

# Kolonoskopide Görülen Her Ülser İnflamatuar Barsak Hastalığı Değildir

## Every Ileal Ulcer May Not Be Related to Inflammatory Bowel Disease

Züleyha Akkan Çetinkaya<sup>1</sup>, Mesut Sezikli<sup>2</sup>, Göktuğ Şirin<sup>3</sup>, Sevda Soydan<sup>4</sup>, Fatih Güzelbulut<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Bahçeşehir Üniversitesi, Medical Park Gebze Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Kocaeli

<sup>2</sup>Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Kocaeli

<sup>3</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği

<sup>4</sup>Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Bölümü, Kocaeli

<sup>5</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

### ÖZET

Günlük gastroenteroloji rutininde pek çok kez kolon ve ince barsak ülserli hastalarla karşılaşmaktayız. Bu hastalardaki ülserlerin ayırıcı tanısı her zaman çok kolay olmayabilmektedir. Biz de polikliniğimize başvuran bir vaka sayesinde bu konuyu irdelemek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** kolonoskopi, ülser, inflammatuar barsak hastalığı

### ABSTRACT

Ileal ulcers are detected commonly in our clinical practice. However they are not always a result of inflammatory bowel disease. It is important to differentiate them from other etiologies. We herein report a case of ileal ulcer and present a brief review on the topic.

**Keywords:** Colonoscopy, ulcer, inflammatory bowel disease

### İletişim (Correspondence):

Uzm. Züleyha Akkan Çetinkaya  
Bahçeşehir Üniversitesi, Medical Park Gebze Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Kocaeli-Türkiye  
Tel: 05323734524 / E-Mail: zakkan2000@yahoo.com

## GİRİŞ

Günlük gastroenteroloji rutininde pek çok kez kolon ve ince barsak ülserli hastalarla karşılaşmaktayız. Bu hastalardaki ülserlerin ayırıcı tanısı her zaman çok kolay olmayabilmektedir. Biz de polikliniğimize başvuran bir vaka sayesinde bu konuyu irdelemek istedik.

## OLGU SUNUMU

Polikliniğimize başvurudan 2 hafta öncesine kadar bilinen hastalığı olmayan 29 yaşında erkek hastanın , 2 hafta önce karın ağrısı başlamış. Ağrı göbek etrafından başlayıp bazen sağ alt kadrana da yansımış ve, yemeklerle ilişkisizmiş. 15-20 dakika sürüp kendiliğinden geçiyormuş. Bu şikayetler ile başvurduğu hekim tarafından tetkik edilmiş. Batın bilgisayarlı tomografisinde; terminal ileum ve çekumu ilgilendiren simetrik ve belirgin duvar kalınlaşması ve komşuluklarında en büyüğü 1 cm boyutunda olan lenfadenopatiler saptanmış. Bunun üzerine kolonoskopisi yapılmış. Kolonoskopisinde ; terminal ileumda yaygın hiperemi, lineer ülserasyonlar, inen kolondan çekuma kadar da yer yer çok sayıda aftöz ülserler saptanmış ve ileokolonik Crohn hastalığı düşünülerek ,ileumdan biopsiler alınmış. Biopsi sonucunda; orta derecede aktif ileit, yoğun derecede mukozal eozinofili (74/1 BBA) saptanmış, granülom görülmemiş. Bu bulguların Crohn hastalığını dışlamayacağı , bulguların klinik ile beraber değerlendirilmesi önerilmiş. Hastaya bu bulgular sonucunda ,immüsupresan tedavi başlanması planlanmış, ancak hasta tedavinin sosyal güvencesi altında yapılmasını istediği için tedaviye başlamayıp hastanemiz gastroenteroloji polikliniğine başvurmuş . Başvuru esnasında ishal, rektal kanama,ateş,iştahsızlık şikayeti yoktu. Bazen belinde de olan karın ağrısı şikayeti devam ediyordu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde epigastrik bölgede ve batında sağ inguinal ve orta kadranda hafif hassasiyet mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde akut fazı normaldi, gayta mikroskobisinde özellik yoktu, gayta kültüründe üreme olmadı, gaytada gizli kanı (+) saptandı. Nonsteroid ilaç kullanım öyküsü ,kendisinde veya

yakınlarında tüberküloz öyküsü yoktu. PPD 7 mm (BCG'li) saptandı. Behçet vb vaskülitik lezyonlar açısından göz muayenesi yaptırıldı, normaldi. Hastanın her ne kadar nonspesifik olduğu düşünülse de bel ağrıları da olduğu için istenen Brusella rose bengal testi 1/ 160 dilüsyonda pozitif saptandı, hastanın herhangi bir brusella kliniği ve laboratuvar bulguları mevcut değildi, test tekrarlandı yine aynı titrede pozitif saptandı. Hastada her ne kadar brusella düşünülme de çapraz reaksiyon yapabilecek, elimizdeki imkanlar ile saptanmayan infektif patolojiler açısından hastaya 10 günlük siprofloksasin ve metranidazol tedavisi uygulandı. Bunlar sonrasında brusella testi tekrarlandı, negatif saptandı. Tedavinin akabinde hastanın karın ağrısı şikayeti geriledi , gaytada gizli kan (-) bulundu. Merkezimizde kontrol kolonoskopisi yapıldı, t.ileumda 30 cm ilerlendi, normaldi, tüm kolon segmentleri normal olarak değerlendirildi. Alınan biopsiler de normal sınırlarda idi. Brusella testi tekrarlandı, negatif bulundu . Hastanın halen herhangi bir şikayeti olmayıp, takip altındadır.

## TARTIŞMA

Pek çok infeksiyon hastalığının inflamatuvar barsak hastalığını (İBH) taklit ettiği iyi bilinmektedir. (Tablo 1).

Tablo 1: Barsaklarda ülser yapan mikroorganizmalar

Cryptococcus neoformans	Anisakis simplex Mycobacterium avium complex
Histoplasma capsulatum	
Sitomegalovirus	Mycobacterium tuberculosis
Nötropenik enterocolitis	Salmonella spp.
Yersinia enterocolitica	Yersinia pseudotuberculosis
Actinomyces israelii	

Bu hastalıklarla İBH ayırıcı tanısını doğru yapmanın yaşamsal önemi vardır. Zira infektif bir patolojiye immüsupresif tedavi verilmesi, telafisi güç durumlara yol açabilir. Ancak çoğu zaman elimizdeki laboratuvar imkanları ile tüm patojen mikroorganizmaları n tanısını koyabilmemiz

mümkün olmamaktadır. Bu yüzden hem klinik bulgular, hem anamnez ve endoskopik bulgulardan ipuçları yakalayıp İBH ayırıcı tanısını yapmaya çalışmalıyız. Endoskopik olarak salmonelloz'da segmental, fragil mukoza ve peteşiler izlenirken, şigeloz da yamalı, yoğun mor kırmızı eritem görülür her ikisinin de tanısı gayta kültürü ile konur (2,3) . Hastamızda tekrarlanan gayta kültürlerinde herhangi bir üreme olmadı. Ülkemiz için büyük bir sorun olan tüberküloz da ileal ve çekal tutulumla gider ,ayırıcı tanıda ARB boyama, dokuda tbc-PCR inceleme, PPD ve biyopsi kullanılır (4). Hastamızda tüm bu değerlendirmeler ile tüberküloz bulgusu yoktu. Keza hem campilobacter hem de yersinya enfeksiyonlarında kolonda yamalı tutulum, ileal aftöz lezyonlar izlenebilir , tanı dışı kültürü ve yersinya için seroloji ile konur. NSAİD benzeri ilaçların ince barsaklarda ülserler yapabildiği bilinmektedir (5). Hastamızda NSAİD kullanım hikayesi yoktu.

Yersinia en sık akut gastroenterit şeklinde ortaya çıkar. Bununla beraber anlamlı diare olmadan karın ağrısı veya ateş %20 hastada görülebilir.Hatta bazı vakalarda lezyonlar yanlışlıkla Crohn hastalığı ile karıştırılabilir (6,7).

Yersinia enfeksiyonunun tedavisinde tetrasiklin, aminoglikozidler, florokinolonlar, TMP/SMX kullanılabilir (8). Brusella tanısında tarama testi olarak kullanılan Rose-Bengal testi Y. Enterocolitica 0:9 suşuyla çapraz reaksiyon verip, yalancı pozitifliklere yol açabilir(9). Hastamızda nonspesifik bir bel ağrısı ve pastörize olmayan süt kullanma anamnezi mevcuttu, ancak ateşi, sedim yüksekliği, kan sayımında sitopeni gibi brusella kliniği düşündürecek bulguları yoktu. Bu yüzden Rose-Bengal testinin yalancı pozitif olabileceğini düşündük. Bu bulguları gözönüne aldığımızda hastamızdaki klinik tabloya yol açan etkenin Y. Enterocolitica olması muhtemeldir.Her ne kadar klinik olarak yersinia düşünsek de o dönemde mevcut lab. olanakları ile tanı koyamayıp, ampirik olarak antibiyotik tedavisi verdik ve hastanın hem şikayetleri geçti hem de muhtemelen çapraz reaksiyon sonucu pozitif olan brusella testi negatifleşti. Tedavi sonrası yapılan kolonoskopisi de tamamen normalleşti.

Hastaya ilk görüldüğü merkezdeki Crohn tanısına göre immünespresif tedavi verilseydi etyoloji enfeksiyöz olduğu için hastalığın yayılma riski ortaya çıkıp, hasta için kötü sonuçlanabilirdi.

Günlük gastroenteroloji pratiğinde çok rastladığımız ince barsak ülserlerinde Crohn hastalığı tanısını koymadan önce enfeksiyöz patolojiler açısından çok dikkatli olup, klinik ve laboratuvar da tam desteklemiyorsa Crohn hastalığı tanısı koymakta aceleci olmamız gerektiğini bu vaka sebebi ile bir kez daha vurgulamak istedik .

#### KAYNAKLAR:

1. Tedesco FJ, Hardin RD, Harper RN et al. Infectious colitis endoscopically simulating inflammatory bowel disease: a prospective evaluation. Gastrointest Endosc 1983;29 : 195.
2. Echeverria, P, Sethabutr, O, Pitarangsi, C. Microbiology and diagnosis of infections with Shigella and enteroinvasive Escherichia coli. Rev Infect Dis 1991;13:220.
3. Hohmann, EL. Nontyphoidal salmonellosis. Clin Infect Dis 2001; 32:263.
4. Li X, Liu X, Zou Y et al. Predictors of clinical and endoscopic findings in differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. Dig Dis Sci 2011;56:188-96.
5. Kwo PY, Tremaine WJ. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced enteropathy: case discussion and review of the literature. Mayo Clin Proc 1995;70:55.
6. Makinen M, Niemela S, Lehtola J, et al: Collagenous colitis and Yersinia enterocolitica infection. Dig Dis Sci 1998; 43:1341.
7. Marks MI, Pai CH, Lafleur L, et al: Yersinia enterocolitica gastroenteritis: A prospective study of clinical, bacteriologic and epidemiologic features. J Pediatr 1980; 96:26.
8. Gomi H, Jiang ZD, Adachi JA, et al: In-vitro antimicrobial susceptibility testing among bacterial enteropathogens causing travelers' diarrhea in four areas of the world. Antimicrob Agents Chemother 2001; 45:212.
9. C Schoerner, K Wartenberg, M Röllinghoff. Differentiation of serological responses to Yersinia enterocolitica serotype O9 and Brucella species by

immunoblot or enzyme-linked immunosorbent assay using whole bacteria and Yersinia outer membrane proteins. J Clin Microbiol 1990; 28: 1570–1574.