



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI



ACİL SERVİSE BAŞVURAN İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI
TANILI HASTALARIN ANALİZİ

ACİL TIP UZMANLIK TEZİ
DR. PINAR EZGİ ÇOBAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AFŞİN İPEKÇİ
İSTANBUL – 2024

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI
TANILI HASTALARIN ANALİZİ

ACİL TIP UZMANLIK TEZİ
DR. PINAR EZGİ ÇOBAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AFŞİN İPEKÇİ
İSTANBUL – 2024

ÖNSÖZ

Uzmanlık öğrenciliğim boyunca bilgisinden ve tecrübelerinden her zaman yararlandığım desteğini her daim hissettiren çok saygıdeğer hocam Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ'ye, ve yine uzmanlık öğrenciliğim boyunca desteğini her daim hissettiğimiz bize rehberlik eden çok saygıdeğer hocamız Prof. Dr. Seda ÖZKAN'a,

Uzmanlık öğrenciliğim süresince bana ve bütün acil ekibine hep destek olan; bilgi ve deneyimleri ile eğitim ve öğrenimimizde hep katkıda bulunan; her daim örnek teşkil eden aynı zamanda tez danışman hocam, abim Doç. Dr. Afşın İPEKÇİ'ye, her daim yanımda olan tez çalışmamda emekleri büyük olan Öğr. Gör. Dr. Serap BİBEROĞLUNA'na,

Uzmanlık öğrenciliğim süresince gösterdikleri destek, katkı ve güleryüzü için Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÇAKMAK, Öğr. Gör. Dr. Yonca Senem AKDENİZ ve Öğr. Gör. Dr. Sevil Kuşku KIYAK'a,

Arkadaşlığı ile her daim yanımda olan ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim canım arkadaşım Uzm. Dr. Göksun PERVER'e,

Berber çalışmaktan her daim keyif aldığım, zorlu asistanlık yıllarında birbirimize her zaman destek olduğumuz Dr. Nagihan YILMAZ, Dr. Gamze DOĞAN, Dr. Tayfun DEMİRÖZ başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Acil serviste keyifle çalışmayı sürdürdüğümüz, her zaman ekip ruhu ile hareket eden ve tez sürecimde de her türlü desteği sağlayan başta Öznur ŞENDUR ve tüm acil servis çalışanlarına,

Bugünlere gelmemin en büyük mimarları, her zaman yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem Neziye ÇOBAN, babam Sebahaddin ÇOBAN ve biricik kardeşim Recep Deniz ÇOBAN'a,

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım

Dr. Pınar Ezgi ÇOBAN

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| SİMGE VE KISALTMALAR..... | I |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | III |
| TABLolar DİZİNİ | IV |
| ETİK KURUL ONAYI..... | V |
| ÖZET..... | VI |
| ABSTRACT | VII |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları..... | 3 |
| 2.1.1. Epidemiyoloji | 3 |
| 2.1.2. Etiyoloji ve Patogenez | 5 |
| 2.1.3. Patoloji..... | 7 |
| 2.1.4. Klinik | 8 |
| 2.1.4.1 Ülseratif Kolit Kliniği | 8 |
| 2.1.4.2 Crohn Hastalığının Kliniği | 11 |
| 2.1.5. Tanı..... | 13 |
| 2.1.6. Tedavi..... | 15 |
| 2.1.6.1. Crohn hastalığında tedavi | 15 |
| 2.1.6.2. Ülseratif Kolitte Tedavi..... | 16 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 17 |
| 3.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri..... | 17 |
| 3.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri..... | 18 |
| 3.3. İstatistiksel yöntemler..... | 18 |
| 4. BULGULAR..... | 19 |
| 4.1. Olguların birinci başvurularının analizi..... | 19 |
| 4.2. Olguların ikinci başvurularının analizi..... | 25 |
| 4.3. Olguların üçüncü başvurularının analizi..... | 28 |
| 4.4. Olguların dördüncü başvurularının analizi | 31 |
| 4.5. Olguların beşinci başvurularının analizi | 34 |
| 4.6. Olguların altıncı başvurularının analizi | 34 |
| 4.7. Olguların yedinci başvurularının analizi..... | 34 |
| 4.8. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı tanılı hastaların karşılaştırmalı analizi | 35 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| 5. TARTIŞMA | 42 |
| 6. SONUÇ | 47 |
| 7. KAYNAKLAR | 48 |



SİMGE VE KISALTMALAR

5-ASA: 5-Aminosalisilik Asit

5-MP: 5-Merkaptopurin

ALT: Alanin Aminotransferaz

AS: Ankilozan Spondilit

AST: Aspartat Aminotransferaz

ATG16L1: Autophagy Related 16 Like 1

AZA: Azatiopirin

BT: Bilgisayarlı Tomografi

CH: Crohn Hastalığı

CO: Karbonmonoksit

CRP: C-Reaktif Protein

CVID: Yaygın Değişken İmmun Yetmezlik

DM: Diyabetes Mellitus

ESH: Eritrosit Sedimentasyon Hızı

FMF: Ailevi Akdeniz Ateşi

FUT2: Fucosyltransferase 2

GİS: Gastrointestinal Sistem

HT: Hipertansiyon

IL-12 B: İnterlökin 12B

IL-23R: İnterlökin-23 Reseptörü

IRGM: İmmunity-related GTPase Family M

ITLN1: Human Intelectin 1

İBH: İnflamatuvar Barsak Hastalığı

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MCV: Ortalama Eritrosit Hacmi
Min-Maks: Minimum-Maksimum
MTX: Metotreksat
MUC19: Mucin Gene 19
NK T: Natural Killer T
NOD 2: Nucleotide Binding Oligomerization Domain Containing 2
NSAİİ: Nonsteroid Anti-İnflamatuvar İlaç
Ort±SS: Ortalama±Standart sapma
PLT: Trombosit Sayısı
PSK: Primer Sklerozan Kolanjit
RA: Romatoid Artrit
RDW: Eritrosit Dağılım Genişliği
STAT 3: Signal Transducer and Activator of Transcription 3
Th 17: T Helper 17
Th1: T Helper 1
Th2: T Helper 2
TNF: Tümör Nekroz Faktör
ÜK: Ülseratif Kolit
ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
XBP1: X-Box Binding Protein 1
YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Olguların birinci başvurularındaki cinsiyet dağılımlı

Şekil 2. Olguların ÜK-CH olarak dağılımlı

Şekil 3. Olguların 1 yıldaki acil servise başvuru sayılarının analizi

Şekil 4. Olguların birinci başvurularının aylara göre dağılımlı

Şekil 5. Olguların ilk başvurularındaki başvuru Şikayetleri

Şekil 6. Olguların ikinci başvurularının aylara göre dağılımlı

Şekil 7. Olguların ikinci başvurularındaki başvuru Şikayetlerinin analizi

Şekil 8. Olguların üçüncü başvurularının aylara göre dağılımlı

Şekil 9. Olguların üçüncü başvurularındaki başvuru Şikayetlerinin analizi

Şekil 10. Olguların dördüncü başvurularının aylara göre dağılımlı

Şekil 11. Olguların dördüncü başvurularındaki başvuru Şikayetlerinin analizi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. ÜK için Truelove-Witts klinik aktivite indeksi

Tablo 2. ÜK için Mayo skorlama sistemi

Tablo 3. CH'nin Gastrointestinal tutulum yeri ve ilişkili semptomlar

Tablo 4. Harvey-Bradshaw İndeksi

Tablo 5. ÜK ve CH'de klinik, laboratuvar, endoskopik ve histolojik özellikler

Tablo 6. Olguların Eşlik Eden Ek Hastalıkları

Tablo 7. Olguların Birinci Başvurudaki Vital Değerleri

Tablo 8. Olguların ilk başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

Tablo 9. Olguların ilk başvurularında aldıkları tanıların analizi

Tablo 10. Olguların birinci başvurularında hastane yatışı-taburculuk oranları

Tablo 11. Olguların ikinci başvurudaki vital değerleri

Tablo 12. Olguların ikinci başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

Tablo 13. Olguların ikinci başvurularında aldıkları tanıların analizi

Tablo 14. Olguların üçüncü başvurularının vital bulguları

Tablo 15. Olguların üçüncü başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

Tablo 16. Olguların dördüncü başvurularının vital bulguları

Tablo 17. Olguların dördüncü başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

Tablo 18. Cinsiyete göre ÜK-CH ve yatış-taburculuk dağılımı

Tablo 19. Vital Değerlere göre ÜK-CH ve yatış-taburculuk karşılaştırması

Tablo 20. Ek hastalıklarının ÜK-CH ve yatış-taburculuk olarak karşılaştırması

Tablo 21. Başvuru şikayetlerinin ÜK- CH ve yatış-taburculuk olarak karşılaştırması

Tablo 22. Laboratuvar parametrelerinin ÜK-CH ve yatış-taburculuk olarak karşılaştırması

Tablo 23. ÜK-CH atakların yatış- taburculuk verilerinin karşılaştırılması

Tablo 24. Olguların diğer tanılarının ÜK ve CH olarak karşılaştırması

Tablo 25. ÜK-CH yatış-taburculuk verilerinin karşılaştırması

ÖZET

Amaç: İnflamatuvar Barsak Hastalığı tanılı hastaların acil servise başvuru şikayetleri, sıklığı, demografik özellikleri, laboratuvar tetkikleri ve aldıkları tanılar analiz ederek, acil tıp hekimlerine yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasında retrospektif olarak yapılmıştır. Acil servise başvuran 18 yaşından büyük, bilinen İnflamatuvar Barsak Hastalığı tanılı 229 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar, yaş, cinsiyet, bilinen kronik hastalıkları, vital bulguları, laboratuvar sonuçları ve başvuru şikayetlerine göre analiz edilmiş ve aldıkları tanılar ile sonuçları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızdaki olguların cinsiyet oranına bakıldığında erkek/kadın oranı 1,20/1 olarak bulundu. Crohn Hastalığının (CH) Ülseratif Kolit (ÜK) hastalığına oranı 1,75/1 idi Yaş ortalaması 42,7±14,12 (19-75) yıl idi. En sık tanılar %33,73 ÜK atak, %24,65 ile CH ataktı. Ek hastalıklar arasında Diyabetes Mellitus (p=0,009) ve hipotiroidinin (p=0,010) ÜK ile birlikteliği anlamlı idi. Kanlı ishal ile başvuru ÜK'de anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,001). Kilo kaybı (p=0,014), siyah dışkılama (p=0,016), genel durum bozukluğu (p=0,004), kanlı kusma (p=0,016) ile acil servise başvuran olgularda ise hastane yatışı anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Sonuç: İnflamatuvar Barsak Hastalığı tanılı hastalar acil servislere birçok şikayet ile başvurabilmekte ve farklı tanılar alabilmektedir. Çalışmamızda 132 olgu (%57,6) atak dışı dahili hastalıklar ve 33 olgu (%14,4) atak dışı cerrahi tanı almıştır. Her ne kadar acil serviste en sık CH ve ÜK atak olarak karşımıza çıksalar da aldıkları atak dışı tanılar da oldukça fazla görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis; Crohn Hastalığı; İnflamatuvar Barsak Hastalığı; Ülseratif Kolit

ABSTRACT

Purpose: We aimed to provide guidance to emergency physicians by analyzing the complaints, frequency, demographic characteristics, laboratory tests and diagnoses of patients diagnosed with Inflammatory Bowel Disease

Materials and Method: This retrospective study was conducted between 01.01.2022 and 31.12.2022 in Istanbul University-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Emergency Medicine. A total of 229 patients older than 18 years of age with a known diagnosis of Inflammatory Bowel Disease who presented to the emergency department were included in the study. Patients were analyzed according to age, gender, known chronic diseases, vital signs, laboratory results and complaints at presentation and the diagnoses and outcomes were compared.

Results: The male/female ratio of the cases in our study was 1,20/1. The ratio of Crohn's Disease (CD) to Ulcerative Colitis (UC) was 1,75/1. The mean age was 42.7 ± 14.12 (19-75) years. The most common diagnoses were UC attack with 33.73% and CD attack with 24.65%. Among comorbidities, the association of diabetes mellitus ($p=0.009$) and hypothyroidism ($p=0.010$) with UC was significant. Presentation with bloody diarrhea was significantly higher in UC ($p<0.001$). Hospitalization was significantly higher in patients presenting to the emergency department with weight loss ($p=0.014$), black stools ($p=0.016$), general condition disorder ($p=0.004$), and bloody vomiting ($p=0.016$).

Conclusion: Patients with Inflammatory Bowel Disease may present to emergency departments with many complaints and may receive different diagnoses. In our study, 132 patients (57.6%) were diagnosed with non-attack internal diseases and 33 patients (14.4%) were diagnosed with non-attack surgery. Although CD and UC were the most common diagnoses in the emergency department, non-attack diagnoses were also seen quite frequently.

Keywords: Emergency Department; Crohn's Disease; Inflammatory Bowel Disease; Ulcerative Colitis

1. GİRİŞ

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) esas olarak gastrointestinal sistemi etkileyen, kronik inflamatuvar süreçler sonucunda ortaya çıkan, multisistemik, idiopatik bir hastalıktır. Ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH) olmak üzere iki ana alt gruba ayrılır. ÜK; kolon ve rektum mukozası ile sınırlı tutulum gösteren, rektumdan başlayıp kesintisiz olarak proksimale doğru seyreden ekstraintestinal sistem bulguları da gösterebilen bir hastalıktır [1]. ÜK, kolonda sınırlı mukozal inflamasyonla seyreder. CH; ağızdan anüse kadar gastrointestinal kanalın her yerini tutabilen, atlamalı seyir gösteren, tekrarlayıcı seyirli, transmural tutulum gösteren kronik inflamatuvar bir hastalıktır [2]. CH sıklıkla terminal ileum veya perianal bölgeyi tutmaktadır [3]. CH; abse, fistül, striktür gibi komplikasyonlarla sıklıkla ilişkili olarak seyreder. ÜK ve CH benzer semptomlara sahip hastalıklardır. Bu hastalıklarda ishal, abdominal ağrı, rektal kanama ve kilo kaybı ana semptomlardandır. Bununla birlikte ÜK ve CH'nin kendine özgü semptomları da görülmektedir [3].

Bu iki hastalık da adolesanlarda ve erişkinlerde erkek ve kadınları benzer oranda etkilemektedir. ÜK Avrupa'da 2.6 milyon, Kuzey Amerika'da 1.2 milyon kişiyi etkilemektedir. Bu hastaların yaklaşık %25'i 18 yaşından önce tanı almaktadır [3].

İnflamatuvar barsak hastalığı patogenezinde genetik nedenler, çevresel maruziyetler ve intestinal mikrobiyal flora ile immun cevap rol oynamaktadır [4].

Crohn Hastalığı, 15-35 yaş aralığında izlenen karın ağrısı, ishal, ateş ile seyreden, sıklıkla ince bağırsakların distal kısmını etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır. Ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin her yerini tutabilmektedir. CH'de semptomlar hafif dereceden şiddetli dereceye kadar değişken spektrumda izlenebilmektedir. CH'de ince bağırsaklardaki hasar ve inflamasyondan dolayı malnütrisyon en sık izlenen durumdur. CH hastalarının %50'sından fazlasında folat ve D vitamini eksikliği izlenmektedir [4].

Ülseratif Kolit kanlı dışkılama (hematokezya), yaygın karın ağrısı, ishal ile seyreden, kolona sınırlı tutulum gösteren inflamatuvar bir hastalıktır. ÜK'deki kanlı dışkılama riski, CH'e göre daha sık olarak izlenmektedir. Bu nedenle ÜK hastalarının %50'sinden fazlasında demir eksikliği izlenmektedir [4].

İnflamatuvar Barsak Hastalığı'nda birçok hastada intestinal bulgular dışında ekstraintestinal bulgular da görülmektedir. Bu yüzden sadece gastrointestinal semptomlar değil, ekstraintestinal semptomlara da sebep olan sistemik bir hastalık olarak kabul edilmelidir [5].

Ekstraintestinal semptomlar 2 gruba ayrılır. Bunlar ekstraintestinal bulgular ve ekstraintestinal komplikasyonlardır. Ekstraintestinal bulgular en sık eklemleri, cildi, hepatobilier sistemi ve gözü etkiler. Eklem bulguları olarak periferik ve aksiyal artropatiler; cilt bulguları olarak eritama nodozum, piyoderma gangrenozum, Sweet sendromu, aftöz stomatit, göz bulguları episklerit ve üveit görülürken hepatobilier sistemde en sık primer sklerozan kolanjit olarak karşımıza gelmektedir [5]. Ekstraintestinal komplikasyonlar ise esas olarak hastalığın kendisinden kaynaklanır ve temel olarak malabsorbsiyon sonucu ortaya çıkan mikro besin eksiklikleri, osteoporoz, periferik nöropatiler, kullanılan ilaçlara bağlı yan etkileri içermektedir [6].

İnflamatuvar Barsak Hastalığı; kronik, tekrarlayıcı, relaps ve remisyon dönemleri olan, hem intestinal hem de ekstraintestinal komplikasyonlarla seyir eden bir hastalık grubu olması nedeniyle sık acil servis başvurusuna sahiptir. Sık acil servis başvurusu olan bu hastalık grubu bir acil tıp hekimi tarafından iyi bilinmeli, ayrıcı tanısı, komplikasyonları ve acil tedavisi açısından yetkinlik sahibi olmalıdır [7].

Bu retrospektif çalışmada, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisine herhangi bir şikayet ile başvuran ve İBH tanısı bulunan 18 yaş ve üzerindeki hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalıkları, başvuru şikayetleri ve sıklıkları, aldığı tanılar ile laboratuvar tetkikleri analiz edilmiş, bunun sonucunda acil tıp hekimlerine İBH tanılı hastaların ne sıklıkta başvurduğu, aldıkları en sık tanı ve sık görülen komplikasyonlar açısından yol gösterici olması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları; kronik, tekrarlayıcı ve kontrolsüz barsak iltihabı ile karakterize olan ve ÜK, CH ve her ikisinin arasında yer alan intermediate koliti içeren bir hastalık grubudur. Dünya geneline bakıldığında insidansının giderek arttığı görülmektedir [3]. İBH etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Genetik, çevresel ve mikrobiyal faktörler ile bu faktörlere karşı oluşan immun yanıtın etkileşimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir [8].

İnflamatuvar Barsak Hastalığı'nın ortak semptomları karın ağrısı, çok sayıda ve kanlı dışkılamadır [9]. Tanı, bağırsak biyopsisinde transmural veya yüzeysel yamalı granümatöz infiltrasyon varlığı ve/veya akut inflamatuvar hücrelerin varlığı ile konur [10]. ÜK'de kolon mukoza veya submukozasının sürekli iltihabı söz konusudur. CH'de ise tam kalınlıkta, atlamalı ve tüm sindirim sistemini etkileyebilen bir iltihaplanma mevcuttur. ÜK ve CH'ye genellikle ekstraintestinal semptom ve bulguların eşlik ettiği görülmektedir. Bu semptom ve bulguların olması İBH hastalarında morbiditenin artmasına neden olur [11].

2.1.1. Epidemiyoloji

İnflamatuvar Barsak Hastalığı ilk kez 18. Yüzyılın sonlarına doğru Sanayi Devrimi sırasında Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da bir hastalık olarak tanınmıştır [12].

İnflamatuvar Barsak Hastalığı tüm dünyada görülmesine rağmen hem coğrafi bölgeler içinde hem de coğrafi bölgeler arasında önemli farklılıklar görülmektedir [13]. İBH görülme sıklığının en yüksek olduğu ülkeler Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'dır. Dünya genelinde 5 milyondan fazla insanı etkilemekte olup bunların yaklaşık 1.4 milyonu Amerika'da, 3 milyonu da Avrupa'dadır [13].

Kuzey Amerika'da CH görülme sıklığı 100.000 kişi başına 26 ile 198,5 vaka arasında değişmekte iken ÜK görülme sıklığı 100.000 kişi başına 37,5 ile 229 vaka arasında değişmektedir [14]. Avrupa'da yapılan çeşitli çalışmalara göre CH görülme

sıklığı 100.000 kişi başına 8,3 ile 214 vaka arasında değişirken, ÜK görülme sıklığı 100.000 kişi başına 21,4 ile 243 vaka arasında değişmektedir [14].

Geçtiğimiz yüzyılda İBH'de özellikle de çocukluk çağı İBH'sinde belirgin bir artış olmuş ve son 50 yılda İBH gelişmekte olan ülkelere yayılmıştır [12]. İBH prevelansı, coğrafi bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte son dönemlerde küresel olarak bir artış göstermiştir. 1990 yılında tüm dünyada İBH tanılı hasta 3,7 milyon iken 2017 yılına gelindiğinde bu sayı yaklaşık %85 artış göstererek 6,8 milyonun üzerine çıkmıştır [15]. 1990 yılında yaşa standardize edilmiş yaygınlık oranı 100.000 nüfus başına 79,5'ten 2017 yılında 100.000 nüfus başına 84,3'e yükselmiştir [15].

İnflamatuvar Barsak Hastalığı sanayileşmiş ülkelerde sanayileşme oranı düşük olan ülkelere göre daha yaygın görülmektedir ancak yapılan son araştırmalara göre özellikle Asya ve Doğu Avrupa gibi görülme sıklığı düşük olan ülkelerde artış eğiliminde olması İBH'nin ortaya çıkışının çevresel faktörlerden de etkilenebileceğini düşündürmektedir [13].

Ülkemizde yapılan çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle net veriler elde edilememiş olmakla birlikte 2001-2003 yılları arasında yapılan bir çalışmaya bakıldığında ülkemizde ÜK görülme sıklığı 100.000 kişide 4,4 iken, CH görülme sıklığı 100.000 kişide 2,2 olarak rapor edilmiştir [16]. Aynı çalışmaya göre kadın hastaların ortalama yaşı CH ve ÜK'de benzerlik gösterse de erkek hastaların ortalama yaşı ÜK hastalarında CH hastalarına göre daha ileri yaş olarak belirlenmiştir. Hastaların yaşı 20-30 ve 50-70 arasında iki pik yaparak bimodal dağılım göstermektedir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında her iki hastalıkta da erkek cinsiyette daha sık görüldüğü belirlenmiştir. CH'de erkek/ kadın oranı 1,3/1 ve ÜK'de da aynı şekilde 1,3/1 olarak belirlenmiştir [16].

Küresel veriler değerlendirildiğinde ise ÜK erkeklerde biraz daha fazla görülürken bu oran CH'de kadınlar lehine artmaktadır (Kadın-erkek oranı: ÜK: 1:1, CH: 1,8:1) [14].

İnflamatuvar Barsak Hastalığı, alevlenme ve iyileşme dönemli bir seyir göstermesi, komplikasyonların gelişmesi, hastaneye yatış oranlarında artma, ameliyat

gerektirme ve pahalı tedavilerin kullanılması nedeni ile hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. 2030 yılına kadar Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’da, ortalama hasta sayısının 7 milyonun üzerine çıkacağı düşünülmektedir ve yine 2030 yılına kadar Kuzey Amerika, Okyanusya ile Avrupa’nın birçok ülkesinde görülme sıklığının %0,3’ün üzerinde olacağı düşünülmektedir [17].

2.1.2. Etiyoloji ve Patogenez

İnflamatuvar Barsak Hastalığı, patofizyolojisi ve etiyojisi net olarak açıklanamamış olan kronik inflamasyonla devam eden bir hastalıktır [11]. İBH gelişimi açısından tanımlanabilmiş risk faktörleri arasında; bağırsak florası, hücrel immunité, ailede İBH öyküsü, diyet, sigara kullanımı, non steroid anti inflamatuvar ilaçların (NSAİİ) kullanımı, antibiyotiklerin kullanımı, oral kontraseptif kullanımı, appendektomi öyküsü, genetik ve psikososyal faktörler yer alır [18].

İnflamatuvar Barsak Hastalığının patogenezinde bağırsağın bağışıklık sistemi anahtar noktadır. Bağırsak epiteli hücreler arası bağlantı noktaları ile dolaşıma bakteri veya antijen girişini engellemektedir. Bu bağlantı noktaları dışında ek koruyucu mekanizmalar arasında Goblet hücreleri tarafından mukus salgılanması ve Paneth hücrelerinden salgılanan antimikrobiyal etkinliğe sahip alfa defensinler yer almaktadır. İBH’de bu bağlantı noktaları ve ek koruyucu mekanizmalar ya bariyer işlevindeki yetersizlik nedeniyle ya da kronik inflamasyon sonucunda hasarlanır [19].

Genetik ve çevresel faktörler İBH ‘nin immünolojik temelini oluşturur [20]. CH ilişkili temel genler Nucleotide Binding Oligomerization Domain Containing 2 (NOD2), Autophagy Related 16 Like 1(ATG16L1) ve İmmunity-related GTPase Family M (IRGM)’ dir. ÜK ve CH’in gelişiminde ortak rol oynayan İnterlökin-23/T Helper 17 (Th 17) yolağı mevcuttur. Bu yolaktaki ortak genler arasında da İnterlökin-23 reseptörü (IL-23R), İnterlökin 12B (IL-12B) ve Signal Transducer and Activator of Transcription 3 (STAT3) yer almaktadır [21]. NOD2 gen polimorfizminin CH gelişimindeki en önemli unsur olduğu muhtemeldir [22]. ATG16L1 ve IRGM kontrollü katabolik süreçten sorumlu genlerdir. Ancak bu genler dışında İBH gelişiminde etkisi olabileceği düşünülen 160’ın üzerinde gen keşfedilmiştir. Tanımlanan bu genler İBH’nin genetik geçişinin yaklaşık %20-25’ini oluşturduğu düşünülmektedir [3].

Genetik ve ailesel yatkınlığa yönelik yapılan diğer çalışmalarda da özellikle CH hastalarının ailesinin de %15'inde İBH görülen aile üyeleri mevcuttur. CH tanılı ikiz çalışmaları da göstermektedir ki dizigotik ikizlerde oran <%10 iken monozigotik ikizlerde oran %50 leri bulmaktadır [23].

Bağırsak florası, kişi ile patojenler arasında önemli bir fiziksel, kimyasal ve immünolojik bariyerdir. İBH için Mucin Gene 19 (MUC19), Human Intelectin 1 (ITLN1), Fucosyltransferase 2 (FUT2) ve X-Box Binding Protein 1 (XBP1)'deki mutasyonlara bağlı olarak florada bozulma meydana gelerek risk faktörü oluşturmaktadır [24].

Sağlıklı insanlarda bağırsak florasının temel bakterileri Firmicutes, Bacteroidetes, Proteobacteria ve Actinobacteria'dir [25]. İBH hastalarında bu normal flora bozulur ve Bacteroidetes ve Proteobakterilerin miktarlarında artış ve Firmicutes'ta bir azalma ile karakterize edilmiştir. Spesifik olarak, metabolik açıdan oldukça aktif komensal bakteri olan Faecalibacterium prausnitzii'nin seviyeleri azalır [26, 27]. Disbiyoz olarak adlandırılan bu flora değişimi bağırsak bariyeri bütünlüğünü ve homeostazını bozarak İBH gelişiminde bir faktör olarak karşımıza çıkar [27].

İnflamatuvar Barsak Hastalığının klinik özellikleri, histopatolojik bulguları ve tedavisinde kullanılan immünsupresif tedaviler göz önünde bulundurulduğunda hastalığın patogenezinde immün sistemin de rol oynadığı görülmektedir. CH için ağırlıklı olarak T Helper 1 (Th1) ve Th17 rol oynarken ÜK için T Helper 2 (Th2) ve Natural Killer T (NK T) hücrelerinin yer aldığı görülmektedir [28].

Apendektomili bireylerde yapılan çalışmalar göstermektedir ki apendektomi hem ÜK hem de CH gelişimi insidansını arttırmaktadır [29].

Kentsel bir çevrede yaşamak, İBH için doğrulanmış bir risk faktörüdür. İBH'ye sebep olan veya özellikle atakları tetikleyen çevresel faktörlerin araştırılması genetik faktörlerin aksine değiştirilebilir faktörler olduğu için hastanın yaşam kalitesini arttırmada büyük bir öneme sahiptir [30].

Genetik olmayan çevresel faktörler olarak bebeklik döneminde antibiyotik kullanımı, sezaryenle doğum, sigara kullanımı ve yağlı beslenme gibi etkenler de dikkate alınmalıdır [31]. Bunlar içinde özellikle sigara kullanımının CH'ye olan etkisi ile ilgili yapılan araştırmalara göre; sigara dumanındaki karbonmonoksitin (CO) damar

vazodilatasyonunun bozulması ve bunun sonucunda kronik iskemi, ülserasyon ve fibrozise neden olduğu bulunmuştur [32]. Ayrıca sigara kullanımının CH'nin seyrini şiddetlendirdiği belirtilmiştir. ÜK' de ise CH'den farklı olarak mekanizması tam olarak bilinmese de hiç sigara içmemenin ÜK gelişme riskini arttırdığı düşünülmektedir [33].

2.1.3. Patoloji

Ülseratif Kolit, tipik olarak rektum ve kolonda mukozal tabakanın tutulumu ile sınırlı olan, distalden proksimale doğru kesintisiz tutulum ile devam eden ve kolon boyunca ülserasyon, ödem ve kanamaya neden olan bir hastalıktır. Karakteristik histolojik bulguları arasında polimorfonükleer lökositler ve mononükleer hücreler yer alır. Mukozanın akut ve kronik inflamasyonu ile kriptlerde abse oluşumu, mukozal bezlerde distorsiyon gelişimi ve goblet hücrelerinin kaybı görülebilir [34].

Ülseratif Kolitte isimlendirme kolonun tutulum yerine göre yapılmaktadır. Rektumla sınırlı tutulumla proktit, rektumdan orta sigmoid kolonun da dahil olduğu kolit distal kolit veya proktosigmoidit, rektumdan splenik fleksuraya uzanan kolonun tutulumuna sol taraflı ÜK, tüm kolonun tutulumuna ise pankolit denilmektedir. Pankolitli hastaların yaklaşık %10-20'sinde terminal ileumun 1-2 cm'lik kısmı da tutulursa Backwash İleiti olarak adlandırılır [35]. Barsak duvarı, sadece mukozal tutulum olması nedeniyle normal kalınlığını korur ve darlık veya fistüller oluşmaz. Ağır vakalarda, distal kolonda "arnavut kaldırımı" görüntüsü ve hafif diffüz daralma olabilir [36].

Crohn Hastalığı ise ÜK'nin aksine gastrointestinal kanalın ağızdan anüse kadar herhangi bir kısmının transmural ve segmental olarak tutulumuna neden olabilen kronik granümatöz ve inflamatuvar bir hastalıktır [19]. Gastrointestinal kanalın %40 oranla en sık terminal ileumunu tutar, bunu %30 ile ince bağırsak ve kolonun birlikte tutulumu takip ederken en az %5 oranda üst gastrointestinal tutulumu takip eder [37]. Sıklıkla submukozal yerleşimli olan ancak bağırsağın diğer katmanları ile de bağlantılı olabilen granülomlar hastalığın tipik bulgusudur. Nonkazeifiye granülomlar CH'nin en önemli histolojik bulgusudur [38].

2.1.4. Klinik

İnflamatuvar Barsak Hastalığı, immünolojik reaksiyonları etkileyen çevresel ve genetik faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Hem ÜK hem de CH gastrointestinal sistemde iltihaplanmaya neden olur ve sindirim sistemi bozukluklarına yol açar [4]. CH ve ÜK arasında birçok farklılık mevcuttur ancak her ikisi de İBH hastalarının %25-40'ında görülen barsak semptomları ile karakterizedir [39]. Bu semptomlar arasında en sık görülenler karın ağrısı, ishal, kilo kaybı ve rektal kanamadır [40]. Pediatrik büyüme bozuklukları, anemi ve artrit görülebilen diğer semptomlardan bazılarıdır [4]. Bu hastalık grubunda çoğu organ etkilenebilir. Genellikle belirtiler ilk olarak eklem, cilt, göz ve karaciğerde görülmektedir. Herhangi bir ekstraintestinal semptomun varlığı diğer organ tutulumları için riski arttırmaktadır [41].

2.1.4.1 Ülseratif Kolit Kliniği

Kronik, kanlı ishal ÜK'nin karakteristik semptomudur. Karın ağrısı ile kilo kaybı da diğer tipik bulgularıdır [42]. Postprandiyal ve gece diyaresi sık görülür, tenesmus da görülebilir. Semptomlar hafif veya şiddetli olabilir, ayrıca yaşamı tehdit edecek kadar ciddi semptomlar gelişebilir [43]. Semptomlar sıklıkla yavaş başlangıçlıdır, dönem dönem ortaya çıkar ve zamanla şiddetlenir. ÜK ile ilgili çalışmalarda hastaların yaklaşık %50'sinin tanı aldıktan sonraki beş yıl içinde asemptomatik veya oligosemptomatik oldukları saptanmıştır [4].

Ülseratif Kolit tutulum tipine göre proktit, distal kolit, yaygın kolit ve pankolit olarak sınıflandırılabilir. Proktit, sadece rektuma sınırlı olan gruptur, %40-50 oranında görülür. Splenik fleksuraya kadar olan kolon tutulumuna distal kolit denir ve %30- 40 civarında görülmektedir. Yaygın kolitte splenik fleksuranın proksimaline uzanım söz konusuysen, pankolitte hepatic fleksuranın proksimali veya tüm kolon tutulumu mevcuttur. Pankolit, ÜK'li hastaların yaklaşık %20 sinde görülmektedir. Çekum genellikle tutulmaz, ancak nadir olarak terminal ileumdan kolonik içeriğin geri kaçması ile Backwash İleiti oluşur [44]. ÜK'nin şiddeti sıklıkla hastalığın kolondaki tutulumuna paralellik gösterir [44].

Ülseratif Kolit klinik özelliklerine göre değerlendirildiğinde akut fulminan, kronik intermittan ve devamlı seyirli olarak sınıflandırılabilir. Hastaların %40-60 intermittan, %5-10'u devamlı seyir göstermektedir. Daha az oranda ise şiddetli kolit tablosu görülür. Şiddetli kolit grubunda kolektomi ihtiyacı oluşabilmektedir [45]. Klinik aktivite değerlendirilmesinde Rachmilewitz, Truelove- Witts, Seo, Powell-Tuck ve Mayo Klinik tarafından geliştirilen değişik skorlama sistemleri kullanılmaktadır. Truelove-Witts kriterleri klinik pratikte sık kullanılan bir skorlama sistemidir. Fakat Mayo skorlama sistemi kolonoskopik bulguları ve mevcut klinik tabloyu da değerlendirmeye dahil etmesi nedeni ile daha avantajlıdır. Truelove-Witts klinik aktivite indeksinde hastanın dışkılama sayısı, dışkıda kan miktarı, hastanın nabız ve ateş değerleri ile hemoglobin ve sedimentasyon hızına göre hastalık aktivitesi hafif, orta ve ağır şeklinde sınıflandırılır. Mayo skorlamasında ise dışkılama sayısı ve dışkıda kan miktarına ek olarak endoskopik bulgular da hafiften ağıra doğru puanlanır ve toplam puan arttıkça hastalık aktivitesi artmış olarak değerlendirilir. Truelove-Witts ve Mayo skorlama sistemleri tablo 1 ve tablo 2'de gösterilmiştir [46].

Tablo 2. ÜK için Truelove-Witts klinik aktivite indeksi [46]

| | Hafif | Orta | Ağır |
|---------------------------|--------------------|--------------|-------------|
| Dışkılama sayısı | <4/gün | 4-6/gün | >6/gün |
| Dışkıda kan | Yok, az miktarda | Az-orta | Fazla |
| Ateş | Yok | <37,5 ° C | >37,5 ° C |
| Taşikardi | Yok | <90/dk | >90 /dk |
| Hemoglobin | Normal-hafif anemi | >7,5 g/dl | <7,5 g/dl |
| Sedimentasyon hızı | <30 mm/saat | Hafif yüksek | >30 mm/saat |

Tablo 2. ÜK için Mayo skorlama sistemi [49]

| | | |
|---|--|---|
| Dışkı paterni | Hastanın normal sayıda günlük dışkılaması | 0 |
| | Normalden 1-2 fazla | 1 |
| | Normalden 3-4 fazla | 2 |
| | Normalden 5 fazla | 3 |
| Günlük en belirgin rektal kanama | Yok | 0 |
| | Yarısından az seferde görülen kan izleri | 1 |
| | Dışkılamanın yarısında ve yarısından fazlasında görülebilir kan | 2 |
| | Bütünüyle kan gelmesi | 3 |
| Endoskopi bulguları | Normal veya inaktif kolit | 0 |
| | Hafif kolit; hafif frajilite, eritem, vaskülaritede azalma | 1 |
| | Orta kolit; frajilite, belirgin eritem, vaskülarite kaybolmuş, erozyonlar mevcut | 2 |
| | Ağır kolit; ülserasyonlar ve kendiliğinden kanamalar | 3 |
| Doktorun değerlendirmesi | Normal | 0 |
| | Hafif kolit | 1 |
| | Orta kolit | 2 |
| | Ağır kolit | 3 |

Ülseratif Kolitte inflamatuvar artropatiler, primer sklerozan kolanjit gibi ciddi klinik durumlar meydana getiren ekstraintestinal tutulumlar görülebilir. Eritema nodosum gibi cilt tutulumları, üveit ya da episklerit gibi göz tutulumları ve osteoporoz gibi kemik tutulumları görülebilen diğer ekstraintestinal semptomlardır [45]. ÜK’li hastaların yaklaşık yarısında demir eksikliği anemisi mevcuttur [42].

Ülseratif Kolit, erken ve geç dönemde, çeşitli komplikasyonlara neden olabilir. Perforasyon, striktür, perianal lezyonlar, toksik megakolon, masif kanama, psödopolipler, displazi ve kolon kanseri bu komplikasyonlar arasında sayılabilir. ÜK’de kolon kas tabakası da etkilenebilir ve buna bağlı olarak barsaklarda hipoaktivite görülür. Bu durum, karın şişliği, ateş, karın ağrısı veya şok tablosunun eşlik ettiği, çok genişlemiş bir kolonun mevcut olduğu toksik megakolon olarak bilinir [42, 47]. Perforasyon çoğunlukla toksik megakolona eşlik eder. Erken yaşta ÜK tanısı alan

pankolitli hastalarda, hastalık yaşı 8-10 yılı aştığında kolon kanseri riskinin normal popülasyona göre artmış olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Fissür, abse, hemoroid gibi perianal lezyonlar, masif kanama ve striktür nadir görülen komplikasyonlardır [5, 48].

2.1.4.2 Crohn Hastalığının Kliniği

Crohn Hastalığı, 15-35 yaş arası hastalarda görülen, sindirim kanalının herhangi bir kısmını segmental ve transmural olarak tutan bir hastalıktır. İnce barsağın distal kısmındaki ciddi etkiye ek olarak sindirim sisteminin herhangi bir kısmında da ortaya çıkması mümkündür [50]. CH'de görülen en yaygın semptomlar karın ağrısı, ishal, ateş, halsizlik, yorgunluk gibi nonspesifik semptomlar ile kilo kaybı ve rektal kanamadır. Karın ağrısı genellikle sağ alt kadrana lokalizedir ve genellikle yemek sonrası şiddetinin arttığı görülür. CH'nin belirti ve bulguları, yaygınlık derecesi, şiddet ve tutulan organa göre değişir (Tablo 3).

Tablo 3. CH'nin Gastrointestinal tutulum yeri ve ilişkili semptomlar [50]

| Tutulum yeri | Semptomlar | Yaygınlık derecesi | Sıklık |
|----------------------|---|--|--------|
| İleum ve kolon | Diyare, karın ağrısı, kilo kaybı | En yaygın formu | 35 |
| Sadece kolon | İshal, rektal kanama, perirektal abse, fistül, perirektal ülser | Atlamalı lezyonlar ve artraljiler yaygın | 32 |
| Sadece ince barsak | İshal, karın ağrısı, kilo kaybı | Fistül veya abse oluşabilir. | 28 |
| Gastroduodenal bölge | İştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, kusma | Nadir form. Barsak tıkanıklığına neden olabilir. | 5 |

Malnütrisyon CH'de çok yaygındır, çünkü ince bağırsak besinlerin emilmesinden sorumludur. Ciddi terminal ileum tutulumunda safra tuzu depolarının boşalması yağ malabsorbsiyonunun gelişmesine neden olabilir [4]. Bu duruma bağlı olarak malnütrisyonun yanı sıra pıhtılaşma anormallikleri, hipokalsemi ve vitamin emilimlerinde bozulma meydana gelebilir. CH hastalarının %50'sinden fazlasında folat ve D vitamini eksikliği vardır [42]. CH, çoğunlukla karın ağrısı, fistül ve rektal lezyonlarla ilişkilidir. Rektal kanama CH'de ÜK'ye göre daha az görülür. CH ayrıca deri semptomları ve safra taşlarına neden olabilmektedir [4].

Crohn Hastalığının aktivite derecesinin belirlenmesinde “Harvey-Bradshaw İndeksi” kullanılmaktadır (Tablo 4) [51].

Tablo 4. Harvey-Bradshaw İndeksi [51]

| | | |
|---|---|---|
| Genel durum | Çok iyi | 0 |
| | Hafif rahatsız | 1 |
| | Kötü | 2 |
| | Çok kötü | 3 |
| | Çok çok kötü | 4 |
| Karın ağrısı | Yok | 0 |
| | Hafif | 1 |
| | Orta | 2 |
| | Ciddi | 3 |
| Abdominal kitle | Yok | 0 |
| | Şüpheli | 1 |
| | Belirgin | 2 |
| | Belirgin ağrılı | 3 |
| Dışkılama sayısı | Her biri 1 puan | |
| Komplikasyonların her biri için 1 puan | Artralji, üveit, eritema nodosum, aftöz ülser, pyoderma gangrenosum, anal fissür, yeni fistül, abse | |

Yan etkileri açısından CH'nin yan etkileri ÜK'den daha fazladır. Bu yan etkilerden bazıları kolonda kanama, akut barsak perforasyonu, fistül, abse ve toksik megakolondur [52].

Crohn Hastalığı'na bağlı olarak barsaklarda mekanik tıkanıklıklar meydana gelebilir. Barsak kanalındaki ülserlerden fistüller meydana gelebilir. CH'de mukozal daralma ve fistül de sık görülen durumlardır. Fistülizan tip CH'de fistüller en sık enterovezikal, enteroenterik, enterovajinal ve enterokutanöz olarak görülmektedir. Fistüllerin yerine bağlı olarak farklı semptomlar beklenmektedir. Barsak ve mesane arasında olan enterovezikal fistüllerde idrar ile birlikte gaita gelmesi ve sık idrar yolu enfeksiyonu görülmesi beklenirken, barsakların arasında olan enteroenterik fistüller genellikle asemptomatiktir. CH'li hastaların %20-80'inde perianal cilt benleri, pruritis, anüs çevresinde ağrı görülebilmektedir. Bu semptom ve bulgular anal bölge çevresinde inflamasyon, fistülizasyon ve apseyi düşündürmektedir [53].

Crohn Hastalığı'na sahip kişilerde normal popülasyona göre kolon kanseri riski artmıştır. Hastalığın süresi, kolonik tutulum varlığı, primer sklerozan kolanjit varlığı, ailede kolorektal kanser öyküsü, kolonik inflamasyonun şiddeti kolon kanseri açısından risk faktörlerinden bazılarıdır [54].

Tablo 5. ÜK ve CH’de klinik, laboratuvar, endoskopik ve histolojik özellikler [45]

| Özellikler | | |
|--------------------|--|---|
| | Ülseratif kolit | Crohn hastalığı |
| Klinik | Diyare Kanlı dışkılama Karın ağrısı İntestinal enfeksiyonun dışlanması | Diyare Kanlı dışkılama Karın ağrısı İntestinal enfeksiyonun dışlanması İnkontinans, noktürnal diyare |
| Laboratuvar | Demir eksikliği anemisi Trombositoz Hipoalbuminemi Antikorlar (ASCA, ANCA) pozitifliği Fekal kalprotektin yüksekliği | Demir eksikliği anemisi Trombositoz Hipoalbuminemi Fekal laktoferrin yüksekliği Fekal kalprotektin yüksekliği |
| Endoskopi | Diffüz, devamlı mukoza tutulumu Vasküler paternin kaybı Haustraların kaybı Mukozal erozyonlar ve mukozanın kırılabilirliği Eritematöz ve ödematöz mukoza Psödopolip varlığı Mukopürülan eksüda | İleokolonoskopi (ileal inflamasyon) Atlama lezyonlar Kaldırım taşı manzarası Fissürler ve longitudinal ülserler Striktürler |
| Histoloji | Lamina Propria’da mononükleer inflamasyonun artışı Müsin kaybı Goblet hücresi kaybı Kript distorsiyonu, dallanması ve atrofi Kript abseleri | Fokal kript düzensizliği ile inflamatuvar hücre infiltratı (lenfositler, plazma hücreleri) Bağımsız granülomlar |

2.1.5. Tanı

İnflamatuvar Barsak Hastalığı tanısını koymak için hikaye, fizik muayene, laboratuvar değerleri, histolojik, endoskopik ve radyolojik çalışmaların bir arada kullanılması gerekir. Tek başına hiçbir tanı koydurmaz [43]. CH sıklıkla sinsisi olarak ortaya çıkar. Karın ağrısı, ishal, kilo kaybı, rektal kanama, ateş ve halsizlik gibi semptomlar İBH tanısını düşündürecek en sık semptomlardır. Hastaların detaylı anamnezleri alınırken üç aydan uzun süren karın ağrısı, gece diyaresi, ateş, son üç ayda belirgin kilo kaybının olup olmadığı, hemoroid dışında perianal lezyonların varlığı,

birinci derece akrabada İBH varlığı, sigara içme durumu, göz, eklem ve cilt semptomlarının varlığı sorgulanmalıdır [50].

Fizik muayenede anormal barsak sesleri ve batın hassasiyeti sıklıkla mevcuttur. Sağ alt kadran ağrısı, ileum tutulumu olan CH'de beklenir. Sol alt kadran ağrısı ise sıklıkla sigmoid kolon inflamasyonu mevcut olan ÜK'de görülür. Fistül ve abse benzeri bulgular açısından anal bölge muayenesi mutlaka yapılmalıdır [55]. İBH'nin ayırıcı tanısında kronik pankreatit, çölyak hastalığı, divertikülit, kolorektal kanser, irritabl barsak sendromu ve enfeksiyonlar düşünülmelidir [50].

Spesifik bir laboratuvar tetkiki İBH tanısı için yoktur. Tanıya giderken istenecek ilk laboratuvar tetkikleri tam kan sayımı, inflamatuvar parametreler ve böbrek ve karaciğer fonksiyon testleridir [43]. Bir nötrofil proteini olan kalprotektinin dışkıda ölçümü rutin olarak kullanılmaktadır [56]. Gastrointestinal inflamasyonda kalprotektin düzeyi yükselir ancak spesifik bir parametre değildir. Dışkıda kalprotektin, yetişkinlerde %83 ile %100 duyarlılığa %60 ile %100 özgüllüğe sahiptir [50]. Yine de invazif olmayan tedavinin izlenmesi için yararlıdır. Kalprotektinin yanı sıra dışkıda laktoferrin ölçümü, hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Bu iki test endoskopi ihtiyacının azaltılması açısından yararlıdır. Ayırıcı tanıya yer alan enfeksiyöz koliti dışlamak için patojenik bakteriler, virüsler, parazitler ve Clostridium difficile toksininin dışkı örneğinde incelenmelidir [57].

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları'nın tanısı ve izlemi açısından endoskopi ve diğer görüntüleme yöntemleri oldukça önemlidir. Endoskopik işlemler ile bağırsak lümeni doğrudan görüntülerek karakteristik lezyonların tanınabilir, verilen tedavinin başarısı izlenebilir ve gelişebilecek kolorektal kanser taraması yapılabilir. Bunların yanı sıra biyopsi alınabilir ve tedaviye yönelik müdahaleler yapılabilir [50].

Ülseratif Kolit endoskopik bulgularında kesintisiz ve çepeçevre tutulum mevcuttur ve tutulmuş alanlarda sağlam mukoza görülmez. Ek olarak damarsal yapı kaybolmuştur, psödopolipler frajil, ülserler ve haustrasyon kaybı mevcuttur [58]. CH'nin endoskopik bulgularına bakıldığında ise kaldırım taşı manzarası, aftöz ülserasyonlar ve atlamalı tutulum görülür [50].

İBH hastalarında batın grafisi sadece akut batın düşündüren durumlarda kullanılabilir. Acil servislere karın ağrısı ile başvuran ve öncesinde İBH tanısı almamış hastalarda batın grafisi ve abdomen bilgisayarlı tomografi (BT), karın ağrısı ayırıcı tanısında düşünülen diğer ön tanıların dışlanması amaçlı kullanılacak yöntemlerdir. Diğer bir görüntüleme yöntemi olan çift kontrast kolon grafisi ile mukozada yaygın granülarite ve süperfisyal ülserleri görülebilir [59]. Bu aktif ÜK varlığını göstermektedir. Kronik ÜK'de psödopolipler ve “kurşun boru manzarası” izlenebilir. CH'de ise aftöz ülserasyonlar görülür. Yine CH'de “kaldırım taşı görünümü”, fistüller, striktürler, inflamatuvar kitleler ve apseler görülebilir. ÜK ve CH'ye bağlı fistül, abse gibi diğer bulguların ve komplikasyonların saptanmasında manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi ve sintigrafi kullanılabilir [60].

2.1.6. Tedavi

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları tedavisinde amaç belirti ve semptomları azaltıp remisyon dönemini uzatmak, alevlenmeleri engelleyebilmek ve komplikasyonları sınırlayarak hastanın yaşam konforunu arttırmaktır [61].

Medikal tedavide: antiinflamatuvar, immunsepresif ajanlar, biyolojik ajanlar, antibiyotikler ve antidiyare ilaçlar, analjezikler, vitaminler gibi diğer tedaviler adı altındaki ilaçlar kullanılır [62].

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları'nda toksik megakolon, perforasyon gelişimi gibi durumlarda acil cerrahi tedavi endikasyonu doğmaktadır. Bunun yanısıra medikal tedaviye yanıtız striktür, perianal hastalık, abseler, obstrüksiyonlar, fistüller veya kanserler cerrahi endikasyonları oluşturmaktadır [63].

2.1.6.1. Crohn hastalığında tedavi

Crohn Hastalığı tedavisi temel olarak kortikosteroidler, Azatiopirin (AZA), Merkaptopurin (5-MP), Metotreksat (MTX) ve immunsupresif ajanlara dayanıyordu. Kortikosteroidler mortalitenin azalmasını sağlasa da yan etkileri sebebiyle uzun süreli tedavide yararlı değildir. Bu tedavilere zamanla özellikle tedaviye tolerans gelişen veya dirençli hastalar için tümör nekroz faktör (TNF) inhibitörü olan İnfliximab eklendi [64]. Hastaların %20-40'ının tedaviye yanıt vermemesi ve %23-46'sının zamanla tolerans gelişmesi nedeniyle TNF inhibitörleriyle tedavi zordur [65]. Bu

tedavilere yanıtız ya da tolerans gelişen hastalar için geliştirilen bir monoklonal antikor olan Vedolizumab ile tedavi CH'de remisyonun devamlılığında etkili bulunmuştur [66].

2.1.6.2. Ülseratif Kolitte Tedavi

Tedavi hastalığın şiddetine ve lokalizasyonuna bağılı olarak değışmektedir. Lokalizasyonuna göre ÜK; proktit, sol taraflı ÜK ve pankolit olarak sınıflandırılır. Şiddetine göre ise; remisyon, hafif, orta ve şiddetli olarak 4 sınıfa ayrılır [67]. Proktit için 5-aminosalisilik asit (5-ASA) bileşikleri kullanılır. Daha yaygın veya şiddetli hastalık, remisyonu sağlamak için oral ve lokal 5-ASA bileşikleri ve kortikosteroidler kullanılırken bu tedaviye yanıt vermeyen hastaların hastaneye yatırılması gerekir. Daha sonra intravenöz steroidler veya kalsinörin inhibitörleri (siklosporin, takrolimus), tümör nekroz faktörü- α antikorları (infiximab) veya immünomodülatörler (AZA, 6-merkaptopurin) kullanılır [68].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada 1 Ocak 2022-31 Aralık 2022 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran İBH tanılı olgular retrospektif olarak incelendi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu onayı (Tarih: 25.07.2023, Sayı: 744694) alındıktan sonra, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran ÜK ve CH tanısı olan toplam 271 hastanın dosyası geriye dönük tarandı ve 229 hasta çalışmaya dahil edildi.

Verilere hastane elektronik dosya sistemi kayıtları (ISHOP) ve hastane arşivindeki kayıtlar taranarak ulaşıldı. Veriler, “Kişisel Verileri Koruma Kanunu” gözetilerek hazırlandı ve hasta bilgileri anonimleştirildi.

Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, ek hastalık) vital bulguları, başvuru şikayetleri, tekrarlayan başvuru sayıları ve laboratuvar verileri (tam kan sayımı ve başvuru anında alınan biyokimyasal test sonuçları) kayıt edildi. Hastaların acil serviste aldıkları tanılar atak ve atak dışı olarak sınıflandırıldı. Atak dışı tanılar dahili (üst solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, anemi ve pnömoni gibi) ve cerrahi (perianal abse, perforasyon, ileus ve intraabdominal abse gibi) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların sonlanımları (taburculuk, yatış ve ölüm) kayıt edildi.

Hastalar tekrarlayan başvurularına göre ayrılarak demografik özellikleri, vital bulguları, laboratuvar verileri, aldığı tanılar ve sonlanımları analiz edildi.

Hastaların sonlanımlarına göre demografik özellikleri, vital bulguları, laboratuvar verileri, aldığı tanılar karşılaştırılarak analiz edildi.

3.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisine daha önceden İBH tanısı almış 18 yaşından büyük, ilk tetkikleri Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisinde tarafımızca alınmış ve tedavisi tarafımızca düzenlenmiş olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

3.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- İBH tanılı hastalardan başvuru şikayeti travma, intoksikasyon veya intoksikasyon şüphesi ve yanık (1.derece yanıklar dahil) olan hastalar,
- Herhangi bir nedenle tetkik ve tedavisi tamamlanmamış hastalar, acil servisi izinsiz terk eden ve tetkik-tedavi red formu imzalayıp hastaneden ayrılan hastalar,
- Verilerine hastane arşivinden ya da hastane elektronik dosya sistemi kayıtlarından ulaşılamayan ya da verileri eksik hastalar.

3.3. İstatistiksel yöntemler

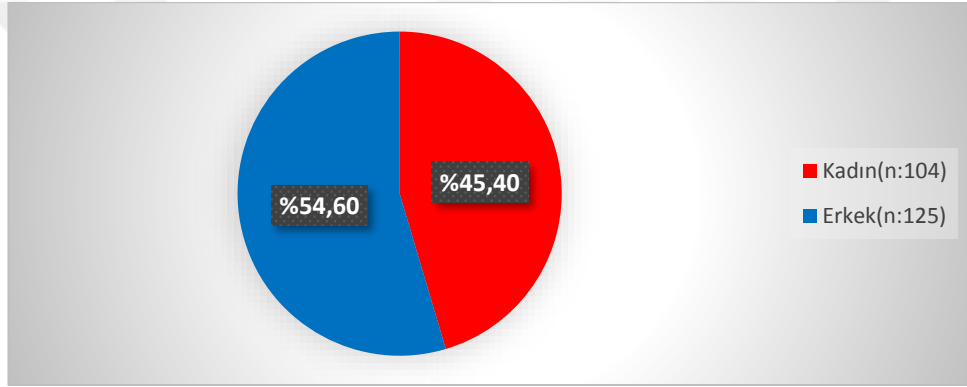
Bu çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 25 paket programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve yüzde değerleri kullanılacaktır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde; normal dağılıma uyan iki grubun karşılaştırmasında bağımsız örneklem T testi, ikiden fazla grubun karşılaştırmasında ANOVA (Tukey test) testi ve normal dağılıma uymayan iki grubun karşılaştırmasında Mann-Whitney U, ikiden fazla grubun karşılaştırmasında Kruskal- Wallis testi kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-Kare testi, koşulları sağlanmadığında Fischer Exact testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında yapıldı ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilmek için verileri taranan hasta sayısı 271 idi. Bu hastaların 26'sı verilerin eksik olması nedeni ile 16'sı ise tedavileri tamamlanmadan acil servisten tedavi red formu imzalayarak ya da acil servisi izinsiz terk ederek ayrılması nedeni çalışmamıza dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen 229 hasta bulunmaktadır.

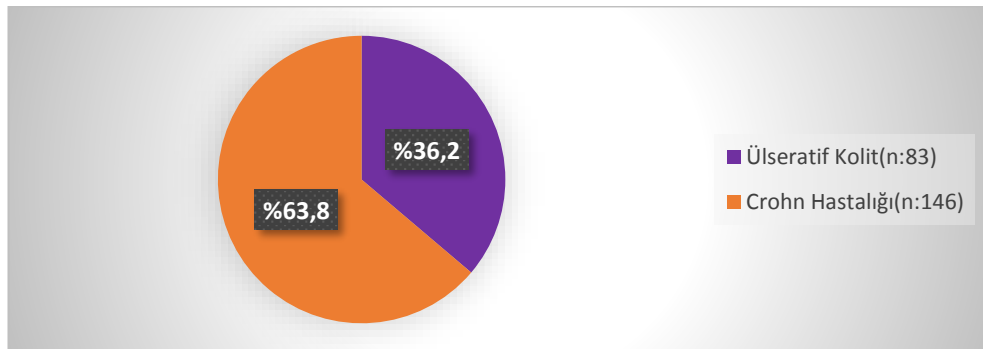
4.1. Olguların birinci başvurularının analizi

Olguların 104'ü kadın (%45,4), 125'i erkek (%54,6) idi. Erkek/ Kadın oranı, 1,20/1 saptandı (Şekil 1).



Şekil 1. Olguların birinci başvurularındaki cinsiyet dağılımı

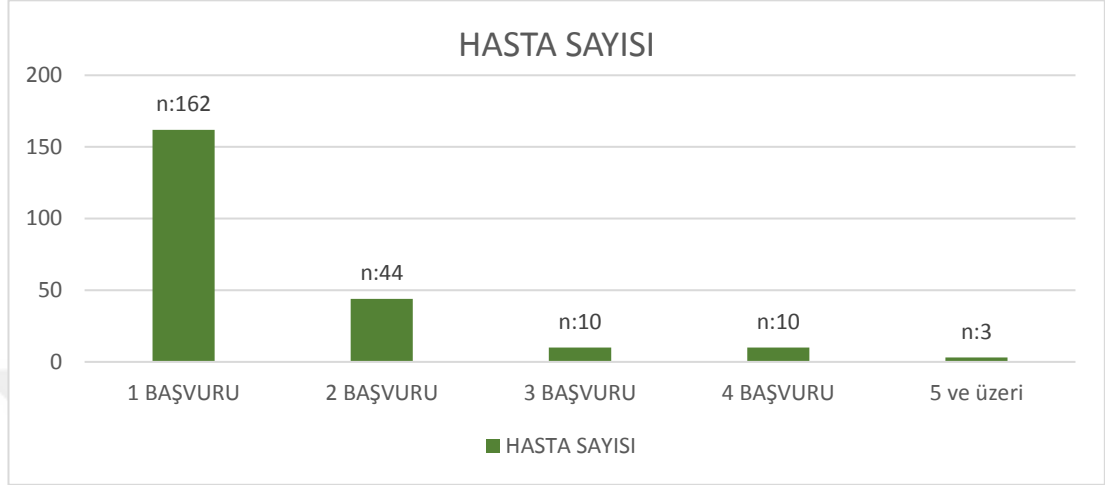
Olguların 83'ünün (%36,2) tanısı ÜK iken, 146'sının (%63,8) tanısı CH idi. CH/ÜK oranı 1,75/1 olarak saptandı (Şekil 2).



Şekil 2. Olguların ÜK-CH olarak dağılımı

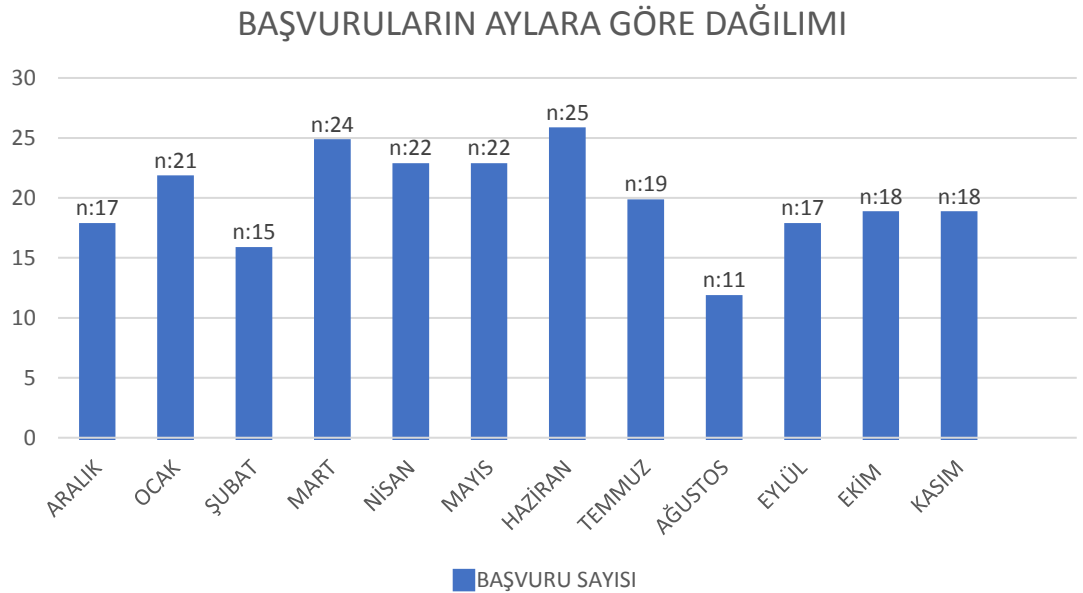
Çalışmaya alınan 229 olgunun yaş ortalaması $42,7 \pm 14,12$ (19-75) yıl idi.

Çalışmanın yapıldığı 1 yıllık süreçte çalışmaya dahil edilen 229 olgudan 162 olgunun acil servise 1 başvurusu (%70,7), 44 olgunun 2 başvurusu (%19,2), 10 olgunun 3 başvurusu (%4,4), 10 olgunun 4 başvurusu (%4,4) tespit edildi. Olguların başvuru sayılarına göre dağılımı Şekil 3'te gösterildi.



Şekil 3. Olguların 1 yıldaki acil servise başvuru sayılarının analizi

Olguların ilk başvurularının aylara göre dağılımına bakıldığında en sık başvuru 25 başvuru (%10,9) ile Haziran, 24 başvuru (%10,5) ile Mart ve 22 başvuru (%9,6) ile Nisan ayı olarak tespit edildi. Olguların aylara göre başvuru dağılımları Şekil 4'te gösterildi.



Şekil 4. Olguların birinci başvurularının aylara göre dağılımı

En sık eşlik eden ek hastalık Hipertansiyon (HT) (N=29, %12,7) ile idi. Bunu diyabetes mellitus (DM) (n=25, %10,9) ve pulmoner hastalıklar (n=17, %7,4) takip etmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Olguların Eşlik Eden Ek Hastalıkları

| Ek Hastalıklar | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-----------------------|----------|-----------|
| HT | 29 | 12,7 |
| DM | 25 | 10,9 |
| Pulmoner Hastalıklar | 17 | 7,4 |
| Kanser öyküsü | 14 | 6,1 |
| Kardiyak Hastalıklar | 8 | 3,5 |
| KBH | 7 | 3,1 |
| AS | 14 | 6,1 |
| FMF | 12 | 5,2 |
| RA | 6 | 2,6 |
| Behçet Hastalığı | 5 | 2,2 |
| PSK | 2 | 0,9 |
| Hipotiroidi | 7 | 3,1 |
| CVID | 3 | 1,3 |
| Nörolojik Hastalıklar | 5 | 2,2 |
| Diğer Ek Hastalıklar | 14 | 6,1 |

HT; Hipertansiyon, DM; Diyabetes mellitus, KBH; Kronik böbrek hastalığı, AS; Ankilozan spondilit, FMF; Ailevi akdeniz ateşi, RA; Romatoid artrit, PSK; Primer sklerozan kolanjit, CVID; Yaygın değişken immun yetmezlik

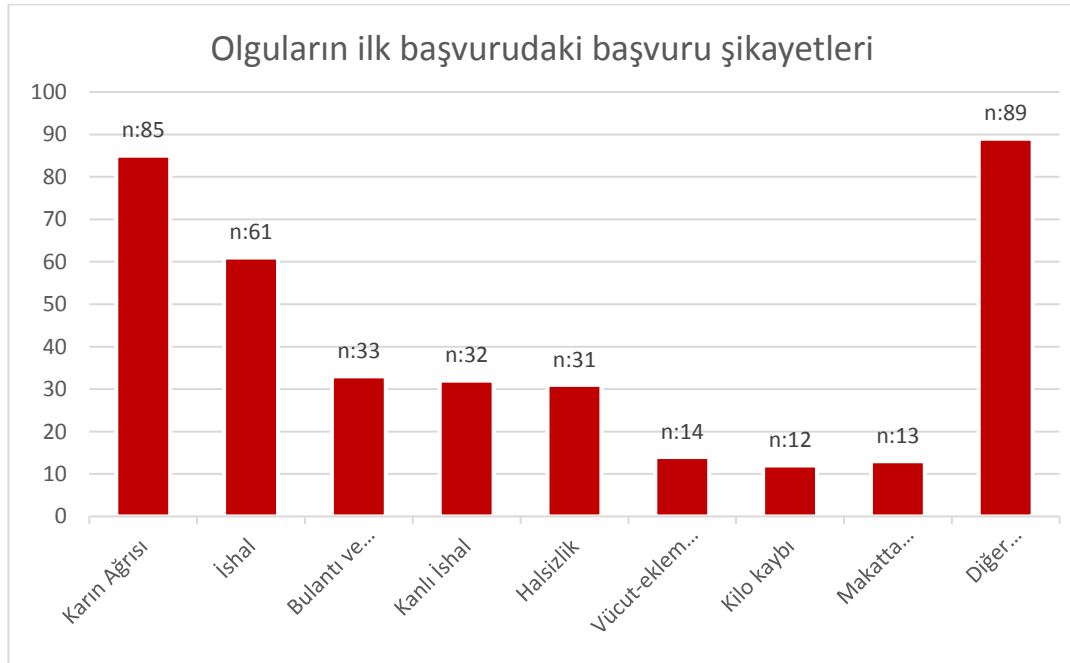
Olguların yaşı ve birinci başvurudaki vital bulguları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Olguların Birinci Başvurudaki Vital Değerleri

| | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|----------------------------------|--------------|-------------------|
| Yaş, yıl | 42,7±14,12 | 42 (19-75) |
| Vital Parametre Değerleri | | |
| SKB, mmHg | 125,42±15,44 | 126 (60-170) |
| DKB, mmHg | 76,69±11,96 | 76 (30-116) |
| Nabız, atım/dk | 89,75±15,88 | 88 (48-157) |
| GKS | 15±0 | 15 (15-15) |
| SpO2 | 97,68±1,85 | 98 (79-100) |
| Ateş, C° | 36,3±0,32 | 36,3 (35-37,8) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, SKB; Sistolik kan basıncı, DKB; Diyastolik kan basıncı, GKS; Glaskow koma skoru, SpO2; Oksijen satürasyonu (%), dk; Dakika

Olguların ilk başvuru şikayetlerinde ilk sırada 85 olgu (%37,1) ile karın ağrısı gelmektedir. Bunu 61 olgu (%26,6) ile ishal, 33 olgu (%14,4) ile bulantı ve kusma takip etmektedir. Bazı olguların birden fazla başvuru şikayeti mevcuttur. “Diğer Şikayetler” olarak toplanan grupta ise bulunan başvuru şikayetleri; boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı, idrarda yanma, yan ağrısı, baş dönmesi, siyah dışkılama, ateş, mide ağrısı, baş ağrısı, genel durum bozukluğu, çarpıntı, kanlı kusma, döküntü ve gözde yanma-batma idi. Tüm başvuru şikayetleri Şekil 5’te gösterilmiştir.

**Şekil 5.** Olguların ilk başvurularındaki başvuru şikayetleri

Olguların acil servise ilk başvurularında alınan laboratuvar parametrelerinin analizi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Olguların ilk başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

| Laboratuvar Parametresi | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|-------------------------------|---------------|---------------------|
| Hgb, g/dl | 12,32±2,04 | 12,4 (6,4-17,5) |
| HCT, % | 37,31±5,86 | 37,5 (19,1-53,2) |
| MCV, fl | 83,28±7,51 | 84,65 (63,6-99,9) |
| RDW, % | 15,57±3,44 | 14,65 (12-36) |
| WBC, 10 ³ /µl | 10,09±4,68 | 9,2 (2,3-33,5) |
| Nötrofil, 10 ³ /µl | 7,2±4,24 | 6,2 (0,8-31,5) |
| Lenfosit, 10 ³ /µl | 1,9±0,93 | 1,8 (0,3-4,9) |
| PLT, 10 ³ /µl | 319,15±119,34 | 301,3 (58,8-729,1) |
| AST, IU/L | 24,82±50,36 | 16,35 (6-605,8) |
| ALT, IU/L | 23,65±46,28 | 14,05 (3,6-459) |
| Üre, mg/dl | 28,59±23,29 | 24 (7-205) |
| Kreatinin, mg/dl | 0,98±1,15 | 0,77 (0,25-11,36) |
| CRP, mg/L | 43,61±56,03 | 15,48 (0,11-231,17) |
| Laktat, mmol/L | 1,59±0,85 | 1,4 (0,5-5,6) |
| INR | 1,09±0,21 | 1,05 (0,88-3,08) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, Hgb; Hemoglobin, HCT; Hematokrit, MCV; Ortalama Eritrosit Hacmi, RDW; Eritrosit Dağılım Genişliği, WBC; Lökosit Sayısı, PLT; Trombosit Sayısı, AST; Aspartat Aminotransferaz, ALT; Alanin Aminotransferaz, CRP; C-Reaktif Protein

Acil servise ilk başvurularında olguların aldıkları tanılarına göre yapılan analizde; 83 ÜK olgusunun 28’i (%33,73) ÜK atak, 146 CH olgusunun ise 36’sı (%24,65) CH atak olarak belirlenmiştir. Diğer tanıları tablo 9’da gösterilmiştir. Atak dışı dahili tanıları anemi, üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), idrar yolu enfeksiyonu (İYE), gastrointestinal sistem (GİS) kanaması, pnömoni, pankreatit, ileit, konjonktivit, otit, renal kolik, bel ağrısı, burun kanaması, ürtiker, pulmoner emboli, gastrit, üveit atak, selülit, epileptik nöbet, zona, romatoid artrit atak dahil edilmiştir.

Atak dışı cerrahi tanıları ise perianal abse, ileus, kapalı perforasyon, intraabdominal abse, yara yerinde akıntı, yara yerinde hematoma, fistüller dahil edilmiştir.

Tablo 9. Olguların ilk başvurularında aldıkları tanıların analizi

| Tanı | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-----------------------------------|----------|-----------|
| CH Atak | 36 | %24,6 |
| ÜK Atak | 28 | %33,7 |
| Atak Dışı Dahili Tanılar* | 132 | %57,6 |
| ÜSYE | 18 | %7,8 |
| İYE | 12 | %9,09 |
| Anemi | 9 | %3,9 |
| Pnömoni | 9 | %3,9 |
| Konjonktivit | 8 | %3,5 |
| GİS Kanama | 7 | %3,1 |
| Baş Ağrısı | 7 | %3,1 |
| Diğer Dahili Tanılar | 62 | %46,9 |
| Atak Dışı Cerrahi Tanılar* | 33 | %14,4 |
| Perianal Abse | 9 | %3,9 |
| İleus | 8 | %3,5 |
| Kapalı Perforasyon | 4 | %1,7 |
| İntraabdominal Abse | 1 | %0,4 |
| Diğer Cerrahi Tanılar | 11 | %33,3 |

*; Olgularda birden fazla tanı mevcuttur. CH; Crohn Hastalığı, ÜK; Ülseratif Kolit, ÜSYE; Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, İYE; İdrar Yolu Enfeksiyonu, GİS; Gastrointestinal Sistem

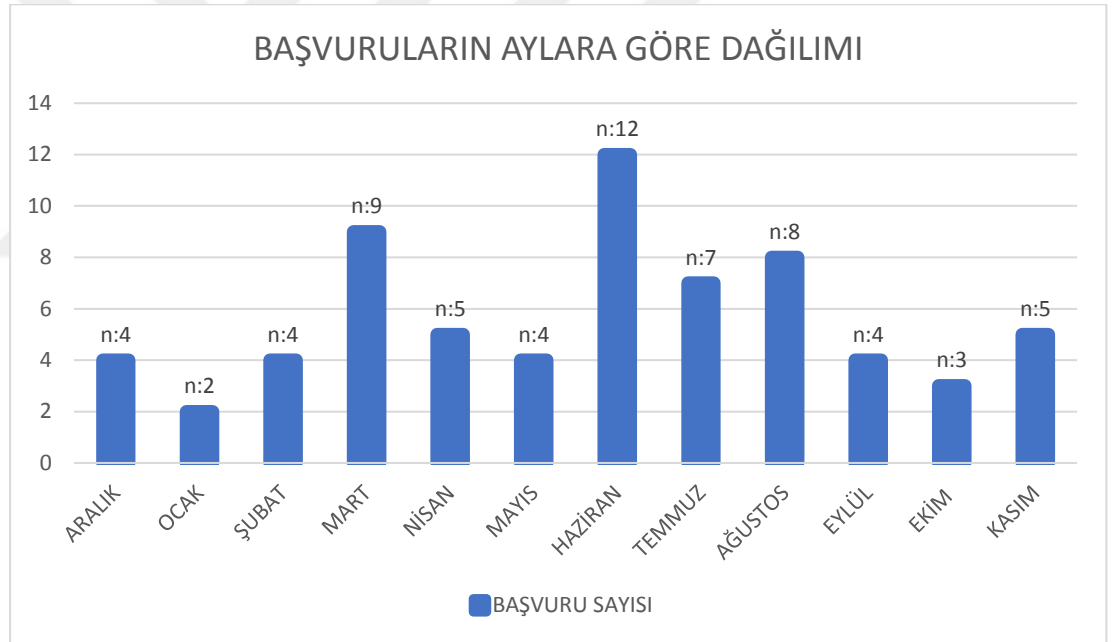
İlk başvuru sonrası olguların hastane yatışı, taburculuk, acil servisten acil operasyona gidiş, Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) yatış ve acil serviste ölüm gibi sonlanım verileri analiz edilmiştir. 3 olgunun acil servisten YBÜ'ye yatışı gerçekleştiği saptanmış olup, bu olguların 3'ü de CH tanılı idi. 1 olgu acil servisten acil operasyona alındığı saptanmıştır. Acil serviste ölüm görülmemiştir. Olguların birinci başvurudaki sonlanım verileri tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Olguların birinci başvurularında hastane yatışı-taburculuk oranları

| Sonlanım | ÜK n (%) | CH n (%) | Toplam n, (%) |
|---------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Servis yatışı | 14 (%16,8) | 36 (%24,6) | 50 (%21,8) |
| Taburculuk | 69 (%83,2) | 107 (%73,2) | 176 (%76,8) |
| YBÜ yatışı | 0 (%0) | 3 (%2,2) | 3 (%1,4) |
| Toplam | 83 (%100) | 146 (%100) | 229 (%100) |

4.2. Olguların ikinci başvurularının analizi

İkinci başvuruda 67 olgu mevcut idi. 67 olgunun 34'ü (50,7) kadın, 33'ü (%49,3) erkek idi. 24'ü (%35,8) ÜK tanılı iken 43'ü (%64,2) ise CH tanılı idi. Yaş ortalaması $40,02 \pm 14,09$ (19-73) yıl idi. Olguların acil servise başvurularının aylara göre dağılımı şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. Olguların ikinci başvurularının aylara göre dağılımı

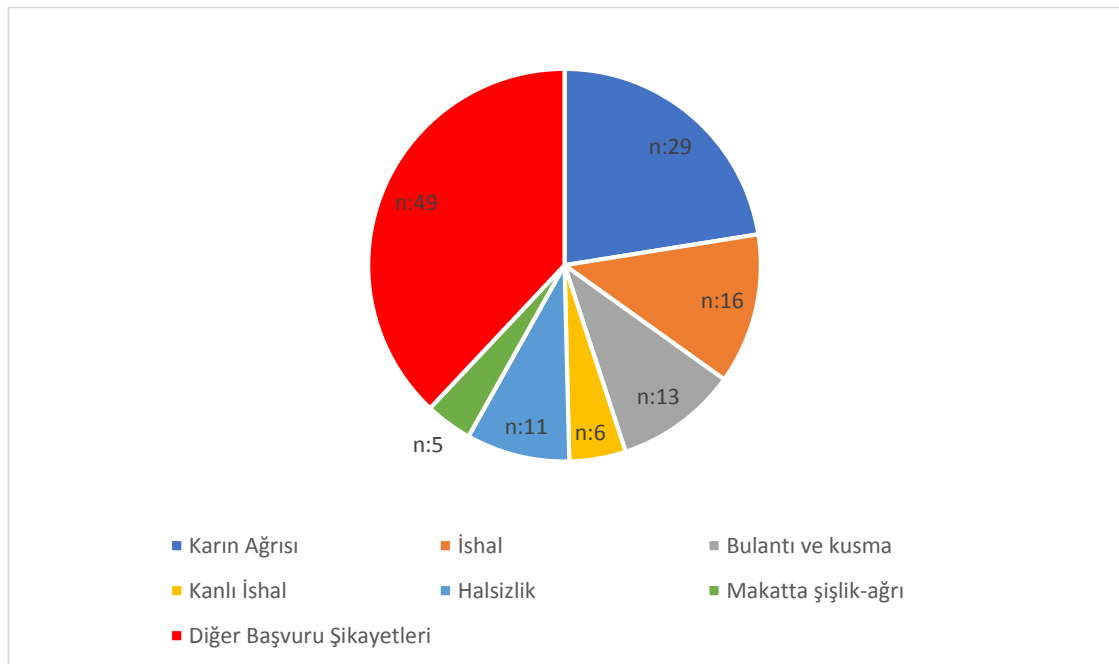
Olguların ikinci başvurularının yaş ortalaması ve vital bulguları tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11. Olguların ikinci başvuruındaki vital değerleri

| | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|----------------------------------|--------------|-------------------|
| Yaş, yıl | 40,02±14,09 | 39 (19-73) |
| Vital Parametre Değerleri | | |
| SKB, mmHg | 124,37±17,56 | 124 (80-173) |
| DKB, mmHg | 77,1±12,34 | 76 (48-110) |
| Nabız, atım/dk | 89,12±15,37 | 88 (65-138) |
| GKS | 14,96±0,24 | 15 (13-15) |
| Satürasyon, SpO2 | 97,45±2,69 | 98 (80-100) |
| Ateş, C° | 36,29±0,29 | 36,3 (36-37,7) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, SKB; Sistolik kan basıncı, DKB; Diyastolik kan basıncı, GKS; Glaskow koma skoru, SpO2; Oksijen satürasyonu (%)

Olguların ikinci başvurularındaki başvuru şikayetleri analiz edildiğinde karın ağrısı 29 olgu (%43,3) ile ilk sırada yer alıyordu. Bunu 16 olgu (%23,9) ile ishal, 13 olgu (%19,4) ile bulantı ve kusma takip etmektedir. Bazı olguların birden fazla başvuru şikayeti mevcuttur. “Diğer şikayetler” olarak gruplandırılan başvuru şikayetleri (boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı, idrarda yanma, yan ağrısı, baş dönmesi, ateş, baş ağrısı, kilo kaybı, senkop, kabızlık, vajinal kanama, burun kanaması, döküntü ve gözde yanma-batma) ile birlikte olguların tüm başvuru şikayetlerinin analizi şekil 7’de gösterilmiştir.



Şekil 7. Olguların ikinci başvurularındaki başvuru şikayetlerinin analizi

Çalışmamızda olguların acil servise ikinci başvurularındaki laboratuvar parametreleri analiz edilmiş olup sonuçlar tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Olguların ikinci başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

| Laboratuvar Parametresi | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|-------------------------------|--------------|---------------------|
| Hgb, g/dl | 12,16±1,8 | 12,1 (7,5-15,3) |
| HCT, % | 36,94±5,29 | 36,6 (22,5-47) |
| MCV, fl | 82,81±6,71 | 84,2 (69-94,3) |
| RDW, % | 15,91±3,34 | 15,3 (12,4-29,5) |
| WBC, 10 ³ /µl | 11,26±4,47 | 11,5 (3,6-22,6) |
| Nötrofil, 10 ³ /µl | 8,85±4,29 | 8,8 (1,8-19,6) |
| Lenfosit, 10 ³ /µl | 1,4±0,7 | 1,3 (0,3-2,9) |
| PLT, 10 ³ /µl | 351,8±157,11 | 329 (71-789) |
| AST, IU/L | 27,14±24,47 | 18,5 (8,7-138,9) |
| ALT, IU/L | 26,79±33,46 | 15,3 (6-159,5) |
| Üre, mg/dl | 26,39±11,66 | 24 (11-73) |
| Kreatinin, mg/dl | 0,85±0,49 | 0,76 (0,29-3,29) |
| CRP, mg/L | 54,19±73,48 | 26,47 (0,31-302,32) |
| Laktat, mmol/L | 1,68±0,83 | 1,5 (0,7-5) |
| INR | 1,21±0,83 | 1,1 (0,85-6,53) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, Hgb; Hemoglobin, HCT; Hematokrit, MCV; Ortalama Eritrosit Hacmi, RDW; Eritrosit Dağılım Genişliği, WBC; Lökosit Sayısı, PLT; Trombosit Sayısı, AST; Aspartat Aminotransferaz, ALT; Alanin Aminotransferaz, CRP; C-Reaktif Protein

Olguların acil servise ikinci başvurularındaki tanıları analiz edildiğinde 24 ÜK olgusunun 5’i (%20,83) ÜK atak, 43 CH olgusunun 12’si (%27,9) CH atak olarak belirlenmiştir. Cerrahi tanılara göre ayrıldığında 4 olgunun (%6) ileus, 3 olgunun (%4,5) perianal abse tanısı aldığı, 3 olgunun (%4,5) ise “diğer cerrahi tanılar” grubunda olduğu saptanmıştır.

Atak dışı dahili tanılara anemi, ÜSYE, İYE, GİS kanama, pnömoni, pankreatit, ileit, konjonktivit, otit, renal kolik, bel ağrısı, burun kanaması, ürtiker, pulmoner emboli, gastrit, üveit atak, selülit, epileptik nöbet, zona, romatoid artrit atağı dahil edilmiştir.

Atak dışı cerrahi tanılara ise perianal abse, ileus, kapalı perforasyon, intraabdominal abse, yara yerinde akıntı dahil edilmiştir. Tüm olguların tanılarının analizi tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13. Olguların ikinci başvurularında aldıkları tanılarının analizi

| Tanı | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|----------------------------------|----------|-----------|
| CH Atak | 12 | %27,9 |
| ÜK Atak | 5 | %20,83 |
| Atak Dışı Dahili Tanılar | 40 | %59,7 |
| Anemi | 4 | %6 |
| Pnömoni | 4 | %6 |
| İYE | 4 | %6 |
| ÜSYE | 4 | %6 |
| Diğer Dahili Tanılar | 24 | %35,7 |
| Atak Dışı Cerrahi Tanılar | 10 | %15 |
| İleus | 4 | %6 |
| Perianal Abse | 3 | %4,5 |
| Diğer Cerrahi Tanılar | 3 | %4,5 |

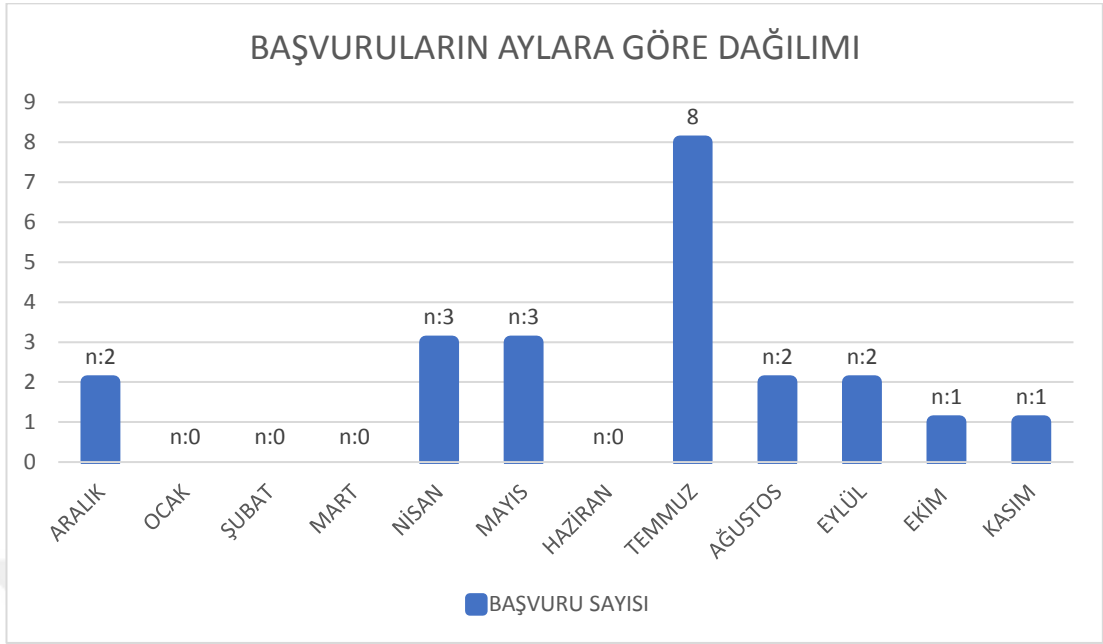
CH; Crohn Hastalığı, ÜK; Ülseratif Kolit, ÜSYE; Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, İYE; İdrar Yolu Enfeksiyonu

Sonlanımlarına göre analiz edildiğinde 67 olgunun 1’i (%1,5) YBÜ yatışı yapıldığı saptandı. 1 olgunun (%1,5) acil olarak operasyona alındığı, 51 olgunun (%76,1) acil servisten taburcu edildiği, 15 olgunun (%22,4) ise servis yatış yapıldığı saptandı.

4.3. Olguların üçüncü başvurularının analizi

Olguların acil servise üçüncü başvurusunda 22 olgu mevcut idi. Bu 22 olgunun 13’ü (%59,1) kadın, 9’u (%40,9) erkek idi. Olguların 9’u (%40,9) ÜK tanılı iken 13’ü (%59,1) CH tanılı olduğu saptandı. Olguların yaş ortalaması 38,09±13,64 (19-66) yıl idi.

Başvuruların aylara göre dağılımı ise şekil 8’de gösterilmiştir.



Şekil 8. Olguların üçüncü başvurularının aylara göre dağılımı

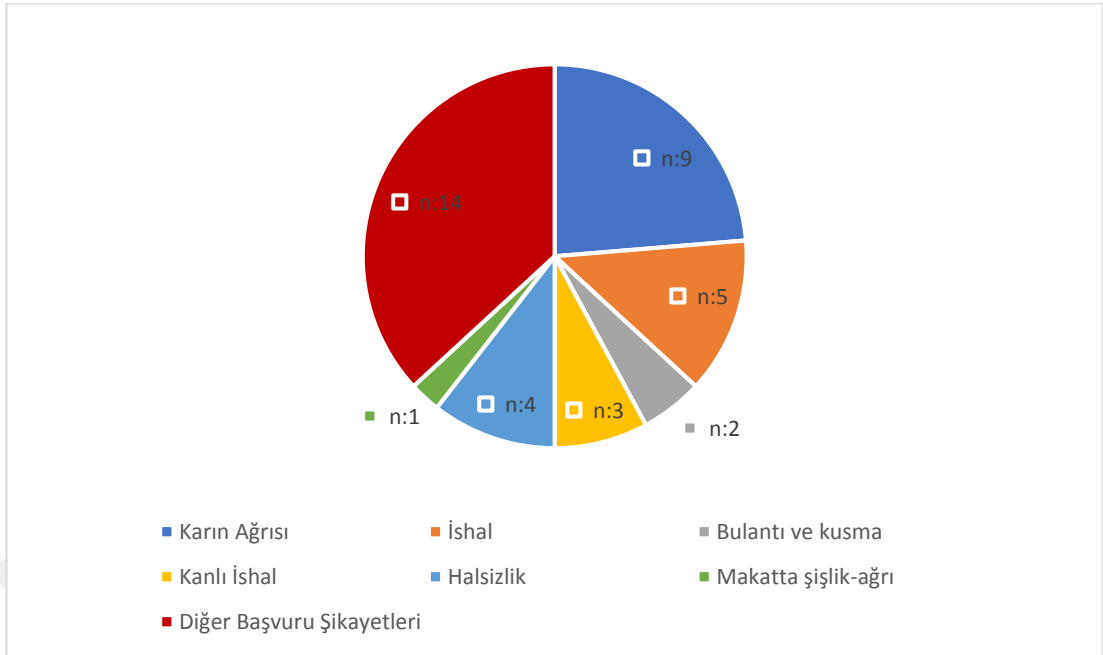
Olguların üçüncü başvurularının yaş ortalaması ve vital bulguları tablo 14’te gösterilmektedir.

Tablo 14. Olguların üçüncü başvurularının vital bulguları

| | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|----------------------------|--------------|-------------------|
| Yaş, yıl | 38,09±13,64 | 36 (19-66) |
| Vital Parametreleri | | |
| SKB, mmHg | 127,09±16,14 | 128 (100-170) |
| DKB, mmHg | 74,19±9,63 | 76 (59-101) |
| Nabız, atım/dk | 89,66±12,42 | 88 (74-118) |
| GKS | 15±0 | 15 (15-15) |
| Satürasyon, SpO2 | 97,47±1,28 | 98 (95-99) |
| Ateş, C° | 36,37±0,32 | 36,3 (36-36,9) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, SKB; Sistolik kan basıncı, DKB; Diyastolik kan basıncı, GKS; Glaskow koma skoru, SpO2; Oksijen satürasyonu (%)

Olguların üçüncü başvurularındaki başvuru şikayetleri analiz edildiğinde ilk sırada %40,9 (n=9) ile karın ağrısı gelmektedir. Bunu ile %22,7 (n=5) ishal takip etmektedir. Halsizlik %18,2 (n=4) ile 3. sırada gelmektedir. “Diğer Başvuru Şikayetleri” grubunda görülen şikayetler (boğaz ağrısı, öksürük, nefes darlığı, idrarda yanma, yan ağrısı, baş dönmesi, baş ağrısı, vajinal kanama, döküntü, genel durum bozukluğu ve vücut-eklem ağrısı) ile tüm başvuru şikayetleri şekil 9’da gösterilmiştir.



Şekil 9. Olguların üçüncü başvurularındaki başvuru şikayetlerinin analizi

Olguların üçüncü başvurularının laboratuvar parametreleri analiz edilmiş ve sonuçları tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Olguların üçüncü başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

| Laboratuvar Parametresi | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|-------------------------------|---------------|--------------------|
| Hgb, g/dl | 11,9±2,02 | 12,3 (8,6-14,3) |
| HCT, % | 35,55±5,85 | 36,2 (25,8-44,8) |
| MCV, fl | 80,43±7,04 | 79,6 (69,5-92,1) |
| RDW, % | 15,37±1,98 | 14,5 (13,5-19,6) |
| WBC, 10 ³ /µl | 13,01±4,98 | 13,9 (3,2-19,1) |
| Nötrofil, 10 ³ /µl | 9,52±4,42 | 8,8 (2,3-16,2) |
| Lenfosit, 10 ³ /µl | 2,17±0,99 | 2,5 (0,6-3,4) |
| PLT, 10 ³ /µl | 353,74±174,43 | 318 (130-620) |
| AST, IU/L | 21,4±13,55 | 16,3 (9,1-50,7) |
| ALT, IU/L | 19±18,39 | 13 (6-70) |
| Üre, mg/dl | 32,72±33,04 | 22 (14-121) |
| Kreatinin, mg/dl | 1,09±1,43 | 0,72 (0,16-5,37) |
| CRP, mg/L | 41,26±48,49 | 17,49 (1,81-164,5) |
| Laktat, mmol/L | 1,53±0,66 | 1,2 (1-3,1) |
| INR | 1,05±0,07 | 1,05 (0,92-1,18) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, Hgb; Hemogloblin, HCT; Hematokrit, MCV; Ortalama Eritrosit Hacmi, RDW; Eritrosit Dağılım Genişliği, WBC; Lökosit Sayısı, PLT; Trombosit Sayısı, AST; Aspartat Aminotransferaz, ALT; Alanin Aminotransferaz, CRP; C-Reaktif Protein

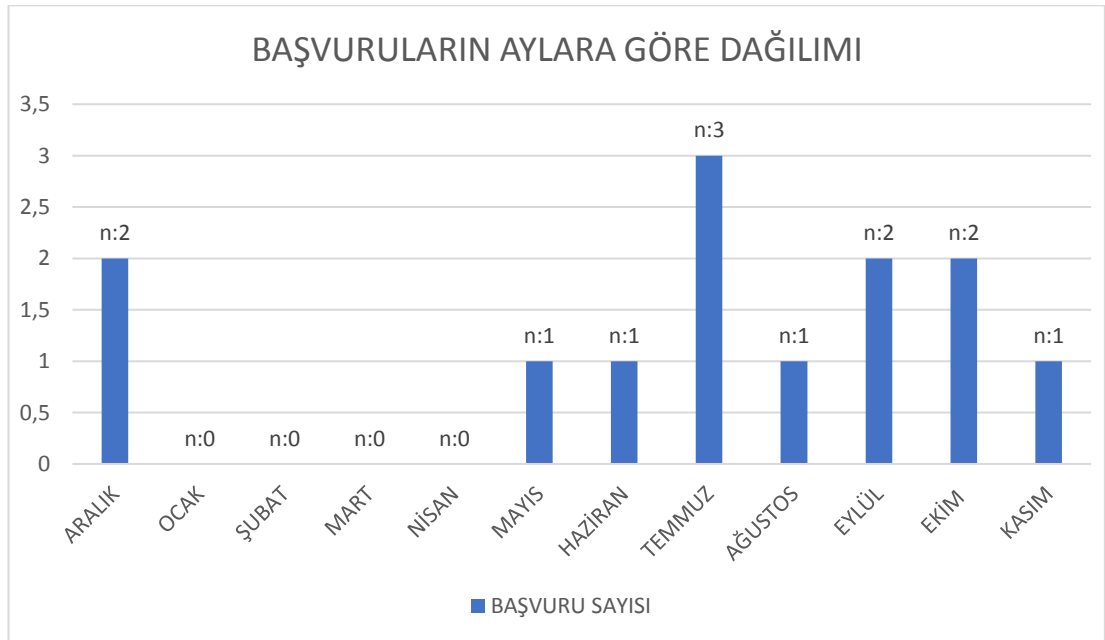
Yapılan muayene ve tetkikleri sonrası acil serviste aldıkları tanılar gruplandırıldığında 3 (%33,3) ÜK atak, 3 (%23,07) CH atak en sık görülen tanılar olarak karşımıza çıkmaktadır. 14 olgu (%63,6) ise elektrolit bozukluğu, İYE, ÜSYE, pnömoni, akut böbrek hasarı, eritama nodosum, vertigo, vajinal kanama, nonspesifik baş ağrısı şeklinde atak dışı dahili tanılar almıştır. 1 olgu (%4,5) ileus ve yine 1 olgu (%4,5) perianal abse olmak üzere cerrahi tanılar almıştır.

Olguların sonlanım verilerine bakıldığında ise 17 olgu (%77,3) acil servisten tetkik ve tedavileri tamamlanarak taburcu edilmiştir. 5 olgunun (%22,7) ise servis yatışı planlanmıştır. Bu grup içinde YBÜ yatışı saptanmamıştır. Acil servisten acil operasyona giden olgu da yok idi. Acil serviste ölüm ile sonlanım saptanmadı.

4.4. Olguların dördüncü başvurularının analizi

Dördüncü başvuruda 13 olgu mevcut idi. Bu 13 olgunun 8'i (%61,5) kadın, 5'i (%38,5) erkek idi. Olguların 5'i (%38,5) ÜK tanılı iken 8'i (%61,5) CH tanılı idi. Olguların yaş ortalaması $32,92 \pm 11,24$ (19-56) yıl idi.

Acil Servise dördüncü başvuruların aylara göre dağılımı şekil 10'da gösterilmiştir.



Şekil 10. Olguların dördüncü başvurularının aylara göre dağılımı

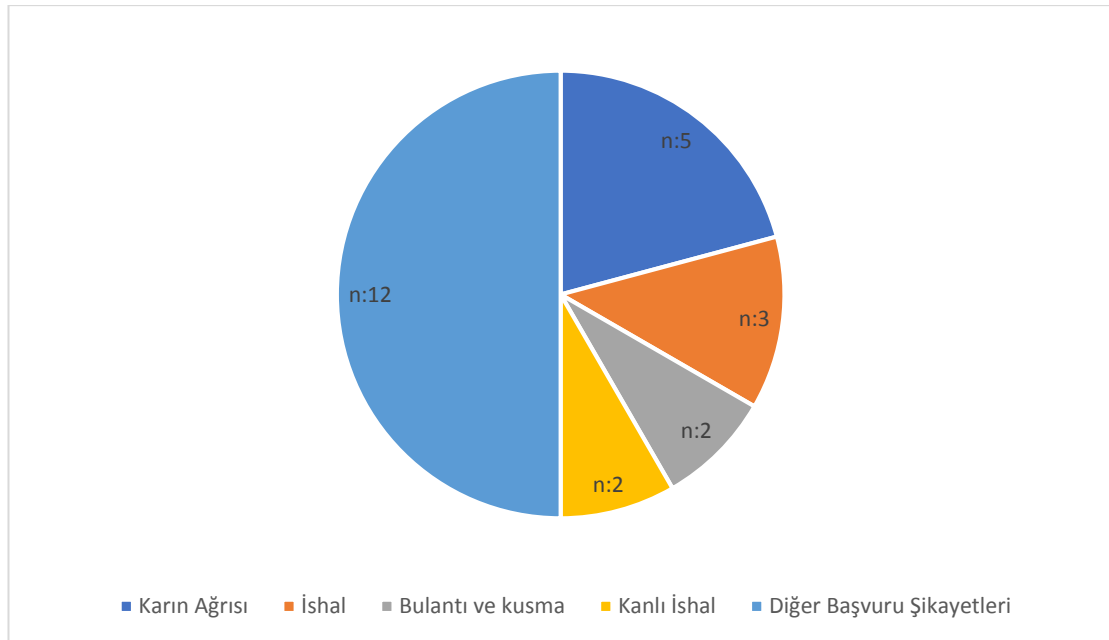
Olguların dördüncü başvurularının yaş ortalaması ve vital bulguları tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16. Olguların dördüncü başvurularının vital bulguları

| | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|----------------------------|--------------|-------------------|
| Yaş, yıl | 32,92±11,24 | 31 (19-56) |
| Vital Parametreleri | | |
| SKB, mmHg | 119,07±17,47 | 123 (90-152) |
| DKB, mmHg | 76,15±12,54 | 76 (53-97) |
| Nabız, atım/dk | 86,15±12,00 | 84 (70-108) |
| GKS | 15±0 | 15 (15-15) |
| Satürasyon, SpO2 | 97,15±2,26 | 98 (92-100) |
| Ateş, C° | 36,10±0,41 | 36,1 (35-36,9) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, SKB; Sistolik kan basıncı, DKB; Diyastolik kan basıncı, GKS; Glaskow koma skoru, SpO2; Oksijen satürasyonu (%)

Olguların dördüncü başvurularındaki başvuru şikayetleri analiz edildiğinde ilk sırada 5 olguda (%38,5) karın ağrısı gelmektedir. Bunu 3 olgu ile (%23,1) ishal takip etmektedir. “Diğer Başvuru Şikayetleri” olarak gruplandırılan şikayetler (öksürük, nefes darlığı, idrarda yanma, yan ağrısı, göğüs ağrısı, kabızlık, ateş, ameliyat yerinde akıntı, genel durum bozukluğu ve vücut-eklem ağrısı) ve tüm başvuru şikayetleri şekil 11’de gösterilmiştir.



Şekil 11. Olguların dördüncü başvurularındaki başvuru şikayetlerinin analizi

Olguların dördüncü başvurularının laboratuvar parametreleri analiz edilmiş ve sonuçları tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Olguların dördüncü başvurularındaki laboratuvar sonuçlarının analizi

| Laboratuvar Parametresi | Ort±SS | Medyan (Min-Maks) |
|-------------------------------|---------------|---------------------|
| Hgb, g/dl | 11,14±2,22 | 11,7 (7,7-14) |
| HCT, % | 33,82±7,06 | 35,7 (23-43,5) |
| MCV, fl | 80,88±7,66 | 83 (70-89,6) |
| RDW, % | 16,41±2,98 | 17,5 (12,6-21) |
| WBC, 10 ³ /µl | 10,85±5,24 | 9,7 (3,5-21,6) |
| Nötrofil, 10 ³ /µl | 7,9±4,73 | 7,6 (2,7-18,7) |
| Lenfosit, 10 ³ /µl | 1,55±0,90 | 1,3 (0,5-2,7) |
| PLT, 10 ³ /µl | 322,66±139,32 | 319 (113-588) |
| AST, IU/L | 21,47±16,43 | 14,2 (11-52,2) |
| ALT, IU/L | 23,33±24,89 | 13 (6-68) |
| Üre, mg/dl | 35,66±42,8 | 19 (11-146) |
| Kreatinin, mg/dl | 1,68±3,1 | 0,65 (0,23-9,94) |
| CRP, mg/L | 62,83±67,64 | 23,54 (0,67-172,18) |
| Laktat, mmol/L | 1,33±0,24 | 1,3 (1-1,7) |
| INR | 1,14±0,12 | 1,12 (1-1,36) |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, Hgb; Hemoglobin, HCT; Hematokrit, MCV; Ortalama Eritrosit Hacmi, RDW; Eritrosit Dağılım Genişliği, WBC; Lökosit Sayısı, PLT; Trombosit Sayısı, AST; Aspartat Aminotransferaz, ALT; Alanin Aminotransferaz, CRP; C-Reaktif Protein

Acil servise dördüncü başvuruda aldıkları tanılara göre analizinde 2 olguda (%40) ÜK atak, 1 olguda (%12,5) CH atak saptanmıştır. 3 olgu (%23) bel ağrısı şikayeti ile başvurmuş ve lumbalji tanısı almıştır. Yine 3 olgu (%23) İYE tanısı almıştır. 1’er olgu (%7,7) elektrolit bozukluğu, pnömoni, akut böbrek hasarı olacak şekilde dahili tanılar olarak sonuçlanmıştır. 1 olgu (%7,7) ileus olmak üzere cerrahi tanı almıştır.

Olguların sonlanım verilerine bakıldığında ise 9 olgu (%69,2) acil servisten tetkik ve tedavileri tamamlanarak taburcu edilmiştir. 4 olgunun (%30,8) ise servis yatışı planlanmıştır. Bu grupta YBÜ yatışı görülmemiştir. Acil servisten acil operasyona giden olgu yoktur. Acil serviste ölüm ile sonlanan olgu görülmemiştir.

4.5. Olguların beşinci başvurularının analizi

Beşinci başvuruda 3 olgu bulunmaktadır. 3 olgunun 2'si (%66,6) kadın, 1'i (%33,3) erkek idi. 1 olgu ÜK (%33,3) tanılı iken, 2 olgu (%66,6) CH tanılı idi. Olguların yaş ortalaması $27,6 \pm 9,29$ (20-38) yıl idi.

Olguların 1'i (%33,3) Ekim ayında, 2'si (%66,6) Kasım ayında başvurmuştu. Olguların başvurusundaki vital değerleri normal aralıkta saptandı. Başvuru şikayetlerine bakıldığında ise 1 olgu (%33,3) karın ağrısı kusma, 1 olgu (%33,3) kanlı ishal, 1 olgu (%33,3) bel ağrısı şikayeti ile başvurmuş idi. Analiz edilen laboratuvar parametreleri normal aralıkta saptandı. ÜK tanılı olgunun aldığı tanı ÜK atak (%100) olarak belirlendi. Diğer iki olgudan 1'i (%33,3) akut gastroenterit tanısı alırken 1 olgu (%33,3) ise lumbalji tanısı aldı. Sonlanımlarına göre olguların tamamının acil servisten taburcu edildiği görüldü.

4.6. Olguların altıncı başvurularının analizi

Olguların altıncı başvurusunda 1 olgu bulunmakta idi. Olgu 20 yaşında erkek cinsiyette ÜK tanılı idi. Acil servise Ekim ayında başvurmuş idi. Başvuru vitallerinde nabız dakikada 122 ile taşikardik olarak tespit edildi. Diğer vital bulguları normal sınırlarda idi. Başvuru şikayeti karın ağrısı ve kanlı ishal idi. Analiz edilen laboratuvar parametreleri normal sınırlarda idi. Hasta ÜK atak olarak değerlendirildi tedavisi düzenlenen hastanın sonlanımının acil servisten taburculuk olduğu saptandı.

4.7. Olguların yedinci başvurularının analizi

Olguların yedinci başvurusunda 1 olgu bulunmaktadır. Olgu 20 yaşında erkek cinsiyette ÜK tanılı idi. Acil servise Kasım ayında başvurmuş idi. Başvuru vital bulguları normal sınırlarda saptandı. Başvuru şikayeti boğaz ağrısı, vücut eklem ağrısı idi. ÜSYE tanısı alan olgunun sonlanımı acil servisten taburculuk olarak saptandı.

4.8. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı tanılı hastaların karşılaştırmalı analizi

Çalışmamızda 229 olgunun analizi gerçekleştirildi. Demografik verilerine göre 104 kadın olgunun 39'u (%37,5) ÜK tanılı iken 65'i (%62,5) CH tanılı idi. 125 erkek olgunun ise 44 'ü (%35,2) ÜK tanılı ile 81 'i (%64,8) CH tanılı idi (Tablo 16). Cinsiyet dağılımına göre analizde iki hastalık arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,718$).

Cinsiyete göre yatış taburculuk verileri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,146$) (Tablo 18). Sonlanımlarına göre servis yatışı dışında YBÜ yatışı

| | Kadın n (%) | Erkek n (%) | Toplam n (%) | p |
|---------------------|-------------|-------------|--------------|-------|
| ÜK n (%) | 39 (%37,5) | 44 (%35,2) | 83 (%36,2) | |
| CH n (%) | 65 (%62,5) | 81 (%64,8) | 146 (%63,8) | 0,718 |
| Servis yatışı n (%) | 20 (%19,2) | 30 (%24) | 50 (%21,8) | |
| Taburcu n (%) | 83 (%80,8) | 93 (%76) | 176 (%76,8) | 0,146 |
| Toplam n (%) | 104 (%100) | 125 (%100) | 229 (%100) | |

gerçekleşen 3 olgu mevcut idi. Bu olguların tamamı CH tanılı olup 1'i kadın, 2'si erkek cinsiyette idi.

Tablo 18. Cinsiyete göre ÜK-CH ve yatış-taburculuk dağılımı

Çalışmamızda olguların ilk başvurularında acil serviste alınan vital bulguları ÜK ve CH arasında karşılaştırması yapılmış ve anlamlı fark saptanmamıştır. Vital parametrelerine göre sonlanımları karşılaştırılmış ve servis yatışı olan olgularda ateş parametresi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,018$). Diğer vital parametrelerinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ortalamaları ve p değerleri tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Vital Değerlere göre ÜK-CH ve yatış-taburculuk karşılaştırması

| | ÜK (Ort±SS) | CH (Ort±SS) | p | Yatış (Ort±SS) | Taburcu (Ort±SS) | p |
|-------------------|----------------|----------------|-------|-------------------|---------------------|-------|
| SKB, mmHg | 126,83±15,26 | 124,62±15,54 | 0,581 | 123,55±18,68 | 126,07±14,15 | 0,774 |
| DKB, mmHg | 75,33±10,17 | 77,46±12,84 | 0,116 | 76,20±13,54 | 76,86±11,4 | 0,850 |
| Nabız, atım/dk | 90,16±15,48 | 89,52±16,16 | 0,488 | 91,3±20,11 | 89,22±14,16 | 0,826 |
| GKS | 15±0 | 15±0 | 1,000 | 15±0 | 15±0 | 1,000 |
| SpO2 | 97,69±1,45 | 97,65±2,05 | 0,912 | 97,52±1,53 | 97,71±1,95 | 0,201 |
| Ateş, C° | 36,30±0,35 | 36,30±0,30 | 0,873 | 36,38±0,34 | 36,27±0,31 | 0,018 |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Min-Maks; Minimum-Maksimum, SKB; Sistolik kan basıncı, DKB; Diyastolik kan basıncı, GKS; Glaskow koma skoru, SpO2; Oksijen satürasyonu (%)

Olguların ek hastalıklarına göre karşılaştırıldığında ve DM (p=0,009) ile Hipotiroidi (p=0,010) ÜK tanılı olgularda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Sonlanımına göre ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Ek hastalıklarının ÜK-CH ve yatış-taburculuk olarak karşılaştırması

| Ek Hastalıklar | İBH toplam (n) | ÜK (n) | CH (n) | p | Yatış (n) | Taburcu (n) | p |
|-------------------------|----------------------|-----------|-----------|-------|--------------|----------------|-------|
| HT | 29 | 11 | 18 | 0,840 | 7 | 22 | 0,830 |
| DM | 25 | 15 | 10 | 0,009 | 7 | 18 | 0,787 |
| Pulmoner Hastalıklar | 17 | 7 | 10 | 0,794 | 7 | 10 | 0,151 |
| Kanser öyküsü | 14 | 7 | 7 | 0,390 | 5 | 9 | 0,395 |
| Kardiyak Hastalıklar | 8 | 2 | 6 | 0,714 | 4 | 4 | 0,209 |
| KBH | 7 | 3 | 4 | 0,706 | 3 | 4 | 0,378 |
| AS | 14 | 5 | 9 | 1,000 | 3 | 11 | 1,000 |
| FMF | 12 | 3 | 9 | 0,544 | 3 | 9 | 1,000 |
| RA | 6 | 4 | 2 | 0,193 | 0 | 6 | 0,164 |
| Behçet Hastalığı | 5 | 1 | 4 | 0,656 | 1 | 4 | 1,000 |
| PSK | 2 | 2 | 0 | 0,130 | 0 | 2 | 1,000 |
| Hipotiroidi | 7 | 6 | 1 | 0,010 | 1 | 6 | 0,681 |
| CVID | 3 | 2 | 1 | 0,298 | 0 | 3 | 0,571 |

HT; Hipertansiyon, DM; Diyabetes mellutis, KBH; Kronik böbrek hastalığı, AS; Ankilozan spondilit, FMF; Ailevi akdeniz ateşi, RA; Romatoid artrit, PSK; Primer sklerozan kolanjit, CVID; Yaygın değişken immün yetmezlik

Başvuru şikayetlerine göre ÜK ve CH olguları karşılaştırıldığında sadece kanlı ishal şikayeti ile başvuru ÜK’de anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,001$). Başvuru şikayetlerine göre sonlanımları analiz edildiğinde ise sırasıyla; karın ağrısı ($p=0,004$), bulantı-kusma ($p=0,018$), boğaz ağrısı ($p=0,014$) ve eklem vücut ağrısı ($p=0,023$) ile başvuran olgularda taburculuk anlamlı yüksek saptanmıştır. Kilo kaybı ($p=0,014$), siyah dışkılama ($p=0,016$), genel durum bozukluğu ($p=0,004$), kanlı kusma ($p=0,016$) ile başvuran olgularda ise hastane yatışı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Başvuru şikayetlerinin ÜK- CH ve yatış-taburculuk olarak karşılaştırması

| Başvuru şikayeti | İBH toplam (n) | ÜK (n) | CH (n) | P | Yatış (n) | Taburcu (n) | p |
|-----------------------|----------------------|-----------|-----------|--------|--------------|----------------|-------|
| Karın ağrısı | 85 | 28 | 57 | 0,424 | 31 | 54 | 0,004 |
| İshal | 61 | 29 | 32 | 0,032 | 18 | 43 | 0,435 |
| Bulantı-Kusma | 33 | 8 | 25 | 0,121 | 14 | 19 | 0,018 |
| Kilo Kaybı | 12 | 3 | 9 | 0,544 | 7 | 5 | 0,014 |
| Boğaz Ağrısı | 16 | 4 | 12 | 0,425 | 0 | 16 | 0,014 |
| Halsizlik | 31 | 10 | 21 | 0,619 | 9 | 22 | 0,655 |
| Öksürük | 7 | 2 | 5 | 0,503 | 0 | 7 | 0,195 |
| Göğüs Ağrısı | 11 | 5 | 6 | 0,533 | 2 | 9 | 0,733 |
| Nefes Darlığı | 6 | 3 | 3 | 0,670 | 1 | 5 | 1,000 |
| Kanlı İshal | 32 | 22 | 10 | <0,001 | 12 | 20 | 0,102 |
| Siyah Dışkılama | 3 | 0 | 3 | 0,555 | 3 | 0 | 0,016 |
| Senkop | 2 | 1 | 1 | 0,595 | 0 | 2 | 1,000 |
| Baş Dönmesi | 6 | 2 | 4 | 0,623 | 2 | 4 | 0,649 |
| İdrarda Yanma | 8 | 3 | 5 | 0,604 | 1 | 7 | 0,683 |
| Kabızlık | 4 | 1 | 3 | 0,541 | 3 | 1 | 0,054 |
| Makatta şişlik-Ağrı | 13 | 2 | 11 | 0,141 | 5 | 8 | 0,328 |
| Ateş | 4 | 1 | 3 | 0,541 | 1 | 3 | 1,000 |
| Baş Ağrısı | 3 | 2 | 1 | 0,300 | 0 | 3 | 0,570 |
| Eklemler-Vücut Ağrısı | 14 | 6 | 8 | 0,580 | 0 | 14 | 0,023 |
| Yan Ağrısı | 3 | 2 | 1 | 0,298 | 0 | 3 | 0,571 |
| Mide Ağrısı | 4 | 3 | 2 | 0,137 | 0 | 4 | 0,575 |
| Genel Durum Bozukluğu | 4 | 2 | 2 | 0,622 | 4 | 0 | 0,004 |
| Kanlı Kusma | 3 | 1 | 2 | 0,702 | 3 | 0 | 0,016 |

Olguların laboratuvar tetkikleri analiz edilmiş olup ÜK ve CH karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak sonlanımlarına göre laboratuvar parametreleri analiz edildiğinde; Hemoglobin (p=0,002), Hematokrit (p=0,003), Ortalama Eritrosit Hacmi (MCV) (p=0,007) değerleri taburcu olan olgularda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Eritrosit Dağılım Genişliği (RDW) (p=<0,001), Nötrofil (p=0,020), Trombosit Sayısı (PLT) (p=0,001), C-Reaktif Protein (CRP) (p=<0,001), Laktat (p=0,035) ve INR (p=0,028) değerleri servis yatışı ile sonlanan olgularda anlamlı yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Laboratuvar parametrelerinin ÜK-CH ve yatış-taburculuk olarak karşılaştırması

| Laboratuvar Parametresi | ÜK (Ort±SS) | CH (Ort±SS) | P | Yatış (Ort±SS) | Taburcu (Ort±SS) | p |
|-------------------------------|---------------|---------------|-------|----------------|------------------|--------|
| Hgb, g/dl | 12,25±1,92 | 12,35±2,10 | 0,678 | 11,61±2,17 | 12,62±1,9 | 0,002 |
| HCT, % | 37,12±5,67 | 37,4±5,97 | 0,523 | 35,29±6,33 | 38,21±5,43 | 0,003 |
| MCV, fl | 82,86±7,06 | 83,48±7,74 | 0,324 | 81,08±7,45 | 84,25±7,36 | 0,007 |
| RDW, % | 15,32±3,23 | 15,68±3,56 | 0,795 | 16,31±3,4 | 15,24±3,43 | <0,001 |
| WBC, 10 ³ /µl | 9,38±3,64 | 10,43±5,09 | 0,256 | 11,64±6,26 | 9,41±3,61 | 0,118 |
| Nötrofil, 10 ³ /µl | 6,36±3,00 | 7,63±4,69 | 0,144 | 8,82±5,77 | 6,51±3,14 | 0,020 |
| Lenfosit, 10 ³ /µl | 1,99±0,83 | 1,86±0,97 | 0,157 | 1,81±0,92 | 1,95±0,93 | 0,103 |
| PLT, 10 ³ /µl | 311,86±108,22 | 322,68±124,74 | 0,720 | 357,48±139,56 | 302,18±105,58 | 0,001 |
| AST, IU/L | 18,53±10,35 | 27,87±60,82 | 0,308 | 33,37±88,75 | 21,04±13,47 | 0,091 |
| ALT, IU/L | 18,78±12,88 | 26,01±55,63 | 0,099 | 33,49±78,98 | 19,29±17,62 | 0,735 |
| Üre, mg/dl | 28,63±28,30 | 28,57±20,59 | 0,138 | 35,11±37,67 | 25,7±11,72 | 0,349 |
| Kreatinin, mg/dl | 0,88±0,47 | 1,02±1,37 | 0,916 | 1,13±1,62 | 0,91±0,88 | 0,672 |
| CRP, mg/L | 32,05±36,98 | 49,21±62,64 | 0,684 | 70,98±69,62 | 31,5±44,06 | <0,001 |
| Laktat, mmol/L | 1,54±0,77 | 1,62±0,90 | 0,477 | 1,76±1,03 | 1,52±0,76 | 0,035 |
| INR | 1,07±0,10 | 1,10±0,25 | 0,850 | 1,16±0,36 | 1,06±0,1 | 0,028 |

Ort±SS; Ortalama±Standart sapma, Hgb; Hemoglobin, HCT; Hematokrit, MCV; Ortalama Eritrosit Hacmi, RDW; Eritrosit Dağılım Genişliği, WBC; Lökosit Sayısı, PLT; Trombosit Sayısı, AST; Aspartat Aminotransferaz, ALT; Alanin Aminotransferaz, CRP; C-Reaktif Protein

Olgular acil serviste aldıkları tanılara göre analiz edildiğinde 83 ÜK olgusunun 28'i ÜK atak, 146 CH olgusunun ise 36'sı CH atak olduğu saptanmıştır. ÜK ve CH atak olarak tanı alan olguların sonlanımlarına göre karşılaştırılması tablo 23'te belirtilmiştir. CH atak tanısı alan olguların taburculuk ile sonlanımı istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır (p=0,005).

Tablo 23. ÜK-CH atakların yatış- taburculuk verilerinin karşılaştırılması

| Tanı | Toplam (n) (%) | Yatış (n) (%) | Taburcu (n) (%) | p |
|---------------|----------------|---------------|-----------------|-------|
| ÜK Atak | 28 (%100) | 7 (%25) | 21(%75) | 0,921 |
| CH Atak | 36 (%100) | 16 (%44,4) | 20 (55,6) | 0,005 |
| Toplam | 64 (%100) | 23 (%35,9) | 41(%64,1) | |

ÜK ve CH olguları atak dışı dahili ve cerrahi tanıların görülme oranı açısından karşılaştırıldığında her ne kadar CH'lerde atak dışı cerrahi tanı görülme oranı ÜK hastalarına göre daha fazla tespit edilse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değil idi (Tablo 24).

Tablo 24. Olguların diğer tanılarının ÜK ve CH olarak karşılaştırması

| Diğer Dahili Tanılar | | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| | Var (n, %) | Yok (n, %) | Toplam (n, %) | p |
| ÜK | 48 (%57,8) | 35 (%42,2) | 83 (%36,2) | 0,965 |
| CH | 84 (%57,5) | 62 (%42,5) | 146 (%63,8) | |
| Toplam (n, %) | 132 (%57,6) | 97 (%42,4) | 229 (%100) | |
| Diğer Cerrahi Tanılar | | | | |
| | Var (n, %) | Yok (n, %) | Toplam (n, %) | p |
| ÜK | 7 (%8,4) | 76 (%91,6) | 83 (%36,2) | 0,095 |
| CH | 26 (%17,8) | 120 (%82,2) | 146 (%63,8) | |
| Toplam (n, %) | 33 (%14,4) | 196 (%85,6) | 229 (%100) | |

Olguların ÜK-CH olarak servis yatış ve taburculuk verilerine karşılaştırmalı olarak bakıldığında ise veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark her ikisinde de saptanmamıştır. Yatış ve taburculuk verileri Tablo 25'te gösterilmiştir. 3 olgunun ise YBÜ yatışı gerçekleşmiş ve tamamı CH tanılıdır ($p=0,555$).

Tablo 25. ÜK-CH yatış-taburculuk verilerinin karşılaştırması

| Taburculuk Verileri | | | | |
|------------------------------|---------|---------|------------|-------|
| | Var (n) | Yok (n) | Toplam (n) | p |
| ÜK | 69 | 14 | 83 | 0,089 |
| CH | 107 | 39 | 146 | |
| Toplam (n) | 176 | 53 | 229 | |
| Servis Yatış Verileri | | | | |
| | Var (n) | Yok (n) | Toplam (n) | p |
| ÜK | 14 | 69 | 83 | 0,170 |
| CH | 36 | 110 | 146 | |
| Toplam (n) | 50 | 176 | 229 | |

5. TARTIŞMA

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları, kronik, tekrarlayıcı, relaps ve remisyon dönemleri olan, hem instestinal hem de ekstraintestinal komplikasyonlarla seyir eden bir hastalık grubu olması nedeniyle sık acil servis başvurusuna sahip hastalık grubudur [7].

Türkiye’de ve dünyada İBH ile ilgili epidemiyolojik ve demografik yeterli sayıda güncel çalışma olmadığı gibi mevcut çalışmalar da acil servislere yapılmamıştır. İBH tanılı hastaların acil servis başvurularını araştırarak bulgularımızın literatür ile uyumunu araştırmayı, İBH gelişimi ile ilgili epidemiyolojik risk faktörlerini, laboratuvar değerlerini, İBH tanılı hastaların acil servisteki sonuçlarını analiz etmeyi hedefledik.

Yapılan çalışmalara göre İBH görülme sıklığının en yüksek olduğu ülkeler Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika’dır. Amerika’da 2006-2014 yılları arasında yapılan çalışmaya göre İBH yılda yaklaşık 1,89 milyon acil servis başvurusuna neden olmaktadır [69]. Çalışmamızda olguların tarandığı 1 Ocak 2022-31 Aralık 2022 tarihleri arasında acil servise bu 1 yıllık süre aralığında başvuran olguların çoklu başvuruları da incelendiğinde başvuru sayısı 336 olarak tespit edilmiştir. Acil servise bu süre aralığında toplam başvuru sayısı ise 64.651 idi.

Çalışmamızda acil servise başvuran İBH tanılı 229 vakanın 104’ü kadın (%45,4) ve 125’i (%54,6) erkek idi. 229 olgunun analiz edildiği çalışmamızda, 104 kadın olgunun 39’u (%37,5) ÜK tanılı iken 65’i (%62,5) CH tanılı idi. 125 erkek olgunun ise 44’ü (%35,2) ÜK tanılı iken, 81’i (%64,8) CH tanılı idi. Cinsiyet dağılımına bakıldığında iki hastalık arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,718$). Literatüre baktığımızda ÜK ve CH’nin hangi cinsiyette daha fazla oranda görüldüğüne dair farklı sonuçlar görmekteyiz. Batı çalışmalarında CH tanılı hastaların çoğunun kadın, doğu çalışmalarında ise erkek olduğunu görmekteyiz. Dünya geneline bakıldığında CH’nin kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır [14, 70]. ÜK’de ise cinsiyet dağılımında anlamlı fark görülmemektedir [71].

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları en sık 2-3. dekat ve 6-7. dekatlarda görülmektedir. Polonya’da yapılan 452 İBH vakasının dahil edildiği bir çalışmada ÜK’li hastalar en sık 20-29 yaş, 30-39 yaş ve 40-49 yaş aralığında görülmüştür. CH olgularında da benzer şekilde 20-29 yaş ve 30-39 yaş arasında görülmüştür [72]. İspanya’da yapılan 69 İBH tanılı vaka içeren başka bir çalışmada ise İBH’nin erkeklerde 35-44 yaş aralığında ve 65 yaş üzerinde; kadınlarda ise 35-44 ve 45-54 yaşları arasında daha çok görüldüğü bulunmuştur. Yine aynı çalışmada CH tanılı olguların yaş ortalaması $31,02 \pm 10,76$ yıl olarak bulunurken ÜK tanılı olguların yaş ortalaması $39,91 \pm 16,54$ yıl olarak bulundu [73]. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında yaş açısından da ortak bir sonuç saptanmadığı söylenebilir. Bizim çalışmamızda da 229 olgunun yaş ortalaması $42,7 \pm 14,12$ (19-75) yıl olarak bulundu.

Çalışmamızda acil servise başvuran İBH tanılı hastaların eşlik eden diğer kronik hastalıklarına baktığımızda 29 olgu ile (%12,7) en sık HT saptandı. 2019 yılında Antalya’da yapılan bir çalışmada da %10,8 ile benzer oranda HT en sık görülen ek hastalık olarak saptanmıştır [74]. Yine Antalya’da 2020 yılında yapılan retrospektif olarak 136 vakanın analiz edildiği başka bir çalışmada CH tanılı 5 hastada HT, 3 hastada hipotiroidi, 2 hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), 2 hastada migren, 2 hastada osteoporoz, 2 hastada hiperlipidemi, 1 hastada DM ve 1 hastada gastro-özefageal reflü saptanmıştır. ÜK tanılı 8 hastada DM, 7 hastada hipotiroidi, 6 hastada HT, 6 hastada migren, 4 hastada KOA, 2 hastada hiperlipidemi ve 1 hastada koroner arter hastalığı eşlik ettiği görülmüştür [75]. Bizim çalışmamızda da eşlik eden ek hastalıkları ÜK ve CH olarak karşılaştırıldığında literatür ile uyumlu olarak DM ($p=0,009$) ile Hipotiroidi ($p=0,010$) ÜK tanılı olgularda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. İBH tanılı hastalarda eşlik eden DM tanısının fazla olması barsak bariyerinin bozulması ile açıklanabilir. Yapılan çalışmalarda ÜK ve CH’nin barsak geçirgenliğini arttırdığı ve sağlıklı bireylere göre barsak müsinleri ve goblet hücrelerinin tüketimini azalttığı gösterilmiştir [76, 77]. Bu da DM ve İBH arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Tiroid hastalıklarına bakıldığında ise İBH ile ortak noktasının patogenezlerinde rol oynayan otoimmün ve immünolojik süreçler olduğu söylenebilir [78]. Ancak literatürde bununla ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Kanada’da 8072 vakanın dahil edildiği bir çalışmada tiroid hastalığı sıklığı normal nüfusunkine benzer bulunmuştur [79]. Başka bir çalışmada *Hammer ve arkadaşları* ÜK tanılı hastalarda tiroid bozukluğunun daha fazla olduğunu

saptamışlardır [80]. Oysaki hem bu çalışmada hem de 206 CH tanılı ve 206 İBH tanısı olmayan kontrol grubu kullanılarak yapılan bir çalışmada kontrol grubu ile kıyaslandığında CH tanılılarda daha düşük bir hipotiroidizm sıklığı olduğu görülmüştür [80, 81]. Bizim çalışmamızda her iki çalışma ile benzer şekilde ÜK tanılı hastalarda hipotiroidizm anlamlı olarak yüksekken CH tanılı hastalarda böyle bir fark saptanmamıştır. Bu durum CH'nin kortikosteroidlerle ve immunmodülatör ajanlarla tedavi edilmesinin bir sonucu olarak otoimmün tiroid bozukluğunun ortaya çıkmasının engellenmesi ile açıklanabilir. Ancak yapılmış olan çalışmalarda kontrol grubu seçimi gibi çeşitli kısıtlılıklar mevcuttur ve daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Türkiye'de 2009 yılında yapılan bir çalışmada ÜK hastalarının başvuru sırasındaki ana şikayet kanlı ishal, CH tanılı hastalarda ise karın ağrısı olarak görülmüştür [82]. Aynı çalışmada CH tanılı hastalarda %49,7 oranında kansız ishal saptanmıştır [82]. Bizim çalışmamızda benzer şekilde 83 ÜK hastasının 29'unda (%34,9) ve 146 CH tanılı hastanın 32'sinde (%21,9) olmak üzere karın ağrısı en sık başvuru şikayeti olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki olguların başvuru şikayetleri ÜK ve CH olarak karşılaştırıldığında sadece kanlı ishal ile başvuru ÜK'de anlamlı olarak yüksek sonuçlanmıştır ($p<0,001$). *Skrzydlo ve arkadaşlarının* Polonya'da 452 ÜK hastası ile yaptıkları çalışmada; klinik bulguları değerlendirdiklerinde kanlı ishal %93 ile en sık görülen bulgu olarak saptanmıştır [72]. *Wang ve arkadaşlarının* Çin'de yaptığı başka bir çalışmada ise ÜK'li hastalarda %67,3 ile en sık karın ağrısı gözlenmiştir. Ancak, kanlı ishal de %48 ile azımsanmayacak bir orandadır [83]. Çalışmamızın bu bağlamda da literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. *Jiang ve arkadaşlarının* çalışmasında ÜK'li hastalarda en sık diyare (%80.2), karın ağrısı (%72), kanlı mukuslu diyare (%62.5) gözlemlenmiştir. Bu semptomların yanı sıra %41'inde tenesmus, %36'sında abdominal distansiyon, %27.5'inde kilo kaybı, %25'inde anemi, %11.3'ünde ateş, %4.6'sında konstipasyon gibi farklı semptomlar görülmüştür [84].

Çalışmamızda olguların laboratuvar tetkikleri değerlendirildiğinde ÜK ve CH olgularının acil servise başvurularında ilk alınan laboratuvar tetkikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak sonlanımlarına göre laboratuvar parametreleri analiz edildiğinde; Hemogloblin ($p=0,002$), Hematokrit ($p=0,003$), MCV ($p=0,007$) değerleri taburcu olan olgularda anlamlı olarak yüksek

saptanmıştır. RDW ($p<0,001$), Nötrofil ($p=0,020$), PLT ($p=0,001$), CRP ($p<0,001$), Laktat ($p=0,035$) ve INR ($p=0,028$) değerleri servis yatışı yapılan olgularda anlamlı yüksek saptanmıştır. Literatürdeki bazı çalışmalarda da RDW yüksekliğinin, Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH), CRP ve trombosit yüksekliğiyle birlikte hastalığın alevlenmesini gösterdiği saptanmıştır [70, 85]. *Song ve arkadaşlarının* yaptığı çalışmada RDW ve trombosit yüksekliği hastalığın akut alevlenmesi ile uyumlu olarak bulunmuştur. Bu da bizim çalışmamız ile benzer bir sonuçtur ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak *Song ve arkadaşlarının* yaptığı bu çalışmada servis yatışı yapılan hastalarda CRP anlamlı yüksek bulunmamıştır [86].

Kalaycı ve arkadaşlarının 106 hasta ile yaptığı çalışmada ÜK hastalarının %60'ı, CH hastalarının ise %62'si anemi saptanmıştır. Bu olgulara bakıldığında ÜK tanılı olanların 6'sının remisyonda, 27'sinin ÜK atak olduğu, CH tanılı olanların 11'i remisyonda olduğu görülmüş ve atak ile remisyon gruplarında Hemogloblin düzeyleri arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$) [87]. Bizim çalışmamızda ise hospitalize edilen olgularda hemogloblin değeri anlamı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0,002$). Bu durum *Kalaycı ve arkadaşlarının* yaptığı çalışmadaki vaka sayısının bizim çalışmamıza nazaran daha az olması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamız ile uyumlu olarak *Semrin ve arkadaşlarının* çalışmalarında hemogloblin düşüklüğünün hastalığın aktif döneminde olduğuna işaret ettiği saptanmıştır [88]. Literatürde; demir eksikliği anemisi, kronik hastalık anemisi, B12 eksikliği ve folat eksikliğine bağlı makrositer anemi ve kan transfüzyonunun alyuvar gelişimini etkilemesine, malabsorpsiyona, inflamasyon sonucunda gelişen oksidatif strese bağlı sitokin artışına ve eritropoezin azalmasına bağlı olarak İBH tanılı hastalarda RDW yüksekliği olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur [89, 90]. *Patel ve arkadaşlarının* yaptığı bir çalışmada; İBH tanılı hastalarda RDW en önemli mortalite belirteci olarak gösterilmiştir [91]. İBH'li hastalarda barsak mukoza membranındaki inflamasyona bağlı artan İnterlökin-6 düzeyinin kandaki trombosit aktivasyonunu artırdığına dair çalışmalar mevcuttur [92]. Bizim çalışmamız da servis yatışı olan hastalarda trombosit sayısının anlamlı yüksek saptanması ile literatürle benzerlik göstermektedir ($p=0,001$).

İnflamatuvar Barsak Hastalığı hastalarında hastaneye yatış, hastalığın aktivasyon-remisyon şeklinde ilerlemesi nedeniyle sık görülmektedir [93]. En sık hastaneye yatış oranları Kuzey Amerika, Avrupa ve Okyanusya'da görülmektedir. Bu

durum, bu bölgelerin aynı zamanda en yüksek İBH prevalansına sahip olmasıyla açıklanabilir [94]. ÜK hastalarının, *Burisch ve arkadaşlarının* yapmış olduğu bir kohort çalışmasına göre %23'ü, *Samuel ve arkadaşlarının* yapmış olduğu başka bir kohort çalışmasına göre %30'u tanı konulduktan sonraki beş yıl içinde İBH nedeniyle en az bir kez hastaneye yatırılmıştır [95, 96]. CH'li hastalarda Avrupa genelinde hastaneye yatış oranı %36 olarak saptanmıştır [96]. Japonya ve Güney Kore'deki çalışmalara bakıldığında Asya'da hastaneye yatış oranlarının arttığı söylenebilir. Danimarka ve Kanada'da ise İBH vakalarının hastaneye yatış oranlarında azalma söz konusudur [94]. Ülkemizde acil servislerde İBH tanılı hastaların analizine dair literatürde yeterli çalışma mevcut değildir. Çalışmalar genellikle gastroenteroloji kliniklerinde yapılmış olup hastaların acil servis sonlanımları ile ilgili elimizde yeterli veri yoktur. İBH tanılı hastalar aktivasyon dönemlerinde veya başka semptomlarla acil servislere oldukça sık başvurmakta olduğundan daha fazla acil servis çalışmasına ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızda 3 olgunun acil servisten YBÜ'ye yatışı gerçekleşmiştir. 1 olgu acil servisten acil olarak operasyona gitmiştir. Acil serviste ölüm görülmemiştir. ÜK tanılı olguların 14'ünün (%16,8) ve CH tanılı olguların 36'sının (%24,6) olmak üzere toplamda 50 olgunun (%21,8) servis yatışı yapılmıştır. Toplam olguların %76,8'i taburculuk ile sonlanmıştır. Olguların ÜK-CH olarak servis yatış ve taburculuk verilerine karşılaştırmalı olarak bakıldığında ise veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark her ikisinde de saptanmamıştır.

6. SONUÇ

Acil servisler ülkemizde hasta başvuru sayılarının en yoğun olduğu alanların başında gelmektedir. Çalışmamıza konu olan hastalık grubu da hastalığın seyri nedenli özellikle atak dönemlerinde acil servislere başvurularda artışa neden olmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı 1 yıllık süreçte verilerine ulaşılabilen 229 olgu çalışmaya dahil edildi. İBH tanılı 229 olgunun 104'ü kadın (%45,4) ve 125'i (%54,6) erkek idi.

Çalışmamızda analiz edilen 229 olgudan, 104 kadın olgunun 39'u (%37,5) ÜK tanılı iken 65'i (%62,5) CH tanılı idi. 125 erkek olgunun ise 44 'ü (%35,2) ÜK tanılı ile 81'i (%64,8) CH tanılı idi.

Bir yıllık başvuru sıklığına bakıldığında olguların %70,7'sinin (162 olgu) acil servise tek başvurusu olduğu görüldü. Olguların %19,2'sinin (44 olgu) acil servise bu tarihler arasında iki kez başvurduğu tespit edildi.

Eşlik eden ek hastalıklara bakıldığında Hipotiroidi ($p=0,010$) ve DM ($p=0,009$), ÜK tanılı olgularda anlamlı olarak CH'ye göre yüksek bulundu.

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları olarak 83 ÜK hastasının 29'unda (%34,9) ve 146 CH tanılı hastanın 32'sinde (%21,9) olmak üzere karın ağrısı en sık başvuru şikayeti olarak görüldü. Bir diğer başvuru şikayeti olan kanlı ishal ile başvuru ise ÜK tanılı olgularda CH tanılı olgulara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$).

Olguların vital parametrelerine karşılaştırmalı bakıldığında ateş parametresinin yatan olgularda anlamlı yüksek olması dışında ($p=0,018$) anlamlı fark olan parametre tespit edilmedi.

Hemoglobin ($p=0,002$), Hematokrit ($p=0,003$), MCV ($p=0,007$) değerleri taburcu olan olgularda anlamlı olarak yüksek saptandı. RDW ($p=<0,001$), Nötrofil ($p=0,020$), PLT ($p=0,001$), CRP ($p=<0,001$), Laktat ($p=0,035$) ve INR ($p=0,028$) değerleri yatışı yapılan olgularda anlamlı yüksek saptandı.

CH atakların taburculukları servis yatışına göre anlamlı yüksek bulunmuş olup ($p=0,005$) diğer yatış taburculuk verileri arasında anlamlı fark saptanmadı.

7. KAYNAKLAR

1. Ordás I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. *The Lancet*. 2012;380:1606–19.
2. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *The Lancet*. 2012;380:1590–605.
3. Zhang Y-Z, Li Y-Y. Inflammatory bowel disease: Pathogenesis. *World J Gastroenterol*. 2014;20:91–9.
4. Seyedian SS, Nokhostin F, Malamir MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life*. 2019;12:113–22.
5. Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M, Lakatos PL, Navarini A, Rogler G. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21:1982–92.
6. Kayar Y, Baran B, Ormeci AC, Akyuz F, Demir K, Besisik F, et al. Risk factors associated with progression to intestinal complications of Crohn disease. *Chin Med J (Engl)*. 2019;132:2423–9.
7. Lytvyak E, Sutton RT, Dieleman LA, Peerani F, Fedorak RN, Kroeker KI. Management of Inflammatory Bowel Disease Patients With Clinical Care Pathways Reduces Emergency Department Utilization. *Crohn's & Colitis 360*. 2020;2:otaa080.
8. Hanauer SB. Inflammatory Bowel Disease: Epidemiology, Pathogenesis, and Therapeutic Opportunities. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2006;12 suppl_1:S3–9.
9. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott IDR, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2005;19 Suppl A:5A-36A.
10. Papadakis KA, Targan SR. Role of cytokines in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Annu Rev Med*. 2000;51:289–98.
11. Zhao J, Lu Q, Liu Y, Shi Z, Hu L, Zeng Z, et al. Th17 Cells in Inflammatory Bowel Disease: Cytokines, Plasticity, and Therapies. *J Immunol Res*. 2021;2021:8816041.
12. Borowitz SM. The epidemiology of inflammatory bowel disease: Clues to pathogenesis? *Front Pediatr*. 2023;10:1103713.
13. Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2015;50:942–51.
14. Loftus EV, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2002;31:1–20.
15. Alatab S, Sepanlou SG, Ikuta K, Vahedi H, Bisignano C, Safiri S, et al. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2020;5:17–30.

16. Tozun N, Atug O, Imeryuz N, Hamzaoglu HO, Tiftikci A, Parlak E, et al. Clinical Characteristics of Inflammatory Bowel Disease in Turkey: A Multicenter Epidemiologic Survey. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2009;43:51.
17. Mak JWY, Sun Y, Limsrivilai J, Abdullah M, Kaibullayeva J, Balderramo D, et al. Development of the global inflammatory bowel disease visualization of epidemiology studies in the 21st century (GIVES-21). *BMC Medical Research Methodology*. 2023;23:129.
18. Khor B, Gardet A, Xavier RJ. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2011;474:307–17.
19. McDowell C, Farooq U, Haseeb M. Inflammatory Bowel Disease. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
20. Molodecky NA, Kaplan GG. Environmental Risk Factors for Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2010;6:339–46.
21. Kikut J, Konecka N, Ziğtek M, Szczuko M. Inflammatory Bowel Disease Etiology: Current Knowledge. *Pteridines*. 2018;29:206–14.
22. de Lange KM, Barrett JC. Understanding inflammatory bowel disease via immunogenetics. *J Autoimmun*. 2015;64:91–100.
23. Loddo I, Romano C. Inflammatory Bowel Disease: Genetics, Epigenetics, and Pathogenesis. *Front Immunol*. 2015;6:551.
24. Santana PT, Rosas SLB, Ribeiro BE, Marinho Y, de Souza HSP. Dysbiosis in Inflammatory Bowel Disease: Pathogenic Role and Potential Therapeutic Targets. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022;23:3464.
25. Lee M, Chang EB. Inflammatory Bowel Diseases (IBD) and the Microbiome—Searching the Crime Scene for Clues. *Gastroenterology*. 2021;160:524–37.
26. Miquel S, Martín R, Rossi O, Bermúdez-Humarán L, Chatel J, Sokol H, et al. Faecalibacterium prausnitzii and human intestinal health. *Current Opinion in Microbiology*. 2013;16:255–61.
27. Øyri SF, Múzes G, Sipos F. Dysbiotic gut microbiome: A key element of Crohn's disease. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis*. 2015;43:36–49.
28. Shih DQ, Targan SR. Immunopathogenesis of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2008;14:390–400.
29. Chung W-S, Chung S, Hsu C-Y, Lin C-L. Risk of Inflammatory Bowel Disease Following Appendectomy in Adulthood. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:661752.
30. Rogler G, Biedermann L, Scharl M. New insights into the pathophysiology of inflammatory bowel disease: microbiota, epigenetics and common signalling pathways. *Swiss Med Wkly*. 2018;148:w14599.

31. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2015;169:1053.
32. Abegunde AT, Muhammad BH, Bhatti O, Ali T. Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: Evidence based literature review. *WJG.* 2016;22:6296.
33. Karban A, Eliakim R. Effect of smoking on inflammatory bowel disease: Is it disease or organ specific? *World J Gastroenterol.* 2007;13:2150–2.
34. Hendrickson BA, Gokhale R, Cho JH. Clinical Aspects and Pathophysiology of Inflammatory Bowel Disease. *Clinical Microbiology Reviews.* 2002;15:79–94.
35. Burgucu BB. TNF- α inhibitörleri ile tedavi edilen inflamatuvar bağırsak hastalarının lipid profillerindeki etkilenmenin araştırılması – retrospektif çalışma. Evaluation of lipid profiles in patients treated with TNF- α inhibitors on inflammatory bowel disease: retrospective study. 2017.
36. DeRoche TC, Xiao S-Y, Liu X. Histological evaluation in ulcerative colitis. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2014;2:178–92.
37. Best WR, Beckett JM, Singleton JW, Kern F. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. *Gastroenterology.* 1976;70:439–44.
38. Ballester Ferré MP, Boscá-Watts MM, Mínguez Pérez M. Crohn's disease. *Medicina Clínica (English Edition).* 2018;151:26–33.
39. Bernstein CN. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Curr Gastroenterol Rep.* 2001;3:477–83.
40. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *The Lancet.* 2007;369:1641–57.
41. Inflammatory bowel disease in Iran: A review of 457 cases - AGHAZADEH - 2005 - *Journal of Gastroenterology and Hepatology - Wiley Online Library.* <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1746.2005.03905.x>. Accessed 4 Nov 2023.
42. Burgmann T, Clara I, Graff L, Walker J, Lix L, Rawsthorne P, et al. The Manitoba Inflammatory Bowel Disease Cohort Study: Prolonged Symptoms Before Diagnosis—How Much Is Irritable Bowel Syndrome? *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2006;4:614–20.
43. Wehkamp J, Götz M, Herrlinger K, Steurer W, Stange EF. Inflammatory Bowel Disease. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113:72–82.
44. Nak DSG. Ülseratif Kolitin Klinik Özellikleri, Doğal Seyir ve Komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics.* 2009;2:13–21.
45. Conrad K, Roggenbuck D, Laass MW. Diagnosis and classification of ulcerative colitis. *Autoimmunity Reviews.* 2014;13:463–6.

46. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J*. 1955;2:1041–8.
47. Farmer RG, Hawk WA, Turnbull RB. Clinical Patterns in Crohn's Disease: A Statistical Study of 615 Cases. *Gastroenterology*. 1975;68:627–35.
48. Gasche C. Complications of inflammatory bowel disease. *Hepatogastroenterology*. 2000;47:49–56.
49. 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. *J Crohns Colitis*. 2008;2:1–23.
50. Veauthier B, Hornecker JR. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2018;98:661–9.
51. Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet*. 1980;1:514.
52. Eaden J, Abrams K, Ekbom A, Jackson E, Mayberry J. Colorectal cancer prevention in ulcerative colitis: a case-control study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2000;14:145–53.
53. Travis SPL, Stange EF, Lémann M, Öresland T, Chowers Y, Forbes A, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *Gut*. 2006;55 Suppl 1:i16–35.
54. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:481–517.
55. Nikolaus S, Schreiber S. Diagnostics of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2007;133:1670–89.
56. Mosli MH, Zou G, Garg SK, Feagan SG, MacDonald JK, Chande N, et al. C-Reactive Protein, Fecal Calprotectin, and Stool Lactoferrin for Detection of Endoscopic Activity in Symptomatic Inflammatory Bowel Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:802–19; quiz 820.
57. Rahier JF, Magro F, Abreu C, Armuzzi A, Ben-Horin S, Chowers Y, et al. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2014;8:443–68.
58. Hogan WJ, Hensley GT, Geenen JE. Endoscopic evaluation of inflammatory bowel disease. *Med Clin North Am*. 1980;64:1083–102.
59. Çavuşoğlu H, İliçin G, Ünal S, Biberoğlu K, Süleymanlar G. İnflamatuvar barsak hastalığı. *İç Hastalıkları*. 2005;2:1577–90.

60. Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison iç hastalıkları prensipleri. Cilt. 2004;1:90–4.
61. Cai Z, Wang S, Li J. Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:765474.
62. Pithadia AB, Jain S. Treatment of inflammatory bowel disease (IBD). *Pharmacol Rep*. 2011;63:629–42.
63. Hwang JM, Varma MG. Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2008;14:2678–90.
64. Sulz MC, Burri E, Michetti P, Rogler G, Peyrin-Biroulet L, Seibold F, et al. Treatment Algorithms for Crohn’s Disease. *Digestion*. 2020;101 Suppl. 1:43–57.
65. Ben-Horin S, Kopylov U, Chowers Y. Optimizing anti-TNF treatments in inflammatory bowel disease. *Autoimmun Rev*. 2014;13:24–30.
66. Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, Hanauer S, Colombel J-F, Sands BE, et al. Vedolizumab as Induction and Maintenance Therapy for Crohn’s Disease. *N Engl J Med*. 2013;369:711–21.
67. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *American Journal of Gastroenterology*. 2010;105:501–23.
68. Meier J, Sturm A. Current treatment of ulcerative colitis. *World J Gastroenterol*. 2011;17:3204–12.
69. Ballou S, Hirsch W, Singh P, Rangan V, Nee J, Iturrino J, et al. Emergency department utilisation for inflammatory bowel disease in the United States from 2006 to 2014. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47:913–21.
70. Andres PG, Friedman LS. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 1999;28:255–81, vii.
71. Shah SC, Khalili H, Gower-Rousseau C, Olen O, Benchimol EI, Lyng E, et al. Sex-Based Differences in Incidence of Inflammatory Bowel Diseases-Pooled Analysis of Population-Based Studies From Western Countries. *Gastroenterology*. 2018;155:1079-1089.e3.
72. Skrzydło-Radomańska B, Radwan P, Radwan-Kwiątek K. Retrospective analysis of hospital admissions of patients with ulcerative colitis and Crohn’s disease from semi-rural and rural regions in the Department of Gastroenterology in Lublin between 2000- 2006. *Ann Agric Environ Med*. 2008;15:193–7.
73. López-Serrano P, Pérez-Calle JL, Carrera-Alonso E, Pérez-Fernández T, Rodríguez-Caravaca G, Boixeda-de-Miguel D, et al. Epidemiologic study on the current incidence of inflammatory bowel disease in Madrid. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101:768–72.

74. Özer Çakir Ö. Bölgemizdeki inflamatuvar barsak hastalıkları tanılı olguların insidansı, demografik ve klinik özellikleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2019;18:49–58.
75. Iltar U, Adanir H, Akin M, Dinçer D. Antalya Bölgesinde İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri. *Akd Tıp D*. 2020;6:32–41.
76. Kang Y, Park H, Choe B-H, Kang B. The Role and Function of Mucins and Its Relationship to Inflammatory Bowel Disease. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:848344.
77. Francis KL, Alonge KM, Pacheco MC, Hu SJ, Krutzsch CA, Morton GJ, et al. Diabetes exacerbates inflammatory bowel disease in mice with diet-induced obesity. *World J Gastroenterol*. 2023;29:4991–5004.
78. Inokuchi T, Moriwaki Y, Takahashi S, Tsutsumi Z, Ka T, Yamamoto T. Autoimmune thyroid disease (Graves' disease and hashimoto's thyroiditis) in two patients with Crohn's disease: case reports and literature review. *Intern Med*. 2005;44:303–6.
79. Bernstein CN, Wajda A, Blanchard JF. The clustering of other chronic inflammatory diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Gastroenterology*. 2005;129:827–36.
80. Hammer B, Ashurst P, Naish J. Diseases associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gut*. 1968;9:17–21.
81. Pooran N, Singh P, Bank S. Crohn's disease and risk of fracture: does thyroid disease play a role? *World J Gastroenterol*. 2003;9:615–8.
82. Ozin Y, Kilic MZY, Nadir I, Cakal B, Disibeyaz S, Arhan M, et al. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2009;18:157–62.
83. Ulcerative colitis in China: retrospective analysis of 3100 hospitalized patients - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716349/>. Accessed 22 Dec 2023.
84. Jiang X-L, Cui H-F. An analysis of 10218 ulcerative colitis cases in China. *World J Gastroenterol*. 2002;8:158–61.
85. Yeşil A, Şenates E, Bayoğlu İV, Erdem ED, Demirtunç R, Kurdaş Övünç AO. Red Cell Distribution Width: A Novel Marker of Activity in Inflammatory Bowel Disease. *Gut Liver*. 2011;5:460–7.
86. Song CS, Park DI, Yoon MY, Seok HS, Park JH, Kim HJ, et al. Association between red cell distribution width and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci*. 2012;57:1033–8.
87. Kalayci S, Kiliç ZMY, Özin Y, Ayaz S, Parlak E, Ülker A. İnflamatuvar barsak hastalıklarında anemi ve serum eritropoietin düzeyleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2008;7.

88. Semrin G, Fishman DS, Bousvaros A, Zholudev A, Saunders AC, Correia CE, et al. Impaired intestinal iron absorption in Crohn's disease correlates with disease activity and markers of inflammation. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12:1101–6.
89. Weiss G, Goodnough LT. Anemia of chronic disease. *N Engl J Med*. 2005;352:1011–23.
90. Mitchell RMS, Robinson TJ. Monitoring dietary compliance in coeliac disease using red cell distribution width. *Int J Clin Pract*. 2002;56:249–50.
91. Patel KV, Ferrucci L, Ershler WB, Longo DL, Guralnik JM. Red blood cell distribution width and the risk of death in middle-aged and older adults. *Arch Intern Med*. 2009;169:515–23.
92. Kayahan H, Akarsu M, Ozcan MA, Demir S, Ates H, Unsal B, et al. Reticulated platelet levels in patients with ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis*. 2007;22:1429–35.
93. Shivashankar R, Tremaine WJ, Harmsen WS, Loftus EV. Incidence and Prevalence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Olmsted County, Minnesota From 1970 Through 2010. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15:857–63.
94. King JA, Underwood FE, Panaccione N, Quan J, Windsor JW, Kotze PG, et al. Trends in hospitalisation rates for inflammatory bowel disease in western versus newly industrialised countries: a population-based study of countries in the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4:287–95.
95. Samuel S, Ingle SB, Dhillon S, Yadav S, Harmsen WS, Zinsmeister AR, et al. Cumulative incidence and risk factors for hospitalization and surgery in a population-based cohort of ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19:1858–66.
96. Burisch J, Katsanos KH, Christodoulou DK, Barros L, Magro F, Pedersen N, et al. Natural Disease Course of Ulcerative Colitis During the First Five Years of Follow-up in a European Population-based Inception Cohort-An Epi-IBD Study. *J Crohns Colitis*. 2019;13:198–208.