



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi Olgu Sunumu

04 Ağustos 2023 Cuma

Araş.Gör.Dr.Şeyma Şen



Olgu

- 14 yaş kız hasta
- Őikayet : Kusma, karın ağrısı, kanlı dışkılama, kilo kaybı

Hikaye

- Hastanın 7 aydır her gün olmayan ama olduğu zaman 5'in üstüne çıkabilen kusmaları oluyormuş.
- Her gün olan gün içinde tekrarlayan yaygın karın ağrıları oluyormuş. Hastanın gece uyandıran özellikte de olan birçok kez parlak kırmızı renkte kanlı ve sulu dışkılaması oluyormuş.
- Yedi ayda 35 kilodan 30 kiloya düşen hastanın 1 hafta önce rotavirus enfeksiyonu sebebiyle yatışı olmuş.
- Hasta ileri tetkik amacıyla çocuk acilimize yönlendirilmiş.

Özgeçmiş

- **Prenatal dönem:** Özellik yok.
- **Natal dönem:** Miadında NSVY ile 1750 gram doğmuş
- **Postnatal Dönem :** Özellik yok

- **Büyüme ve gelişme:** Yürümeye ve konuşmaya 4-5 yaşlarında başlamış.
- **Aşıları:** Aşıları sağlık bakanlığı takvimine uygun olarak zamanında yapılmış.
- **Hastalıkları:** Üç aylıkken 1 hafta pnömoni sebebiyle hastane yatış öyküsü mevcut.
- **Alerji öyküsü:** Toza karşı alerjisi olduğu belirtildi.

Soygeçmiş

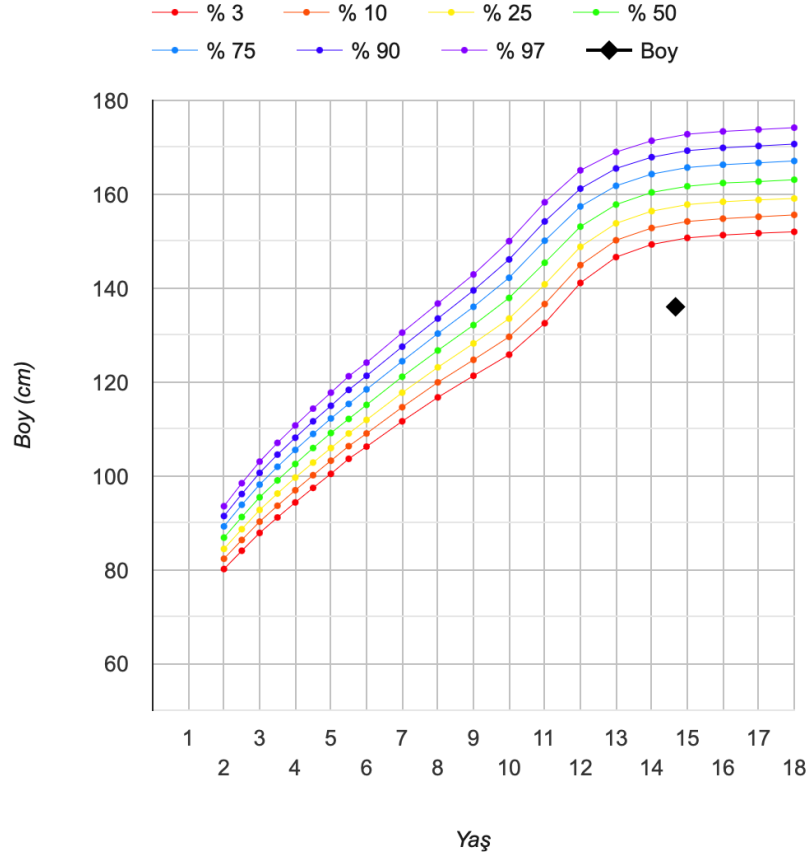
- Anne: 44 yaşında, sağ-sağlıklı,
- Baba: 43 yaşında, sağ-sağlıklı,
- Kardeşler:
 1. Çocuk: Hastamız
 2. Çocuk: Erkek, 13 yaş, sağ-sağlıklı
 3. Çocuk: Erkek, 11 yaşında, sağ-sağlıklı
 4. Çocuk: Erkek, 8 yaşında, sağ-sağlıklı
- Anne Baba arasında akrabalık: Yok

Fizik Muayene

- Ateş: 36,4°C
- Nabız: 108/dk
- Solunum sayısı: 24/dk
- Tansiyon: 95/60mmHg
- Spo2: 99
- Boy: 136cm(<3p, -4,20 SDS)
- Kilo: 30 kg(<3p, -4,65 SDS)
- BMI : 16,2 kg/m² (<5p , -2,29 SDS)

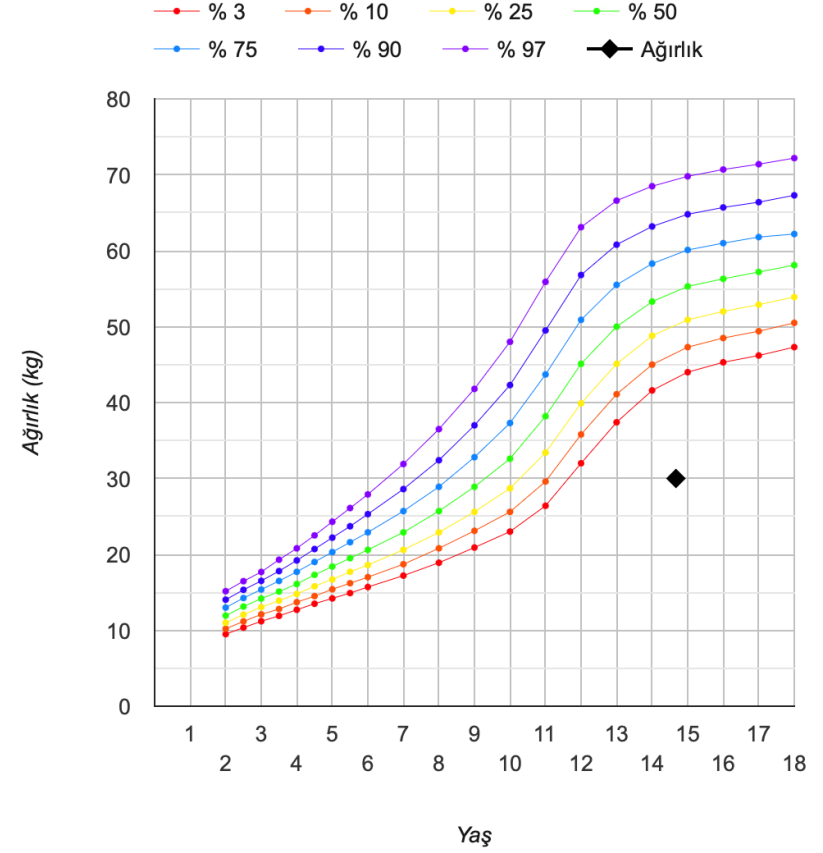
Neyzi

2-18 Yaş Kız Çocuk Boy Persentil Eğrisi



Neyzi

2-18 Yaş Kız Çocuk Ağırlık Persentil Eğrisi



- **Genel durum:** Orta-iyi.
- **Cilt :** Cilt kuru. Cilt altı yağ dokusu azalmış. Ödem, ikter, peteşi, purpura siyanoz yok.
- **Baş boyun:** Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Boyunda kitle ve LAP yok. **Anguler keiliti mevcut.** Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik. Konjonktivalar ve skleralar doğal. Göz kürelerin her yöne hareketi doğal.
- **Kulak-burun- boğaz:** Bilateral kulak zarları doğal. Burun akıntısı yok. Orofarenks hiperemik, tonsiller doğal.
- **Kardiyovasküler:** S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. AFN +/- . Kalp tepe atımı 5. interkostal aralıkta.
- **Solunum sistemi:** Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Retraksiyon yok. Ral, ronküs yok.
- **Gastrointestinal sistem:** Batın normal bombelikte. Barsak sesleri hiperaktif. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali, splenomegali yok.
Traube alanı açık.
- **Genitoüriner sistem:** Haricen kız. **Perianal deri katlantısı ve eritemi mevcut.**
- **Nöromusküler sistem:** Bilinç açık. Koopere oryante. Ense sertliği, kernig, brudzunski negatif. Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal.
- **Ekstremiteler:** Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

Laboratuvar

- Açlık Kan Şekeri (AKŞ) - 103,2 mg/dL
- Ürea - 6,7 mg/dL
- BUN (Kan üre azotu) - 3,13 mg/dL
- Kreatinin - 0,41 mg/dL
- AST (SGOT) - 12,3 U/L
- ALT (SGPT) - 14,5 U/L
- LDH - 202 U/L
- Protein, Total - 71,1 g/L
- Albumin - 30,4 g/L
- Globulin - 40,7 g/L
- Düzeltilmiş Sodyum - 129,1 mmol/L
- Potasyum (K) - 3,25 mmol/L
- Klor (Cl) - 90 mmol/L
- Düzeltilmiş Kalsiyum - 8,93 mg/dL
- Magnezyum (Mg) - 1,88 mg/dL
- Fosfor (P) - 3,84 mg/dL
- Ürik asit - 3,1 mg/dL

- WBC - 15,69 x10³/μL
- NEU - 10,960 x10³/μL
- LYM - 2,130 x10³/μL
- MONO - 2,390 x10³/μL
- EOS - 0,110 x10³/μL
- BASO - 0,100 x10³/μL
- RBC - 5,03 x10⁶/μL
- HGB - 12,10 g/dL
- HCT - 35,7 %
- MCV - 71,00 fL
- MCH - 24,10 pg
- MCHC - 33,90 g/dL
- PLT - 612 x10³/μL
- Sedimentasyon - 20 mm/h
- CRP - 162,14 mg/L

TİT: Temiz

PTZ (INR) - 1,15 .

APTT - 21,7 s

Patolojik bulgular

- Kanlı dışkılama, kusma, karın ağrısı
- Kilo kaybı
- Büyüme gelişme geriliği
- Hipoalbuminemi
- Lökositoz
- Trombositoz
- Hiponatremi
- Akut faz reaktanı yüksekliği

Ön Tanılar ? Ek tetkik?



Hastamızın seyrinde

- Malnütrisyonu olan hastanın beslenmesi düzenlendi. Vitamin ve mineral desteği başlandı.
- Çölyak hastalığı açısından anti TTG IgA bakıldı. Negatif olduğundan Çölyak hastalığı dışlandı.
- Enfeksiyöz hastalıklar açısından değerlendirildi. İdrar ve dışkı kültüründe üreme olmadı. Dışkıda *Clostridium difficile toksini* saptanmadı.
- Akut faz belirteçleri yüksekliği, hipoalbuminemisi devam eden hastaya İBH tetkiki amacıyla özofago-gastro-duodenoskopi ve kolonoskopi planlandı.

Endoskopi Bulguları

- Gastroskopi: Antrum ve korpusta baskın olmak üzere hiperemi, ödem izlenmiş olup yer yer aftöz ülserler mevcut. Bulbus hiperemik, ödemli, yer yer erozyone alanlar ve aftöz ülserler izlendi.
- Kolonoskopi: Rektumdan ileuma kadar erozyone alanlar, yer yer derin lineer ülserler ve yer yer aftöz ülserler izlendi.

- **Gastroskopi patolojisi:** Duodenum: Fokal aktif duodenit.

Duodenum, bulbus: Bir odakta lenfoid folikül oluşumu ve minimal inflamasyonu izlenen ince bağırsak mukozası fragmanları.

Mide, antrum: Epitelde reaktif değişiklikler izlenen kronik aktif gastrit.

Mide, korpus: Kronik aktif gastrit.

- **Kolonoskopi patolojisi:** Çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, ve sigmoid kolonda kriptit, kript absesi görüldü. Çıkan kolon, inen kolon ve sigmoid kolonda fokal glandüler distorsiyon görüldü. Patoloji yorumunda olguda fokal aktif kolit ile uyumlu morfolojik bulgular izlenmiştir. Klinik ve laboratuvar bulguları ile olası diğer enfeksiyöz/non-enfeksiyöz etyolojiler dışlandıktan sonra morfolojik bulgular aktif dönemde bir inflamatuvar bağırsak hastalığı ile uyumlu olabilir.
- Crohn hastalığı düşünülerek tamamen enteral beslenme başlandı.
- Quantiferon testi negatif saptanan hastaya remisyon indüksiyonu amacıyla steroid tedavisine başlandı. Remisyonun idamesi için de azatiyopirin başlandı.
- Akut faz reaktanları gerileyen albumin değerleri yükselen hastanın ayaktan takibine devam edilmek üzere taburcu edildi.

Crohn Hastalığı

- Crohn hastalığı bağırsağın kronik, idyopatik enflamatuvar bir hastalığıdır.
- Sindirim yolunun ağızdan anüse kadar herhangi bir bölgesini tutabilir.
- Crohn hastalığı olan hastaların %25-33'ü çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkar.
- Enflamatuvar süreç merkezden dışa doğru ve sıklıkla atlanan bölgelerle birlikte segmental olma eğilimindedir.
- Tutulum genellikle transmuraldır.

-
- İlk başvuruda, hastaların %50'sinden fazlasında ileum ve kolon tutulumu (ileokolit), %20'sinde sadece kolonik hastalık ve çocukların %30 kadarında üst GI tutulum (özofagus, mide, duodenum) görülür.
 - Crohn hastalığı, bimodal yaş dağılımına sahip olma eğilimindedir ve ilk zirvesi ergenlik yıllarında görülür.

Klinik Belirtiler

- Crohn hastalığı enflamatuar, striktür yapıcı veya penetran karakterde olabilir.
- İnce bağırsak tutulumu olan hastaların fibrostenoz ile karakterize tıkanıklık özellikleri (en sık sağ alt kadranda ağrısıyla birlikte) gösterme olasılığı daha yüksekken kronik hastalığı olanların enflamasyona bağlı belirtiler (ishal, kanama, kramp) sergilemesi daha muhtemeldir.
- Mide ve duodenum tutulumu tekrarlayan kusma ve epigastrik ağrıya neden olabilir.

-
- Sistemik belirti ve bulgular ülseratif kolitten daha yaygındır.
 - Ateş, halsizlik ve kolay yorulma yaygındır.
 - Gecikmiş kemik matürasyonu ve gecikmiş cinsel gelişiminin eşlik ettiği büyüme geriliği diğer belirtilerden bir veya iki yıl önce gelebilir.
 - Tek belirti olarak büyüme geriliğiyle başvurabilir.
 - Ülseratif kolitin aksine perianal hastalık sıktır (katlantı, striktür, derin fissür, apse).

Bağırsak dışı bulgular



- Özellikle Crohn hastalığıyla ilgili olanlar oral aftöz ülserler, periferik artrit, eritema nodozum, çomak parmak, üveit , böbrek ve safra taşlarıdır.
- Bağırsak dışı bulguların ortaya çıkması genellikle kolit varlığıyla uyumludur.
- Crohn hastalığında ülseratif kolitten daha sık görülür.

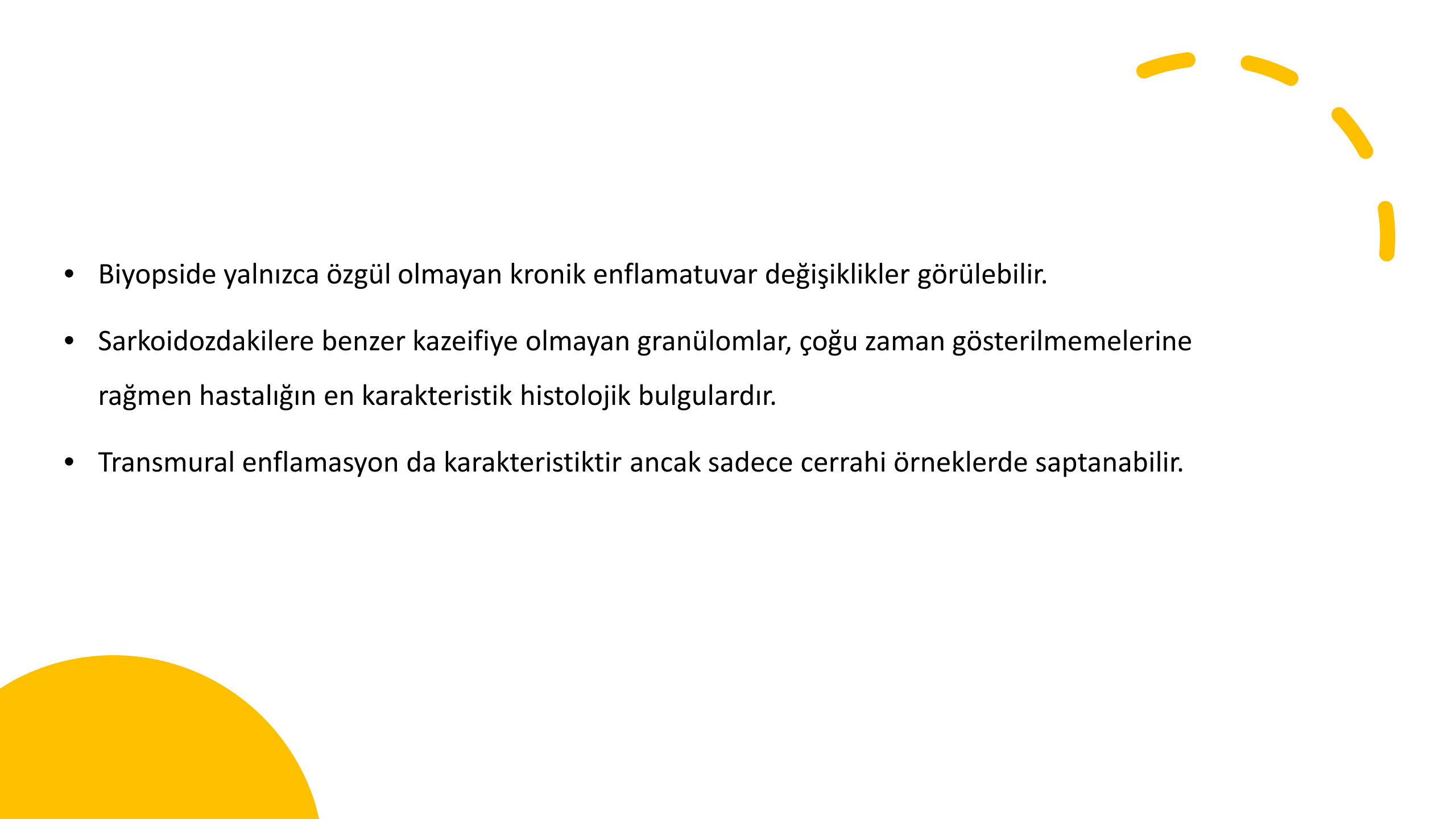
Tanı

Öykü, fizik muayene , laboratuvar bulguları, özofagogastroduodenoskopi, ileo-kolonoskopi, histoloji, görüntüleme bulguları ve enterik enfeksiyonların dışlanması ile yapılandırılır.

Başlangıçta hastaların sadece %25'inde ishal, kilo kaybı ve karın ağrısı üçlüsü vardır.

Belirtiler başlangıçta silik olabilir.

- 
- Kolonoskopide yama tarzında, özgül olmayan enflamatuvar değişiklikler (eritem, fragilite, vaskülarite kaybı) aftöz ülserler, lineer ülserler, nodülarite ve striktürler saptanabilir.
- 

- 
- Biyopside yalnızca özgül olmayan kronik enflamatuvar değişiklikler görülebilir.
 - Sarkoidozdakilere benzer kazeifiye olmayan granülomlar, çoğu zaman gösterilmemelerine rağmen hastalığın en karakteristik histolojik bulgulardır.
 - Transmural enflamasyon da karakteristiktir ancak sadece cerrahi örneklerde saptanabilir.

Laboratuvar

Trombositoz

Demir eksikliği bulgularıyla birlikte olan anemi

Sedimentasyon hızı yüksekliği

CRP yüksekliği

Albümin düşüklüğü

Dışkıda kalprotektin ve laktoferrin pozitifliği

Görüntüleme

Düz karın grafileri- Normal olabileceği gibi kısmi ince bağırsak tıkanıklığı bulguları veya kalınlaşmış ve ödemli kolon duvarının bir göstergesi olan 'thumbprinting' bulgusu görülebilir.

ÖMD ve ince bağırsak pasaj grafisi – Endoskopiyle erişilemeyen mukozanın gösterilmesi, darlık ve fistül gibi komplikasyonların gösterilmesi

USG - Bağırsak duvar kalınlaşması, komplikasyonlar

BT - Bağırsak duvarı kalınlaşması, lümen daralma, mezenterik tutulumun gösterilmesinde

MR - İnce bağırsak tutulumunun saptanması, perianal hastalıkta komplikasyonların gösterilmesi

Endoskopi ve biyopsi standart yöntemlerdir. Çocuklarda özofagogastroduodenoskopi rutin bir uygulamadır.

Komplikasyonlar

- Crohn hastalarının bir kısmında, önemli bir morbidite nedeni olan bağırsak komplikasyonları gelişir.
- Bu komplikasyonlar için ana risk faktörü, ileumda olan, şiddetli tutulumdur (Bağırsak duvarı bütünlüğünü etkileyen, tüm intestinal duvar katmanlarını etkileyen).

Penetran hastalık kendini fistül oluşumuyla gösterir.

- Enteroenterik veya enterokolonik fistüller (bağırsak segmentleri arasında) genelde asemptomatiktir, ancak yüksek debili olmaları veya bakteriyel aşırı büyümeye yol açmaları durumlarında malabsorbsiyona yol açabilirler.

- Enterovezikal fistüller (bağırsak ve mesane arasında) ileum veya sigmoid kolondan köken alır ve idrar yolu enfeksiyonu, pnömatüri (idrar akımında hava) veya fekalüri ile karşımıza çıkar.
- Enterovaginal fistüller rektumdan köken alır, dışkı içerikli vaginal akıntıya neden olur ve yönetilmesi zordur.
- Perianal fistüllerin özellikleri farklı doku tabakaları nedeniyle karmaşıktır. Pürülan akıntı genellikle perianal fistüllerle ilişkilidir.

Tedavi

- Crohn hastalığını tıbbi veya cerrahi tedaviyle tamamen iyileştirmek mümkün değildir.

- Tedavinin amacı ;

kronik inflamasyonun belirtilerini rahatlatmak,

komplikasyonlarını önlemek (anemi, büyüme geriliği),

hastalığın alevlenmesini önlemek,

kortikosteroid maruziyetini en aza indirmek,

mümkünse mukozal iyileşmeyi sağlamaktır.

Kullanılan
ölgül tedavi
yaklaşımları;

Hastalık tutulumunun lokalizasyonuna,

Enflamasyonun Őiddetine ,

Hastanın yaŐına,

Komplikasyonların varlığına (apse) bağlıdır.

Enteral Beslenme Tedavisi

- Hastanın enerji gereksiniminin tamamını mama yoluyla karşılandığı tamamen enteral beslenme tedavisi etkili bir yardımcı tedavi olmasının yanı sıra etkili bir primer tedavi seçeneğidir.
- Pediatrik çalışmalarda, klinik belirtilerde iyileşme açısından prednizonla benzer etkinlik gösterilmiştir.
- Göreceli olarak yan etkisinin olmaması, kortikosteroid tedavisiyle ilişkili sorunlardan kaçınılması ve aynı zamanda beslenme rehabilitasyonunun sağlanması bu yaklaşımın avantajlarıdır.

- **5- Aminaosalisilatlar**

Hafif terminal ileal hastalık veya kolonun hafif Crohn hastalığı için başlangıç olarak mesalamin tedavisi (50-100 mg/kg/gün, 3-4 gram) denenebilir.

- **Antibiyotikler**

Metronidazol (10-22.5 mg/kg/gün) gibi antibiyotikler enfeksiyöz komplikasyonlar için kullanılır ve perianal hastalık için ilk sıra tedavi seçeneğidir.

- **Kortikosteroidler**

Akut enflamasyonu etkili bir şekilde baskılayarak belirtilerde hızlı düzelme sağlaması nedeniyle kortikosteroidler pediatrik Crohn hastalığının akut alevlenmelerinin tedavisinde kullanılır (prednizon, 1-2mg/kg/gün en fazla 40-60 mg). Amaç hastalık yatıştır yatışmaz dozun azaltılmasıdır. Doz azaltma planı klinisyenler arasında farklılık gösterir ve hastalık bu süreçte tekrar alevlenebilir.

Kortikosteroidlerin idame tedavisinde rolü yoktur çünkü yan etkilerine ek olarak etkilerine tolerans gelişir ve steroidler hastalık seyrini değiştirmez ya da mukozal iyileşmeye ek katkıda bulunmaz.

İmmunomodölatörler

- Azatiyoprin (2.0-2.5 mg/kg/gün) veya 6-merkaptopürin (1.0-1.5 mg/kg/gün) gibi immünmodölatörler remisyonun idamesinde kullanılmaktadır.
- Etkileri 3-4 aya ortaya çıkacağından akut dönemde faydalı değildir.
- Metotreksat: Remisyon idamesinde kullanılır.

Biyolojik Tedavi

- Enflamasyon aracılara yönelik antikörlerle tedavi Crohn hastalığında kullanılmaktadır.
- TNF- α 'ya karşı bir kimerik monoklonal antikör olan infliksimab kronik olarak aktif orta-ağır şiddette Crohn hastalığında remisyonun sağlanmasında ve idamesinde ve mukozal iyileşmede, perianal fistüllerin tedavisinde, steroid maruziyetini azaltmada ve cerrahi sonrası hastalık tekrarının önlenmesinde etkilidir.
- İlaç etkisinin başlaması oldukça hızlıdır ve başlangıç olarak altı haftalık bir dönem boyunca üç infüzyon şeklinde (0,2 ve 6. Haftalarda) verildikten sonra sekiz haftada bir olacak şekilde idame dozuna geçilir.

Cerrahi Tedavi

- Medikal tedaviye cevap vermeyen hastalarda veya abse, fistül, striktür gibi komplikasyonlarda

Özet

- Çocukluk çağında hastalık tutulumu daha yaygındır.
- Erişkin başlangıçlı inflamatuvar bağırsak hastalığı ile kıyaslandığında ülseratif kolitte pankolonik tutulum; Crohn hastalığında ise ileokolonik/kolonik ve üst gastrointestinal tutulum çocukluk çağında daha sık görülür.
- Bunun dışında, çok erken başlangıçlı hastalıkta ayırıcı tanıda immun yetersizlikler de dahil olmak üzere daha geniş hastalık yelpazesi mevcuttur.

- Büyüme-gelişme geriliği, puberte gecikmesi, ergenlik psikolojisi ve vücut imajının geliştiği döneme denk gelmesi çocukluk çağı inflamatuvar bağırsak hastalığına özgül zorluklardır.
- Çocukluk çağı hastalığının kendine has bu özellikleri nedeni ile tanı ve tedavi esnasında alınan kararlarda uzun dönem karşılaşılabilecek riskler ve kazançlar göz önünde bulundurulmalıdır.
- Erişkin kliniklerine devir esnasında etkin bilgi aktarımı alevlenmeleri ve takip kayıplarını önlemenin anahtarıdır.

Kaynakça

- Őentürk, Ö., (2023), İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları,(3. Baskı), Hipokrat Yayıncılık, Bölüm 26
- Nelson Pediatri, 21. Baskı, Bölüm 362.2