

# Ülseratif Kolit Hastalığında 5 Yıl İçinde Yapılan Cerrahi Tedavilerin Retrospektif Analizi

## Retrospective Analysis of Surgical Treatments Performed in Ulcerative Colitis Disease in 5 Years

Metin YALÇIN<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya, TÜRKİYE

### Öz

**Amaç:** Son 5 yılda ülseratif kolit tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan hastaların demografik, klinik ve cerrahi sonuçlarını retrospektif olarak analiz etmektir.

**Materyal ve metod:** Ocak 2020 ile Ocak 2025 tarihleri arasında ÜK nedeniyle cerrahi uygulanan 10 hastanın verileri, demografik özellikleri, klinik bulguları, cerrahi prosedürler, postoperatif komplikasyonlar ve takip sonuçları hasta dosyaları ve elektronik hasta kayıtlarından retrospektif olarak elde edilmiştir.

**Bulgular:** Kliniğimizde ülseratif kolit tanısı nedeniyle cerrahi uygulanan 10 hastanın yaş ortalaması 49,2 yıl (27-75 yıl) olup, cinsiyet dağılımı eşit idi. En sık uygulanan cerrahi prosedür total kolektomi ile ileoanal poş anastomozu idi. Postoperatif komplikasyon oranı %5 olarak tespit edildi.

**Sonuç:** Cerrahi tedavinin medikal tedaviye dirençli ÜK hastalarında etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ülseratif kolit, Cerrahi, Medikal, Komplikasyon

### Abstract

**Background:** To retrospectively analyze the demographic, clinical and surgical outcomes of patients who underwent surgical treatment with a diagnosis of ulcerative colitis in the last 5 years.

**Materials and Methods:** Data, demographic characteristics, clinical findings, surgical procedures, postoperative complications and follow-up results of 10 patients who underwent surgery for UC between January 2020 and January 2025 were retrospectively obtained from patient files and electronic patient records.

**Results:** The mean age of 10 patients who underwent surgery for ulcerative colitis in our clinic was 49.2 years (27-75 years) and the gender distribution was equal. The most commonly performed surgical procedure was total colectomy and ileoanal pouch anastomosis. The postoperative complication rate was determined as 5%.

**Conclusions:** It shows that surgical treatment is an effective option in patients with UC resistant to medical treatment.

**Keywords:** Ulcerative colitis, Surgery, Medical, Complication

### Sorumlu Yazar / Corresponding Author

**Dr. Metin YALÇIN**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya  
Araştırma ve Eğitim Hastanesi,  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,  
Antalya, TÜRKİYE

E-mail: drmetinyalcin@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 15.05.2025

Kabul tarihi / Accepted: 19.08.2025

DOI: 10.35440/hutfd.1698774

## Giriş

Ülseratif kolit (ÜK), kolon ve rektumun kronik inflamatuvar bir hastalığıdır (1). Hastalık, genellikle genç erişkinlerde görülmekle birlikte, her yaş grubunu etkileyebilir. ÜK'nin kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, çevresel faktörler, bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklikler ve bağışıklık sisteminin anormal yanıtı gibi faktörlerin hastalığın patogeneziinde rol oynadığı düşünülmektedir (2,3). Hastalık, karın ağrısı, kanlı ishal, kilo kaybı ve ateş gibi semptomlarla kendini gösterir ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir (4).

ÜK'nin tedavisinde temel yaklaşım medikal tedavidir. 5-aminosalisilik asit (5-ASA) türevleri, kortikosteroidler, immüno-modülatörler ve biyolojik ajanlar gibi çeşitli ilaçlar hastalık aktivitesini kontrol altına almak ve remisyonu sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (2,5). Son yıllarda biyolojik ajanların kullanımı ile birlikte cerrahi gereksinimi azalmış olsa da, hastaların yaklaşık %20-30'ünde medikal tedaviye yanıt alınmadığı veya komplikasyonlar geliştiği durumlarda cerrahi müdahale gerekli olmaktadır (6).

Cerrahi tedavi, özellikle medikal tedaviye dirençli vakalarda, toksik megakolon, perforasyon, masif kanama veya neoplastik değişiklikler gibi komplikasyonlar geliştiğinde hayat kurtarıcı bir rol oynar (7). Cerrahi seçenekler arasında total kolektomi ile ileoanal poş anastomozu (IPAA) ve total proktokolektomi ile kalıcı ileostomi bulunmaktadır. IPAA, fonksiyonel sonuçları ve yaşam kalitesini iyileştirmesi nedeniyle elektif cerrahide altın standart olarak kabul edilmektedir (8, 9). Ancak, cerrahi tedavi sonrası poşit, anastomoz kaçağı ve pelvik enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (10). Bu çalışmanın amacı, son 5 yılda ülseratif kolit tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan hastaların demografik, klinik ve cerrahi sonuçlarını retrospektif olarak analiz etmektir. Çalışmada, cerrahi tedavi gerektiren ÜK hastalarının klinik özellikleri, cerrahi sonuçları ve komplikasyon risk faktörleri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, cerrahi tedavinin medikal tedaviye dirençli ÜK hastalarında ve ülseratif kolit zemininde malignite gelişen hastalarda etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir.

## Materyal ve Metod

Çalışmamızda Genel Cerrahi ve gastroenterolojik cerrahi Kliniklerimizde Ocak 2020 ile Ocak 2025 tarihleri arasında ÜK nedeniyle cerrahi uygulanan 10 hastanın verileri, hastane bilgisayarlı sisteminden retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Tarih: 27.02.2025; Karar numarası: 4/4) alındı. Çalışmaya elektif ve acil şartlarda ameliyat edilen 18 yaş üzeri hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), klinik bulguları (semptomlar, endikasyonlar), cerrahi prosedürler, postoperatif komplikasyonlara ait veriler kayıt edilmiştir. Komplikasyonların dağılımı Clavien-Dindo sınıflandırmasına göre verilmiştir (11).

## İstatistiksel analiz

Bu çalışmada tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

## Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 49,2 yıl (27-75 yıl) olup, cinsiyet dağılımı eşit idi. En sık görülen semptomlar kanlı ishal, karın ağrısı ve kilo kaybı idi. Komorbit hastalık olarak 4 hastada diyabetes mellitus, 2 hastada hipertansiyon ve 1 hastada astım mevcut idi. 2 hasta acil şartlarda operasyona alınır iken 8 hasta elektif şartlarda opere edildi. Laparoskopik yaklaşım ile açık cerrahi yaklaşım sayısı eşit idi. Hastalar ile ilgili veriler tablo 1 de görülmektedir.

Cerrahi endikasyonlar arasında medikal tedaviye direnç, toksik megakolon, displazi ve malignite gelişimi yer aldı. En sık uygulanan cerrahi prosedür total kolektomi ile ileoanal poş anastomozu idi. 10 hastanın 6'sında (%60) postoperatif komplikasyon izlendi. Ortalama hastanede yatış süresi 9 gün (4-22 gün) olup bir hastada mortalite (%10) izlendi. Clavien-Dindo sınıflandırması Tablo 2'de görülmektedir.

## Tartışma

Ülseratif kolit, kronik seyirli ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Genellikle genç erişkinleri etkilemekle birlikte, 60-79 yaş aralığında ikinci bir pik görülmektedir (12). Hastalığın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve bağırsak mikrobiyotasındaki değişikliklerin rol oynadığı düşünülmektedir (2,3). ÜK'nin patogenezi, bağışıklık sisteminin anormal aktivasyonu ve bağırsak epitel bariyerinin bozulması ile ilişkilidir (13).

ÜK'nin temel tedavisi medikal tedavi olmakla birlikte, hastaların yaklaşık %20-30'sinde cerrahi müdahale gerekmektedir (6). Medikal tedavide 5-ASA türevleri, kortikosteroidler, immüno-modülatörler ve biyolojik ajanlar kullanılmaktadır (5,2). Son yıllarda biyolojik ajanların, özellikle anti-TNF tedavilerin kullanımı ile cerrahi gereksinimi azalmıştır (14). Ancak, bu tedavilere yanıt vermeyen veya yan etkiler nedeniyle tedaviyi tolere edemeyen hastalarda cerrahi müdahale hala önemli bir seçenektir (15).

Cerrahi tedavi, özellikle medikal tedaviye dirençli vakalarda, toksik megakolon, perforasyon, masif kanama veya neoplastik değişiklikler gibi komplikasyonlar geliştiğinde hayat kurtarıcı olabilmektedir (7). Çalışmamızda da cerrahi tedavi uygulanan hastaların büyük çoğunluğunda klinik remisyona sağlandığı görülmüştür. Bu bulgular, cerrahi tedavinin medikal tedaviye dirençli hastalarda ve ülseratif kolit zemininde malignite gelişen hastalarda etkili bir seçenek olduğunu desteklemektedir.

İleal poşanal anastomozlu restoratif proktokolektomi (IPAA), elektif cerrahide altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu yöntem, fonksiyonel sonuçları ve yaşam kalitesini iyileştirmesi nedeniyle tercih edilmektedir (8,9).

IPAA, hastaların doğal yoldan dışkılama yapabilmelerini sağlayarak, kalıcı ileostomiye göre daha iyi bir yaşam kalitesi sunmaktadır (16). Ancak, IPAA sonrası sıklıkla poşit, anastomoz kaçağı ve pelvik enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (10). Çalışmamızda da postoperatif komplikasyon oranı %60 olarak tespit edilmiştir. Bu oran, literatürde

bildirilen %30-60 aralığı (9) ile uyumlu idi. Beş yıllık takipte 1 hastada poş enfeksiyonu ve revizyonu, 1 uç ileostomi revizyonu, 1 hastada parastomal herni ve 1 hastada da ileoanal anastomoz darlığı izlendi.

**Tablo 1.** Hasta verileri

Cinsiyet	Sebebe	Yapılan cerrahi	Komplikasyon	Acil/elektif	Açık/lap	mortalite	Yaş
Erkek	Toksik megakolon	total proktokolektomi, uç ileostomi açılması	Solunum sıkıntısı nedeniyle ybü de takip edildi. Kan transfüzyonu yapıldı	acil	Açık	var	56
Erkek	Medikal tedaviye direnç	total proktokolektomi, uç ileostomi açılması	Yok	elektif	Açık	yok	75
Erkek	Medikal tedaviye direnç	total kolektomi, ileoanal anastomoz, j-poş, loop ileostomi açılması	ileoanal anastomoz darlığı, buji ile dilatasyon	elektif	açık	yok	60
Erkek	Medikal tedaviye direnç	total kolektomi, ileoanal anastomoz, j-poş	Yok	elektif	Lap	yok	32
Erkek	Displazi / Kolon kanseri	total kolektomi, ileoanal anastomoz, j-poş	Yok	elektif	Lap	Yok	65
Kadın	Medikal tedaviye direnç	total kolektomi, ileoanal anastomoz, j-poş, uç ileostomi açılması	poş enfeksiyonu ve revizyonu ve kan transfüzyonu yapıldı	elektif	Lap	Yok	27
Kadın	Medikal tedaviye direnç	total kolektomi, uç ileostomi açılması	Parastomal herni	elektif	Lap	Yok	45
Kadın	Geniş hastalık yayılımı / Medikal tedaviye direnç	total kolektomi, ileoanal anastomoz, j-poş	Kan transfüzyonu yapıldı	elektif	Açık	Yok	37
Kadın	Toksik megakolon/ Displazi / Kolon kanseri	total kolektomi, uç ileostomi açılması	Peritonei karsinomatosise, uç ileostomi revizyonu ve kan transfüzyonu yapıldı	acil	açık	Yok	36
Kadın	Medikal tedaviye direnç / Displazi / Kolon kanseri	total kolektomi, uç ileostomi açılması	Yok	elektif	Lap	Yok	59

**Tablo 2.** Clavien dindo sınıflaması

Grade	Tanım	Hasta sayısı	Komplikasyon örnekleri
<b>Grade 1</b>	Herhangi bir tedavi gerektirmeyen komplikasyonlar	0	-
<b>Grade II</b>	Farmakolojik tedavi gerektiren komplikasyonlar (kan transfüzyonu dahil)	4	
<b>Grade IIIa</b>	Genel anestezi gerektirmeyen cerrahi/endoskopik/girişimsel müdahale	1	ileoanal anastomoz darlığı, buji ile dilatasyon
<b>Grade IIIb</b>	Genel anestezi gerektiren cerrahi/girişimsel müdahale	3	1 hastada poş enfeksiyonu ve revizyonu 1 hastada peritonei karsinomatosise bağlı ileostomi revizyonu 1 hastada parastomal herni onarımı
<b>Grade IVa</b>	Tek organ yetmezliği ile ilişkili hayatı tehdit edici komplikasyon (YOĞUN BAKIM gerektiren)	0	-
<b>Grade IVb</b>	Çoklu organ yetmezliği ile ilişkili hayatı tehdit edici komplikasyon	0	-
<b>Grade V</b>	Mortalite	1	

ÜK hastalarında kolorektal kanser riski genel popülasyona göre daha yüksektir (17). Uzun süreli inflamasyon, displazi ve kanser gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (3). Çalışmamızda 3 hastada ÜK zemininde kanser gelişimi tespit edilmiştir. Bu bulgular, özellikle uzun süreli inflamasyonun kanser riskini artırdığını desteklemektedir. 1 hastada transvers kolon ca, 1 hastada inen kolon ca ve diğer hastada da sigmoid kolon ca eşlik etmekteydi. Ülseratif kolit zemininde

kanser gelişip opere edilen 1 hasta bir yıl sonunda onkolojik tedavisi esnasında vefat etmiştir. 1 hasta halen medikal tedavi görmekte iken 7 hastada medikal tedavi operasyondan sonra sona ermiştir.

Mortal seyreden hastayı dışladığımızda hastaların yaklaşık %88,88'i cerrahi sonrası klinik remisyona ulaşmış olup 1 hastada halen ülseratif kolit nedeniyle medikal tedavi devam etmektedir. Diğer hastalarımızda endoskopik takip ve klinik

gözlemde hastalığın aktif olarak ilerlemediği, belirtilerin yok denecek kadar az yada hiç olmadığı izlendi.

Son yıllarda, ÜK tedavisinde biyolojik ajanların kullanımı ile birlikte cerrahi gereksinimi azalmıştır (13). Biyolojik tedaviler, özellikle anti-TNF ajanlar, hastalık aktivitesini kontrol altına alarak cerrahi gereksinimini azaltmaktadır (18). Ancak, bu tedavilere yanıt vermeyen veya yan etkiler nedeniyle tedaviyi tolere edemeyen hastalarda cerrahi müdahale hala önemli bir seçenektir (15). Ayrıca, biyolojik tedavilerin uzun vadeli etkileri ve güvenilirlikleri hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (19).

Cerrahi tedavinin başarısı, hastanın yaşı, komorbiditeleri ve cerrahi teknik gibi faktörlere bağlıdır. Yaşlı hastalarda morbidite ve mortalite oranları genç hastalara göre daha yüksektir (12). Çalışmamızda 1 hasta postoperatif dönemde mortal seyretmiştir. Bu durum, acil cerrahi gerektiren komplikasyonların yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Bu nedenle, acil cerrahi gerektiren durumlarda erken müdahale ve multidisipliner yaklaşım büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında küçük örneklem büyüklüğü, retrospektif tasarım ve tek merkezli olması yer almaktadır. Nadir görülen ülseratif kolit hastalığı nedeniyle cerrahi konusunda özelleşmiş merkezlerde daha yüksek sayıda hastaya ulaşma imkanı varken bizim gibi bu konuda özelleşmiş hastanelerde sayıyı uzun bir sürede bile (çalışmamızda 5 yıllık süreç) artırma imkanımız olmayacaktır. Bu sebeple örneklem sayımız 10 ile sınırlı kalmıştır. Elde edilen bulgular, cerrahi tedavinin medikal tedaviye dirençli ÜK hastalarında ve ülseratif kolit zemininde malignite gelişen hastalarda etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir. İleride yapılacak geniş örneklemli, prospektif çalışmalar cerrahi tekniklerin uzun vadeli sonuçlarını daha net ortaya koyacaktır. Ayrıca, biyolojik tedavilerin cerrahi gereksinimi üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalar da önemli bilgiler sağlayacaktır.

**Etik onam:** Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Tarih: 27.02.2025; Karar numarası: 4/4) alınmıştır.

#### Yazar Katkıları:

Konsept: M.Y.

Literatür Tarama: M.Y.

Tasarım: M.Y.

Veri toplama: M.Y.

Analiz ve yorum: M.Y.

Makale yazımı: M.Y.

Eleştirel incelenmesi: M.Y.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

#### Kaynaklar

1. Lichtenstein GR, Cohen R, Yamashita B, Diamond RH. Quality of Life After Proctocolectomy With Ileoanal Anastomosis for Patients With Ulcerative Colitis. *J Clin Gastroenterol* 2006;40 (8):669-677
2. Kasapoğlu B, Türkay C. Ülseratif Kolit Tedavisinde Güncel Gelişmeler. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*: 2023;25(3): 166-172
3. Yalaki S, Yalçın MS, Pulat H, İlhan A. Ülseratif kolit hastalarında değişen ne? Yeni tanı almış 99 vakanın retrospektif değerlendirilmesi. *Acta medica nicomedica*. 2020;3(1): 20-24
4. Kaya M, Ekin N. Ülseratif kolitte güncel tedavi. *Güncel gastroenteroloji Dergisi*. 2012;16(2):136-142.

5. Koutroubakis IE. Recent advances in the management of distal ulcerative Colitis. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2010; April 6; 1(2): 43-50
6. Kılıç R: İnflamatuvar bağırsak hastalıkları ve kolon displazilerinde Igr5 ekspresyon düzeyinin karşılaştırılması ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi. *İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2020.
7. Nicholls RJ. Review article: ulcerative colitis—surgical indications and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16 Suppl. 4: 25–28.
8. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978; 2: 85-88.
9. Kim IK, Park KJ, Kang GH, Im JP, Kim SG, Jung HC, et al. Risk factors for complications after total colectomy in ulcerative colitis. *Turk J Gastroenterol* 2012; 23(5): 515-522. doi: 10.4318/tjg.2012.0425.
10. Targownik LE, Singh H, Nugent Z, Bernstein CN. The Epidemiology of Colectomy in Ulcerative Colitis: Results From a Population-Based Cohort. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1228-1235
11. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of surgery*. 2004;240(2):205-13.
12. Quezada SM, Cross RK. Association of Age at Diagnosis and Ulcerative Colitis Phenotype. *Dig Dis Sci*. 2012 September; 57(9): 1-10
13. Xavier RJ, Podolsky DK. Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2007;448(7152):427-434. doi:10.1038/nature06005.
14. Raine T, Bonovas S, Burisch J, Kucharzik T, Adamina M, Annesse V, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2022;16(1):2-17. doi:10.1093/ecco-jcc/jjab178.
15. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384-413. doi:10.14309/ajg.000000000000152.
16. Fazio VW, O'Riordain MG, Lavery IC, Church JM, Lau P, Strong SA, et al. Long-term functional outcome and quality of life after stapled restorative proctocolectomy. *Ann Surg*. 1999;230(4):575-584.
17. Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut* 2001; 48: 526-535.
18. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 2011;365(18):1713-1725. doi:10.1056/NEJMra1102942
19. Colombel JF, Sandborn WJ, Reinisch W, Mantzaris GJ, Kornbluth A, Rachmilewitz D, et al. Infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2010;362(15):1383-1395. doi:10.1056/NEJMoa0904492.