

Orijinal Soru: Temel Bilimler 96

96. Altı aydır devam eden rektal kanama nedeniyle başvuran 35 yaşındaki erkek hastaya biyopsi endikasyonu konuluyor. Rektosigmoid bölgeye ait biyopsi örneklerinde histopatolojik olarak mukoza ve yüzeysel submukozayı etkileyen kronik aktif kolit bulguları ve psödopolipler saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Ülseratif kolit
- B) Amibik kolit
- C) İskemik kolit
- D) Antibiyotik ilişkili kolit
- E) Crohn hastalığı

Doğru Cevap:A

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 edinin, referansları kontrol edebilirsiniz.)

İLGİLİ NOTLAR

318

TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ



Ortak Histolojileri

- o Kriptlerde distorsiyon, parçalanma, lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu, kript absesi, mukozada atrofi ve psödopoliplik metaplazidir.
- o Aktivasyon dönemlerinde nötrofil infiltrasyonu aktivasyon bulgusudur ve remisyon döneminde g

Temel Bilimler 96. soru
Tusdata Patoloji Ders Notu 2. Fasikül
Sayfa 318

İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Özellikleri		
	Crohn hastalığı	Ülseratif kolit
Histoloji	- Tutulum tam kattır (Fistül) - Granülomlar izlenir - Granülomlar deriyi tutarsa metastatik Crohn hastalığı denir. - Lenfoid reaksiyon belirgin	- Mukozal-submukozal tutulum - Atlamadan ilerleme - Lenfoid reaksiyon hafif
Yerleşim	- Tam kat atlamalı tutulum - En sık terminal ileum yerleşimi - Tüm GIS tutulumu	- En sık rektosigmoid bölge tutulur - Nadiren terminal ileum tutulumu (Backwash ileitis)
Morfoloji	- Tam kat tutulması nedeniyle - Fistüller, abdominal apseler - Transmural fibrosis - Periton fibrozis - Kaldırım taşı görünümü - Duvar kalındır	- Psödopolipler (iyileşmeye çalışan mukozal çıkıntılar) - Duvar incedir
Komplikasyonlar ve Diğer Önemli Özellikler	- Diyare ve karın ağrısı - Malabsorbsiyon 3. ve 6. dekatta pik - Saccharomyces cerevisiae 'ye karşı gelişen antikorlar - Kolonu tutarsa perianal hastalık - Fistül - Sol kolonda paneth hücre metaplazisi - Kolonu tutarsa kanser riski	- Kanlı mukuslu gayta 2. dekatta pik - Daha çok p-ANCA (+) - Migratuvar poliartrit - Karsinom - Sklerozan kolanjit - Ankilozan spondilit - Toksik megakolon - Pyoderma gangrenozum



Hem UC hem de kolonik Crohn hastalığında kolon kanser riski artar. Özellikle; hastalık başlangıcından 8-10 yıl geçmişse, pankolit varsa, sık ve şiddetli ataklar oluyorsa, sklerozan kolanjit varsa, yoğun nötrofil infiltrasyonu varsa risk artar.

İndeterminate Kolit

- UC ve Crohn hastalığının karışımıdır. Ancak ince bağırsak tutulumu gözlenmez, kolon kesintisiz tutulur.
- Ancak yamalı histolojik tutulum, fissürler, ailede Crohn hikayesi, sigara içiminden sonra başlaması UC için tipik değildir.
- P-ANCA daha çok UC'de (+)'tir. Saccharomyces cerevisiae'ye karşı gelişen antikorlar Crohn hastalığında vardır.

İrritabl Bağırsak Sendromu

- Stres-diyet ve anormal GİS motilitesi rol oynamaktadır.
- Kadında daha sıktır.
- Karın ağrısının her ay 3 gün ve 3 ay boyunca olması gerekir. Diğer nedenler ekarte edilmelidir. (Kanser, gölyak vs).
- Fibromiyalji, kronik ağrı, baş-sırt ağrısı, letarji, depresyon eşlik edebilir.
- Tedavide psikoterapi, lifli gıdalar, TAD, SSRI, probiyotik ve antibiyotikler kullanılmaktadır.

Bu soru hakkında daha fazla referansımızı görmek için www.tusdata.com'u ziyaret ediniz.

Ülseratif kolit ve Crohn hastalığının genel özellikleri ve farkları		
Özellikler	Ülseratif Kolit	Crohn hastalığı
Anatomik özellikler	Sadece kolon (bazı vakalarda backwash ileitis) ve daima rektum tutulur, tutulum diffüzdür.	Tüm GİS tutulabilir, en sık terminal ileum tutulur, tutulum segmenterdir
Patolojik özellikler	Mukoza ve submukozada inflamasyon, yüzeysel ülserler, kript morfolojisinde bozulma ve abseleşme, psödopolip (inflamatuvar polip)	Transmural ve lenfosit ağırlıklı inflamasyon, nonkazeifiye granülom, en erken lezyon aftöz ülserasyon daha sonra derin ülserasyon, bağırsak duvarında kalınlaşma
Ağırıklı semptomlar	Sık ve az miktarda kanlı diyare, anemi, tenezm, nadiren karın ağrısı, sigara semptomları azaltır.	Kansız diyare, karın ağrısı, malabsorbsiyon bulguları, sigara semptomları ve nüksü artırır.
Seroloji	p-ANCA* genellikle pozitif	ASCA** genellikle pozitif
Endoskopi	Diffüz vaskülarite kaybı, mukozal ödem, fragilité, hiperemi, hemoraji, yüzeysel erozyon ve ülserler. Kronik dönemde mukozal atrofi ve psödopolipler	Aftöz ülserler, lineer derin ülserler, ülserlerin etrafında normal görünümlü mukoza 'skip area', yama tarzı inflamasyon, kabalaşmış kaldırım taşı görünümlü mukoza, lümen daralma
Baryumlu radyoloji	Küçük ülserasyon, psödopolipler, kronik dönemde haustra kaybı, kurşun boru görünümü, kolonda kısalma	Segmenter değişiklikler, ülser, fistülleşme, daralma 'ip belirtisi', kaldırım taşı görünümü
Ekstraintestinal belirtiler	Göz, cilt ve eklem bulguları olabilir, sklerozan kolanjit tipiktir	Göz, cilt ve eklem bulguları olabilir, kolelitiazis tipiktir
Komplikasyonlar	Toksik megakolon ve uzun dönemde kolon kanseri	Obstrüksiyon ve fistülizasyon ön planda, striktür, abse, perianal hastalık, nütrisyonel bozukluk
* p-ANCA : Perinükleer anti-nötrofilik sitoplazmik antikor ** ASCA : Anti-saccharomyces cerevisiae antikor		

Mikroskopik (Atipik) Kolit

- Kronik sulu diyare ile seyreden, makroskopik olarak kolon mukozasının genelde normal olduğu, mikroskopik olarak lenfosit ağırlıklı inflamasyon saptanan ve **lenfositik kolit** veya **kollajenöz kolit** olarak 2 ayrı antiteden oluşan bir hastalıktır.
- Kollajenöz kolitte, lenfositik inflamasyona ilaveten **subepitelial kollajen tabakasında kalınlaşma** vardır.
- Genelde **orta-ileri yaş kadınlarda** görülür.
- Bazı hastalarda PPI, H2RA ve NSAİİ kullanımı ile ilişkili olabilir.
- Tanı özellikle proksimal kolondan alınan biyopsi ile konulur.
- Tedavide topikal budesonid, bizmut subsalisilat veya loperamid kullanılır.

Amibik Kolit

- Entamoeba histolytica** tarafından kolonda oluşturulan inflamatuvar bir hastalıktır.
- Hastalık; asemptomatik, noninvazif kolit, invazif kolit veya fulminant kolit şeklinde seyredebilir.
- Hastalığın seyri ajanın patojenitesine ve kişinin immünitesine bağlıdır.

Patoloji

- ✓ Ülseratif kolit, sadece **mukoza** ve **submukoza** hastalığıdır.
- ✓ En **erken bulgusu** endoskopik olarak **mukozal ödem**dir.
- ✓ **Hiperemik mukozal görünüm** tipiktir.
- ✓ Patolojik seksiyonda görülen **kript apseleri**, bu hastalık için spesifiktir.
- ✓ Mukozada ülserasyonlar olur. Ülserlerin üzeri pü ile kaplıdır.
- ✓ İlerlemiş vakalarda, **fibrozis** nedeniyle bağırsak boyu kısalır.
- ✓ **Stenoz** da ortaya çıkabilir.
- ✓ **Sigmoidin "S" şeklindeki kıvrımı** kaybolur.
- ✓ Hastalık rektumda başlar. Bazen rektuma lokalize kalır. Bazen proksimale yayılır.
- ✓ Yüzde 30 vakada tüm kolon tutulur.
- ✓ Hastalık **segmenter değildir**.
- ✓ Terminal ileum tutulumu nadir görülür (%10). Buna "**backwash ileitis**" denir. Ülserler arasındaki sağlam mukoza, polipoid bir görüntüye bürünür; bu yapılara da **psödopolip** adı verilir.
- ✓ Psödopolipler nedeniyle baryumlu kolon grafisinde **kaldırım taşı manzarası** olur. (Crohn'da daha belirgin)
- ✓ **Fibrozis nedeniyle haustral yapılar kaybolur** ve kolon grafisinde **kurşun 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 düşündüren 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 pürlü 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

- ✓ **Karaciğer tutulumu (%40-50):** **Karaciğer** ekstrakolonik tutulumda en çok etkilenen organdır. Yağlanma sık, siroz nadir görülür. Siroz gelişmişse tedavi sonrası düzelmez.
- ✓ **Sklerozan kolanjit % 5 oranında** görülür. Sklerozan kolanjitli hastaların %40 - 60'ında ülseratif kolit vardır. Sklerozan kolanjit inflamatuvar bağırsak hastalığı seyrinden **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.
- ✓ **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.

**Ülseratif kolitin yaygınlığı ve şiddetini tanımlayan montreal
klasifikasyonu**

- **E1 (Proktit):** İnflamasyon rektuma sınırlıdır.
- **E2 (Sol-taraf; distal):** İnflamasyon splenik fleksurada sınırlıdır.
- **E3 (Pankolit):** İnflamasyon proksimal splenik fleksuraya uzanır.
- **S0 (Remisyon):** Semptom yok.
- **S1 (Hafif):** Günde 4 veya daha az dışkılama (Kanlı veya kansız), sistemik semptomlar yok, normal inflamasyon markerleri.
- **S2 (Orta):** Günde 4 dışkılama, minimum sistemik bulgular.
- **S3 (Şiddetli):** Günde 6 veya daha fazla kanlı dışkılama, nabız sayısı ≥ 90 /dakika, ateş ≥ 37.5 OC, hemoglobin düzeyi < 10.5 g/dl, sedimentasyon hızı ≥ 30 mm/saat.

- Klasik olarak, hastalık rektumda ve eritem, ödem, vasküler bütünlüğün kaybı, granülerite ve kırlanlık görüntüsü ile başlar. Normal kolon veya bütün kolon ile enflamasyon arasındaki kenarı belirleyen bir **"sınır demarkasyon hattı"** olabilir. Kolitin derecesi mukozanın kaba görüntüsü ile değerlendirilebilir ve Crohnu düşündüren keskin sınırlı ülser alanlar görülmez.

Temel Bilimler 96. soru

Tusdata Pediatri Ders Notu 1. Fasikül Sayfa 233

- **Ülseratif kolitin tipik histolojik bulguları:** Kriptit, kript abseleri, kriptlerin inflamatuvar hücrelerle birbirinden ayrılması, akut enflamasyon hücre odakları, ödem, mukus kaybı ve kriptlerin dallanmasıdır. **Granülomlar, fissürler veya bağırsak duvarının tam kat tutulması** Crohn hastalığını (genellikle endoskopiden çok cerrahi biyopside saptanır) düşündürür.
- **Fulminan kolit** şüphesi olduğunda toksik meakolon ve perforasyon riski nedeniyle kolonoskopi yapılmamalıdır.
- Tedavisinde hafif vakalarda ve başlangıç tedavisi olarak aminosalisilatlar (mesalamin) ve türevleri (sülfasalazin), orta şiddetteki vakalarda budenosid, orta-ağır vakalarda (ağır kolit, pankolit, aminosalisilat yanıtı) ve akut alevlenmelerde prednizon, tedaviye yanıtı yok veya sık steroid kullanımı gerektiren vakalarda azatiopirin veya 6-merkaptopürin kullanılmaktadır.
- Medikal tedaviye dirençli vakalarda, fulminan kolitli hastalarda ve tedaviye bağlı komplikasyon gelişenlerde kolektomi yapılır.

CROHN HASTALIĞI (BÖLGESEL ENTERİT, BÖLGESEL İLEİT, GRANÜLOMATÖZ KOLİT)

- Crohn hastalığı barsağın kronik, idiyopatik inflamatuvar bir hastalığıdır ve sindirim sisteminde **ağızdan anüse kadar her yeri tutabilir.**
- Ülseratif kolit ile Crohn birçok açıdan benzerlikler taşımasına rağmen, özellikle klinik seyir ve GIS'te hastalığın yayılımı açısından belirgin farklılıklar da içerirler. **Ülseratif kolitte (toksik megakolon hariç) inflamasyon mukozaya sınırlı iken Crohn'da transmuraldır.**
- Crohn'da inflamatuvar olay eksantrik ve segmenter yerleşimli ve genellikle atlama alanları içeren (normal ve inflamasyonlu bağırsak alanları) özelliktedir.
- Çocuklarda erişkinlere göre daha yaygın anatomik tutulum görülür.
- Crohn hastalığı olan çocukların %50'sinden fazlasında başlangıç başvuru şekli ileokolit şeklindedir. Özellikle 8 yaş altında izole kolon tutulumu daha siktir ve ülseratif kolitten ayırt edilemeyebilir.

Pediatric notumuz yine bir soruya daha referans vermenin gururunu yaşıyor

Temel Bilimler 96. soru
Tusdata Pediatri Ders Notu 1. Fasikül Sayfa 232

Crohn hastalığı ve ülseratif kolitin karşılaştırılması		
Özellik	Crohn hastalığı	Ülseratif kolit
Rektal kanama	Bazen	Sık
İshal, mukus, püy	Değişken	Sık
Karın ağrısı	Sık	Değişken
Karında kitle	Sık	Bulunmaz

Temel Bilimler 96. soru
Tusdata Pediatri Ders Notu 1. Fasikül Sayfa 232

Rektal tutulum	Ara sıra	Yaygın
Piyoderma gangrenozum	Nadir	Var
Eritema nodozum	Sık	Daha az
Ağız ülserasyonu	Sık	Nadir
Tromboz	Daha az	Var
Kalın bağırsak hastalığı	%50-75	%100
İleal hastalık	Sık	Yok (Backwash ileit hariç)
Mide-özefagus hastalığı	Daha sık	Kronik gastrit görülebilir
Striktürler	Sık	Nadir
Fissürler	Sık	Nadir
Fistüller	Sık	Nadir
Toksik megakolon	Yok	Var
Sklerozan kolanjit	Daha az	Var
Kanser riski	Artmış	Büyük ölçüde artmış

Temel Bilimler 96. soru
Tusdata Pediatri Ders Notu 1. Fasikül Sayfa 232

Kript abseleri	Daha az	Sık
Granülomlar	Sık	Nadir
Çizgisel ülserasyonlar	Nadir	Sık
Perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikorlar (pANCA)	< %20	%70
Anti-Saccharomyces cerevisiae antikorları	%55	Nadir

KRONİK ÜLSERATİF KOLİT

- **Ülseratif kolit, kolonu tutar ve üst GİS'te görülmez.** Hastalık genellikle rektumda başlar ve proksimale doğru değişik mesafelere uzanır.

Klinik Özellikler:

- **Kan, mukus ve püy içeren dışkılama ve ishal** ülseratif kolitin klasik başvuru şekilleridir.
- Proktiti olanlarda kabızlık gözlenebilir. Tenezm, acil dışkılama hissi, kramp şeklinde karın ağrısı ve gece bağırsak hareketlenmeleri sıktır.
- Başlangıç şekli, sinsi yakınmalar ile fulminan başlangıç arasında değişir. **Ateş, derin anemi, hipoalbüminemi, lökositoz ve 5 gün boyunca günde 5'ten daha fazla kanlı dışkılama, fulminan koliti gösterir.** Tanıda yakınmaların kronik olması önemli bir bulgudur.