgular lökositoz ve peritonit, kortikosteroid alan hastalarda maskelenebilir*.
- *Antidiyareik ajanlar, hipokalemi, narkotikler,katartikler, hamilelik, enemalar, yeni yapılan kolonoskopi toksik megakolon* gelişimini hızlandırabilen faktörlerdir.
- Eğer 24-48 saat içerisinde medikal tedaviye yanıt olmazsa erken cerrahi konsültasyonu ile kolektomi hedeflenmelidir.

Komplikasyonlar-4

- Ülseratif kolitli hastaların %20'sinden fazlasında *perirektal fistül ve apseler* gelişebilir.
- Masif gastrointestinal hemoraji, strüktür gelişimine bağlı obstrüksiyon ve akut perforasyon hastalığın diğer komplikasyonlarıdır.
- **Kolonda karsinom gelişimi 10-30** kat artar. Major risk faktorleri;hastalığın yaygın tutulumu ve uzun sureli olmasıdır. Kanser gelişimini artıran ek faktörler; ülseratif kolitin erken başlaması ve ailede kolon kanseri öyküsünün olmasıdır.

Taburculuk ve takip

- **Fulminan atakları** olan ülseratif kolit hastaları mutlaka **hastaneye yatır**ılmalı,agresif bir şekilde sıvı ve elektrolit resusitasyonu başlanmalı,komplikasyonlar acısından gözlenmelidir.
- Ek olarak, *toksik megakolonun yanında kolon perforasyonu, massif alt gastrointestinal kanamalar, kolon kanseri ve medikal tedaviye dirençli (yüksek doz steroid kullanılan* hastalık durumu) hastalarda cerrahi endikasyonu düşünülmelidir.

Taburculuk ve takip

- Hafif ve orta şiddette hastalığı olanlar acil servisten taburcu edilebilirler.
- Tedavi rejiminin verilmesi ve takip acısından hastalar *gastroenterologa yönlendir*ilmelidir. *Ateş, rektal kanama, karın ağrısı, kusma ve ishal durumunda tekrar acil servise başvurmaları konusunda* hastalar bilgilendirilmelidir.

İnflamatuar Bağırsak Hastalığı Tedavi Özet

- **Sıvı ve elektrolit dengesini sağlayın**
- **GİS kanamayı tanıyın ve tedavi edin.**
- **Tıkanma, adinamik ileus, toksik megakolon için dikkatli olun.**
- **Yeterli ağrı kontrolü(gerekirse narkotik)**
- **Antibiyotikler(Siprofloksasin, 1.0—1.5 milligram/kg/iv ve Metronidazol, 10-20 milligram/kg/iv)**
- **Komplikasyonlara dikkat et(Obstruksiyon, perforasyon, toksik megakolon,GİS kanama, intra-abdominal veya pelvik apse)**

Teşekkür ederim…

Kaynak

Tintinalli 2010

Nicholas E. Kman

Howard A. Werman

Çeviri: Mustafa Orfi Erdede