

## Ülseratif Kolit (ÜK): Hasta Eğitimi

1. ÜK İle İlgili Genel Bilgiler
2. ÜK Nedenleri
3. ÜK Semptomları (Belirtileri): Bağırsakla İlgili ve Bağırsak Dışı
4. ÜK İle CH Arasındaki Farklar
5. ÜK Tanısı
6. ÜK Tıbbi Tedavisi
7. ÜK Cerrahi Tedavi
8. ÜK ve Kolorektal Kanser
9. Gebelik ve ÜK

### 1. ÜK İle İlgili Genel Bilgiler

Ülseratif kolit, kolonun (kalın bağırsak) içteki yüzeyinin (mukozanın) enflamasyonuna bağlı olarak ortaya çıkan, kanama, kanlı-sulu dışkılama ve karın ağrısı ile kendini gösteren kronik bir hastalıktır. Enflamasyon neredeyse her zaman rektumu (kalın bağırsağın giriş bölümü) ve kolonun alt kısmını etkiler, bununla beraber kalın bağırsakların tamamını da etkileyebilir.

Hastalık tedavi sonrası kür ile sonlanmasa da genellikle kontrol altına alınabilir. Ülseratif koliti olan çoğu insan aktif bir yaşam sürdürebilir. Hastalığın kontrol altına alınabilmesi ve bunun sonucu olarak da aktif yaşamın sürdürülebilmesi için hastanın düzenli olarak takibini yaptırması ve planlanan tedavileri harfiyen yerine getirmesi gerekir.

### 2. ÜK Nedenleri

Ülseratif kolit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) adı verilen bir grup hastalığın bir parçasıdır. Crohn hastalığı inflamatuvar bağırsak hastalığının bir diğer üyesi olup, ÜK'den farklı olarak tüm sindirim sistemini (ağızdan anüse) etkileyebilir (ülseratif kolit sadece kolonu etkiler). İnflamatuvar barsak hastalığı, irritabl barsak sendromu (İBS) ile aynı şey değildir. Ülseratif kolitin kesin olarak nedeni bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonrası ortaya çıktığı düşünülmektedir.

**Genetik** — – İBH'lı hastalar, genleri aracılığıyla bebeklerine İBH'nı geçirme riski taşırlar. İBH'lı bireylerin birinci derece akrabalarının (anne, baba ve kardeşler), İBH öyküsü olmayan bireylerin akrabalarına kıyasla hastalığı geliştirme olasılığı 3 ila 20 kat daha fazladır. Ebeveynlerden çocuğa İBH geçirme riski %4-8 arasındadır. Eğer eşlerden her ikisinde (anne ve baba) de İBH varsa çocukta ortaya çıkma olasılığı %30'a kadar çıkabilir. Bununla birlikte, ülseratif kolitli kişilerin sadece yüzde 10 ila 25'i, inflamatuvar barsak hastalığı (yani ülseratif kolit veya Crohn hastalığı) olan birinci derece bir akrabaya (kardeş veya ebeveyn) sahiptir. Diğer bir ifadeyle hastaların büyük bir kısmında aile öyküsü bulunmaz.

**Risk faktörleri** — Genetik duyarlılığı (yatkınlığı) olan bir bireyde tetiği çeken bir faktör bağışıklık sistemi aktive ederek hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilir. Bununla beraber hastalığı ortaya çıkarttığı gösterilebilen spesifik bir faktör net olarak gösterilebilmiş değildir. Enfeksiyonlar, ilaçlar, aşırı stres tetiği çeken faktör olabilir. Yoğun olarak sigara içen bazı hastalarda sigaranın bırakılması hastalığın ortaya çıkmasında bir neden olabilir.

### 3. ÜK Semptomları (Belirtileri)

ÜK'in ana semptomu, kanlı-mukuslu sulu dışkılamadır. Ayrıca karın ağrısı ve rektal bölgede ağrı olabilir. Ülseratif kolit semptomları hafif, orta veya şiddetli olabilir ve zamanla dalgalanma gösterebilir. Aktif semptom dönemlerine "**alevlenme**" denir. Semptomlar kontrol altına alındığında ve kolon iltihaplanmadığında, ülseratif kolit "**remisyon**" olarak kabul edilir.

**Bağırsak semptomları** — Ülseratif kolit, semptomlara göre hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılır.

**Hafif hastalığı** olanlarda görülen yakınmalar:

- Hafif kanlı-sulu, mukuslu dışkılama (günde dört kez)
- Hafif, kramp tarzında karın ağrısı
- Sık dışkılama isteği (ani dışkılama)
- Kabızlık nöbetleri

**Orta derecede hastalığı** olanlarda görülen yakınmalar:

- Kanlı-sulu dışkılama (günde dörtten fazla)
- Anemi nedeniyle yorgun veya güçsüz hissetme
- Hafif ila orta şiddette karın ağrısı
- Düşük dereceli ateş

**Şiddetli hastalığı** olanlarda görülen yakınmalar:

- Çok sık kanlı-sulu dışkılama atakları (günde 6 veya daha fazla)
- Anemi nedeniyle yorgun veya zayıf hissetmek (düşük alyuvar sayısı)
- Şiddetli karın ağrısı ve kramp
- Çarpıntı
- Ateş
- Kilo kaybı (hızlı olarak ortaya çıkan)

## **Bağırsak Dışı Belirtiler**

Şiddetli olgularda ayrıca aşağıdaki semptomlar ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda bu belirtiler sindirim sistemi ile ilgili belirtilerden önce görülebilir.

- **Artrit** – Periferik eklem dediğimiz el, diz, dirsek gibi eklemlerde görülen artritler sıklıkla hastalığın alevlenme dönemlerinde görülür ve hastalığın aktifliğinin geçmesi ile de düzelir. Diğer etkilenebilen eklemler ise bel eklemleridir (aksiyal eklemler olarak adlandırılır). Bunlardaki iltihaplanma ise hastalığın aktif olması ile ilişkili değildir (ankilozan spondilit, sakroileit gibi).
- Çocuklarda pubertede gecikme, **gelişme geriliği**.
- **Göz tutulumu** - Göz iltihabı (üveit veya sklerit olarak adlandırılır). Bu sorunlar bir veya iki gözü etkileyebilir. Üveit belirtileri arasında görüşte "uçma", göz ağrısı, bulanık görme ve ışığa duyarlılık yer alır. Sklerit, etkilenen gözün yanmasına veya kaşınmasına neden olabilir. Tedavi genellikle göz damlalarını içerir.
- Deri tutulumu (*eritema nodozum* ve *pyoderma gangrenozum*)
- **Karaciğer inflamasyonu** – Karaciğerde yağlanma görülebilir. Ayrıca kullanılan ilaçlara bağlı karaciğer bozukluğu ortaya çıkabilir.
- Safra yollarında inflamasyon – Ülseratif kolitli hastalarda hastalığın aktivitesinden bağımsız olarak "**Primer Sklerozan Kolanjit (PSK)**" görülebilir. Bunun saptanması kolon kanser gelişimi açısından risk oluşturur. Bu nedenle PSK tanısı konulan ÜK hastalar yıllık kolonoskopi taramasına (kansere gelişim riski açısından) alınmalıdırlar.

## 4. Ülseratif Kolit ile Crohn Hastalığı Arasında Farklar

ÜK ve CH, İBH olarak adlandırılırlar. Bazı ortak semptomlara sahip olsalar da farklı hastalıklardır ve sindirim kanalında farklı yerleri tutarlar (etkilerler).

### Crohn hastalığı

- Ağızdan anüse kadar tüm sindirim kanalını tutabilir.
- Enflamasyon bağırsak duvarının tüm katmanlarını etkiler.

### Ülseratif kolit

- Sadece kolon ve rektum tutulmuştur.
- Enflamasyon kalın bağırsağın sadece yüzeyinde sınırlıdır (tam kat tutulmamıştır).

	<b>Crohn Hastalığı</b>	<b>Ülseratif Kolit</b>
<b>Lokalizasyon</b>	Ağızdan anüse kadar tüm sindirim kanalı	Rektumdan başlayarak çekuma kadar
<b>Tutulmuş şekli</b>	Tam kat ve atlamalı	Mukoza ve submukoza,
<b>Kolonoskopik bulgular</b>	Atlamalı olarak tutulum, kaldırım taşı, striktür	Sürekli, kesintisiz inflamasyon, psödopolip
<b>Anemi (kansızlık)</b>	+	++
<b>Karın ağrısı</b>	++	+
<b>Rektal kanama</b>	+	++
<b>Kolon kanseri riski</b>	++	++++

## 5. ÜK Tanısı

Hastalığın tanısı klinik belirti ve bulgulara bakılarak konulamaz. Zira hastalıkta görülen semptomlar ÜK dışında farklı hastalıklarda da görülebilir. Bu nedenle hastalığın olabileceğinden şüphe edilen, hastalığın olduğu düşünülen hastalarda tetkikler yapılmalıdır.

Bu testler:

**Kan ve Dışkı Testleri** - Önemli ipuçları verebilir:

- Kan testlerinde anemi, vitamin ve mineral eksiklikleri, enfeksiyon ve enflamasyon bulguları saptanabilir.

# PROF. DR. ÖMER ŞENTÜRK

- Dışkı testleri ile patojenik bakteri ve inflamasyonun varlığına ait belirteçlere bakılabilir

**Görüntüleme Testleri** - Hastalığın tanısından ziyade olası diğer hastalıkları ve komplikasyonları ortaya koymak için yapılabilir. Bunlar:

- **Direkt karın grafisi** – Şiddetli karın ağrısı, toksisite bulguları gösteren hastalarda önemli olup, komplikasyonun (toksik megakolon gibi) varlığını gösterebilir.
- **BT** – Bu inceleme ile de ayırıcı tanıya giren hastalıkların (örn. Crohn gibi), komplikasyonların ve aktif hastalığın şiddetinin belirlenmesi sağlanabilir.
- **Manyetik Rezonans İnceleme (MRI)** – BT incelemesine göre radyasyon içermemesi nedeniyle özellikle tercih edilebilir. Benzer bulguları gösterir.
- **Endoskopi** – Gİ kanalın içini görüntülemek için kullanılan ucunda kameranın bulunduğu uzun esnek bir tüptür. Sigmoidoskopi kalın bağırsağın alt kısmını incelerken, kolonoskopi tüm kalın bağırsağı ve de ince bağırsağın son kısmını inceleme olanağı sağlar. Bu sistemle daha ileri testler için küçük doku örnekleri (biyopsiler) alınabilir. Alınan dokunun incelenmesi sadece ÜK'in anlaşılabilmesini sağlamakla kalmaz, yanı sıra Crohn hastalığı, ilaçlara bağlı iltihaplanma (ibuprofen gibi steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar [NSAİİ'lar] gibi) veya belirli enfeksiyonlar dahil olmak üzere benzer semptomlara sahip olabilecek diğer durumların ekarte edilmesine de yardımcı olur.  
İlk tanıda gerekli olan kolonoskopik inceleme, takiplerde de gerektiğinde tekrar yapılabilir. Özetle aşağıdaki durumlarda kolonoskopik işlem yapılmalıdır:
  - a) Yakınmalarından (belirtilerinden) inflamatuvar bağırsak hastalığı şüphesi olan hastalar (ilk tanı)
  - b) Laboratuvar ve radyolojik incelemeler sonrası inflamatuvar bağırsak hastalığı şüphesi olan hastalar
  - c) İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı ile tedavi almakta olan hastanın tedaviye cevapsızlığının nedenlerinin belirlenmesi ve yeni tedavi planlaması amacıyla
  - d) Gebelik düşünen kadın İBH hastasının remisyonda olduğunun belirlenmesi amacıyla
  - e) Kolon kanser taraması amacıyla (ilk tanıdan 8 yıl sonra)

## 6. ÜK Tıbbi Tedavisi

ÜK tedavisinde 2 ana hedef vardır:

- f) Semptomların kontrol altına alınması (remisyonun sağlanması, remisyon indüksiyonu)
- g) Yeniden semptom oluşmasının engellenmesi, iyilik halinin sürdürülmesi (remisyon idamesi)

ÜK hastalarında bir kez remisyon sağlandıktan sonra çoğu hastada aralıklarla alevlenmeler görülür. Bu durum ne kadar sık olursa hastanın yaşam kalitesi o derece azalır ve ruhsal bakımdan da çöküntü yaşayabilir. Bu nedenle bu dönemler çok iyi yönetilmeli ve gerekirse psikolog/psikiyatri desteği alınmalıdır.

**Diyet** — Genel olarak, dengeli, besleyici bir diyet yemek, hastanın kendisini iyi hissetmesine ve sağlıklı bir vücut yapısını korumasına da yardımcı olabilir. **Ülseratif kolitli kişilerde semptomları hafiflettiği kanıtlanmış belirli bir diyet türü bulunmamakla birlikte**, bazı hastalar belirli gıdaların semptomlarını daha da kötüleştirdiğini fark edebilirler. Örneğin, bazıları süt, yoğurt ve peynir gibi sütlü gıdaları azalttıklarında (veya almadıklarında) kendilerini daha iyi hissederken, diğerleri düşük lifli diyetlerin kendilerine daha iyi geldiğini gözlemleyebilirler. Yakınmalar hangi ürün veya ürünler alındığında artış gösteriyorsa azaltılmalıdır (hatta bir süre alınmamalıdır). Bu bağlamda eğer uzun süre belirli gıdalarda kısıtlanmışsa bunlar mutlaka takviye olarak verilmelidir. Öte yandan **AKTİF HASTALIK** döneminde hemen hemen tüm hastalarda çiğ sebzeler (domates, salatalık, soğan vb) ve bazı meyveler (kavun, karpuz gibi) şikayetlerde artışa yol açabilir. Bu nedenle de bu ürünler aktif hastalık döneminde azaltılmalıdır.

**Semptomları ortaya çıkartabilecek/ağırlaştırabilecek ilaçlardan sakınılmalıdır** —ÜK'li hastalara ibuprofen, naproksen gibi nonsteroid anti-inflamatuar içeren ağrı kesici ilaçlar (örn.aspirin, arvels, cataflam, majezik, voltaren vb) genellikle önerilmez. Bu ilaçlar semptomları daha da şiddetlendirebilir. Ağrı kesici ihtiyacı olduğunda asetaminofen (örnek marka adı: Parol) alınabilir.

**Hafif-orta derecede semptomları olan hastaların tedavisi** — Rektal ağrı, kanama ve hafif ishal durumu olan hastalarda 5-ASA (aminosalisilik asit veya mesalamin) içeren ilaçlar ağızdan (oral yolla) ve topikal (makattan uygulama)(fitil, köpük veya lavman formunda) yolla verilerek rektum ve kolondaki iltihap azaltılır. Çoğu hastada tedaviye başladıktan hemen sonra iyileşme görülür ve yaklaşık 4-6 hafta sonra semptomlarda tam bir rahatlama sağlanır. Hastanın kolonoskopide saptanan hastalığının yaygınlığına göre remisyonu sürdürmek için 5-ASA ilacı sürekli, ömür boyu önerilebilir.

**Şiddetli semptomları olan hastaların tedavisi** — Belirtiler daha şiddetliyse (günde altı veya daha fazla kanlı ishal ve karın ağrısı olması) veya kolonoskopide hastalık bağırsakların büyük bölümünü etkilemişse ağızdan (oral yolla) glukokortikoid (steroid) başlanabilir. Steroid tedavisi başlanan hastalar yakından takip edilirler. Tedavi cevabı olan hastalarda daha uzun etkili (örn.azatioprin tb) ilaca geçilirken, cevap vermeyen hastalarda damardan (intravenöz-İV-) steroid tedavisi veya biyolojik ajanlar başlanabilir.

- **Oral glukokortikoidler** – Glukokortikoidler kronik olarak kullanılamazlar ve semptomlar düzeldikten sonra azaltılarak kesilirler. Şiddetli semptomları devam eden hastalar hastaneye yatırılarak damardan (intravenöz -İV-) tedavileri düzenlenir (steroid ve diğer ilaçlar).
- **Biyolojik ajanlar** – Biyolojik ajanlar aşağıdaki durumlarda hastalarda kullanılabilir:
  - Başlangıç tedavisine cevap vermeyen hastalar (genellikle orta ve şiddetli hastalığa sahip olan hastalar)(*remisyon sağlanamayan*).
  - Başlangıç tedavisine cevap veren, ancak bu cevabı sürdüremeyen hastalar (*remisyonunda kalamayan* hastalar).
  - Başlangıçta verilen tedavilere cevap veren, ancak kullanılan ilaçlarda yan etkiler ortaya çıkması nedeniyle kesilmesi gereken hastalar.
  - Başlangıçta şiddetli hastalığı olanlar (ilk tedaviye biyolojiklerle başlamak).
  - Bağırsak dışı (örneğin belde ankilozan spondilit olması gibi) tutulumları olan hastalar.

En sık kullanılan biyolojik ilaçlar: adalimumab (marka adı: Humira), infliximab (marka adları: Remicade), vedolizumab (marka adı: Entyvio) , ustekinumab (marka adı: Stelara), certolizumab pegol (marka adı: Cimzia).

Bu ilaçlar enflamasyonla sonuçlanan yollara müdahale etmek suretiyle etki ederler ve iltihaplı kolonun iyileşmesini sağlarlar. Hem remisyona ulaşılması ve hem de sağlanan bu remisyona sürdürülmesi için kullanılabilirler. Biyolojik ilaçlar tek başına veya diğer ilaçlarla (örn.azatioprin tb) kombinasyon halinde kullanılırlar.

Biyolojik ilaçlara başlamadan önce hastalarda herhangi bir enfeksiyonun (özellikle de tüberküloz) olmadığına ortaya konması gerekir. Hastaların göğüs hastalıkları bölümü tarafından incelenmesi ve ilaca başlayabilme onayı alınması gerekir. Aynı şekilde kalp hastalığı, nörolojik bozukluğu ve kanserinin bulunmadığına ortaya konulduktan sonra biyolojik tedavi başlatılmalıdır.

## 7. ÜK Cerrahi Tedavisi

Semptomları tıbbi tedavi (ilaçlar) ile kontrol altına alınamayan yahut alınsa da ilaç yan etkileri ortaya çıkan hastalarda cerrahi tedavi tartışılmalıdır. Cerrahi tedavi kararı alınmadan önce hastanın bu tedaviye ait olası tüm sonuçlardan haberdar edilmesi, işlemi yapacak hekim tarafından bilgilendirilmesi gerekir. Ülseratif kolitin cerrahi tedavisinde iki temel yaklaşım vardır.

- h) Bağırsak içeriğini toplamak için torba takılması gerektiren (**kalıcı ileostomi**) ameliyat,
- i) Bağırsak içeriğini kontrol etme yeteneğini koruyan (**anüs/rektumun yeniden bağlanması**) ameliyat.

**Kalıcı ileostomi ile kolonun çıkarılması** – Bu işlem sırasında cerrah kolon, rektum ve anüs çıkartılır; buna **total proktokolektomi** denir. Daha sonra ileum veya ince bağırsağın alt ucu karnın sağ alt tarafına bağlanır (**ostomi**). Bundan sonra, bağırsak içeriği anüs yerine ostomi yoluyla vücuttan çıkarılır. Bağırsak içeriğini toplamak için ostominin dışına plastik bir torba takılır ve gerektiğinde boşaltılır. Ostomi ile yaşamak özellikle ilk başta zor olabilirken, çoğu hasta alıştıktan sonra aktif ve normal bir hayat yaşayabilir. Ostominin bakımının nasıl yapılacağı mutlaka öğrenilmelidir (hatta benzer deneyime sahip olan diğer insanlarla da konuşmak da yardımcı olabilir).

**Kolonun çıkarılması ve anüs/rektumun yeniden bağlanması** — Bu işlem ülseratif kolit tedavisinde kullanılan en yaygın ameliyattır. İşlem sırasında kalın bağırsak ve rektumun tamamı veya çoğu çıkarılır. Bununla beraber anal sfinkter (bazen de rektumun alt kısmı) korunur. Daha sonra ince bağırsağın ucundan boru şeklinde bir kese oluşturulur ve bu anal



kanala dikilir (poş). Bu ameliyat, anüsten bağırsak içeriğinin atılmasını sağlar ve kalıcı bir ileostomiye ihtiyaç olmaz. Bununla birlikte, çoğu durumda, yeni rektum iyileşirken geçici bir ileostomiye ihtiyaç duyulur. Yeni rektum iyileştiğinde, bağırsak anal sfinktere bağlanır. Bu işlemten sonra özellikle geceleri fekal sızıntı riski ve rektumun uç kısmında tekrarlayan ülseratif kolit (**poşit**) riski vardır (ortalama %20 hastada).

## 8. ÜK ve Kolorektal Kanser (KRK)

Ülseratif koliti olan kişilerde kolorektal kanser riski sağlıklı bireyler göre artmıştır. Bu risk, tanı konulduğundan bu yana geçen süre ve kolonun ne kadarının etkilendiği ile ilgilidir. Bir diğer ifadeyle hastalığı daha uzun süredir olan ve daha geniş hastalık alanlarına sahip kişiler, daha yeni tanı almış veya daha küçük hastalık alanlarına sahip olanlara göre daha fazla kolon kanser riski taşırlar. Bu 2 faktör dışında (süre ve yaygınlık); hastalığı sürekli aktif olanlar, birlikte primer sklerozan kolanjiti bulunanlar ve ailesinde kolon kanseri olanlarda KRK riski artmıştır.

KRK, genellikle kolonda yavaş büyüyen ve kolonoskopi gibi bir tarama testi ile tespit edilebilen kanser öncesi değişikliklerden gelişir.

Kolonoskopik taramaya, ülseratif kolit semptomlarının başlangıcından 8 yıl sonra başlanmalı, daha sonra da düzenli aralıklarla (hastanın risk faktörlerine göre 1-3 yıl arasında) tekrarlanmalıdır.

## 9. Gebelik ve ÜK

İBH'na sahip kadınların çoğu hamilelikte ortaya çıkan değişikliklerin hastalıklarını nasıl etkileyeceğini ve tedavilerinde kullanılan ilaçların bebeğe zarar verip vermeyeceği konusunda endişe taşırlar. Esasen hamilelik esnasında uygun/gerekli tedavileri alan ve kontrollerini düzgün bir şekilde yaptıran kadınların çoğu normal bir hamilelik geçirebilir ve sağlıklı bir bebek doğurabilir. Şüphesiz ki burada önemli olan bir diğer husus hamilelik öncesi hastalığın remisyonunda olması durumudur. Bu nedenle gebeliğe karar verildiğinde hekiminin de bu durumdan haberdar edilmesi ve planlamaya dahil edilmesi, hastalığının durumunu net olarak ortaya koyarak remisyonunda olduğunun (gerekirse ve de tercihen) kolonoskopi yapılarak saptanmasından sonra hamileliğe izin verilmesi en doğru yaklaşımı oluşturur. Hamile kalındığında kullanılan ilaçlara devam edilmeli, sonrasında kadın-doğum hekimi ile

gastroenteroloji hekimi kullanılan ilaçları gözden geçirerek yeni bir tedavi planlaması yapmalıdırlar.

## İBH ve Doğurganlık (Fertilite)

Kontrol altındaki İBH hastasında hamile kalma yeteneği etkilenmez. Bununla birlikte, aktif hastalık gebe kalmayı zorlaştırabilir.

Kapsamlı abdominal veya pelvik cerrahi (örneğin kolonun çıkarılması) erkeklerde iktidarsızlık (ereksiyonun sürdürülememesi) riskini artırabilir. Kadınlarda kapsamlı cerrahi (total kolektomi), genellikle skar dokusu gelişiminin bir sonucu olarak kısırlık riskini artırabilir. Bu durumlarda, tüp bebek (IVF), genel popülasyondan daha düşük oranlarda olsa da, hamileliğin sağlanmasına yardımcı olabilir.

Bir erkeğin fertilite kapasitesi, ÜK tedavisinde kullanılan ilaçlardan biri olan sülfasalazin (Salazopyrin) tarafından da etkilenebilir. Bu ilaç erkeklerin yaklaşık yüzde 80'inde sperm anormalliklerine neden olur. İlaç kesildiğinde bu anormallikler düzelir.

ÜK hastası hamile kaldığında hastalığının şiddeti ve tutulum yeri bu durumdan olumsuz yönde etkilenir. Remisyonda olan kadınların yaklaşık 2/3 remisyonda kalırken, aktif hastalığı olan kadınlarda hastalık hamilelik boyunca aktif olarak devam eder. Aslında aktif hastalığa sahip olmak hamile kalmayı zorlaştırabilir, yanı sıra düşük yapma ve erken doğum gibi komplikasyonları daha olası hale getirebilir. Bu nedenle İBH'a sahip hastalarda gebelik hastalık remisyonda iken, steroidleri kesildiğinde ve en az 3 aydır stabil dozlarda ilaç aldıklarında gebe kalmalıdırlar.

**Hamilelik öncesi dikkat edilmesi gereken hususlar** — Bu öneriler hamileliği düşünen tüm kadınlar için geçerlidir:

- Hamile kalabilecek her kadın en az 400 mcg folik asit içeren bir takviye almalıdır. Folik asit almak, nöral tüp defekti adı verilen spesifik bir problem riskini azaltabilir. Folik asit alımına gebe kalmaya çalışmadan önce başlanmalı ve en azından ilk trimesterin sonuna kadar devam edilmelidir. Doğum öncesi vitaminlerin çoğu yeterli folik asit içerir.
- Kadınlar hamile kalmaya çalışmadan önce sigara içmeyi ve alkol ya da eğlence amaçlı herhangi bir maddeyi (örn. esrar) kullanmayı bırakmalıdır.

# PROF. DR. ÖMER ŞENTÜRK

- Reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanan kadınlar, bunları kendini takip eden hekimi ile gözden geçirmelidir. Bazı ilaçlar hamilelik sırasında güvenlidir, bazıları ise değildir. Bazı durumlarda, güvenli olmayan bir ilaç yerine alternatif bir ilaç kullanılabilir.
- Hamile kalmaya çalışırken ve hamilelik sırasında kafein alımı günde 250 mg'dan az ile sınırlandırılmalıdır.
- Hamilelikten önce kızamıkçık, suçiçeği, HIV, hepatit B ve kalıtsal genler (örn. kistik fibroz) için kan testi önerilebilir.

**İBH'nın Gebelik Üzerine Etkisi** — İBH'nın fetüsün büyüme ve gelişmesi ile gebeliğin sonuçları üzerine olan etkileri konusunda uzmanlar hemfikir değildir. Genel olarak, bebeğin sağlığı ve erken doğum riski, gebelik öncesi ve sırasında İBH'nın tipine, yaygınlığına, şiddetine ve gebelik sırasında kullanılan tedavilere bağlıdır. Daha şiddetli hastalığı olan kadınların erken doğum yapma ve düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma riski daha yüksektir.

Gebe kaldıklarında remisyonda olan kadınlar gebelik boyunca büyük olasılıkla remisyonda kalacaklardır. ÜK'li kadınların hamilelik sırasında Crohn hastalığı olan kadınlara göre hastalık alevlenmeleri daha olasıdır. Bir kadının ilk hamileliğinin seyri, gelecekteki hamileliklerin seyrini öngörmez.

Gebe kaldığında hastalığı aktif olan kadınların hamilelik sırasında aktif hastalığa sahip olmaları muhtemeldir. Kolonun çıkarılması da dahil olmak üzere cerrahi tedavi hamilelik sırasında mümkündür, ancak ameliyat yapılırsa erken doğum veya düşük yapma riski artar. Hamilelikten önce ülseratif kolit ameliyatı olan çoğu kadın normal bir hamilelik ve normal doğum yapabilir.

**Gebelik boyunca dikkat edilmesi gereken hususlar** — Hamilelik sırasında, İBH'lı hastaların takibi gastroenterolog, perinatolog ve K-Doğum hekimleri tarafından yapılmalıdır. Gastroenterolog ile ziyaretler, hamilelik sırasında hastalığın ciddiyetine göre planlanır. Çoğu kadın, doğum uzmanı tarafından 28. gebelik haftasına kadar her 2-4 haftada bir, 28-36. haftalar arasında 2 haftada bir ve 36 hafta ile doğum arasında haftada bir görülür. Her ziyarette tansiyon ve idrar testi yapılır.

Hamilelik sırasında bebeğin büyümesini izlemek için annenin gebelik tarihi (son adet tarihi) kesin olarak bilinmelidir. Son adet tarihini hatırlayamayan veya bebeğe ne zaman hamile

# PROF. DR. ÖMER ŞENTÜRK

kaldığından emin olmayan kadınların 12 haftalık hamilelikten önce ultrason çekilmeleri gerekir.

On ila 12 haftalık hamilelikten sonra, bebeğin kalp atış hızı her ziyarette ölçülür. Bebeğin normal şekilde büyüdüğü ve geliştiğinden emin olmak için genellikle hamileliğin 18-20. haftaları arasında ultrason önerilir.

Bazı kadınlar (özellikle hamilelik sırasında steroid alan veya orta-şiddetli hastalık alevlenmeleri olanlar) 18-20. haftalık hamilelikten sonra her 4 haftada bir bebeğin büyümesinin takibi amacıyla ultrasonla izlenirler.

**Hamilelik sırasında değerlendirme** - Sigmoidoskopi, MR enterografi (gadolinium kontrastı olmadan) ve bağırsak ultrasonu hamilelik sırasında güvenlidir (hangi trimestirde olursa olsun). Hemogloblin, protein (albümin) ve CRP gibi testler İBH'nın aktifliğinden bağımsız olarak hamilelik nedeniyle anormal olabilir.

**Bebeğin izlenmesi** - Hamilelik boyunca düzenli tıbbi ziyaretler sırasında bebeğin sağlık durumu yakından izlenir. Yirmi dördüncü haftadan sonra hamile olan kadınlar, bebeğin hareketlerini her gün izlemelidir. Bebek normal hareket etmiyorsa, derhal doğum uzmanına başvurulmalıdır.

**İlaçlar** – İBH tedavisinde kullanılan ilaçların çoğu hamilelik ve emzirme döneminde düşük riske sahiptirler. İlaçlara ait endişe taşıyan hastaların, ilaçları durdurma ile ortaya çıkacak hastalığındaki alevlenmenin hamilelik için çok daha riskli olduğunu bilmeleri gerekir.

• **Sulfasalazine** – Hamile kalmak isteyen kadınlar hamilelik ve emzirme döneminde sülfasalazin almaya devam edebilirler. Sülfasalazin, herhangi bir hamilelik komplikasyonu veya doğumsal anomaliler riskini artırmaz. Folik asit 2 mg/gün sülfasalazin ile birlikte alınmalıdır.

• **Antibiyotikler** – İBH tedavisinde antibiyotikler sıklıkla gerekli değildir ve aktif enfeksiyon veya poşit tedavisi için ayrılmalıdır. Amoksisilin-klavulanik asit hamilelik sırasında düşük riskli bir antibiyotiktir, ancak gerekirse siprofloksasin ve metronidazol de kullanılabilir.

• **5-ASA ilaçları** – 5-ASA ilaçları hamilelik ve emzirme döneminde güvenle alınabilirler.

# PROF. DR. ÖMER ŞENTÜRK

• **Steroidler** – Steroidler, İBH'li kadınlarda artan gebelik komplikasyonları ile ilişkilidir. Bununla birlikte, bunu aktif hastalığın kendisinin etkisinden ayırmak zordur. Hamilelik sırasında steroid alan kadınların gestasyonel diyabet ve yüksek tansiyon geliştirme olasılığı daha yüksek olabilir, ancak bu durumlar düzenli tıbbi ziyaretlerle tespit edilip yönetilebilir. Steroidler (örneğin prednizon) emzirme döneminde kullanılabilir.

• **Azatioprine ve 6-mercaptopurine** – Azatioprin ve 6-merkaptopürine hamilelik sırasında devam edilebilir. İBH'lı hastalarda yapılan çalışmalar, bu ilaçların kullanımı ile konjenital anomalilerde bir artış göstermemiştir. Azatioprin biyolojik bir tedavi (örn., infliximab) ile birlikte kullanılıyorsa, bazı hastalar bebek için enfeksiyon riskini azaltmak için kesilebilir. Azatioprin ve 6-merkaptopurin alan kadınlar emzirebilir. Anne sütünde çok az geçiş vardır ve ilacı aldıktan 4 saat sonra neredeyse hiç yoktur.

• **Infliximab** – İnfliximab hamilelik sırasında kullanılabilir. Kapsamlı uluslararası veriler, anti-tümör nekroz faktör (TNF) ilaçlarından (infliximab, adalimumab, sertolizumab, golimumab) herhangi birinin kullanımı ile konjenital anomali oranında herhangi bir artış bildirilmemiştir ve bu nedenle hastalığı uzun süredir remisyonunda olmayan hastalar bu ilaçlara gebelik boyunca devam etmelidirler. Ancak infliximab, adalimumab ve golimumab plasentayı geçebilir ve doğumdan sonra 9 aya kadar bebekte bulunabilir. Bu ilaçlardan biri kullanılıyorsa diğer tüm aşılarda programa göre verilebilse de, bebeğe yaşamın ilk altı ayında canlı aşılarda (rotavirüs) yapılmamalıdır. Çok az miktarda infliximab anne sütüne geçer, bu nedenle bu ilacı alırken bebek emzirilebilir. Eğer hasta remisyonunda ise 24 haftadan doğuma kadar olan sürede (3.trimestir) infliximabın kesilmesi daha uygun olabilir.

• **Adalimumab** – İnfliksimabda olduğu gibi adalimumab kullanımı ile ilgili konjenital anomalilerde bir artış bildirilmemiştir. Adalimumab ayrıca plasentayı geçer ve hamileliğin son 2-4 haftasına kadar bu durum devam eder. Yine İFX'da olduğu gibi bebeğe yaşamın ilk 6 ayında canlı aşılarda (rotavirüs) yapılmamalıdır. Anne sütünde emzirmeye izin verecek kadar düşük seviyelerdedir.

• **Certolizumab pegol** – Sertolizumab kullanımı ile bildirilen konjenital anomalilerde herhangi bir artış yoktur. Sertolizumab, plasentayı infliximab ve adalimumab ile aynı

oranda geçmez. Bu nedenle, hamilelik boyunca programa göre dozlanır ve aşılama programları değişmez. Diğer iki ilaçta olduğu gibi, anne sütüne emzirmeye izin verecek kadar düşük seviyelerde geçebilir.

• **Diğer ajanlar:**

- Golimumab - Veriler sınırlı olsa da, golimumab'ın güvenliği diğer anti-TNF ajanlarına (örn. adalimumab) benzerdir.
- \*Ustekinumab - Veriler sınırlı olmakla birlikte, konjenital anomalilerin oranında bir artış görülmemektedir. Diğer biyolojiklerde olduğu gibi, plasental transfer ve anne sütüne önemsiz oranda geçiş vardır.
- \* Vedolizumab - Veriler sınırlı olsa da, gebelik kaybı veya konjenital anomali oranlarında artış görülmemektedir. Diğer biyolojiklerde olduğu gibi, plasental transfer ve anne sütüne önemsiz oranda geçiş vardır.
- Tofacitinib - Hayvan verileri, çok yüksek dozlarda verildiğinde konjenital anomalilerde artış olduğunu göstermektedir. İnsan verileri sınırlıdır. Bu nedenle hamilelikte dikkatli kullanılmalı ve emzirmeden kaçınılmalıdır.
- Ozanimod - Hamilelik veya emzirme döneminde ozanimod kullanımı hakkında hiçbir insan verisi mevcut değildir.

• **Antidiarreal ilaçlar** - Difenoksilat-atropin (Lomotil) ve loperamid (Imodium) gibi antidiarreal ilaçlar hamilelik ve emzirme döneminde şüpheli güvenliğe sahiptir.

## 15. Doğum ve Postpartum Periyod

Crohn hastalığı veya ülseratif koliti olan kadınlarda doğum türü (vajinal veya sezaryen), vajina ve anüs çevresindeki dokuların sağlığına, hasta ve klinisyenin tercihinine ve bebeğin gelişimine bağlıdır. Crohn hastalığı vajina çevresindeki alanları etkiliyorsa veya bir kadının ileoanal poşu varsa, fistül ve inkontinans gelişme riskini azaltmak için sezaryen doğum tercih edilebilir.

**Emzirme** – Emzirme, İBH üzerine herhangi bir olumsuz etki oluşturmaz. Bebeğe olan faydaları nedeniyle mutlaka önerilmelidir. Yanı sıra anne üzerinde de olumlu etkiler oluşturur. Burada dikkate edilmesi gereken husus İBH tedavisinde kullanılan ilaçların süte geçip geçmemeleri ile ilgilidir. Bu hususta gerek doğum uzmanı ve gerekse de gastroenterolog hastayı bilgilendirmelidir. Hem gebelik ve hem de emzirme dönemi için ilaçlara ait kullanım önerileri tabloda özetlenmiştir.

# PROF. DR. ÖMER ŞENTÜRK

İlaç	Gebelik esnasında	Emzirme döneminde
Mesalazine (5-ASA)	Düşük risk	Düşük risk
Sulfosalazine	Düşük risk	Düşük risk
Kortikosteroidler	Düşük risk	Düşük risk, 4 saat sonra emzirme önerilir
Thiopurinler	Düşük risk	Düşük risk
Anti-TNF ajanlar	Düşük risk, remisyon olan hastalarda 24.haftada ilaç kesilmesi önerilir	Muhtemele düşük risk, sınırlı veri mevcut
Methoteraxate	Kesinlikle kullanılmamalıdır	Kesinlikle kullanılmamalıdır
Metronidazole	İlk trimestirde kullanılmamalıdır	Emzirme dönemi bu ilaç kullanılmamalıdır
Ciprofloksasin	İlk trimestirde kullanılmamalıdır	Emzirme dönemi bu ilaç kullanılmamalıdır