Epidemiological Features of Our Patients With Ulcerative Colitis

Ülseratif Kolitli Hastalarımızın Epidemiyolojik Özellikleri

Ülseraratif Kolit Hastalarımız / Our Ulcerative Colitis Patientes

Muzaffer Ertürk
Gaziantep Amerikan Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Gaziantep, Türkiye

Özet

Amaç: Ülseratif kolit etyolojisi bilinmeyen kolonik mukozanın kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu çalışmada ülseratif kolitli hastalarımızın klinik ve epidemiyolojik özelliklerini araştırmayı amaçladık. Gereç ve Yöntem: Çalışmaya; 2006- 2009 yılları arasında Gaziantep Amerikan Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinde tanı alan toplam 34 ülseratif kolit hastası alındı. Hastalar yaş, cins, sigara, eğitim, aile öyküsü, ekstraintestinal bulgular, lokalizasyon,,cerrahi tedavi açısından değerlendirildi. Bulgular: Yaşları 18 ile 61 arasında değişen toplam 34 hastanın ortalama yaşı 36,9 idi. Erkek kadın oranı 1.84 idi. On beş hasta (%44.5) hiç sigara içmemiş,12 hasta (%35) sigarayı bırakmış, 7 hasta (%20.5) halen aktif içici, 5 hastada birinci ve ikinci dereceden aile öyküsü vardı (%14.7). Sol kolon tutulumu baskın form idi (%56).Sadece 2 hasta (%6) durdurulamayan kanama nedeniyle cerrahi tedaviye verildi. Tartışma: Çalışmamızda ortalama yaş 36,9 olup belirgin erkek hâkimiyeti görüldü Sigaranın hastalık üzerine önemli bir etkisi görüldü. Sol kolon tip tutulum en sık görülen form idi.

Anahtar Kelimeler

Ülseratif Kolit; Kolonoskopi; Epidemiyoloji

Abstract

Aim: Ulcerative colitis is a chronic inflammatory disease of the colonic mucoza of unknown etiology. My aimed to investigate the clinical and epidemiological features of ulcerative colitis. Material and Method: İn this study; a total of 34 ulcerative colitis patients diagnosed were included in Gastroenterology clinic of Gaziantep American Hospital between 2006-2009. Patients were analyzed for age,sex,smoking, place of residence, education status, family history, systemic complications, localization of colitis,need of surgical treatment. Result: A total of 34 patients diagnosed were included. Mean age was 36.9 ranging from 18-61.Male female ratıo was 1.84, fifteen patients (% 45) had never smoked, 12 patients(%36) ex smokers and 7 patients(%21) current smokers, there were 5 patientes (%14.7) with first and second degree relatives affected. Predominat localizatıon was left sided colitis (%56), Only 2 patients (%6) underwent surgery with refracter bleeding. Discussion: İn this study, mean age was 36.9, there was male predominance, smoking was important factor on disease, Predominant form was left sided colitis (%56).

Keywords

Ulcerative Colitis; Coolonoscopy; Epidemilogy

DOI: 10.4328/JCAM.857 Received: 16.11.2011 Accepted: 21.12.2011 Printed: 01.01.2013 J Clin Anal Med 2013;4(1): 14-16
Corresponding Author: Muzaffer Ertürk, Gaziantep Amerikan Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Abdulkadir Aksu Blv. Sarmaşık Apt. K: 2. D: 4. Şehitkâmil 27010 Gaziantep, Türkiye. T.: +905323462493 F.: +90 342-2200211 E-Mail: drmuzaffererturk@hotmail.com

Giriş

Ülseratif kolit tekrarlayıcı seyir gösteren, kalın barsak mukozası ve ayrıca kolon dışı tutulumlarıyla karakterize olan kronik inflamatuar bir barsak hastalığıdır [1]. Etyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, epidemiyolojik çalışmalar bazı ipuçları vermektedir. Genetik, immünolojik, çevresel, coğrafik ve etnik faktörlerin etyolojide etkili olduğu bilinmektedir [1]. Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika bölgelerinde bulunan Amerika, Kanada, İngiltere ve İskandinav ülkelerinde sık görülürken [2-7], Güney Afrika, Asya, Güney Avrupa ve Orta doğu'da seyrek görülmekte ancak son zamanlarda bu fark kapanmaktadır [8,9]. Ülseratif kolitin gerçek insidansı ülkemizde tam olarak bilinmemektedir [10]. Trakya bölgesinde yapılan bölgesel bir çalışmada 100000'de 4.9 bulunmuştur [11].

Kentlerde yaşayanlarda ve sosyoekonomik durumu iyi olanlarda ülseratif kolite yakalanma riski daha fazladır [3]. Epidemiyolojik veriler ülseratif kolitin etyopatogenezinde çevresel faktörlerin ve genetik yatkınlığın önemli rol oynadığını düşündürmektedir [3].

Özellikle sigara, yaş, eğitim, yaşam alanı ve çevresel bazı faktörlerin etyolojide etkili olabileceği yönündeki düşünceler bu konular üzerinde yoğunlaşmaya neden olmuştur. Bizde hastanemize başvuran ülseratif kolitli hastalarımızı karakteristik özellikleri açısından değerlendirmeyi düşündük.

Gereç ve Yöntem

Çalışma 2006-2009 yılları arasında Gaziantep Amerikan Hastanesi Gastroenteroloji Kliniğine başvuran klinik, laboratuar, kolonoskopik ve patolojik inceleme sonucu ülseratif kolit tanısı alan 34 hastada yapılmıştır. Hastalar yaş, cins, eğitim, yaşam alanı, sigara içme, genetik ilişki, ekstraintestinal bulgular, tutulum bölgesi ve cerrahiye başvurulması açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir

Bulgular

Çalışmaya yaşları 18 ile 61 arasında değişen ve yaş ortalaması 36.9 olan 12'si (%36) kadın, 22'si (%64) erkek olmak üzere toplam 34 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş Aralığı (18-61) aralığında olup olguların cins ve yaş ortalaması dağılımları tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Olguların yaş ve cins dağılımı.

	Kadın	erkek	toplam
Yaş	12	22	34
Cins	33.6	38.7	36.9

Olguların sigara içme oranlarına bakıldığında sigara içmeyenlerin sayısının fazla olduğu görülmektedir. Olguların sigara içme ile ilgili dağılımı tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2. Olguların sigara ile ilişkili durumu.

Sigara içmeyen	Terk eden	Aktif içici
15 (%44.5)	12 (%35)	7(%20.5)

Olgular eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde 1 eğitimsiz ve 12 ilkokul mezunu olmak üzere toplam 13 hasta (%39) düşük eğitimli, 4 hasta (%12) orta okul mezunu, 17 hasta (%50) lise ve üniversite mezunu idi. Yaşam alanına göre değerlendirildiğinde ise 30 hasta (%81) kentte yaşarken 4 hasta (%11) köyde yaşamaktadır.

Olguların 4'ünde yakın 1'inde uzak olmak üzere toplam 5 'inde (%14.7) genetik geçiş görülmüştür. Ekstraintestinal bulgular olarak 2 hastada ankilozan spondilit (%5.9), 1 hastada sakroileit (%2.9), 1 hastada sklerozan kolanjit (%2.9), 6 hastada (%18) artralji görülmüştür. Hastalık lokalizasyonuna göre değerlendirildiğinde ise sol kolon tutulumu en fazla olarak saptanmıştır. Olguların tutulum bölgelerine göre dağılımı tablo 3 de verilmiştir.

Tablo 3. Olguların tutulum bölgesine göre dağılımı.

Proktit	Sol tip	extensive
3 (%9)	19 (%56)	12 (%36)

Olguların ikisinde tedaviye yanıt vermeyen kanama nedeniyle (%6) cerrahi tedaviye başvuruldu.

Tartışma

Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı etyolojisi tam olarak anlaşılamayan kronik inflamatuar bir barsak hastalığıdır. Etyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen bazı epidemiyolojik özelliklerin etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir [1, 2].

Ülseratif kolit 3-4.dekatlarda daha sık görülür. Değişik ülkelerde ortalama hastalığa tutulma yaşları 37.2 ile 44.9 bulunmuştur [3,12-14]. Türkiye'de ise Trakya bölgesinde 41[11], Ankara'da Türkiye'nin her yöresinden hastaların başvurduğu merkezde [15] yaş ortalaması 35.6, Diyarbakır bölgesinde 39.6 bulmuştur [16]. Bizim çalışmamızda 36,9 bulunmuş olup genel olarak literatürle ve Türkiye'nin diğer bölgeleriyle uyumludur.

Ülseratif kolit, Her iki cinside etkiler. Kadınların daha fazla etkilendiğini gösteren yayınlar [3,13,14,17] yanında erkeklerin fazla etkilendiğini gösteren çalışmalarda vardır [11,15,18].Genel olarak erkeklerde hafif fazla görülme eğilimindedir. Çalışmamızda kadınların etkilenme oranı %36, erkeklerin % 64, kadın erkek oranı ise 1.64 bulunmuştur.

Sigara içmek ülseratif kolit gelişmesine karşı koruyucu faktördür. İlginç olarak sigarayı bırakanlar en yüksek riske sahip iken hiç sigara içmeyenler ikinci derecede risk altında, sigara içenler ise en az riske sahiptir [3,11,13,15,17,19]. Nikotinin ülseratif kolit üzerindeki koruyucu etkisi tam olarak bilinmemektedir. Nikotinin hücresel ve humoral immün sistemi düzenleme, sitokin düzeylerinde değişme, serbest oksijen radikallerinde artışa neden olma ve ayrıca mukus değişikliği, kan akımı ve permeabiliteyi etkilemesi ülseratif kolit üzerindeki önemli faktörlerdir [20-24]. Çalışmamızda 15 kişi (% 45) sigara içmemiş, 12 kişi (%36) bırakmış, 7 kişi (%21) halen aktif içici bulunmuş olup literatürle uyumluydu.

Sosyoekonomik düzey etkileyici bir faktördür. Ülseratif kolit, kentlerde yaşayanlarda daha sık görülür. Kent yaşamı, daha stresli olup gerek enfeksiyon ajanlarına ve gerekse diğer zararlı etkenlere maruz kalma olasılığı daha yüksektir [3,1l,12].Kırsal kesimlerde yaşayanların büyük merkezlere ulaşmadaki sıkıntıları ve bu kişilerin yeterli kayıt edilememesinin de bu farka neden olduğu söylenmektedir. Zira kırsal kesimde en iyi sağlık hizmeti alabilen İsveç'te böyle bir farkın olmadığı bu tezi destekler niteliktedir [25].Çalışmamızda 30 kişi (% 89) kentte yaşamakta, 4 kişi (%11) köyde yaşamaktadır.

Eğitim düzeyi yükseldikçe ülseratif kolit görülme sıklığı artar. Bunun da stresle bağlantılı olduğu söylenmektedir [3,11,12,15]. Çalışmamızda hiç eğitim almayan 1 kişi ve ilkokul mezunu 12

kişi olmak üzere toplam 13 hasta (%39), ortaokul mezunu 4 kişi (% 12), lise ve üniversite muzunu 17 kişi (% 50), bulunmuş olup eğitim düzeyinin artmasıyla hastalık arasında doğru orantı görülmüştür. Her iki bulgumuzda literatürle uyumluydu.

Ülseratif kolitde genetik yatkınlık söz konusudur. Hastaların % 5-10'u oranında birinci derecede akrabalarında infamatuar barsak hastalığı (İBH) vardır. Yapılan çalışmalarda Alicja ve ark[12] Polonya'da %1, Edwards ve ark [17] Barbados'ta % 3.6, Vahedi ve ark.[3] İran'da %9.6, Abdul-Baki ve ark. [18] Lübnan'da %26.1 bulmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda Tezel ve ark. [11] (%4), Özin ve ark.[15] (% 5.9), Ülker ve ark.[19] (% 1.6) bulmuştur. Çalışmamızda, 4 hasta yakın akrabalık bir hastada uzak akrabalık olmak üzere toplam 5 hastada (% 14.7) genetik geçiş saptanmıştır. Bulgumuz Avrupa ve Türkiye ortalamasının üzerinde olup İran ve Lübnan'daki bulgulara yakın bulundu. Bu durumu bölgemizin Orta Doğu bölgesine yakın olmasına ve belki de bu bölgedeki hastalarda genetik geçişin Avrupa'ya oranla daha fazla olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Ekstra intestinal tutulum İBH'dan önce İBH ile beraber ve İBH'dan sonra görülebilir. En sık artrit görülür. Genellikle remisyon da kaybolan artraljilere neden olan geçici artitler %3 ile %32 arasında, sakroileitis ve ankilozan spondilite rastlanma olasılığının her iki grup hastalıkta da %1 ile %2 oranlarında görülmektedir. Karaciğer tutulumunu gösteren, primer sklerozan kolonjit %3.4 ile %10 arasındadır. Ayrıca %1 ile 2 arasında değişen cilt ve göz tutulumları görülmektedir [3,15,17]. Çalışmamızda 2 olguda ankilozan spondilit (% 5.9), bir olguda sacroileit (%2.9), yine bir olguda sklerozan kolanjit (%2.9) ve 6 olguda ise hastalıkla beraber veya hastalıktan sonra oluşan artraljiler tespit edilmiştir (%18). Bulgularımız literatürle karşılaştırıldığında uyumlu görülmektedir.

Ülseratif kolitte inflamasyonun etkilediği mesafe değişmektedir. Proktit (sadece rektuma sınırlı olan), sol tip (splenik fleksuraya kadar sınırlı olan) ve pankolit (transvers kolon ve daha proksimal tutumlu olanlar) şeklinde kabul edilmektedir. Literatür incelendiğinde proktitli olgular % 5 ile % 63.5 arasında, sol kolon tipi olgular %22.7 ile % 80 arasında, extensive form ise %15 ile % 38.7 arasında değişmektedir [3,14-16].Çalışmamızda olguların dağılımı ise 3 proktit (%9),19 sol kolon (%56), 12 extensive (%36) tutulumlu idi.

Ülseratif kolitte kolektomi endikasyonları kanser gelişimi, toksik megakolon, perforasyon, medikal tedaviye yanıt vermeyen kanamadır. Kolektomi Sıklığı % 3 ile % 6 arasında değişmektedir [14,25]. Ülseratif kolitli 2 (%6) hastamızda tedaviye dirençli kanama nedeniyle kolektomiye başvurulmuştur. Bulgumuz literatürle uyumlu bulunmuştur.

Sonuç olarak ünitemize başvuran hastalar retrospektif olarak incelendiğinde demografik özellikleri bakımından literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Kaynaklar

1. Su C, Lictenstein GR. Ulcerative Colitis. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Vol 2. 8th ed. Philadelphia.Saunders; 2006.s.2499-2549
2. Kamm MA. İnflammatory Bowel disease.First ed. London. Martin Dunitz; 1996.s.1-4
3. Vahedi H, Merat S, Momtahen S, Olfati G, Kazzazi AS, Tabrizian T, et al. Epidemiologic characteristics of 500 patients with inflammatory bowel disease in Iran studied from 2004 through 2007.Arch Iran Med 2009;12(5):454-60.
4. Ehlin AG, Montgomery SM, Ekbom A, Pounder RE, Wakefield AJ. Prevalence of gastrointestinal diseases in two British National birth cohorts.Gut 2003;52(8):1117-21.
5. Logan RF. Inflammatory bowel disease incidence: up, down or unchanged? Gut 1998;42(3):309-11.
6. Loftus CG, Loftus EV, Harmsen WS,Zinsmeister AR, Tremaine WJ, Melton LJ et al.Update on the incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-2000.Inflamm Bowel Dis 2007;13(3):254-61.
7. Trallori G, Palli D, Saieva C, Bardazzi G, Bonanomi AG, d'Albasio G, et al. A population-based study of inflammatory bowel disease in Florence over 15 years (1978-92). Scand J Gastroenterol 1996;31(9):892-9.
8. Haug K, Schrumpf E, Barstad S, Fluge G, Halvorsen JF. Epidemiology of ulcerative colitis in western Norway. Scand J Gastroenterol 1988 ;23(5):517-22.
9. Loftus EV, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease.Gastroenterol Clin North Am 2002;31(1):1-20.
10. Dağlı Ü. İnflamatuvar barsak hastalıklarının epidemiyolojisi. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları El Kitabı İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Derneği Yayınları.2006.s.5-10
11. Tezel A, Dökmeci G, Eskiocak M, Umit H, Soylu AR. Epidemiological features of ulcerative colitis in Trakya, Turkey. J Int Med Res 2003;31(2):141-8.
12. Wiercinska-Drapalo A, Jaroszewicz J, Flisiak R, Prokopowicz D. Epidemiological characteristics of inflammatory bowel disease in North-Eastern Poland. World J Gastroenterol 2005;11(17):2630-3.
13. Hilmi I, Singh R, Ganesananthan S, Yatim I, Radzi M, Chua AB, et al. Demography and clinical course of ulcerative colitis in a multiracial Asian population: a nationwide study from Malaysia J Dig Dis 2009;10(1):15-20.
14. Park SH, Kim YM, Yang SK, Kim SH, Byeon JS, Myung SJ, et al. Clinical features and natural history of ulcerative colitis in Korea.Inflamm Bowel Dis 2007;13(3):278-83.
15. Özin Y, Kilic MZ, Nadir I, Çakal B, Dişibeyaz S, Arhan M,et al.Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey. J Gastrointestin Liver Dis 2009. 18(2):157-62.
16. Balakan O, Kıdır V, Süner A,Yalçın K.Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 1999-2005 yılları arasındaki inflamatuvar barsak hastalıklı olguların değerlendirilmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2007:3:26-30
17. Edwards CN, Griffith SG, Hennis AJ, Hambleton IR. Inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and disease characteristics in Barbados, West Indies.Inflamm Bowel Dis 2008 ;14(10):1419-24
18. Abdul-Baki H, ElHajj I, El-Zahabi LM, Azar C, Aoun E, Zantout H, et al. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease in Lebanon.Inflamm Bowel Dis 2007 ;13(4):475-80.
19. Ülker A, Parlak E, Dağlı Ü, Tezel A, Alkım C, Şahin B. Epidemiology of inflammatory bowel disease. The Turkish Journal of Gastroenterology 1999;10(1) 55-59
20. Sonnenberg A, McCarty DJ, Jacobsen SJ.Geographic variation of inflammatory bowel disease within the United States. Gastroenterology 1991;100(1):143-9.
21. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, et al. İncidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). Gut 2007;56(11):1638-9.
22. Srivastava ED, Barton JR, O'Mahony S, Phillips DI, Williams GT, Matthews N, et al. Smoking, humoral immunity, and ulcerative colitis. Gut 1991;32(9):1016-9
23. Cope G F, Heatley R V, Kelleher J K. Smoking and colonic mucus in ulcerative colitis. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;23; 293(6545): 481.
24. Pullan R D. Colonic mucus, smoking and ulcerative colitis. Ann R Coll Surg Engl 1996; 78(2): 85–91.
25. Friedman SL, McQuaid KR.Grendell JH. Current Diagnosis and treatment in gastroenterology. Judge TA, MD, Lichenstein GR, İnflammatory Bowel Disease: Second ed. USA: McGraw-Hill.2003.s.108-131.