

ÇOK KISA SEGMENTLİ ÜLSERATİF KOLİT OLGUSU**Filiz YILDIRIM¹, Ali Önder KARAOĞLU¹, Vahit YÜKSELEN¹****ÖZET**

Ülseratif kolit; rektum ve kolonun kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Etiyopatolojisi kesin bir şekilde aydınlatılamamıştır. Rektum, sol kolon veya tüm kolonda lokalize olabilir. Hastaların yaklaşık %40-50'sinde hastalık rektum ve rektosigmoidde sınırlıdır. Hastaların %30-40'ında hastalık sigmoid kolonun ilerisine yayılır. Biz burada anal kanalın proksimalinde sadece 5cm'lik alanda tutulum gösteren ülseratif kolitli bir olguyu; literatürde bizim saptayabildiğimiz en kısa tutulumlu olgu olması nedeniyle yayınlamak istedik.

Anahtar kelimeler: Ülseratif kolit, distal tutulum, kısa segment

A Case With Ulcerative Colitis Occured in a Very Short Segment**SUMMARY**

Ulcerative colitis is a chronic inflammatory disease of the rectum and colon. The etiopathogenesis of ulcerative colitis has not yet been definitely identified. Ulcerative colitis may be localized in the rectum, left colon or the entire colon. Approximately 40-50% of the patients have disease limited to the rectum or rectosigmoid area whereas 30-40% have the disease involving the proximal part of the sigmoid colon. Herein we present a case involving the shortest segment in the literature in which the disease was limited to 5 cm to the proximal of the anal canal.

Key words: Ulcerative colitis, distal involvement, short segment

Ülseratif kolit, ana semptomları ishal, karın ağrısı, rektal kanama, kilo kaybı, tenezm olan mukozal inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Rektal tutulumu ön planda olan hastalarda konstipasyon ve tenezm ilk şikayet olabilir.^{1,2} Ortalama görülme yaşı 15-35 yaş arasındır.² Ülseratif kolit, endoskopik olarak multipl ülserler, pseudopolip, mukozada displazi, hiperemi, granülerite ile karakterizedir.^{1,3} Mukozal inflamasyon rektumdan başlar ve kolonun üst kısmına doğru yayılır.⁴ Vakaların %95'inde rektum tutulur.^{1,4} Pankolit formunda ise rektumdan çekuma kadar tüm kolon tutulmuştur.^{4,5} Hastaların %20'sinde tüm kolon tutulur. Tüm kolon tutulduğunda, hastaların %10 ile %20'sinde inflamasyon terminal ileuma doğru 1-2cm yayılır. Terminal ileum çok az tutulur ve bu "backwash iletis" olarak tanımlanır.¹ Ülseratif kolitin lokalize formu proktitis ve proktosigmoiditistir (distal kolitis).^{4,5}

OLGU

Elli beş yaşında erkek hasta, yaklaşık 6 ay önce ortaya çıkan dışkı ile kan gelmesi şikayeti ile gastroenteroloji polikliniğimize başvurdu. Hastadan alınan ayrıntılı hikayede 3 ay içerisinde 8 kilogram zayıfladığı, gün içerisinde sabah bir kez, akşam bir kez olmak üzere iki kez defekasyon ihtiyacı olduğu öğrenildi. Son 3-4 gündür tüm bu yakınmalarına karın ağrısı da eklenmişti. Özgeçmişinde: Tip 2 Diabetes Mellitus, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, geçirilmiş safra kesesi operasyonu mevcuttu. Fizik muayenesinde diastazis rekti ve umblikulusun sağ üst bölgesinde skar dokusu dışında herhangi bir patoloji yoktu. Laboratuvar bulguları arasında; hemogloblin,

hematokrit, lökosit, trombosit, AST, ALT, GGT, ALP, total protein, albumin, total bilirubin, direkt bilirubin, TSH, FT3, FT4, CEA, sedimentasyon hızı değerleri normal sınırlar arasındaydı. CA19-9: 47,76 U/ml (Normal:0-27 U/ml), AKŞ: 134 mg/dl, TKŞ: 277mg/dl idi. BT kolonografi normal olarak değerlendirildi. Kliniğimizde yapılan rektosigmoidoskopik incelemede rektumda anal kanal proksimali 5cm'lik mesafesinde mukoza yer yer küçük ülserler içeriyordu, pililer ödemliydi ve mukozal vaskularite kaybolmuş, frajil bir mukoza saptanmıştı. Endoskopik olarak "distal tip ülseratif kolit" tanısı konarak 4 adet biopsi alındı. Biyopsi incelemesinde; inflamatuvar bağırsak hastalığı ve bulguların ülseratif kolit ile uyumlu olduğu bildirildi. Hastaya mesalazin supozituar 2x1, mesalazin 250mg tb 4x2 ve Trankobuskas draje 2x1 başlandı. Hasta 3 ay sonraki kontrolünde karın ağrısının hafif şiddette ara sıra olduğunu, defekasyon ile rahatladığını, ara sıra damla şeklinde rektal kanamasının olduğunu ifade etti. Fizik muayenesi normaldi. Mesalazin supozituar kesilerek tedaviye mesalazin 250mg tablet 4x2, bir ay sonra mesalazin tablet 4x1 olarak devam edildi. Tedavinin 6'cı haftasından sonra hiçbir şikayeti olmayan hastanın tedavisi sonlandırıldı. Hasta şikayetlerinin düzelmesi nedeni ile tekrar endoskopi yapılmasını istemedi.

TARTIŞMA

Ülseratif kolitli hastaların fizik muayenesi nonspesifik, normal olabilir veya abdominal distansiyon ve kolon trasesi boyunca hassasiyet saptanabilir. Laboratuvar bulguları da nonspesifiktir.^{1,2}

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, AYDIN

Kolonoskopi önemli bir tanı aracı olup tüm kolon segmentlerini direkt görmeye ve biopsiye izin verir.^{1,6} Kolonik mukozal tutulumunun şiddeti ve genişliği değişkenlik gösterir. %80 hastada rektumdan splenik flexuraya kadar olan bölge tutulurken, %20 hastada pankolitit şeklindedir.² Kühbacher ve arkadaşlarının sundukları çalışmada yaklaşık %11-30 olguda pankolitit gözlenmiştir.³ İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji kliniğinde, 116 vaka üzerinde yapılan bir çalışmada %60,3 vakada pankolitit, %25 vakada sol kolon, %13,8 rektum ve %0,9 ileum (backwash ileti) gözlenmiştir.⁷ Quinn ve arkadaşlarının yaptığı olgu sunumunda kolonoskopide inflamatuvar değişiklikler anal kanalın 25 cm üzerinde ve rektumda görülmüştür.⁸ Su ve arkadaşlarının sundukları vaka araştırmasında %37 vakada pankolitit, %36-41 vakada rektum tutulumu, %44-49 vakada proktosigmoiditis gözlemiştir.⁹ Regueiro'nun yaptığı çalışmada ülseratif kolitli hastaların %25-75 arasında proktosigmoiditis gösterilmiştir.⁶ Longo ve arkadaşlarının 158 hasta ile yapılan çalışmalarında 100 hastada proktokolit, 58 hastada hem proktokolit hem de sol bölge koliti gözlenmiştir.¹⁰ Distal tutulum %95 rektumda, sık olarak distal rektumun yaklaşık olarak 8.cm'sinde veya anal kanaldan itibaren 15cm'lik bölümünde gözlenmiştir.⁵ Bizim olgumuzda anal kanalın arkasında sadece 5cm'lik rektal bölge tutulmuştur.

Bu yazı, ülseratif kolitin distal tutulumunun 5cm gibi kısa bağırsak segmentinde de olabileceğini vurgulamak ve atlamalara karşı uyarıcı olması amacıyla sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Katkovsky L. Active ulcerative colitis may preclude issuance of a medical in well-controlled, inactive ulcerative colitis, case study. Federal Air Surgeon's Medical Bulletin. Winter 2000.
2. Ardizzone S, Porro BG. Inflammatory bowel disease: new insights into pathogenesis and treatment. J Intern Med 2002;6:475.
3. Kühbacher T, Scheiber S, Fölsch UR. Ulcerative colitis: conservative management and long term effects. Langenbecks Arch Surg 2004;5:350-53.
4. Björck S, Dahiström A, Ahlman H. Treatment of distal colitis with local anaesthetic agents. Pharmacol Toxicol 2002;90:173-80.
5. The Gastrolab. Image gallery; The Wasa Workgroup on Intestinal Updated on 2004.
6. Regueiro MD. Diagnosis and treatment of ulcerative proctitis. J Clin Gastroenterol. 2004;38:733-40.
7. Özdil S, Akyüz F, Pınarbaşı B, Demir K, et al. Ulcerative colitis: analyses of 116 cases (do extraintestinal manifestations effect the time to catch remission?). Hepatogastroenterology 2004;51:768-70.
8. Quinn P, Platell CF. Resolving microcarcinoids in ulcerative colitis: Report of a case. Dis Colon Rectum 2004;47:387-91.
9. Su C, Lichtenstein GR. Diagnosis of Crohn's disease: A wolf in sheep's clothing? Am J Gastroenterol

2000;95:3345-50.

10. Longo WE, Virgo KS, Bahadursingh AN and Johnson FE. Patterns of disease and surgical treatment among United States veterans more than 50 years of age with ulcerative colitis. Am J Surgery. 2003;186:514-18.

YAZIŞMA ADRESİ

*Prof. Dr. Ali Önder KARAOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı
09100, Aydın*

Tel : 0 256 4441256

Faks : 0 256 2146495

E-posta : karaogluoak@yahoo.com

Geliş Tarihi : 22.08.2005

Kabul Tarihi : 24.04.2006