

Nadir Bir Birliktelik: Çölyak Hastalığı ve Ülseratif Kolit

Serpil Uyanıkoğlu^{1*}, Dursun Çadircı Barut¹, Ahmet Uyanıkoğlu²

¹ Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

² Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Özet

Çölyak hastalığı (ÇH) daha çok ince barsağı etkilemekle birlikte tüm sistemleri etkileyen kronik otoimmün bir enteropatidir. İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan ülseratif kolitte (ÜK) ise gastrointestinal sistemin tekrarlayan immün aktivasyonu ve inflamasyonu vardır. Literatür verilerine göre ÇH-ÜK birlikteliğinin sık olmadığı saptanmıştır. Bu makalede ÇH tanısı olan hastada ÜK gelişen genç bir kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Çölyak Hastalığı, Ülseratif Kolit

TFK, 2026; 9(1): 15-18.

A Rare Coexistence: Celiac Disease and Ulcerative Colitis

Abstract

Celiac Disease (CD) is a chronic autoimmune enteropathy that affects all systems, although it mostly affects the small intestine. In Ulcerative colitis (UC), which is an Inflammatory Bowel Disease (IBD), there is recurrent immune activation and inflammation of the gastrointestinal system. According to the literature, the coexistence of CD and UC was found to be infrequent. In this article, we present a young female patient with CD who developed UC.

Keywords: Celiac Disease, Ulcerative Colitis

J Med Clin, 2026; 9(1): 15-18.

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: E-mail (SU): serpiluyanoglu@gmail.com. ORCID: 0009-0008-8586-1569

E-mail (DÇB): drdcadirci@harran.edu.tr. ORCID: 0000-0003-0969-382X

E-mail (AU): auyanikoglu@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-4881-5244

Copyright © Published by İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

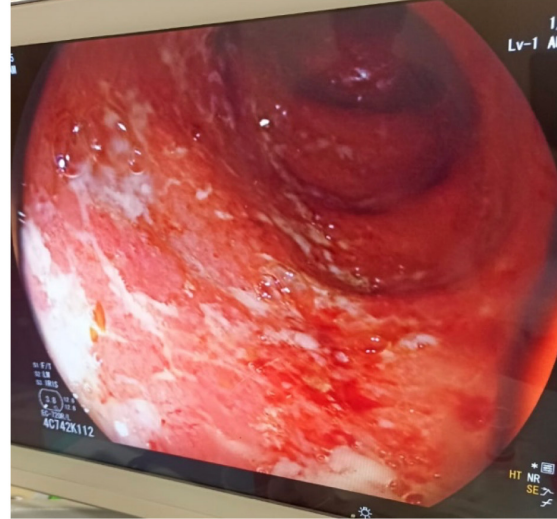
GİRİŞ

Çölyak hastalığı (ÇH) daha çok ince barsağı etkilemekle birlikte tüm sistemleri etkileyen kronik otoimmün bir enteropatidir. ÇH’de genetik olarak yatkın HLA-DQ2/-DQ8 haplotipini taşıyan bireylerde gluten proteinine karşı immün yanıt gelişmektedir ve duodenumda villöz atrofi ile sonuçlanmaktadır (1, 2). Çölyak hastalarında güvenli kabul edilebilecek gluten düzeyi henüz net olarak belirlenemediğinden, bireylerin gluten içeren tüm gıdalardan uzak durarak tamamen glutensiz bir diyeti benimsemeleri gerekmektedir (3, 4). İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan ülseratif kolitte (ÜK) ise gastrointestinal sistemin tekrarlayan immün aktivasyonu ve inflamasyonu vardır (5). İBH, özellikle ÇH gibi bağışıklık sistemi aracılı hastalıklarla daha yaygın olmakla birlikte, çeşitli immün ve non-immün hastalıklarla da birlikte görülebilmektedir (6,7). Literatür verilerine göre ÇH-ÜK birlikteliğinin sık olmadığı saptanmıştır. Bu makalede ÇH tanısı olan hastada ÜK gelişen genç bir kadın hasta sunulmuştur.

OLGU

26 yaşında kadın hasta günde 15-20 defa olan mukuslu kanlı ishal ve bulantı-kusma şikâyeti ile Harran Üniversitesi Gastroenteroloji Polikliniğine başvurdu. Hastanın pediatrik dönemde boy kısalığı şikâyeti ile poliklinik başvurularının olduğu ve 12 yıl önce ÇH tanısı aldığı, ancak çölyak diyetine uymadığı öğrenildi. Fizik muayenede, genel durum orta, 153 cm boyunda ve 42 kilo ağırlığında olan hastanın VKİ:17,1 idi. Lökosit: 14,74 10e3/dL, hemoglobin: 6,7 g/dL, CRP: 16.1 mg/dL. Dışkı serolojisinde bol lökosit ve bol eritrosit izlendi, entamoeba histolitica antijeni negatif, clostridium difficile toxin- A-B negatif, dışkıda parazit sonucu negatif izlendi. Hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Gastroskopide bulbus ve duodenum 2.kıtası hiperemik ve ödemli, kadedifemsi görünümde izlendi. Antral gastrit ve duodenit (ÇH) lehine değerlendirildi. Biyopsi: Marsh 3C idi. Kolonoskopide hepatik fleksura, transvers kolon ve inen kolonda mukoza hiperemik, ödemli, granüler ve yer yer ülser idi. Rektosigmoid mukoza hiperemik, ödemli, granüler ve yer yer ülser idi, hastada ÜK (sol kolon tutulumlu, orta-ağır aktivite) düşünüldü (Resim). Biyopside kriptit, krip distorsiyonu,

ÜK ile uyumlu idi. Hastaya glutensiz diyetle birlikte oral ve rektal mesalazin ve parenteral steroid başlandı. Şikayetleri azalan hastada steroid orale geçildi, poliklinik takibi öneriler taburcu edildi. Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.



Resim: 12 yıldır çölyak hastalığı olan hastada ülseratif kolit

TARTIŞMA

ÇH’nin mevcut tek tedavisi glutensiz diyetle uymaktır (8). ÇH hastalığı ile birlikte görülen İBH hakkında bilgiler sınırlıdır (9). Braun ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada bu birlikteliğin genetik alt yapısının olabileceği bildirilmiştir (10). Bizim hastamıza 12 yıl önce çocukluk döneminde ÇH tanısı konulmuştu. Hasta ÇH diyetine kısmen uyumsuzdu. ÇH’nin çocukluk çağına başlaması bu birlikteliğin genetik bir alt yapısının olabileceğini düşündürmüştür.

Literatür verilerine göre İBH’li hastalarda ÇH riskinin, Çölyak hastalarında İBH riskine nispeten daha düşük olduğu bildirilmiştir (11). Leeds ve arkadaşları İBH’de ÇH’nin yaygınlığını ve ÇH’de İBH’nin yaygınlığını belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada ÇH’de İBH prevalansı kontrol grubuna kıyasla 10 kat artmış olduğunu ancak İBH’de ÇH prevalansının kontrol grubuna benzer olduğunu bildirmiştir (12). Benzer şekilde Oxford ve arkadaşları da yaptıkları bir çalışmada İBH tanılı hastalarda

ÇH daha yaygın olmasa da ÇH tanılı hastalarda İBH'nin daha yaygın görüldüğünü bildirmiştir (9). Bir başka çalışmada ise İBH'li hastalarda kontrol grubuna göre ÇH hastalığı riskinin daha fazla olduğu ve yine çölyak hastalarında kontrol grubuna göre İBH riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (13). Bizim hastamızda da literatür verilerine benzer şekilde önce ÇH teşhisi konulmuş, ÇH tanısından 12 yıl sonra İBH tanısı almıştır.

Crohn ve ÜK'nin çölyak ile birlikteliği karşılaştırıldığında ÜK tanılı hastalarda ÇH'nin Crohn hastalığı tanısı alanlara oranla daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (14). Bizim hastamızda da yine literatür verilerine benzer şekilde İBH tanısı olarak ÜK tanısı konulmuştur.

ÇH-ÜK birlikteliği olan hastalarda ÇH olmayan ÜK kontrollerine göre immünomodülatör kullanımının artma eğilimi olduğu bildirilmiştir (9). Bizim hastamızda orta-ağır tutulum nedeniyle remisyona tedavisi olarak oral ve rektal mesalazin ve parenteral steroid tedavisi başlanmış ve hasta bu tedaviyle remisyona girmiştir. İmmünomodülatör tedavi başlanmamakla birlikte orta-ağır tutulum ve başlangıçta parenteral steroid ihtiyacı olduğu için, immünomodüler tedavi ihtiyacı olabileceği öngörülmüştür.

SONUÇ

ÇH'nin mevcut tek tedavisi glutensiz diyetle uyumaktır. Birçok hastalıkla birlikteliği bilinen ÇH'de hastalık tanısından sonra ÜK ortaya çıkması nadir bir durumdur, ÇH olan bir hastada kanlı ishal varsa bizim hastamızda olduğu gibi ÜK olabileceği akılda tutulmalıdır.

Yazar katkıları: Fikir ve tasarımı: AU; Veri toplama: SU; Veri analizi/yorumlama: SU, DÇB, AU; Makalenin yazımı: SU, DÇB, AU; Son onay ve sorumluluk: DÇB, AU

Çıkar çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yayın için hasta onayı: Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Catassi, C., Verdu, E. F., Bai, J. C., & Lionetti, E. (2022). Coeliac disease. *Lancet*

(London, England), 399(10344), 2413–2426.

2. Malamut, G., Soderquist, C. R., Bhagat, G., & Cerf-Bensussan, N. (2024). Advances in Nonresponsive and Refractory Celiac Disease. *Gastroenterology*, 167(1), 132–147.
3. Rubio-Tapia, A., Hill, I. D., Kelly, C. P., Calderwood, A. H., Murray, J. A., & American College of Gastroenterology (2013). ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. *The American journal of gastroenterology*, 108(5), 656–677.
4. Ludvigsson, J. F., Bai, J. C., Biagi, F., Card, T. R., Ciacci, C., Ciclitira, P. J., Green, P. H., Hadjivassiliou, M., Holdoway, A., van Heel, D. A., Kaukinen, K., Leffler, D. A., Leonard, J. N., Lundin, K. E., McGough, N., Davidson, M., Murray, J. A., Swift, G. L., Walker, M. M., Zingone, F., ... British Society of Gastroenterology (2014). Diagnosis and management of adult coeliac disease: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*, 63(8), 1210–1228.
5. Kaplan G. G. (2015). The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 12(12), 720–727.
6. Assa, A., Frenkel-Nir, Y., Tzur, D., Katz, L. H., & Shamir, R. (2017). Large population study shows that adolescents with celiac disease have an increased risk of multiple autoimmune and nonautoimmune comorbidities. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 106(6), 967–972.
7. Ghersin, I., Khateeb, N., Katz, L. H., Daher, S., Shamir, R., & Assa, A. (2020). Comorbidities in adolescents with inflammatory bowel disease: findings from a population-based cohort study. *Pediatric research*, 87(7), 1256–1262.
8. Pinto-Sanchez, M. I., Verdu, E. F., Gordillo, M. C., Bai, J. C., Birch, S., Moayyedi, P., & Bercik, P. (2015). Tax-deductible provisions for gluten-free diet in Canada compared with systems for gluten-free

- diet coverage available in various countries. *Canadian journal of gastroenterology & hepatology*, 29(2), 104–110.
9. Oxford, E. C., Nguyen, D. D., Sauk, J., Korzenik, J. R., Yajnik, V., Friedman, S., & Ananthakrishnan, A. N. (2013). Impact of coexistent celiac disease on phenotype and natural history of inflammatory bowel diseases. *The American journal of gastroenterology*, 108(7), 1123–1129.
 10. Braun, T., Sosnovski, K. E., Amir, A., BenShoshan, M., VanDussen, K. L., Karns, R., Levhar, N., Abbas-Egbariya, H., Hadar, R., Efroni, G., Castel, D., Avivi, C., Rosen, M. J., Griffiths, A. M., Walters, T. D., Mack, D. R., Boyle, B. M., Ali, S. A., Moore, S. R., Schirmer, M., ... Haberman, Y. (2023). Mucosal transcriptomics highlight lncRNAs implicated in ulcerative colitis, Crohn's disease, and celiac disease. *JCI insight*, 8(14), e170181.
 11. Shah, A., Walker, M., Burger, D., Martin, N., von Wulffen, M., Koloski, N., Jones, M., Talley, N. J., & Holtmann, G. J. (2019). Link Between Celiac Disease and Inflammatory Bowel Disease. *Journal of clinical gastroenterology*, 53(7), 514–522.
 12. Leeds, J. S., Höroldt, B. S., Sidhu, R., Hopper, A. D., Robinson, K., Toulson, B., Dixon, L., Lobo, A. J., McAlindon, M. E., Hurlstone, D. P., & Sanders, D. S. (2007). Is there an association between coeliac disease and inflammatory bowel diseases? A study of relative prevalence in comparison with population controls. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 42(10), 1214–1220.
 13. Pinto-Sanchez, M. I., Seiler, C. L., Santeso, N., Alaedini, A., Semrad, C., Lee, A. R., Bercik, P., Lebwohl, B., Leffler, D. A., Kelly, C. P., Moayyedi, P., Green, P. H., & Verdu, E. F. (2020). Association Between Inflammatory Bowel Diseases and Celiac Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*, 159(3), 884–903.e31.
 14. Casella, G., D'Incà, R., Oliva, L., Daperno, M., Saladino, V., Zoli, G., Annese, V., Fries, W., Cortellezzi, C., & Italian Group - IBD (2010). Prevalence of celiac disease in inflammatory bowel diseases: An IG-IBD multicentre study. *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, 42(3), 175–178.