

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 132

132. Primer sklerozan kolanjit tanılı 40 yaşındaki erkek hasta iki haftadır devam eden ve zaman zaman kanlı olan günde 4-5 kez sulu dışkılama tarif ediyor. Dışkıda parazit görülmeyen ve dışkı kültüründe herhangi bir patojen mikroorganizma saptanmayan hastanın rektosigmoidoskopisi normal bulunuyor.

İshali devam eden hastada bu aşamada yapılması gereken en uygun inceleme aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Bilgisayarlı tomografi
- B) Manyetik rezonans enterografi
- C) Kolonoskopi
- D) Kapsül endoskopi
- E) Çift balon enteroskopi

Doğru Cevap: C

DERS NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

(Bu referanslar; soru kitabı Tüm Tus Soruları, Kamp notlarımız ya da non spesifik slaytlardan DEĞİL, sadece güncel ders notlarımızdan verilmiştir. Bu notları şubelerimizde kolayca edininip, referansları kontrol edebilirsiniz.)

764

TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ



- Ekstraintestinal bulgular genelde **hastalığın aktivitesi ile ilişkilidir.**

Hastalık aktivitesinden bağımsız olan ekstraintestinal bulgular

- Primer sklerozan kolanjit (kolektomiden sonra dahi gelişebilir)
- Üveit (kolektomiden sonra dahi gelişebilir)
- Sakroileit
- Ankilozan spondilit

Klinik Bilimler 132. soru
Tusdata Dahiliye Ders Notu 3. Fasikül Sayfa 764

- **Primer sklerozan kolanjit (PSK)**
 - ✓ Ülseratif kolit seyrinde tüm hastaların yaklaşık %5'inde beklenir.
 - ✓ PSK hastalarının ise %60'ında ülseratif kolit vardır.
 - ✓ PSK ile ülseratif kolitin aktivitesi arasında bir ilişki olmadığından PSK tanısı alan her hasta altta yatan ülseratif kolit ihtimali için araştırılır.

☑️ **Komplikasyonlar**

- **Toksik megakolon**
 - ✓ **En önemli ve mortal** komplikasyondur.
 - ✓ Kolon duvarı bir parşömen kağıdı gibi incilir ve spontan perforasyon riski artar.
 - ✓ Toksik megakolon **en sık transvers kolonda** görülür, tanı için **direkt karın grafisi** çekilir.
 - ✓ Direkt grafide lokalize 6 cm'den fazla genişleme toksik megakolon tanısını koydurur.
 - ✓ Perforasyon riski nedeniyle **baryumlu grafi ve kolonoskopi kontrendikedir.**
- **Kolon kanseri**
 - ✓ Hastalığın süresi ve yaygınlığı arttıkça **kolon kanser riski** artar.
 - ✓ Bu artış hastalığın **8-10. yılından sonra** başlar.
 - ✓ **Pankolitite** risk en yüksektir. Bu hastalarda 8-10. yıldan sonra 1-3 yıl arayla kolonoskopik izlem ve biyopsi yapılır. Sadece sol kolona sınırlı vakalarda kanser riski daha düşüktür. Bunlarda 15. yıldan sonra kolonoskopik izlem önerilir.
 - ✓ Kanser oluşumunda psödopoliplerin rolü **yoktur**, kanser direkt olarak **hasarlı mukozadan** başlar.

Klinik Bilimler 132. soru
Tusdata Dahiliye Ders Notu 3. Fasikül Sayfa 764

- ☑️ **Tanı:** Tanı için **diğer kolit nedenleri dışlanmalı** ve hastalığın klinik, laboratuvar, endoskopik ve patolojik bulguları birlikte değerlendirilmelidir.
 - Akut faz reaktanları **özellikle CRP** yüksektir. Hastalığın aktivitesi hakkında da fikir verir. Sedimentasyon hızı, lökosit ve trombositlerde artma; hemoglobinde ve albüminde düşme görülebilir.
 - Gaitada fekal laktoferin ve **özellikle kalprotektin** intestinal inflamasyonu yansıtarak ayrıca tanıda, aktivitenin belirlenmesinde ve izlemde yardımcı olurlar.
 - **Endoskopi:** Kolay kanayan, ödemli, fragil, hiperemik ve granüler bir mukoza tipiktir. Yüzeysel ve irregüler ülserler görülür. Kronik dönemde **psödopolipler** görülür.
 - **Radyoloji:** Çift kontrast kolon grafisinde **ülserasyon ve psödopoliplere** bağlı mukozal düzensizlik, geç dönemde kolonda kısalma ve **haustrasyon kaybı** görülür.
 - **Patoloji:** Mukozal inflamasyon ve kript apseleri tanıyı destekleyicidir.

İLGİLİ NOTLAR

Primer sklerozan kolanjitte en sık eşlik eden hastalık ülseratif kolittir. Hele de kanlı ishal öyküsü verilen bu hastada mutlaka ülseratif kolit tanısı için kolonoskopi yapılmalıdır.

- ✓ Psödopolipler nedeniyle baryumlu kolon grafisinde **kaldırım taşı manzarası** olur. (Crohn'da daha belirgin)
- ✓ **Fibrozis nedeniyle haustral yapılar kaybolur** ve kolon grafisinde **kursun boru manzarası** ortaya çıkar.
- ✓ **Ülseratif kolitte** inflamasyon tamamen mukozal olduğu için **striktür oluşumu çok nadirdir**. Striktür saptandığında aksi ispat edilene kadar malignite düşünülmelidir.
- ✓ **Özellikle malignite düşündürülen striktürler** hastalığın ilerleyen dönemlerinde görülenler (20 yıldan sonra %60), splenik fleksuranın proksimalinde görülenler ve kalın bağırsakta obstrüksiyona neden olan striktürlerdir.

Klinik

- ✓ **Akut fulminan form:** hastaların sadece % 5-10'unda görülür. Ani başlar. Ciddi abdominal kramplar, **diyare** (günde 30-40 kez, her zaman püylü ve mukuslu), fekal inkontinans, tenezm, ateş ve sistemik toksisite görülür. Bol mukuslu diyare nedeniyle elektrolit kaybı (**hipopotasemi**), hipoproteinemi, anemi ortaya çıkabilir. Hızla **toksik megakolona** ilerleyebilir.
- ✓ **Kronik devamlı veya kronik ataklı:** Kronik seyirler daha sıktır. Toksik megakolon gelişme riski kronik tipte düşüktür. Aktif hastalığın en sık görülen bulgusu **kanlı ishal veya hematokezyadır**. Tenezm görülebilir. Crohn'da tenezm görülmemesi ayırıcı tanıda faydalıdır. Paradoksal olarak **rektal tutulum hastaların tamamında görülürken**, anal tutulum nadirdir.

Sistemik Bulgular

Klinik Bilimler 132. soru

Tusdata Genel Cerrahi Ders Notu 2. Fasikül Sayfa 571

- ✓ **Sklerozan kolanjit % 5 oranında** görülür. Sklerozan kolanjitli hastaların %40 - 60'ında ülseratif kolit vardır. Sklerozan kolanjit inflamatuvar bağırsak hastalığı seyirinden **bağımsız bir seyir** izler. Kolektomiden sonra düzelmez. Hastalığın devamında **siroza** ilerleyebilir, **karaciğer yetmezliğine** neden olabilir ve **karaciğer nakli** gerektirebilir. Sklerozan kolanjiti olan hastalar, **kolorektal neoplazi açısından daha yüksek risk** altındadır. Ayrıca cerrahi tedavi sonrası **poşit gelişme riski daha yüksektir**. Bu hastalarda kolanjiyokarsinom riski de artmıştır.
- ✓ **Uzun süredir ülseratif koliti olan hastalarda (> 8 yıl), sklerozan kolanjiti olan hastalar gibi, displazi veya kanser gelişme riski yüksektir**. Hastalık 8 yıldan daha uzun süredir mevcutsa, **düzenli (yıllık) kolonoskopi yapılması önerilir**.
- ✓ **Artrit** sık görülür. Kolektomiden sonra geriler. **Ankilozan spondilit ve sakroileit** olabilir.
- ✓ **Eritema nodozum** (%5-15), pyoderma gangrenozum görülebilir. Eritema nodozum hastalığın şiddeti ile paraleldir.
- ✓ **Eritema nodozum** kırmızı ağrılı şişmiş nodüllerle karakterizedir. Genellikle sistemik steroid uygulamasına yanıt verir.
- ✓ **Piyoderma gangrenozum** cerrahi kesiler veya daha sıklıkla bağırsak stomaları çevresi gibi tekrarlayan travma bölgelerinde sıklıkla meydana gelen tipik olarak **aşırı ağrılı ülser lezyonlarla** karakterizedir.
- ✓ **Oküler lezyonlar (%10); iritis ve üveitis, episklerittir**. İnflamatuvar bağırsak hastalığının akut alevlenmeleri sırasında ortaya çıkar.
- ✓ **Bütün bu sistemik bulgular hipersensitivite nedeniyle ortaya çıkar ve cerrahi tedavi sonrasında kendiliğinden kaybolup iyileşir. İstisnası primer sklerozan kolanjittir.**

Kolon kanseri

- **Ülseratif kolitin en önemli geç komplikasyonu, kolon kanseridir.** Hastaların % 3'ünde görülür.
- **Ülseratif kolitte karsinogeneizde p53 mutasyonu erken evrede** displazi durumlarında izlenir. Kronik **inflamatuvar iritasyona bağlı displastik sahalardaki epitel zemininde** gelişir.
- Sporadik kolon kanserine göre **daha genç yaşlarda görülür.**
- **Pankolitte kanser taramasına hastalık başlangıcından 8 yıl sonra, sol kolit varsa 15 yıl sonra başlanmalı ve her 1-2 yılda bir kolonoskopi ve multipl biyopsiler** alınmalıdır.
- Sporadik kolon kanserinden daha infiltratif; daha az diferansiyedir.
- Multipl odaklardan ve düz (flat) displazi alanlarından gelişir.
- Erken tanı konması güçtür.
- **Biyopside displazi saptanan hastalara profilaktik proktokolektomi, ileal poş, ileoanal anastomoz, loop ileostomi önerilir.**
- Prognozu da daha kötüdür.
- Erken yaşta ülseratif kolite yakalananlarda kanser insidansı yüksektir.
- Kanser riski yaklaşık olarak 10 yıl sonra %2, 20 yıl sonra %8 ve 30 yıl sonra %18'dir.
- Ülseratif kolite sekonder gelişen kolon kanserinde 5 yıllık sağkalım % 20'dir.

Ülseratif kolitte kolorektal kanser riskini arttıran en önemli faktörler

- Hastalığın süresi
- Hastalığın tutulum uzunluğu: Pankolitte risk sol taraf kolitine göre daha fazladır.
- Sürekli aktif hastalık
- İnflamasyonun şiddeti
- Riski arttıran diğer faktörler; primer sklerozan kolanjit varlığı ve ailede kolon rektum kanseri öyküsü olmasıdır.

Tanı

- ✓ Perianal hastalık veya abdominal kitle ve kilo kaybı, Crohn hastalığına göre çok nadirdir.
- ✓ Tanı, klinik, baryumlu kolon grafisi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve biyopsi ile

Klinik Bilimler 132. soru
Tusdata Genel Cerrahi Ders Notu 2. Fasikül Sayfa 573

patern gösterir.

- ✓ Sigmoidoskopi, kolonoskopi ve biyopsi ile kesin tanı konur.