



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

Olgu Sunumu

16.08.2022

Arş. Gör. Dr. Dicle Aydın

Uzm. Dr. Ayşe Burcum Sertel



Olgu

- 15 yaş 8 aylık kız hasta
- Şikayeti: Karın ağrısı

Hikaye

- 6 aydır her gün 3-4 dakika süren karın ağrıları oluyormuş. Ancak arada acil başvurularına da neden oluyormuş.
- Genellikle stres anlarında oluyormuş.
- Ateş, enfeksiyon eşlik etmiyormuş.
- İshal şikayeti yok. Her gün yumuşak kıvamda gayta çıkışı var.
- Kusma yok. Ağıza acı su gelmesi, gece uykudan uyandıran karın ağrısı, ses kısıklığı, iştahsızlık yok. Kilo kaybı yok.
- Demir, B12 ve D vitamini başlandıktan sonra ağrıları bir süre azalmış. Ancak devam etmiş ve aralıklı acil başvuruları gerektirmiş.
- Bunun üzerine başvurduğu hastanenin acil servisinde karın tomografisi çekilerek Çocuk Gastroenteroloji Polikliniği'ne yönlendirilmiş.

Özgeçmiş

- Miadında doğum.
- Hastane yatış, operasyon öyküsü yok.
- Alerji: Polenlere karşı var.
- Aşıları tam
- Bilinen hastalık yok, kullandığı ilaç yok.

Soygeçmiş

- Akraba evliliği yok.
- Ailede enflamatuvar barsak hastalığı, çölyak hastası bilinen yok.
- 1. çocuk: Hastamız
- 2. çocuk: 3 yaş, kız, sağ, sağlıklı

Fizik Muayene

- Kilo: 48 kg (11p) -1,27 SDS
- Boy: 149 cm (<3p) -2,24 SDS
- BMI: 21,6 kg/m² (58p) 0,21 SDS

- **Vital Bulgular**

- Ateş: 36,7 C
- Solunum sayısı: 20/dk
- SPO₂: %100
- Kalp tepe atımı: 96 atım/dk
- Tansiyon: 110/60 mmHg

Fizik Muayene

- Genel durumu iyi, aktif, hareketli.
- Ciltte döküntü, peteşi, purpura, ekimoz yok.
- Gözlerde konjunktivit yok, göz hareketleri doğal.
- S1 ve S2 doğal. Ek ses veya üfürüm yok.
- Akciğer sesleri doğal. Ral, ronküs yok. Ekspiryum uzunluğu yok.
- Batın rahat. Defans yok, rebound yok. Hepatosplenomegali, ele gelen kitle yok.
- Anal bölgede çatlak yok, ampulla boş.
- Eklemler doğal, artrit bulgusu yok.
- Nörolojik muayenesi doğal.



Ayırıcı tanı
ve
tetkik
olarak
ne
planladınız?

Laboratuvar Bulguları

- AKŞ: 94 mg/dL
- Üre: 19 mg/dL
- Kreatinin: 0,6 mg/dL
- Total bilirubin: 0,46 mg/dL
- Direkt bilirubin: 0,07 mg/dL
- LDH: 458 U/L
- AST: 20 U/L
- ALT: 7 U/L
- Na: 136mmol/L
- K: 4,74 mmol/L
- Cl: 104,5 mmol/L
- Ca: 9,3 mg/dL
- P: 4,2 mg/dL
- Albümin: 35,3 g/L
- Amilaz: 24 U/L
- Lipaz: 6,1 U/L
- **CRP: 55**
- **Sedimentasyon: 37mm/saat**
- WBC: 11960/mm³
- NEU: 7760/mm³
- LYM: 2190/mm³
- Hb: 12,4 g/dL
- MCV: 78,8 fL
- PLT: 436.000/mm³
- IgA: 4,35g/l (1-4,47 g/l)
- TTG IgA: <2 Negatif
- **TİT**
 - pH: 6,0
 - Dansite: 1014
 - Kan, eritrosit, lökosit yok

Ek kan tetkiki, görüntüleme?

- Batın BT (Hasta BT çekilerek sonucu ile tarafımıza yönlendirilmiş):

'Terminal ileumda diffüz duvar kalınlık artışı izlenmekte olup çevresindeki yağlı doku minimal kirli görünümündedir.'

Hastamızın seyrinde,

- Enfeksiyöz durumlar ekarte edilen ve laboratuvar da akut faz reaktan yüksekliği devam eden hastaya özofago-gastro-duodenoskopi ve kolonoskopi planlandı.
- Yapılan özofago-gastro-duodenoskopi sonucu; normal
- Kolonoskopi sonucunda; çıkan kolon proksimalinde mukozada ödem, fragilite ve eritem, yer yer lineer ülserler, çekumda ve ileoçekal valv etrafında mukozada ödem, fragilite ve eritem, lineer ve derin ülserler, kaldırım taşı manzarası vardı. İleal entübasyon yapılamadı.

- Alınan biyopsi patolojileri sonucunda;
- Çekumda fokal glandüler düzensizlik, kript absesi, lamina propriada plazma hücrelerinden zengin mikst inflamatuvar hücreler
- Kolon, sigmoid kolon, rektosigmoid kolon, rektumda kronik yangı ve yer yer erozyon, fokal glandüler yetersizlik, konjesyon bulguları görüldü.

- MR enteroklizis bulguları 'Distal terminal ileumda ve çekumda diffüz duvar kalınlık artışı, çevre mezenterde kirli görünüm ve az miktarda serbest sıvı görülmektedir.' şeklinde yorumlandı.
- Hastaya Crohn hastalığı tanısıyla prednol başlanıp yakın takibe alındı.

Crohn Hastalığı

- Crohn hastalığı ve ülseratif kolit idiopatik kronik bağırsak enflamasyonu ile karakterize enflamatuar bağırsak hastalıklarıdır.
- Etiyolojileri tam olarak anlaşılamamış olup her iki hastalık da öngörülemeyen alevlenmeler ve düzelmelerle karakterizedir.
- Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı arasında birçok benzerlik olmasına rağmen, klinik seyir ve gastrointestinal kanaldaki hastalık dağılımı açısından önemli farklılıklar da içerir.

Tablo 362.2 Crohn Hastalığı ve Ülseratif Kolitin Karşılaştırılması

ÖZELLİK	CROHN HASTALIĞI	ÜLSERATİF KOLİT	ÖZELLİK	CROHN HASTALIĞI	ÜLSERATİF KOLİT
Rektal kanama	Bazen	Sık	Striktürler	Sık	Seyrek
İshal, mukus, püy	Değişken	Sık	Fissürler	Sık	Seyrek
Karın ağrısı	Sık	Değişken	Fistüller	Sık	Seyrek
Karında kitle	Sık	Görülmez	Toksik megakolon	Hiç görülmez	Görülür
Büyüme geriliği	Sık	Değişken	Sklerozan kolanjit	Daha az sıklıkta	Görülür
Peianal hastalık	Sık	Seyrek	Bağırsak kanseri riski	Artmış	Oldukça artmış
Rektal tutulum	Bazen	Her zaman	Atlamalı ("skip") lezyonlar	Sık	Görülmez
Piyoderma gangrenozum	Seyrek	Görülür	Transmural tutulum	Sık	Beklenmez
Eritema nodozum	Sık	Daha az sıklıkta	Kript apseleri	Daha az sıklıkta	Sık
Ağızda ülser	Sık	Seyrek	Granülomlar	Sık	Hiç görülmez
Tromboz	Daha az sıklıkta	Görülür	Lineer ülserasyonlar	Seyrek	Sık
Kolonik hastalık	%50-75	%100	Perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikor pozitifliği	<%20	%70
İleal hastalık	Sık	"Backwash" ileit dışında görülmez			
Ösefagus mide tutulumu	Daha sık	Kronik gastrit görülebilir			

Crohn Hastalığı

- Crohn hastalığı, sindirim kanalının ağızdan anüse kadar herhangi bir bölgesini tutabilir.
- İlk başvuruda, hastaların %50'sinden fazlasında ileum ve kolon tutulumu (ileokolit), %20'sinde sadece kolonik hastalık ve çocukların %30'una kadarında üst GI tutulum (özefagus, mide, duodenum) görülür.
- Enflamatuar süreç genellikle atlama alanlarıyla (enflame alanlar arasında normal barsak alanları) birlikte olup segmental olma eğilimindedir.
- Tutulum transmuraldır.

İnsidans

İnflamatuvar Barsak Hastalığı Ve Barsak Mikrobiyotası

Year 2017, Volume 1, Issue , 81 - 85, 15.11.2017

Ahmet Tarık Eminler Bilal Toka Mustafa İhsan Uslan

Abstract

Crohn Hastalığı (CH) ve Ülseratif Kolit (ÜK) nedeni kesin olarak bilinmeyen, patogenezinde genetik ve çevre rol aldığı inflamatuar barsak hastalıklarıdır (İBH). Tüm dünyada ÜK insidansı, 6,3-24,3/100.000, CH insidansı 20,2/100.000 olarak bildirilmiştir (1). Türkiye'de ise İBH derneğinin 2007 yılındaki verilerine göre İBH prevalansıdır. İnflamatuar barsak hastalığı için tedavi stratejilerinde son yıllarda artan gelişmeler olmakla beraber hı karşılanmamış önemli ihtiyaçlar mevcuttur. Hastalar daha güvenli, immünmodülatör ve immünsüpresif tedaviler alternatif olabilecek tedaviler aramakta olup bu anlamda İBH'da barsak mikrobiyotasının modülasyonu olarak çekici ve gerçekçi gözükmemektedir (2). Fakat çalışma ve yayınlardaki ikna edici olmayan sonuçlar kor halen yeterli kanıtları gösterememiştir ve bu nedenle çalışmalar elde edilen bulguların klinik pratiğe yansın değerlendirme konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu yazıda İBH ile barsak mikrobiyotası arasındaki etyopatolojik ilişki güncel bilgiler ışığında gözden geçirilmeye çalışılmıştır.

- Crohn hastalığı, bimodal yaş dağılımına sahip olma eğilimindedir ve ilk zirvesi ergenlik yıllarında görülür.
- Tüm dünyada crohn hastalığı insidansı 5-20.2/100.000 olarak bildirilmiştir.
- Türkiye'de ise İBH derneğinin 2007 yılındaki verilerine göre İBH prevalansı 36/100.000'dir.

Klinik Belirtiler

- Crohn hastalığı enflamatuar striktür yapıcı veya penetran karakterde olabilir.
- İnce bağırsak tutulumu olan hastaların fibrostenoz ile karakterize tıkanıklık özellikleri (en sık sağ alt kadranda ağrısıyla birlikte) gösterme olasılığı daha yüksekken; kolonik hastalığı olanların enflamasyona bağlı belirtiler (ishal, kanama, kramp) sergilemesi daha muhtemeldir.
- Mide ve duodenum tutulumu tekrarlayan kusma ve epigastrik ağrıya neden olabilir.

Klinik Belirtiler

- İnce bağırsak tıkanıklığı kramp tarzında karın ağrısı (özellikle öğünlerle) borborismus ve aralıklı karın distansiyonu yakınmalarına neden olabilir.
- Ateş, halsizlik ve kolay yorulma yaygındır.
- Gecikmiş kemik matürasyonu ve gecikmiş cinsel gelişimin eşlik ettiği büyüme geriliği diğer belirtilerden bir veya iki yıl önce gelebilir.
- Tek belirti büyüme geriliği ile başvurabilirler.
- Perianal hastalık ülseratif kolitin aksine sıktır. (Katlantı, fistül, derin fissür, apse)

Klinik Belirtiler

- Bağırsak dışı bulgular, Crohn hastalığında ülseratif kolitten daha sık görülür.
- Özellikle oral aftöz ülserler, periferik artrit, eritema nodozum, çomak parmak, episklerit, böbrek taşları (ürik asit, oksalat) ve safra taşları Crohn hastalığı ile ilişkilidir.

Ayırıcı Tanı

- Enfeksiyöz enteropatiler (akut terminal ileit, enfeksiyöz kolit, bağırsak parazitleri, periapendisiyal apse)
- Özellikle yersinia enfeksiyonu (crohn hastalığında görülen distal ince bağırsaktaki radyolojik ve endoskopik bulguların çoğuna neden olabilir.)
- Çölyak hastalığı ve giardia enfeksiyonu (ishal, kilo kaybı, protein kaybettiren enteropati)

Ayırıcı Tanı

- Gİ tüberküloz (Seyrekir ama Crohn hastalığını taklit edebilir.)
- Yabancı cisme bağı bağırsak perforasyonu
- Bağırsak lenfoması
- Tekrarlayan fonksiyonel karın ağrısı
- Terminal ileumun lenfoid nodüler hiperplazisi

Tanı

- Crohn hastalığı çeşitli belirti kombinasyonlarıyla ortaya çıkabilir.
- Belirtiler başlangıçta silik olabilir.
- Başlangıçta hastaların sadece %25'inde ishal, kilo kaybı ve karın ağrısı üçlüsü vardır.
- Hastaların çoğunda ishal yoktur ve sadece dörtte birinde gastrointestinal kanama vardır.

Tanı

- Kilo kaybı ve büyüme geriliği yaygındır ve genellikle beslenmeleri yetersizdir.
- Büyüme geriliğinin en erken belirtisi, Crohn hastalığı olan ergenlik öncesi dönemdeki hastaların %88'inde görülebilen ve tipik olarak hastanın yakınmalarından önce ortaya çıkan azalmış boy uzama hızıdır.
- Karında yaygın veya sağ alt kadranda lokalize hassasiyet olabilir.
- Sağ alt kadranda hassas bir kitle veya dolgunluk ele gelebilir.

Tanı

- Perianal hastalık, eğer varsa, karakteristik görünümündedir.
- Büyük anal deri katlantıları (1-3 cm çapında) veya pürülan akıntı gelen perianal fistüller Crohn hastalığını düşündürülebilir.
- Çomak parmak, artrit bulguları ve deri belirtileri görülebilir.

Laboratuvar

- Trombositoz
- Demir eksikliği bulgularıyla birlikte olan anemi
- Sedimentasyon hızı yüksekliği
- CRP yüksekliği
- Albümin düşüklüğü
- Dışkıda kalproteksin ve laktoferrin pozitifliği

Patoloji

- Biyopside yalnızca özgül olmayan kronik enflamatuvar değişiklikler görülebilir.
- Sarkoidozdakilere benzer kazeifiye olmayan granülomlar, çoğu zaman gösterilememelerine rağmen hastalığın en karakteristik histolojik bulgularıdır.
- Transmural enflamasyon da karakteristiktir ancak sadece cerrahi örneklerde saptanabilir.

Görüntüleme



CROHN HASTALIĞI
ŞÜPHEİ OLAN BİR
ÇOCUKTA İNCE VE
KALIN BAĞIRSAKLAR
VE ÜST Gİ
ENDOSKOPİK VE
RADYOLOJİK
ÇALIŞMALARIN HER
İKİSİYLE DE
İNCELENMELİDİR.



KOLONOSKOPİDE YAMA
TARZINDA, ÖZGÜL OLMAYAN
ENFLAMATUAR
DEĞİŞİKLİKLER (ERİTEM,
VASKÜLARİTE KAYBI VE
FRAJİLİTE), AFTÖZ ÜLSERLER,
LİNEER ÜLSERLER,
NODÜLARİTE VE STRİKTÖRLER
SAPTANABİLİR.



ÜST Gİ KANAL
TERMİNAL İLEUM VE
KOLONUN UYGUN BİR
ŞEKİLDE
DEĞERLENDİRİLEBİL
MESİ İÇİN
ÖZEFAGOGASTRODUO
DENOSKOPİ VE
İLEOKOLONOSKOPİ
YAPILMALIDIR.

Görüntüleme

- Tüm ince bağırsağı değerlendirmek ve striktürle seyreden veya penetran hastalığın bulgularını araştırmak için radyolojik çalışmalar gereklidir.
- Düz karın grafileri normal olabileceği gibi kısmi ince bağırsak tıkanıklığı bulguları veya kalınlaşmış ve ödemli kolon duvarının bir göstergesi olan 'thumb printing' bulgusu görülebilir.
- İnce bağırsak pasaj grafisiyle birlikte yapılan kontrastlı üst GI kanal çalışmasında lümende daralma veya striktür varlığının yanı sıra aftöz ülserasyon ve kalınlaşmış, nodüler katlantılar gösterilebilir.

Görüntüleme

- Bağırsak kıvrımları, bağırsak duvarlarının ve mezenterin kalınlaşması sonucu genellikle birbirinden ayrılmıştır.
- Radyografik çalışmalarda daha şiddetli Crohn hastalığına işaret eden diğer bulgular, bağırsak segmentleri arasındaki fistüller (enteroenterik veya enterokolonik) sinüsler ve striktürlerdir.
- İnce bağırsak pasaj grafisiyle birlikte yapılan kontrastlı üst GI kanal çalışması ince bağırsağın görüntülenmesi için tipik olarak tercih edilen çalışmadır, ancak BT ve MR enterografi ve ince bağırsak ultrasonografisi giderek daha fazla kullanılmaktadır.

Görüntüleme

- MR ve ultrason hastayı iyonizan radyasyona maruz bırakmama avantajına sahiptir.
- BT ve MR enterografiyle ayrıca apseler ve flegmonlar gibi lümen dışı bulgular değerlendirilebilir.
- Pelvik MR perianal tutulumun derecesini belirlemek açısından yararlıdır.
- PET/MR, tıkanıklık yapan lezyonların enflamatuvar veya fibrotik olarak tanımlanmasına yardımcı olabilir.

PCDAI skorlaması

Examination			
Weight Based on previous measurement at least 4-6 months earlier	Weight gain, weight voluntarily stable, or voluntary weight loss 0		
	Weight involuntarily stable or weight loss 1-9% +5		
	Weight loss ≥10% +10		
Height at diagnosis (or at follow-up)	<1 channel decrease (or height velocity ≥ -1SD) 0		
	Channel decrease ≥1 and <2 (or height velocity <-1SD and >-2SD) +5		
	≥2 channel decrease (or height velocity ≤-2SD) +10		
Abdomen	No tenderness, no mass 0		
	Tenderness, or mass without tenderness +5		
	Tenderness, involuntary guarding, or definite mass +10		
Peri-rectal disease	None or asymptomatic tags 0		
	1-2 indolent fistulae, scant drainage, and no tenderness +5		
	Active fistula, drainage, tenderness, or abscess +10		
Extra-intestinal manifestations			
Fever ≥38.5°C (101.3°F) for 3 days over past week, arthritis, uveitis, erythema nodosum, or pyoderma gangrenosum			
None 0 1 +5 ≥2 +10			

History: Based on recall from the previous week	
Abdominal pain	None 0
	Mild: Does not interfere with activities +5
	Moderate/Severe: Daily, longer lasting, affects activities, nocturnal +10
Stools per day	0-1 liquid stools, no blood 0
	2-5 liquid or ≤2 semi-formed with small blood +5
	≥6 liquid, gross blood, or nocturnal diarrhea +10
General well-being	Well (no limitation of activities) 0
	Below par (occasional difficulty in maintaining age-appropriate activities) +5
	Very poor (frequent limitation of activity) +10
Laboratory	
Sex	Male Female
Age	years
Hematocrit	Norm: 36 - 51 %
ESR	mm/hr
Albumin	Norm: 35 - 55 g/L ↵

Tedavi

- **Amaç:**
- Kronik enflamasyonun belirtilerini rahatlatmak ve komplikasyonlarını önlemek (anemi, büyüme geriliği),
- Hastalığın alevlenmesini önlemek,
- Kortikosteroid maruziyetini en aza indirmek,
- Mümkünse mukozal iyileşmeyi sağlamaktır.

Tedavi

- **Kullanılan özgül tedavi yaklaşımları;**
 - Hastalık tutulumunun lokalizasyonuna,
 - Enflamasyonun şiddetine ,
 - Hastanın yaşına,
 - Komplikasyonların varlığına (apse) bağlıdır.

Tedavi

- Geleneksel olarak, pediatrik Crohn hastalığının tedavisinde, erken dönem hastalığın steroidlerle tedavi edildiği ve immünsüpresif ilaçların daha az kullanıldığı bir 'step-up' tedavi paradigması kullanılmaktadır.
- Özellikle erişkinlerde çok sayıda çalışmayla daha üstün gösterilmesi üzerine 'top-down' yaklaşım benimsenmiştir.
- Bu yaklaşımla, orta-ağır şiddette Crohn hastalığı olan hastalar başlangıçta, daha güçlü ve hastalık modifiye edici ilaçlarla tedavi edilerek hastalık gidişinin erken döneminde mukozal iyileşme veya derin remisyon elde etmek amaçlanır.

Tedavi

- Bunun kortikosteroid maruziyetini azaltırken uzun dönem remisyon olasılığını artırdığı düşünülmektedir.
- Pediatrikte top-down yaklaşımının kullanılmasıyla remisyonda ve büyümede iyileşmeler gösterilmiştir ve tedavi yaklaşımı çocuklarda giderek daha fazla kullanılmaktadır.

Medikal Tedavi

- Enteral beslenme tedavisi
- Kortikosteroidler
- 5-aminosalisilatlar
- Antibiyotikler/probiyotikler
- İmmunomodülatörler

Cerrahi Tedavi

- Cerrahi tedavi çok özgül endikasyonlar için saklanmalıdır.
- İnce bağırsak veya kolonun tıbbi tedaviye cevap vermeyen lokalize hastalığı, bağırsak perforasyonu, semptomatik kısmi ince bağırsak tıkanıklığının eşlik ettiği fibrotik striktür ve tedaviye dirençli kanama, perianal apse (kendiliğinden drene olmadığı zamanlarda), perianal fistül durumlarında tercih edilen tedavi şeklidir.

- Bağırsak rezeksiyonu sonrası tekrar etme oranı yüksektir. (5 yılda %50'den fazla)
- Ek cerrahi gereksinim riski her ameliyatla artar.
- Ameliyat sonrasında tekrar etme riskini azaltmak için meselamin, metronidazol, azatipyopirin ve son zamanlarda infliksimab gibi ilaçlarla tıbbi tedavi sıklıkla verilir.

Kazanımlar

- Birinci ve ikinci basamak hekimliğinde inflamatuvar bağırsak hastalığı düşündüren yakınma ve bulguların farkında olmak
- Kronik gastrointestinal yakınması olan hastalarda büyüme değerlendirmesinin öneminin farkında olmak

Teşekkürler...