

# Yeni tanı alan bir ülseratif kolit olgusu

## *A case of newly diagnosed ulcerative colitis*

● Mert Satılmış<sup>1</sup>, ● Hilal Aksoy<sup>2</sup>, ● İzzet Fidancı<sup>3</sup>,  
● Duygu Ayhan Başer<sup>4</sup>, ● Mustafa Cankurtaran<sup>5</sup>

### Özet

Ülseratif kolit gençlerde sıklıkla karşılaşılan, ataklarla seyreden ve tanısı ancak patoloji ile konabilen bir inflamatuvar barsak hastalığıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ilişkili semptomların varlığında bile görülme sıklığının düşük olmasından dolayı akla ilk gelen tanılar arasında yer almamaktadır. Bu yazıda aile hekimliği polikliniğine başvuran ve ülseratif kolit ön tanısı ile yönlendirilen ve sonrasında da tanısı doğrulanan bir olgu sunduk.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Ülseratif Kolit, İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları

### Summary

Ulcerative Colitis is an inflammatory bowel disease that is frequently encountered in young people, with an attack and can be diagnosed only with pathology. It is not among the first diagnoses that come to mind because of the low frequency of occurrence even in the presence of related symptoms in primary health care services. In our case, we presented a patient who was admitted to our Family Medicine Outpatient Clinic and was diagnosed after ulcerative colitis.

**Key words:** Family Medicine, Primary Health Care, Ulcerative Colitis, Inflammatory Bowel Diseases

<sup>1)</sup> Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2)</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

### İletişim adresi:

Dr. İzzet Fidancı

izzetfidanci@gmail.com

Geliş tarihi: 07/10/2020

Kabul tarihi: 20/11/2020

Yayın tarihi: 25/12/2020

**Alıntı Kodu:** Satılmış M. ve ark. Yeni tanı alan bir ülseratif kolit olgusu.  
Jour Turk Fam Phy 2020; 11 (4): 204-208. Doi: 10.15511/tjtfp.20.00404.

## Giriş

Ülseratif kolit (ÜK) tekrarlayan ataklarla seyreden, kolon mukoza ve submukoza tabakasını tutan bir inflamatuvar barsak hastalığıdır. Ülkemizde görülme sıklığı 1,4/100.000 olarak bildirilmiştir.<sup>(1)</sup> ÜK genelde rektumu tutar ve proksimale doğru aralıksız olarak uzanır. En sık görüldüğü yaşlar 15-25 yaş, ikinci sık görülme yaşı 55-65'tir. ÜK'nın başlangıç bulgusu rektal inflamasyonla ilgili olarak kanama, sık ve az miktarda dışkı yapma ve tenesmustur. Komplikasyon dışı durumlarda ateş nadir görülür. ÜK tanısı; şüphelenildikten sonra enfeksiyöz nedenlerin dışlanması sonrasında yapılan endoskopinin ÜK lehine gelmesi ve patolojinin de bu tanıyı desteklemesi ile konulur. ÜK tedavisi spesifik tanı, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi ve hastalık prognozu ile şekillendirilir.<sup>(2,3)</sup>

Yazıda bulantı kusma olmaksızın olan karın ağrısı ve ishal şikayetiyle gelen ve ülseratif kolit ön tanısı konularak sonrasında da tanının patoloji raporu ile doğrulandığı hasta sunuldu.

## Olgu

Yirmisekiz yaşında evli erkek hasta 3 gündür olan karın ağrısı nedeniyle aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. Göbek ve çevresinde hissedilen ağrıyemeklerle ilişkisiz olarak 1-2 dakika sürüp kendiliğinden geçiyormuş. Bulantı ve kusma eşlik etmiyormuş. Ateş hiç olmamış. Karın ağrısı nedeniyle kendisi 1 gün önce metranidazol kullanmış ve sonrasında ishal başlamış. Bir günde yaklaşık 4-5 kez sıvı kıvamda ve renk değişikliği olmayan gaita çıkışı oluyormuş. Gaitada mukus benzeri yapılar varmış, kan yokmuş. Fakat dışkılama sonrası peçeteye bulaşık açık kırmızı renkte kan

görmüş. Daha önceleri hemoroid tanısı almış vediosmin-hesperidin 500 mg 2x1 ile tedavi edilmiş, şimdi herhangi bir ilaç kullanmıyormuş.

Yaklaşık 3 ay önce benzer şikayetler ile gastroenteroloji polikliniğine başvurduğunda kan, idrar ve dışkı tetkikleri yapılmış. Dispeptik şikayetleri için 3x200 mg trimebutin maleat ile 1x20 mgr rabeprazol başlanmış. O dönemde şikayetleri gerilemiş. Özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulamasında önemli bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde sadece bağırsak seslerinde artma ve alt kadrantlarda hafif hassasiyet vardı.

Laboratuvar incelemelerinde; lökosit  $14,5 \times 10^3/\mu\text{L}$ , periferik yaymada nötrofiller hakim, CRP: 8,16 mg/dL, transferin saturasyonu %7 idi. İncelenen diğer değerler normal referans aralığındaydı. Dışkının mikroskopik incelemesinde; parazit yada herhangi bir patojen saptanmadı, orta derecede eritrosit (RBC) ve az sayıda parçalı lökosit (PMNL) görüldü. Dışkı kültüründe; salmonella ve shigella türleri üremedi.

CRP ve lökosit değerleri yüksek bulunduğundan akut gastroenterit tanısıyla lansoprazol 30 mg 1x1, 60 mg alverin sitrat / 300 mg simetikon 3x1, siprofloksasin 500 mg 2x1 ve probiyotik (*Saccharomyces boulardii*) tedavisine başlandı. Karın ağrısı ve ishal ile ilişkili acil durumlar anlatıldı. Şikayetlerin devamı halinde gastroenteroloji poliklinik kontrolü önerildi.

Hasta 1 hafta sonra yaklaşık son 2 gündür günde sıklığı 30'u bulan kanlı ishal şikayeti ile tekrar başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde lökosit sayısı  $15,8 \times 10^3/\mu\text{L}$  ve nötrofil hakimiyetindeydi. Sedimentasyon (ESR): 39 mm/saat, C-Reaktif Protein (CRP): 11,0 mg/dl, Na :136mEq/L, K:3,32 mEq/L, Cl:100 mEq/L idi.

Ardışık 3 gün alınan her dışkı örneğinde gizli kan pozitif bulundu. Dışkının parazitolojik incelemesinde parazit, parazit yumurtası ya da amip görülmedi. Dışkıda *Helicobacter pylori* antijeni ve *Clostridium difficile* toxin B (PCR yöntemi ile) yoktu.

Gastroenterolojiye danışılan hastaya yapılan ileokolonoskopik incelemede ileumda ülserler görüldü, ileumdave çıkan kolonda mukoza hiperemik ve ödemliydi. Submukozal damar ağları kaybolmuştu. Terminal ileum ve çıkan kolon proksimalinden Tbc şüphesi nedeniyle biyopsiler alındı. Hepatik fleksuradan anal kanala kadar olan tüm kolon mukozası hiperemik, ödemli ve frajildi. Submukozal damar ağı kaybolmuştu, yaygın olarak erozyonlar ve derin ülserler görüldü. Endoskopik Tanı: Terminal ileit, ülseratif pankolit (endoskopik mayo skoru 3) idi. İşlem sırasında alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesinde terminal ileumda erodefokal aktif ileit, transvers kolon, inen kolon ve sigmoid kolonda diffüz aktif kolit saptandı.

Hasta günde 30 defaya ulaşan ishal sayısı nedeniyle yatırıldı, ağır seyirli ülseratif pankolit tanısı ile 40 mg/gün prednisolon, 50 mg/gün azatiyoprin, 1,5 g/gün metronidazol ve 4 g/gün meselazin lavman ve proton pompa inhibitörü ile tedaviye başlandı. Bu tedavinin 3. gününde kanlı ishal sayısı 5 kez, 5.gününde ise 1 kez idi.

Hasta gastroenteroloji polikliniğine kontrole gelmek üzere pantoprazol 40 mg/gün azatiyoprin 50 mg/gün, mesalazin lavman 4 g/gün, metilprednizolon 40 mg/gün (azaltma şeması ile birlikte) taburcu edildi.

## Tartışma

Ülkemizde ülseratif kolit prevalansı bölgeden böl-

geye değişmekle birlikte 100.000 kişide 4,9- 4,4'dür.<sup>(4,5)</sup> Kentlerde daha fazla olmak üzere insidansı artmaktadır.<sup>(6)</sup> Hastalık görülme sıklığı 20-30 yaş ile 50-70 yaş arasında iki tepe yapar, erkeklerde daha siktir.<sup>(5)</sup> Başvuru yakınması çoğunlukla akut ya da kronik kanlı ishaldir,<sup>(7)</sup> olguların yaklaşık %17'sinde amebiasis ile birlikte bulunur.<sup>(5)</sup> Akut başlangıçlı olgularda bağırsak biopsilerinde kronik histopatolojik değişiklikler bulunmayabileceğinden ayırıcı tanı güç olabilir.<sup>(8)</sup> İlk yakınmaların başlaması ile tanı koyulması arasında geçen zaman 12 aya kadar uzayabilir.<sup>(7)</sup>

Olgumuz da hastalığın sık görüldüğü yaşlardaki bir erkektir. Başvurusundan ve tanı almasından 3 ay önce başlayan yakınmaları dispepsi olarak değerlendirilip klinik takip önerilmemiş ya da hasta önerilere uymamış. Akut başlangıçlı kanlı ishal ile başvurduğunda bu kliniğe yol açacak infeksiyöz etkenler saptamadık, bu nedenle gastroenterolojik konsültasyon istedik. Alt gastrointestinal sistem endoskopisi ve biopsi ile kısa sürede doğru tanıya ulaştık, etkili bir tedavi başladık. Hastalığın erken tanınması ve tedaviye başlanması hayat kalitesini artırır, komplikasyonları ve hastalığa bağlı morbiditeyi azaltır.<sup>(9)</sup>

İnflamatuvar barsak hastalıklarında tedaviye cevapları değerlendirmek için özellikle erişkinlerde kullanılmak üzere geliştirilen aktivite indeksinden yararlanılmalıdır. Hastanın gastroenteroloji takiplerini aksatmamasının sağlanması ve hastaya en kolay ulaşımın olduğu birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından hastanın takibi yapılmalıdır.<sup>(10-13)</sup>

Halen %10-15 vakada ayırıcı tanı koymak mümkün olmasa da ısrarcı ya da ataklarla seyreden gastroin-

testinal sisteme ait semptonlar varlığında inflamatuvar barsak hastalıklarının atlanmaması dolayısıyla tedaviye geç kalınmaması hasta sağlığı ve yaşam kalitesi açısından değerlidir.<sup>(11-16)</sup>

Aile hekimliği disiplini ilkelerinden olan özgün problem çözebilme becerisi, özellikle de hastalıkların prevalans ve insidansına göre şekillenen ancak bir o kadar da yanıtıcı olabilen bir süreci içerir. Hastaların birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru şikayetleri ile üst basamak sağlık kuruluşuna başvuru şikayetleri değişkenlik gösterebilmekte olup, ana nedeni hasta şikayetlerinin zamanla daha net ve oturmuş şekilde üst basamak sağlık hizmetlerindeki doktorun karşısına gelmesi gösterilmektedir.<sup>(17)</sup> Aile Hekiminin özgün prob-

lem çözebilmesi becerisi bu noktada devreye girmeli ve olgumuzda olduğu gibi ilk defa ishal şikayetiyle gelen hasta da bile olası tüm tanıları akıldan çıkarılmamalıdır.

## Sonuç

ÜK, birinci basamak pratiğinde sık karşımıza çıkan bir hastalık olmasa da tekrarlayan veya tedaviye dirençli diyaresi olan genç hastalarda özellikle rektal kanama da mevcutsa ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmelidir ve hasta diğer semptomlar açısından sorgulanmalıdır. Birinci basamakta ÜK 'ten şüphe duyulduğu zaman gerekli tetkikler yapıp üst basamağa yönlendirilmeli ve sonrasında takibi sağlanmalıdır.

## Kaynaklar:

1. Göktürk S, Karaca Ç. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatology-Special Topics* 2012; 5(3): 11-16.
2. Rubin DT. ACG clinical guideline: Ulcerative colitis in adults. *American Journal of Gastroenterology* 2019;114(3): 384-413.
3. Eminler A, Toka B, Uslan M. İnflamatuvar Barsak Hastalığı Ve Barsak Mikrobiyotası. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 2017; 1: 81-85.
4. Tozun N, Atug O, Imeryuz N, Hamzaoglu HO, Tiftikci A, Parlak E, et al. Members of the Turkish IBD Study Group. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey. *J Clin Gastroenterol*. 2009; 43(1): 51-7. doi: 10.1097/MCG.0b013e3181574636.
5. Tezel A, Dökmeci G, Eskiocak M, Umit H, Soylu AR. Epidemiological features of ulcerative colitis in Trakya, Turkey. *J Int Med Res* 2003; 31(2): 141-8. doi: 10.1177/147323000303100211.
6. Can G, Poşul E, Yılmaz B, Can H, Korkmaz U, Ermiş F, et al. Epidemiologic features of inflammatory bowel disease in Western Blacksea region of Turkey for the last 10 years: retrospective cohort study. *Korean J Intern Med* 2019; 34(3): 519-529. doi: 10.3904/kjim.2015.310.
7. Özün Y, Kilic MZ, Nadir I, Cakal B, Disibeyaz S, Arhan M, Daglı U, Tunc B, Ulker A, Sahin B. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey. *J Gastrointest Liver Dis*. 2009; 18(2): 157-62.
8. Maaser C, Sturm A, Vavricka SR, Kucharzik T, Fiorino G, Annese V, et al. European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO] and the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology [ESGAR]. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. *J Crohns Colitis*. 2019; 13(2): 144-164. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjy113.
9. DaSilva BC, Lyra AC, Rocha R, Santana GO. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(28): 9458-67. doi: 10.3748/wjg.v20.i28.9458.
10. Tümçör G, Arıkan Ç, Yağcı RV. Inflammatory Bowel Diseases in Childhood. *Ege Pediatri Bülteni* 2007; 14(1): 63-78.
11. Hyams JS. Inflammatory bowel disease. In: Wyllie R, Hyams JS (eds). *Pediatric Gastrointestinal Disease*. 2nd ed. W.B Saunders Philadelphia, 1999:213-221.
12. 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):450-460.
13. Ferry GD. Quality of life in inflammatory bowel disease: back-ground and definitions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 15-18.
14. Kathleen A, Julie S. Inflammatory Bowel Disease Part I: Ulcerative Colitis – Pathophysiology and Conventional and Alternative Treatment Options. *Alternative Medicine Review* 2003; 8(3): 247-283.
15. Langan CR, Gotsch PB, Krafczyk MA, Skillinge DD. Ulcerative Colitis: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician* 2007; 76(9): 1323-30.
16. Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, Reinisch W, Geboes K, Barakauskiene A, et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis* 2008; 2(1): 1-23.
17. Ak M. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 17(4): 403-5.

**Alıntı Kodu:** Satılmış M. ve ark. Yeni tanı alan bir ülseratif kolit olgusu. *Jour Turk Fam Phy* 2020; 11 (4): 204-208. Doi: 10.15511/tjfp.20.00404.