

# İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI MI? İNFEKSİYON MU?

Dr. Murat TÖRÜNER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

İnflamatuvar barsak hastalıkları (İBH) etiyojisi tam olarak bilinmeyen, alevlenmeler ve remisyonla seyreden, kronik, inflamatuvar hastalıklardır. Bu hastalık grubu ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığını (CH) içermektedir. Bu hastalıklarda temel klinik semptom ishaldir. Ülseratif kolit'te ishal genellikle kanlı ve baskın olan semptom iken, Crohn hastalığı'nda ishal genellikle kan içermez ve bu grupta baskın semptom karın ağrısıdır. Türkiye'de yapılan çok merkezli bir epidemiyolojik çalışmanın sonuçlarına göre ÜK sıklığı 4.4/100.000, CH sıklığı ise 2.2/100.000 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar Avrupa'dan düşük, diğer ortadoğu ülkelerinden ise yüksektir.

İBH tanısı spesifik bir tanısal yöntem yoktur. Ayrıntılı bir hikaye, fizik muayene, laboratuvar testler, endoskopik görüntüleme yöntemleri ve histopatolojik incelemelerden oluşan detaylı değerlendirmeler sonucu tanı kesinleşmektedir. İBH ayırıcı tanısında enfeksiyöz kolit ve enteritler, radyasyona bağlı kolit, iskemik kolit, ilaca bağlı kolitler, vaskülitler gibi pek çok hastalık detaylı olarak değerlendirilmelidir. Ülkemizde enfeksiyöz kolit ve enteritlerin görülme sıklığının yüksek olması, İBH'nın hem ilk tanısında hem de alevlenmelerinde ayırıcı tanıda bu hastalıkların sıklıkla düşünülmesini gerektirmektedir.

Kanlı ishale başvuran bir hastada ilk yapılması gereken anamnezin dikkatli olarak alınmasıdır. Aile veya yakın çevresinde de kanlı mukuslu ishal olması, kanlı ishale ek olarak hastada ateş olması daha çok enfeksiyöz kaynaklı hastalıkları düşündürmelidir. Hastanın anamnezinde 15-20 gün önce antibiyotik kullanımı var ise akla gelmesi gereken antibiyotiğe bağlı (C. Difficile) kolitlerdir. Yine anamnezde enfeksiyonların veya enfestasyonların sık olduğu yörelere yakın dönemde seyahatlerin olması ayırıcı tanıda önemlidir. Anamnez sonrası yapılması gereken gaita mikroskopisi, kültürü ve diğer laboratuvar testlerdir. Enfeksiyöz hastalıklarda gaitanın direkt mikroskopisinde bol lökosit ve eritrosit görülürken, İBH'lı bir hastanın gaita mikroskopisinde bol eritrosit ve nadir durumlarda lökosit görülmektedir. Enfeksiyöz kolitlerde ateş sıklıkla görülürken, İBH'da ateş hastalığın komplikasyonları esnasında (fulminan kolit, apse formasyonu) ortaya çıkmaktadır. İBH'nın enfeksiyöz kolitlerden ayırıcı tanısında mutlaka gaita kültürü yapılmalıdır. Gaita kültüründe eğer etken bakteri ise etkeni izole etmek olasıdır.

Gaitanın direkt mikroskopik incelemesi sırasında eritrosit ve lökositlerin yanı sıra enfeksiyöz etkenin kendisi de direkt olarak izlenebilir (örn.; E. Histolitika). Amibe bağlı kolitlerde gaitanın direkt mikroskopisinde amibin kendisi görülebilir, ancak görülmesi tanı için spesifik değildir. Patojenik olan E.Histolitika ile non-patojen olan E. Dispar'ın trofozoid formları mikroskopi altında identik görünüme sahiptir dolayısıyla, bu sebeple E. Histolitika'nın yol açtığı hastalığın tanısı E. Histolitika serolojik testleri ile konulmalıdır. Türkiye'de yapılmış çalışmalarda İBH – Amibik kolit birlikteliğine de vurgular yapılmıştır. Bazı merkezlerde yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin hastaların yaklaşık % 20'sinde olduğu belirtilmiştir. Ankara

Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise 100 İBH hastasında serolojik olarak E. Histolitika enfestasyonu sıklığı %0 olarak tespit edilmiştir.

C.Difficile'e bağlı kolitler genellikle antibiyotik kullanımını takiben ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda uzun süre youn bakımında yatan hastalarda ve proton pompa inhibitörü kullanan hastalarda da görülme sıklığı artmıştır. Hastalığın tanısı gaitada C.Difficile toksin A/B varlığı ile konulmaktadır. Hastalığın tedavisinde ilk seçenek metranidazol kullanımınıdır. Metranidazole yanıtızlık durumunda diğer seçenekler vankomisin ve fusidik asit tir. C. Difficile'e bağlı kolitlerde gaita sulu bazen mukus içerir. Kanlı ishal de görülebilmektedir. İshale kramp tarzı karın ağrısı, ateş eşlik eder. Bazı hastalarda İBH'da olduğu gibi toksik megakolon ve barsak perforasyonu meydana gelebilir. Bu hastalarda yapılan endoskopik incelemelerde kolon mukozasında sarı renkli, dokunmakla kanamalı membranlar görülmesi tanıyı desteklemektedir. Hastalarda protein kaybına bağlı olarak hipoalbuminemi ve ödem görülebilir. İBH'da ortaya çıkan C. Difficile enfeksiyonlarının İBH'nın alevlenmesini arttırdığı da bir başka gerçektir. Yapılan çalışmalarda C. Difficile enfeksiyonlarının İBH'da görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (2004 - %1.8; 2005 - %4.6).

İBH ile yakın ilişkisi olduğu bilinen bir başka enfeksiyöz kolit de Sitomegalovirüs (CMV) kolitidir. Bu viral gastroenterit sıklıkla immün yetmezliği olan bireylerde veya immünsüpresif ilaç kullanan kişilerde ortaya çıkmaktadır. Hastalığın tanısı kolondan alınan biyopsi örneklerinde CMV inklüzyon cisimciklerinin görülmesi ile ve/veya CMV IgM pozitifliği ve/veya CMV antijenemisi ve/veya CMV PCR pozitifliği ile konulmaktadır. Bu testler içinde tanısal olarak en spesifik test CMV PCR pozitifliği dir. CMV koliti tedavisinde kullanılacak ajanlar Gansiklovir/Valgansiklovir dir. İBH'da hasta uzun süredir immünsüpresif tedavi alıyorsa (özellikle kortikosteroidler) ve tedaviye rağmen klinik semptomlar ve endoskopik bulgular gerilemiyorsa CMV enfeksiyonu akla gelmelidir. CMV enfeksiyonu immünsüprese olmayan bireylerde genelde semptomatik değildir.

Türkiye'ye özgü bir diğer enfeksiyöz durum ise tüberküloz dur. Tüberküloz enfeksiyonu daha çok pulmoner tüberküloz olarak görülmekle beraber daha az sıklıkta intestinal tüberküloz vakaları (yaklaşık %1) da görülebilmektedir. İntestinal tüberküloz hem yerleşim yeri (en sık terminal ileum ve ileoçekal bölge) hem de semptomlar (subfebril ateş, zayıflama, karın ağrısı ve ishal) açısından CH ile benzeşmeler göstermektedir. Bu iki hastalığın ayırıcı tanısını yapmak çok önemlidir, çünkü İBH tedavisinde kullanılacak immünsüpresif tedaviler eğer bireyde intestinal tüberküloz mevcutsa tabloyu daha ciddi hale getirebilecektir. Her iki hastalıkta barsakta ülserlerle seyretmektedir. Histopatolojik incelemelerde her 2 hastalıkta da granülom görülebilmektedir. İntestinal tüberkülozlu bireylerin yaklaşık yarısının akciğer grafilerinin normal olabileceği akıldan çıkartılmamalıdır. İntestinal tüberküloz tanısı barsaktan

alınan biyopsi örneklerinin tüberküloz besi yerinde üretilmesi ile ve/veya aside dirençli boyama yöntemi ile mikroorganizmanın gösterilmesi ile konulabilir. Tanısal olarak en duyarlı test ise alınan örneklerde PCR yöntemi ile mikroorganizmanın tespitidir. Son yıllarda intestinal tüberküloz'un ayırıcı tanıdaki önemi artmaktadır. Bunun sebebi son yıllarda kullanımı giderek artmakta olan immünsüpresif (özellikle anti-TNF tedaviler) tedavilerdir. Neticede ayırıcı tanıda immünsüpresif tedavi başlanılmadan mutlaka intestinal tüberküloz düşünülmeli ve eğer pozitif bulunursa 3'lü veya 4'lü anti-tüberküloz tedavi ile hastalar tedavi edilmelidir.

Sonuç olarak; inflamatuvar barsak hastalıkları ile enfeksiyöz kolitler klinik olarak oldukça karışabilen hastalıklardır. Tedavi başlanmadan bu hastalıkların ayırıcı tanısının mutlaka yapılması ve hastaların tedavilerinin buna göre yönlendirilmesi gerekmektedir. Eğer bu ayırıcı tanı yapılmadan tedaviye başlanırsa özellikle İBH'da kullanılacak immünsüpresif tedaviler sonucunda altta yatan bir enfeksiyöz kolit/enterit varlığında klinik daha kötüye gidebilecektir. Ayrıca tedavi altındaki İBH'da ortaya çıkabilecek alevlenmelerde ve tedaviye yanıtızlıklarda da enfeksiyöz ajanlar düşünülmeli ve araştırılmalıdır.