

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI MI? AKUT BATIN MI?

Dr. Fatih BEŞİŞİK

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı, İstanbul

İnflamatuvar barsak hastalıkları traktusun primer, idiopatik, kronik, iltihabi hastalıklarıdır. Doğal seyirleri akut karın ağrısı ile komplike olabilir. Bu ağrılar çoğu kez medikal tedbirler ile kontrol altına alınabilen durumlar olmakla birlikte, kimi kez acil cerrahi girişim gerektirebilirler veya akut batına yol açabilen diğer durumların ayırıcı tanısına girerler. Ayrıca, inflamatuvar barsak hastalıkları akut batına yol açabilen bazı sebepler için kolaylaştırıcıdır. Ayırıcı tanı ve yaklaşım hemen daima görüntüleme tetkiklerinin yardımını gerekli kılar. Sağ üst kadran ağrısını değerlendirmede ultrasonografi, sağ ve sol alt kadran ağrısına yaklaşımda bilgisayarlı tomografi ilk başvurulması gereken tekniklerdir.

Karın ağrısı sık karşılaşılan bir yakınmadır. Ayaktan hasta başvurularının %1-2'inde, acil başvurularının %5'inde saptanan karın ağrısı yakınmasına yol açan neden çoğunlukla selimdir. Ancak, karın ağrısı ile acile başvuruların %10'unda hayatı tehdit eden bir durumla olduğu, bu hastaların bir kısmında derhal cerrahi müdahale yapılmazsa morbidite ve mortalite oranının yüksek olduğu gerçeği de bilinmelidir.

İnflamatuvar barsak hastalıkları (İBH) sindirim kanalının primer, idiopatik, kronik, iltihabi hastalıklarıdır. Hastalığın doğal seyri akut karın ağrısı ile komplike olabilir. İBH seyrinde akut karın ağrısı çoğunlukla tıbbi önlemler ile kontrol alınabilir. Bazen cerrahi girişim gerektirebilir veya akut karın kliniğine yol açan diğer hastalıkların ayırıcı tanısına girer. Ayrıca, İBH akut karın kliniğine yol açan bazı durumları kolaylaştırır.

ANA KURALLAR

Klinik yaklaşım	Kanıt değeri
Lökosit sayısının normal: akut appendisit dışlanamaz	C
Epigastrik ağrı: amilaz ve lipaz istenmelidir	C
Akut sağ üst kadran ağrısı: US seçkin görüntüleme yöntemidir	C
Akut sağ veya sol alt kadran ağrısı: BT seçkin görüntüleme yöntemidir	C

İnflamatuvar barsak hastaları tutulan bölgeye, inflamasyonun derecesine, intestinal komplikasyonlar ve ekstraintestinal bulguların varlığına göre değişen belirti ve bulgular ile başvurur. Tanı klinik değerlendirmenin radyolojik, endoskopik ve sıklıkla da histolojik verilerle birleştirilmesi ile konulur. İnflamatuvar barsak hastalıklarında karın ağrısının patofizyolojisi tartışmalıdır. Serozanın inflamasyonu visseral ağrıya yol açabilir. Özellikle Crohn hastalığında penetran ve sikatrizan komplikasyonlar ile ilişkili inflamatuvar veya fibrotik darlıkların bulunduğu bölgeden geçiş, gerilme reseptörleri sonuç olarak karın ağrısı ve bazen kusmaya yol açabilir. Crohn hastalığında barsak myenterik plexusundaki ganglionların sayı ve büyüklüğü, substans P reseptörlerinin miktarı artmıştır.

İnflamatuvar barsak hastalıkları protrombotik hastalıklardır. Hastalar venöz tromboembolizm, daha seyrek olarak

da arteriyel tromboz ile gelebilir. İnflamasyonun derecesine paralel olarak trombositoz, fibrinojen, fibrinopeptid A, faktör V, faktör VIII, düzeylerinde artış, antitrombin III, serbest protein S eksikliği olur. Dolaşan immun kompleksler, plasminojen aktivatör inhibitörlerinde artış, doku plasminojen aktivatör düzeylerinde azalma, spontan trombosit agregasyonu söz konusudur. Metilentetrahidrofolat redüktaz aktivitesinde azalma genel popülasyona göre daha sıktır. Bu durum B12 ve folat eksikliği ile birlikte hiperhomosisteinemi ile neticelenebilir.

Yağ malabsorpsiyonu durumunda luminal kalsiyum, oksalat yerine serbest yağ asitleri ile bağlanır. Bu durumda oksalat sodyum tuzu olarak emilir ve hiperoksaluri zemininde kalsiyum oksalat taşları gelişebilir. Hipovolemi ve hipermetabolik durum ürik asit taşlarına yol açabilir. İnflamatuvar barsak hastalarında ayrıca safra taşları ve akut pankreatit sıklığı artmıştır.

Ayırıcı tanı

Akut karın ağrısı ile gelen hastada ağrının lokalizasyonu yaklaşımda önemli yol göstericidir (Tablo 1).

Tablo 1. İBH'da karın ağrısında ayırıcı tanı

Lokalizasyon	Olası tanılar
Sağ üst kadran	Bilyer: kolesistit, kolelityaz, kolanjit Kolonik: kolit, divertikülit Hepatik: abse, hepatit, kitle Pulmoner: pnömoni, emboli Renal: nefrolityaz, pyelonefrit
Epigastrik	Bilyer: kolesistit, kolelityaz, kolanjit Kardiyak: miyokard infarktüsü, perikardit Gastrik: özofajit, gastrit, peptik ülser Pankreatik: pankreatit, kitle Vasküler: mezenterik iskemik, aort disseksiyonu
Sol üst kadran	Kardiyak: angina, miyokard infarktüsü, perikardit Gastrik: özofajit, gastrit, peptik ülser Pankreatik: pankreatit, kitle Renal: nefrolityaz, pyelonefrit Vasküler: Mezenterik iskemik, aort disseksiyonu
Periumbilikal	Kolonik: erken appendisit Gastrik:ince barsakta kitle-obstrüksiyon, özofajit, gastrit, peptik ülser Vasküler: mezenterik iskemik, aort disseksiyonu
Sağ alt kadran	Kolonik: appendisit, diğer ileit/ kolit sebepleri, divertikülit, IBS Jinekolojik: ektopik gebelik, fibroidler, over kitleleri, torsiyon, PİH Renal: nefrolityaz, pyelonefrit
Suprapubik	Kolonik: appendisit, kolit, divertikülit, IBS Jinekolojik: ektopik gebelik, fibroidler, over kitleleri, torsiyon, PİH Renal: sistit, nefrolityaz, pyelonefrit
Sol alt kadran	Kolonik: diğer kolit sebepleri, divertikülit, IBS Jinekolojik: ektopik gebelik, fibroidler, over kitleleri, torsiyon, PİH Renal: nefrolityaz, pyelonefrit
Herhangi yer	Karın duvarı: herpes zoster, kas gerilmesi, herni Diğer: barsak obstrüksiyonu, mezenterik iskemik, peritonit, narkotik eksikliği, porfiri, orak hücre krizi, ağır metal zehirlenmesi

İBH = inflamatuvar barsak hastalığı; IBS = irritabl barsak sendromu; PİH = pelvik inflamatuvar hastalık.

İnflamatuvar barsak hastalıkları içerisinde özellikle Crohn hastalığının doğal seyri tam duvar tutulum sebebi ile komplikasyonlara açıktır. İnflamatuvar başlayan hastalık zaman içerisinde perforan ve fibrostenozan komplikasyonlar ile neticelenebilir. Örneğin 2002 hastayı ilgilendiren bir seride 20.yılın sonunda hastaların %70'inde penetran; %18'inde fibrostenotik komplikasyonlar gelişmiş; hastaların sadece %12'i penetran veya fibrostenotik komplikasyonlardan bağımsız kalabilmiştir.

Penetran hastalık, mikroperforasyonlar tarzında ise ve bu mikroperforasyonlar mezenter ve/veya anslar ile sınırlandırılmış ise klinik tablo lokalize peritonittir. Bu lokalize peritonite lokalize flegmon ismi verilir. Lokalize flegmonda öncelikli tedavi lokalize flegmona yöneliktir. 7-10 gün süre ile PO beslenme kesilir, PA, anaeroblari da kapsayan geniş spektrumlu AB tedavisi verilir. AB tedavisi daha sonra 2-4 hafta PO olarak sürdürülür. Lokalize peritonit kontrol altına alınana kadar immunsupresif tedavi başlanmaz. Bununla birlikte uzun süredir KS almakta olan ve aksı baskılanmış olan hastalarda KS dozunu artırmak gerekebilir.

Böyle bir tabloda akut appendisit AT'da mutlaka düşünülmelidir. Lokalize flegmodanda palpabl kitle daha persistan bir bulgudur, sistemik semptomlar, akut appendiste göre çok daha ön plandadır; ancak hasta akut appendist şüphesi ile açılmış ve terminal ileit ile karşılaşmış ise ve çekum sağlam ise appendektomi yapılmalıdır. CH tanısı kesin ve tutulum sınırlı ise primer rezeksiyon düşünülmelidir.

Penetran hastalık abseleşme ile neticelenmiş ise drenaj şarttır. Bununla birlikte koleksiyonun çapı <3 cm. ise ve kaynak kontrol altında ise perkutan aspirasyon yeterli olabilir.

Drenaj tercihen perkutan yapılmalıdır. Bununla birlikte koleksiyon anslar arasında veya mezenter içerisinde ise perkutan drenaj mümkün olmayabilir. Yine koleksiyon sınırlı değil ise diffüz peritonit söz konusu ise cerrahi drenaj düşünülmelidir.

Perkutan drenaj yapıldığında drenaj tüpü her gün SF ile yıkanmalıdır. Yeterli klinik yanıt elde edildikten ve gelen miktar <20 ml olduktan sonra drenaj tüpü çekilebilir. Miktarın giderek artması fistülleşme düşündürmeli, bu durumda suda çözünür kontrast ile film çekilerek tanı doğrulanmalıdır. Fistülleşme tespit edildiğinde, drenaj tüpü açıklığın karşısına lokalize edilmelidir.

Koliform bakterileri ve anaeroblari kapsayan antibiyotik tedavisi, rezidüel infeksiyonun kontrolüne yönelik olarak, abse tedavisinin bir parçasıdır. Bu kapsamda bakteroidlere de etkili 2.kuşak sefalosporinler, karbapenemler, extended spektrum penisilin-beta laktamaz kombinasyonları tek ajan olarak tercih edilebilir. Diğer bir alternatif metranidazol ile florokinolonlar, 3.veya 4. kuşak sefalosporinlerin ya da aminoglikozidlerin kombine edilmesidir.

Antibiyotik tedavisi ateş kaybolana, lökositöz düzeline kadar devam edilmelidir.

Tedavi sırasında kötüleşme olacak olur ise, drene edilmiş alanların varlığı, antibiyotik direnci, fungal superinfeksiyon, ama en az bunlar kadar önemli, devam eden hastalık aktivitesi akla gelmelidir.

GÖRÜNTÜLEME TETKİKLERİ

Ağrının lokalizasyonu istenilecek ilk tetkiki belirler (Tablo 2).

Tablo 2. Ağrının yerine göre istenilmesi gereken radyolojik tetkikler

Ağrının yeri	Görüntüleme
Sağ üst kadrant	Ultrasonografi
Sol üst kadrant	BT
Sağ alt kadrant	İV kontrastlı BT
Sol alt kadrant	PO ve İV kontrastlı BT
Suprapubik	Ultrasonografi