


# İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda Klinik, Tanı, Seyir, Tedavi ve Görüntülemeden Beklentiler

Beytullah Yıldırım 

## ÖĞRENME HEDEFLERİ

- İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı hangi klinik bulgulara yol açar?
- İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda nasıl tanı konulur?
- İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda tedavi seçenekleri nelerdir?
- İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda görüntülemeden beklentiler nelerdir?

Yıldırım B. İnflamatuvar bağırsak Hastalığı'nda klinik, tanı, seyir, tedavi ve görüntülemeden beklentiler. *Trd Sem 2022;10(3):254-264.*

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH) gastrointestinal kanalın kronik inflamatuvar durumudur [1]. **Hastalık her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, 15-30 yaş arasında tanı sıklığında artış izlenmekte olup, 50-80 yaş grubunda da sıklığın arttığı bildirilmiştir [2, 3]. İBH'nın endüstrileşmiş ülkelerde 21.yüzyılın prevalansı en sık artan gastrointestinal hastalığı olması nedeniyle gelecekte toplum sağlığı açısından önemli sorun oluşturacağı aşikardır. Bu nedenle hastalığın tüm hekimler tarafından en azından tanı koyabilecek derecede bilinmesi önemlidir.**

İBH oluşumunda genetik faktörlerin yanında bağırsak mikrobiyotası, çevresel faktörler ve mukozal immun sistemin etkili olduğu ileri sürülmektedir [4]. Crohn Hastalığı (CH) ve Ülseratif Kolit (ÜK) İBH'yı oluşturan temel iki hastalıktır. Hastalığın yol açtığı semptomlar, tutulum özellikleri, endoskopik

ve radyolojik görünümündeki farklılıklar, eşlik eden klinik durumlar ve histolojik bulgular ÜK ve CH'nın ayırıcı tanısında yol göstericidir. Klinisyen tarafından yapılacak dikkatli bir anamnez alma, fizik muayene, endoskopik değerlendirme ve patoloğun histopatolojik yorumu yanında hangi aşamada, hangi endikasyonlarda, hangi görüntüleme yönteminin seçileceğini bilmek gerek tanının konmasında, gerek komplikasyonların değerlendirilmesinde, gerekse tedavinin takibinde oldukça önemlidir.

ÜK distalden proksimale doğru aralıksız olarak kolonu, nadiren de kolona ek olarak terminal ileumu tutar. Mukozal tabakayla sınırlı inflamasyon izlenir, remisyon ve alevlenmelerle seyredir. Hastalar genellikle karın ağrısı, ishal, kilo kaybı ve kanlı dışkılama semptomlarından biri veya birkaçı ile başvururlar. ÜK sıklığının erkeklerde hafif yüksek olduğu

bildirilmiştir [5]. Sigara kullanımı ÜK gelişimi için risk oluşturmazken, sigara kullanımının bırakılmasının hastalık aktivasyonu ve hastaya yatış riskini artırdığı ileri sürülmüştür [6]. Truelove-Witts Skorlaması [7], Montreal Klasifikasyonu [8] gibi klinik skorlamalar hastalığın ciddiyetinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (Tablo 1 ve 2).

Şiddetli hastalık ciddi kanama, fulminan kolit, toksik megakolon ve perforasyona yol açabilir. Ondand fazla dışkılama, sürekli kanlı dışkılama, karın ağrısı, ani başlayan ciddi toksik semptomların mevcudiyeti fulminan kolit ve toksik megakolon gelişimini düşündürmelidir. Toksik megakolon sistemik toksisitenin mevcudiyeti ve kolon çapının  $\geq 6$  cm veya çekum çapının  $>9$  cm saptanması olarak tanımlanır [9].

ÜK'li hastalar sıklıkla kanlı dışkılama ile başvurduğu için, bu hastalarda kanlı dışkılamasının diğer bakteriyel nedenleri olan Clostridium difficile, Escherichia coli, Salmonella ve Shigella'nın da dışlanması önerilir. Lökositlere

bağlı bir protein olan fekal kalprotektin'in dışkıda negatif olması neredeyse hastalığı dışlar (%1 ihtimal), pozitif saptanması İBH için spesifik değildir [10].

ÜK'in en sık ekstraintestinal belirtileri eklem, deri, göz ve karaciğer tutulumudur. Eklem tutulumu aksiyel ya da periferik eklem tutulumu şeklinde olabilir. Eritema nodozum, pyoderma gangrenozum veya primer sklerozan kolanjit görülebilir.

ÜK tedavisinde amaç öncelikle aktif hastalığın remisyonunu sağlamak, ardından idame tedavisiyle tekrar aktivasyonu engellemektir. Tedavide kullanılan ilaçlar ve kullanımı sırasında dikkat edilecek durumlar Tablo 3'de özetlenmiştir. Klasik 'step-up' yaklaşımında tedaviye basamak tedavisi şeklinde öncelikle zayıf ilaçlarla başlanırken, yeni yaklaşımlarda direkt biyolojik ajanlarla tedaviye başlanmaktadır. Mesalamin tedavisinin hafif ve orta şiddetteki hastalıklarda kullanılabileceği, 2gr/gün altındaki dozların yetersiz olduğu ve ilacın ihtiyaç halinde günde tek doz olarak alınabileceği

**Tablo 1.** Truelove ve Witts Skorlaması

Değişken	Hafif	Ciddi	Fulminan
Dışkılama sayısı	<4	>6	>10
Kanlı dışkılama	Aralıklı	Sıklıkla	Devamlı
Vücut ısısı	Normal	>37,5°C	> 37,5°C
Kalp hızı	Normal	> 90/dk	> 90/dk
Hemoglobin	Normal	< 10,5 gr/dL	Transfüzyon ihtiyacı
Sedimentasyon	$\leq 30$ mm/h	> 30 mm/h	> 30 mm/h
Kolonda radyolojik bulgular	Normal	Duvarı ödem, parmak izi görünümü	Dilatasyon
Klinik bulgular	Normal	Abdominal hassasiyet	Abdominal distansiyon ve hassasiyet

**Tablo 2.** Montreal Klasifikasyonu

Yayılm	Hastalık tutulumu	Anatomi
E1	Ülseratif proktit	İzole rektal tutulum
E2	Sol kolon hastalığı	Rektum ve sigmoid kolon tutulumu var, splenik fleksurayı geçmiyor.
E3	Ekstensif kolit	Splenik fleksurayı geçen tutulum

Tablo 3. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı'nda tedavi [kaynak 10 ve 17'den uyarlanmıştır]

Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit			Sık yan etkileri		
Tedavi	Endikasyon	Doz	Tedavi	Endikasyon	Doz	Önerilen takip	Sık yan etkileri
5-ASA (Mesalamin Sulfasalazin)	İndüksiyon/ idame (Hafif ileal hastalıkta)	3-4 g/gün	5-ASA (Mesalamin, Balsalazin, Olsalazin, Sulfasalazin)	İndüksiyon idame	3-4 g/gün 2 g/gün	Kre ve TIT (Sulfasalazin için hemogram, transaminazlar)	Baş ağrısı, bulantı, ishal, interstisyel nefrit Hemolitik anemi, lökopeni(Sulfasalazin)
Kortikosteroid (Prednizolon)	İndüksiyon	50mg/gün	Topikal 5-ASA Kortikosteroid (Prednizolon)	Sol kolon tutulumu ya da proktit İndüksiyon	Supozituar 1 g/gün Lavman 1-4 g/gün 50 mg/gün	Tedavi öncesi HBV ve latent Tbc taraması DEXA (>3 aylık tedavi)	Osteopeni Osteoporoz Avasküler nekroz Adrenal yetmezlik İnfeksiyon Kilo artışı Delirium Katarakt Glokom Deri değişikliği Yara iyileşmesinde gecikme
Tiopürinler (AZA, 6-MP)	İdame	AZA, 2-2,5 mg/kg/gün 6-MP, 1-1,5 mg/kg/gün	Topikal Kortikosteroid	Sol kolon tutulumu ya da proktit	Supozituar/ Enema 5 mg/gün	Tedavi öncesi HBV ve latent Tbc taraması TPMT seviye ölçümü Hemogram, transaminaz takibi Yıllık deri muayenesi, Kadınlarda yıllık PAP smear	Bulantı-kusma Hepatit Lökopeni Pankreatit İnfeksiyon Non-Hodgkin lenfoma Non-melanoma deri kanseri Serviks displazisi

(Devamı)

Tablo 3. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı'nda tedavi [kaynak 10 ve 17'den uyarlanmıştır] (Continued)

Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit					
Tedavi	Endikasyon	Doz	Tedavi	Endikasyon	Doz	Önerilen takip	Sık yan etkileri
Metotreksat	İdame	20-25 mg	-	-	-	Hemogram, transaminaz takibi Folik asit (1mg) eklenmeli	Bulantı-kusma Sitopeni İnfeksiyon
İnfliximab Adalimumab	İndüksiyon İdame	Endikasyona göre önerilen dozda	İnfliximab Adalimumab Golimumab	İndüksiyon İdame	Endikasyona göre önerilen dozda	Tedavi öncesi HBV ve latent Tbc taraması, Hemogram, transaminaz	Bölgesel reaksiyon İnfeksiyon Latent Tbc ve HBV reaktivasyonu Melanoma Non-Hodgkin lenfoma Psöriazis Egzema
Anti-integrin (Vedolizumab)	İndüksiyon İdame	Endikasyona göre önerilen dozda	İnfliximab	Akut ciddi kolit	Önerilen dozda		İnfüzyon reaksiyonu Enterik infeksiyon
-	-	-	Janus kinaz inhibitörü (Tofacitinib)	İndüksiyon İdame	10-20 mg/gün	Tedavi öncesi HBV ve latent Tbc taraması, Hemogram, transaminaz, lipidler, periyodik deri muayenesi	İnfeksiyon Lenfopeni Anemi Hepatit Hiperlipidemi Latent Tbc reaktivasyonu Lenfoma Herpes zoster Gastrointestinal perforasyon

(Devamı)

Tablo 3. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı'nda tedavi [kaynak 10 ve 17'den uyarlanmıştır] (Continued)

Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit					
Tedavi	Endikasyon	Doz	Tedavi	Endikasyon	Doz	Önerilen takip	Sık yan etkileri
Ustekinumab	İndüksiyon İdame	Endikasyona göre önerilen dozda	-	-	-	Tedavi öncesi HBV ve latent Tbc taraması, Hemogram, transaminaz	Bulantı-kusma Karın ağrısı Baş ağrısı Görme bozukluğu Konfüzyon Herpes zoster Latent Tbc reaktivasyonu

AZA: Azatiopürin, 6-MP: 6-Merkaptopürin, TPMT: Tiopürin metil transferaz

**akılda tutulmalıdır.** Rektosigmoid ve sol kolon tutulumlu hastalarda kombine oral ve topikal mesalamin kullanımı, tek başına oral ya da topikal tedavi kullanımından daha etkilidir. **Orta ve ciddi hastalık tedavisinde oral ya da İV steroid tedavisi önerilir.** Oral 40-60 mg prednizolon, oral tedaviye cevapsız vakalarda 40-60 mg İV metil prednizolon kullanılır. Steroidler indüksiyon tedavisinde kullanılırlar ve idame tedavisinde yeri yoktur. **Cevapsız vakalarda infliximab veya siklosporin kurtarma tedavisi ya da cerrahi düşünülmelidir [11].** Tiopürinlerin etkili serum seviyesine ulaşması haftaları bulduğundan akut atak tedavisinde kullanılmamakta, idame tedavisinde önerilmektedir. Tiopürin metil transferaz enzim eksikliği olanlarda lökopeni ve transaminaz yüksekliğine yol açabilmesi nedeniyle tedavi öncesi enzim düzeyinin tayini önerilmektedir. Enzim düzeyi bakılmadan tedaviye başlanan hastalarda ilk bir ay haftada bir, ardından iki ay iki haftada bir hemogram ve transaminaz takibi önerilmektedir. Azatiopürin lenfoma riski nedeniyle Epstein-Barr virüs infeksiyonu negatif olan hastalarda ve 2-2,5 mg/kg/gün dozda önerilmektedir. **Anti-TNF ajanlar orta ve şiddetli ÜK'te akut atakta ve idame tedavisinde kullanılabilir.** Anti-TNF öncesi hastalar latent tüberküloz ve hepatit B açısından test edilmeli, pozitif vakalar profilaktik tedavi için değerlendirilmelidir.

ÜK'li hastaların yaklaşık %15'inde toksik megakolon, perforasyon, tedaviye cevapsız kanama, medikal tedaviye cevapsızlık ve kanser nedeniyle cerrahi gerekmektedir [10]. En sık önerilen cerrahi yöntem total proktokolektomi ve ileal poş+anal anastomoz'dur.

ÜK hastalarında kolon kanseri gelişim riski artmaktadır. Bu risk artışında hastalığın yayılımı ve hastalık süresi iki önemli faktördür. Proktitli ve rektosigmoid tutulumlu hastalarda muhtemelen kanser riski artmazken, pankolitli hastalarda bu riskin en yüksek olduğu bildirilmiştir.

CH, en sık terminal ileum olmak üzere, ağızdan anüse kadar gastrointestinal kanalın herhangi bir bölgesini tam kat olarak tutar. En sık karşılaşılan şikayet karın sağ alt kadranında

lokalize karın ağrısı ve ishaldir. Ayırt edici bulguları atlamalı tutulumun izlendiği, ülserasyon, eritem, mukozal ödem ve/veya lümen daralması ile karakterize inflamasyon alanlarıdır. Mikroskopide distorsiyon, lenfoid infiltratlar ve/veya granülomlar ile birlikte transmural inflamasyon izlenmesi önemlidir. CH lüminal darlıklara, perianal bölge ile karın içerisinde apselere ve fistüllere yol açabilir. Montreal Klasifikasyonu'nda hastalık striktüran, penetran, inflamatuvar ve perianal hastalık olarak ayrılır. Hastalığın şiddetinin belirlenmesinde Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi (CHAI) kullanılır (Tablo 4). CHAI'nde hastalık şiddeti remisyona <150, hafif-orta 150-220, orta-ciddi 220-450 ve ciddi hastalık >450 olarak değerlendirilir.

CH sıklığının kadınlarda hafif yüksek olduğu bildirilmiştir [5]. **Sigara kullanımı CH riskini ve hastalığın komplikasyonlarına (darlık, vb.) bağlı cerrahi gereksinim ihtiyacını**

arttırmaktadır [12, 13]. Yüksek fiberli diyet ve vitamin D kullanımı hastalık riskini azaltırken, artmış yağ alımı hastalık riskini arttırmaktadır [14].

CH'nin ekstraintestinal belirtileri arasında genellikle dizler, kalçalar ve omuzların etkilendiği enteropatik artrit, sakroileit, ankilozan spondilit, eritema nodozum, piyoderma gangrenozum, üveit, episklerit ve ağız ülserleri sayılabilir. CH'nda da primer sklerozan kolanjit görülebilir, ancak sıklığı ÜK hastalarından çok daha azdır [11].

CH tedavisi de indüksiyon ve idame basamaklarından oluşur. Steroidler indüksiyon tedavisinde kullanılır. Budesonid hafif-orta şiddetteki hastalarda kullanılan, karaciğerde ilk geçişte metabolize olan bir steroiddir. İdame tedavisinde immunomodülatör ilaçlar veya biyolojik ajanlar önerilir. CH tedavisinde hastalığın 50 yaş üzeri başlangıcı, kısa hastalık süresi, steroid tedavisi gerekmemesi, düşük CRP, düşük fekal kalprotektin düzeyi ve yüzeysel ülserler düşük risk olarak değerlendirilir. 50 yaş altında başlangıç, sigara kullanımı, uzun hastalık süresi, erken steroid ihtiyacı, perianal fistül, düşük hemoglobin seviyesi, düşük albümin seviyesi, yüksek CRP, yüksek fekal kalprotektin düzeyi ve derin ülserlerin saptanması ise yüksek risk olarak değerlendirilir [15]. Düşük riskli hastalarda step-up tedavi, yüksek riskli hastalarda ise biyolojik ajanlarla tedavi (Top-down) önerilmektedir. CH tedavisinde ÜK ile aynı immunomodülatör ilaçlar ya da biyolojik ajanlar kullanılırken metin içerisinde ve Tablo 3'de ÜK tedavisinde bahsedilen öneriler dikkate alınmalıdır.

Önceki yayınlarda Crohn hastalarında tanının 10 yılında neredeyse vakaların yarısında (%47) cerrahi gerekebileceği bildirilmişken [16], gerek medikal tedavi seçeneklerindeki yenilikler gerekse endoskopik müdahale tekniklerindeki gelişmeler cerrahi ihtiyacını azaltmıştır.

İBH'da radyolojik görüntüleme hastalığın tanısında, hastalığın ciddiyetinin (toksik megakolon gibi) değerlendirilmesinde, tutulum yerlerinin belirlenmesinde, apse-fistül-perforasyon gibi birlikte bulunan hastalık komplikasyonlarının saptanmasında, darlıklar nedeniyle

**Tablo 4.** Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi

Defekasyon (7 gün, günlük sayı)	× 2
Karın ağrısı	
Yok:0	× 5
Hafif:1-2	
Şiddetli:3	
Genel durum	
İyi: 0	× 7
Orta: 1-2-3	
Kötü: 4	
Komplikasyon	× 20
Opiat kullanımı	× 30
Karında kitle	
Yok: 0	× 10
Şüpheli: 2	
Belirgin: 5	
Hematokrit	
< 47 (erkek)	× 6
< 42 (kadın)	
Ağırlık azalması (%)	× 1

geçilemeyen bölgenin distalinin veya proksimalinin değerlendirilmesinde, striktür ya da inflamasyon mevcudiyetinin ayırt edilmesinde ve tedavi cevabının değerlendirilmesinde önemlidir. Kullanılacak radyolojik yöntem belirlenirken tetkikin kolay ulaşılabilir ve ucuz olması yanında tanısal doğruluğunun yüksekliği de oldukça önemlidir. Ayrıca İBH hastalarının sık radyolojik değerlendirme ihtiyacı nedeniyle kullanılacak radyolojik yöntemler öncelikle X-Ray içermeyen cihazlar dikkate alınarak planlanmalıdır.

Sonuç olarak inflamatuvar bağırsak hastalığı sıklığı artmakta olup, hastalık ve komplikasyonları iyi bilinmeli, hastalığın tanı ve takip aşamalarında uygun radyolojik yöntemler seçilmelidir.

## Kaynaklar

- [1]. Szigethy E, McLafferty L, Goyal A. Inflammatory bowel disease. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010; 19(2):301-18. [\[CrossRef\]](#)
- [2]. Ekobom A, Helmick C, Zack M, Adami HO. The epidemiology of inflammatory bowel disease: a large, population-based study in Sweden. *Gastroenterology*. 1991; 100(2):350-8. [\[CrossRef\]](#)
- [3]. Bernstein CN, Wajda A, Svenson LW et al. The epidemiology of inflammatory bowel disease in Canada: a population-based study. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101(7):1559-68. [\[CrossRef\]](#); Erratum in: *Am J Gastroenterol*. 2006; 101(8):1945. PMID: 16863561.
- [4]. Guan Q. A comprehensive review and update on the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *J Immunol Res*. 2019; 2019:7247238. [\[CrossRef\]](#)
- [5]. Shivashankar R, Tremaine WJ, Harmsen WS, Loftus EV Jr. Incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota from 1970 through 2010. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017; 15(6):857-63. [\[CrossRef\]](#)
- [6]. Beaugerie L, Massot N, Carbonnel F, Cattan S, Gendre JP, Cosnes J. Impact of cessation of smoking on the course of ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 2001; 96(7):2113-6. [\[CrossRef\]](#)
- [7]. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Brmed J*. 1955; 2(4947):1041-8.
- [8]. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006; 55(6):749-53. [\[CrossRef\]](#)
- [9]. Jalan KN, Sircus W, Card WI et al. An experience of ulcerative colitis. I. Toxic dilation in 55 cases. *Gastroenterology*. 1969; 57(1):68-82. [\[CrossRef\]](#)
- [10]. Feuerstein JD, Moss AC, Farraye FA. Ulcerative colitis. *Mayo Clin Proc*. 2019; 94(7):1357-73. [\[CrossRef\]](#)
- [11]. Cushing K, Higgins PDR. Management of Crohn disease: a review. *JAMA*. 2021; 325(1):69-80. [\[CrossRef\]](#)
- [12]. Mahid SS, Minor KS, Soto RE, Hornung CA, Galandiuk S. Smoking and inflammatory bowel disease: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2006; 81(11):1462-71. [\[CrossRef\]](#); Erratum in: *Mayo Clin Proc*. 2007; 82(7):890 ()
- [13]. Louis E, Michel V, Hugot JP et al. Early development of stricturing or penetrating pattern in Crohn's disease is influenced by disease location, number of flares, and smoking but not by NOD2/CARD15 genotype. *Gut*. 2003; 52(4):552-7. [\[CrossRef\]](#)
- [14]. Hou JK, Abraham B, El-Serag H. Dietary intake and risk of developing inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature. *Am J Gastroenterol*. 2011; 106(4):563-73. [\[CrossRef\]](#)
- [15]. Roda G, Chien Ng S, Kotze PG et al. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(1):22. [\[CrossRef\]](#); Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. Erratum in: 2020; 6(1):26; Erratum in: 2020; 6(1):42; Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(1):51. PMID: 32242028
- [16]. Frolkis AD, Dykeman J, Negrón ME et al. Risk of surgery for inflammatory bowel diseases has decreased over time: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Gastroenterology*. 2013; 145(5):996-1006. [\[CrossRef\]](#)
- [17]. Wright EK, Ding NS, Niewiadomski O. Management of inflammatory bowel disease. *Med J Aust*. 2018; 209(7):318-23. [\[CrossRef\]](#)

# İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda Klinik, Tanı, Seyir, Tedavi ve Görüntülemeye Beklentiler

Beytullah Yıldırım

## Sayfa 1

Hastalık her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, 15-30 yaş arasında tanı sıklığında artış izlenmekte olup, 50-80 yaş grubunda da sıklığın arttığı bildirilmiştir. İBH'nın endüstrileşmiş ülkelerde 21. yüzyılın prevalansı en sık artan gastrointestinal hastalığı olması nedeniyle gelecekte toplum sağlığı açısından önemli sorun oluşturacağı aşikardır. Bu nedenle hastalığın tüm hekimler tarafından en azından tanı koyabilecek derecede bilinmesi önemlidir.

## Sayfa 1

ÜK distalden proksimale doğru aralıksız olarak kolonu, nadiren de kolona ek olarak terminal ileumu tutar. Mukozal tabakayla sınırlı inflamasyon izlenir, remisyon ve alevlenmelerle seyreder. Hastalar genellikle karın ağrısı, ishal, kilo kaybı ve kanlı dışkılama semptomlarından biri veya birkaçı ile başvururlar.

## Sayfa 1

Sigara kullanımı ÜK gelişimi için risk oluşturmazken, sigara kullanımının bırakılmasının hastalık aktivasyonu ve hastaneye yatış riskini artırdığı ileri sürülmüştür.

## Sayfa 2

Toksik megakolon sistemik toksisitenin mevcudiyeti ve kolon çapının  $\geq 6$  cm veya çekum çapının  $>9$  cm saptanması olarak tanımlanır.

## Sayfa 2

Mesalamin tedavisinin hafif ve orta şiddetteki hastalıklarda kullanılabileceği, 2 gr/gün altındaki dozların yetersiz olduğu ve ilacın ihtiyaç halinde günde tek doz olarak alınabileceği akılda tutulmalıdır.

## Sayfa 5

Orta ve ciddi hastalık tedavisinde oral ya da İV steroid tedavisi önerilir.

## Sayfa 5

Cevapsız vakalarda infliximab veya siklosporin kurtarma tedavisi ya da cerrahi düşünülmelidir. Tiopürinlerin etkili serum seviyesine ulaşması haftaları bulduğundan akut atak tedavisinde kullanılmamakta, idame tedavisinde önerilmektedir. Tiopürin metil transferaz enzim eksikliği olanlarda lökopeni ve transaminaz yüksekliğine yol açabilmesi nedeniyle tedavi öncesi enzim düzeyinin tayini önerilmektedir.

## Sayfa 5

Anti-TNF ajanlar orta ve şiddetli ÜK'te akut atakta ve idame tedavisinde kullanılabilir. Anti-TNF öncesi hastalar latent tüberküloz ve hepatit B açısından test edilmeli, pozitif vakalar profilaktik tedavi için değerlendirilmelidir.

## Sayfa 5

ÜK hastalarında kolon kanseri gelişim riski artmaktadır. Bu risk artışında hastalığın yayılımı ve hastalık süresi iki önemli faktördür. Proktitli ve rektosigmoid tutulumlu hastalarda muhtemelen kanser riski artmazken, pankolitli hastalarda bu riskin en yüksek olduğu bildirilmiştir.



**Sayfa 5**

CH, en sık terminal ileum olmak üzere, ağızdan anüse kadar gastrointestinal kanalın herhangi bir bölgesini tam kat olarak tutar. En sık karşılaşılan şikayet karın sağ alt kadranda lokalize karın ağrısı ve ishaldir. Ayırt edici bulguları atlamalı tutulumun izlendiği, ülserasyon, eritem, mukozal ödem ve/veya lümen daralması ile karakterize inflamasyon alanlarıdır.

**Sayfa 6**

Sigara kullanımı CH riskini ve hastalığın komplikasyonlarına (darlık, vb.) bağlı cerrahi gereksinim ihtiyacını arttırmaktadır. Yüksek fiberli diyet ve vitamin D kullanımı hastalık riskini azaltırken, artmış yağ alınımlı hastalık riskini arttırmaktadır.

**Sayfa 6**

CH tedavisinde hastalığın 50 yaş üzeri başlangıcı, kısa hastalık süresi, steroid tedavisi gerekmemesi, düşük CRP, düşük fekal kalprotektin düzeyi ve yüzeysel ülserler düşük risk olarak değerlendirilir. 50 yaş altında başlangıç, sigara kullanımı, uzun hastalık süresi, erken steroid ihtiyacı, perianal fistül, düşük hemoglobin seviyesi, düşük albümin seviyesi, yüksek CRP, yüksek fekal kalprotektin düzeyi ve derin ülserlerin saptanması ise yüksek risk olarak değerlendirilir.

# İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda Klinik, Tanı, Seyir, Tedavi ve Görüntülemeye Beklentiler

Beytullah Yıldırım

1. Aşağıdaki hangi yaş aralıklarında İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı en sık görülür?
  - a. 20-50 yaş arası
  - b. 40-70 yaş arası
  - c. 10-20 yaş ve 30-50 yaş arası
  - d. 15-30 yaş ve 50-80 yaş arası
  - e. 30-50 yaş ve 70-90 yaş arası
2. Ülseratif Kolit kolonun en sık hangi bölgesini tutar?
  - a. Rektum
  - b. Sigmoid kolon
  - c. İnen kolon
  - d. Transvers kolon
  - e. Çıkan kolon
3. Aşağıdakilerden hangisi sigara ve Ülseratif Kolit için doğrudur?
  - a. Sigara, Ülseratif Kolit gelişim riskini artırır.
  - b. Sigara, Ülseratif Kolit aktivasyon riskini artırır.
  - c. Sigara, Ülseratif Kolit komplikasyon riskini artırır.
  - d. Sigaranın bırakılması, Ülseratif Kolit'e bağlı hastanede yatış riskini artırır.
  - e. Sigaranın bırakılması, Ülseratif Kolit'teki mukozal lezyonları geriletir.
4. Aşağıdakilerden hangi ikisi Ülseratif Kolit'te toksik megakolonu düşündüren sınır değerlerdir?
  - a. Kolon çapının  $\geq 4$  cm veya çekum çapının  $>6$  cm
  - b. Kolon çapının  $\geq 5$  cm veya çekum çapının  $>7$  cm
  - c. Kolon çapının  $\geq 5$  cm veya çekum çapının  $>8$  cm
  - d. Kolon çapının  $\geq 6$  cm veya çekum çapının  $>8$  cm
  - e. Kolon çapının  $\geq 6$  cm veya çekum çapının  $>9$  cm
5. Aşağıdakilerden hangisi Tiopürin kullanan İBH hastalarında lökopeni ve transaminaz yüksekliğinin en sık nedenidir?
  - a. Tiopürin metil transferaz enzim eksikliği
  - b. Steroidle birlikte kullanım
  - c. Mesalaminle birlikte kullanım
  - d. Viral hepatit aktivasyonu
  - e. Folik asit eksikliği

6. Aşağıdakilerden hangisi Crohn Hastalığı'nda yüksek risk kriterlerinden değildir?
- Hastalığın 50 yaş üzeri başlangıcı
  - Düşük hemoglobin seviyesi
  - Sigara kullanımı
  - Erken steroid ihtiyacı
  - Yüksek fekal kalprotektin düzeyi