

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI MI? İRRİTABL BARSAK SENDROMU MU?

Dr. Filiz AKYÜZ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Her iki hastalığın öncelikle barsağı ilgilendirmesi nedeni ile benzer semptomları vardır. Ayırıcı tanı 2 hastalığın özelliklerini iyi bilmekle mümkündür. Karşımıza ayrı ayrı gelebileceği gibi aynı hastada örtüşen hastalıklar şeklinde de gelebilir.

İrritabl barsak sendromu (IBS) yıllardır hekimlerin klinik pratiğinde problem olan bugün için fonksiyonel kabul edilen semptomlar topluluğudur. Aslında bir dışlama tanısıdır. Çünkü barsağı ilgilendiren pek çok hastalıkta da ishal, kabızlık, karın ağrısı, şişkinlik, gaz gibi ortak semptomlar bulunmaktadır. Her iki hastalık arasındaki temel fark IBS'nin fonksiyonel inflamatuvar barsak hastalığının (IBH) ise organik bir hastalık olmasıdır. IBS'de de inflamasyonun varlığı konusundaki çalışmalar son yıllarda artmakla birlikte, ciddi inflamasyon yoktur. Kabul edilen patogenezi birbirinden farklıdır. Lüminal faktörler (barsak florası) IBH tetiklenmesinde önemlidir. IBS başlamasında da geçirilmiş barsak enfeksiyonu ve değişen barsak florasının önemli rolü olduğu gösterilmiştir. IBH'de genetik faktörlerin rolü artık kabul edilmekle birlikte, IBS'de aile hikayesi varlığına rağmen bunun genetik geçişten ziyade çevresel faktörlerle ilişkili olduğu çalışmalarla gösterilmiştir.

Sonuç olarak öncelikle semptomların organik mi? fonksiyonel mi? olduğunun ayırt edilmesi gerekir. Her zaman bu ayırımı çok kolay olmayabilir. Klasik olarak semptomların hastayı gece derin uykudan uyandırması, kilo kaybı, ateş, eklem ağrısı gibi ek semptomların varlığı, laboratuvarında anemi, inflamasyon göstergelerinin artmış olması (CRP↑, sedimentasyon↑, lökositoz, trombositoz) ve malabsorbsiyon bulgularının varlığı organik olduğunun işaretidir. Buna karşın sabaha karşı uyandırması, ve diğer bulguların olmaması özellikle stres ile ve yemek ile semptomların artması fonksiyonel olduğunun göstergesidir (Tablo 1).

Organik	Fonksiyonel
>50 yaş	Uzun süredir (>2 yıl)
3 aydan kısa süre	Alarm semptomlarının olmaması
Gece semptomları	IBS, fibromyalji gibi durumlarla ilgili aile hikayesi
Rektal kanama	
Anemi	
Malabsorbsiyon	
Kilo kaybı (>4 kg)	
Antibiyotik kullanımı	
Yakın zamanda endemik enfeksiyon alanına seyahat	
İlaç kullanımı (NSAİİ)	
Ateş	
Kronik ciddi ishal	
Laktöz intoleransı, IBH, gluten enteropati aile hikayesi	

Aşağıdaki oranlarda görüldüğü gibi fonksiyonel hastalıklar toplumda daha sıktır. Bu nedenle klinik pratikte daha sık karşılaşılmaktadır.

Fonksiyonel ishal	%8.5	IBH	%0.5
IBS	%12.1	Gluten enteropati	%1.0
Fonksiyonel inkontinans	%6.9	Laktöz veya fruktoz intoleransı	%15-100

Tüm bu ayırt edici özelliklerin yanında her iki hastalığın klinik özelliklerini bilmek tanı koymayı kolaylaştırır.

IBS tanısı koymak ve literatürde dil birliği sağlamak amacı ile bazı tanı kriterleri oluşturulmuştur (Roma kriterleri III).

Buna göre IBS: Son 3 aydır varolan, ayda en az 3 gün olan, tekrarlayan karın ağrısı veya karında huzursuzluk, rahatsızlık hissidir. Aşağıdakilerden en az 2'sinin bulunması gereklidir.

- Defakasyon ile rahatlama
- Dışkılama sıklığında değişme ile başlaması
- Dışkı şeklinde değişme ile başlaması (semptomlar tanıdan 6 ay önce başlamalı, tam kriterleri son 3 aydır doldurmalı)

Bunların yanında acil tuvalet ihtiyacı, mukus deşarjı, şişkinlik olması da IBS'yi destekleyen semptomlardır.

IBS esas baskın olan dışkı şekline göre 4 alt tipe ayrılır.

- IBS-kabızlık (Dışkılamanın >%25 sert dışkılama)
- IBS-ishal ((Dışkılamanın >%25 sulu, yumuşak dışkılama)
- IBS-mikst (alterne)
- IBS-sınıflanamayan

Tanı, ağrı, barsak alışkanlığında ve dışkı şeklinde değişmeye göre konulmaktadır. Yukarıda belirtilen organik hastalığı düşündüren bulgular IBS'de bulunmaz. Bayan hastalarda ek olarak genitoüriner semptomlarda eşlik edebilir (dispareunia, ağrılı menstrüasyon). Patofizyolojisi visseral hiperaljezi, beyin-barsak aksında bozulma ve psikososyal bozukluk ile açıklanmaktadır. Bu nedenle uyku bozuklukları anksiyete, mood değişiklikleri sıklıkla eşlik eden bulgulardır.

Sonuç olarak tanı IBS'de anamnez ve yukarıda belirtildiği gibi diğer hastalıkları dışlayarak konulmaktadır. Tanı konulduktan sonra uzun takip önemlidir. Yapılan bir çalışmada 112 hasta 29 yıl takip edilmiş. Sadece 10 hastada organik hastalık gelişmiştir. Bunların sadece 4'ünde gastrointestinal sistem kanseri gelişmiş, hiçbirinde inflamatuvar barsak hastalığı gelişmemiştir. IBS de düşük derecede inflamasyon varlığı gösterilmiştir, ancak ciddi inflamasyon yoktur. Laboratuvarında inflamasyon göstergelerinin artmış olması IBH lehine alınmalıdır. IBH tanısı içinde standart bir biyokimya göstergesi yoktur. Tipik olarak tanı klinik semptomlar, endoskopik ve histolojik bulgular ile konulur. Semptomlardaki değişkenlik, endoskopik bulguların atipik veya silik olması nedeni ile tanı 6 ay ile 1 yıl arasında gecikebilir. Ülseratif kolit karın ağrısı, kanlı ishal ve mukuslu dışkılama ile baş vururken, Crohn hastalığı

karın ağrısı, ishal, kilo kaybı ile karşımıza gelir. Ayrıca en sık eklem bulguları ve cilt bulguları olmak üzere ekstraintestinal tutulum ile ilişkili semptomlarda bulunabilir. Crohn'da ileum ve ileoçekal bölge sıklıkla tutulmuşken, ülseratif kolit sadece kolonun hastalığıdır. Hafif aktiviteli hastalıkta özellikle IBS ile ayırım kolay olmayabilir. Fekal kalprotektin (granülosit içindeki proteindir, dışkıda artması barsak mukozasında nötrofil migrasyonunun olduğunu gösterir) ve laktoferrin (PNL içindeki demir bağlayan granüldür, intestinal inflamasyon ile artar) her ikisinde intestinal inflamasyonu gösterir. Ülseratif kolitte bunların pozitifliği daha üstündür. Ayırıcı tanıda %79 özgüllük ile yararlı olabileceği gösterilmiştir. Bunun yanında Roma kriterlerine göre hastayı değerlendirme de %81 özgüllükte tanıyı koydurmaktadır.

Bazen IBH tanısı almış bir hastada IBS semptomları bulunabilir. Bunun gerçekten örtüşen hastalık mı olduğu, yoksa enterik sinir sistemi inflamasyonu nedeni ile değişen motor aktiviteye mi bağlı olduğunu ayırmak kolay değildir. Hastalık remisyonunda bile olsa bozulan motor aktivite geç düzelmektedir. Bu gibi durumlarda tedaviyi her iki hastalığa yönelik uygulamak yararlıdır.

Özet olarak her iki hastalığın genç popülasyonu etkilemesi, IBS'nin klinik pratikte karşımıza çok çıkması, IBH'nın farklı

linik yelpazede görülebilmesi nedeni ile ayırıcı tanıları önemlidir. Anamnezde hastanın sorgusu, laboratuarda inflamasyon varlığı ve şüpheli vakalarda endoskopik ve histolojik bulgular tanıyı koydurmaktadır. Fonksiyonel barsak hastalığı tanısının aslında bir dışlama tanısı olduğunu ve takipte de dikkatli değerlendirmenin önemini unutmamak gerekir.

Kaynaklar

1. Quigley EM. Irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: interrelated diseases? *Chin J Dig Dis.* 2005;6(3):122-32.
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1480-91.
3. Irvine EJ. Organic bowel disease. In: Corazziari E, ed., *Diarrhoeal illness and anal incontinence control in functional intestinal disorders.* 1st ed. MESSAGGI 2006, 107-120
4. Tibble JA, Sigthorsson G, Foster R, Forgacs I, Bjarnason I. Use of surrogate markers of inflammation and Rome criteria to distinguish organic from nonorganic intestinal disease. *Gastroenterology* 2002;123(2):450-60
5. Schoepfer AM, Trummel M, Seeholzer P, Seibold-Schmid B, Seibold F. Discriminating IBD from IBS: comparison of the test performance of fecal markers, blood leukocytes, CRP, and IBD antibodies. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14(1):32-9
6. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995;122(2):107-12