Kronik İshalli Hastaya Yaklaşım

Prof.Dr.Ömer ŞENTÜRK

Tanım

- Normal dışkılama=günde 3 kez & 3 günde 1 kez
- Normal dışkı ağırlığı 100-200 gr/gün
- Normal dışkı kıvamlı ve şekillidir
- Sayı ve miktar ne olursa olsun "sulu dışkılama" veya "bulunduğu kabın şeklini alan dışkılama" **ishaldir**
  - ✓ Normalde dışkının % 70-85'i sudur
  - ✓ Dışkının sıvı içeriği ishal olup olmamayı belirler

Fizyoloji

- Günde barsaklara ortalama 10 litre sıvı girer (alınan + sekresyonlar)
- Bu sıvının 9,9 litresi emilir, 0,1 litresi atılır
- Atılan miktar >0,3 litre olduğunda hemen her zaman ishal olur
- İnce barsaklar tüm sıvının 8-9 litresini, kalın barsaklar ise 0,9-1,9 litresini emer
- Kalın barsakların emme kapasitesi 4-5 litreye çıkabilir, ince barsakların emilim kapasitesi?
- Emilim işleminde düşük oranda azalmalar bile ishal yapabilir

Sınıflandırma

İshaller oluş mekanizmasına ve devam ettiği süreye göre alt gruplara ayrılırlar

- **Mekanizmaya göre**
  - Osmotik
  - Sekretuvar
  - Mukozal hasara bağlı
  - Motilite bozukluğuna bağlı
  - Diğer (patofizyolojisi çok iyi anlaşılamamış)
- **Süreye göre**
  - Akut
  - Kronik

Mekanizmaya göre ishaller

Mekanizmaya göre

1. Osmotik ishaller
2. Sekretuvar ishaller
3. Mukozal hasara bağlı olanlar
4. Motilite bozukluğuna bağlı gelişenler
5. Diğerleri (patofizyolojisi çok iyi anlaşılamamış)
   - Diüretikler, kalp glikozitleri, metotreksat, kolşisin
   - Addison, hipoparatiroidizm
   - Tabes dorsalis, multiple skleroz, myotonik distrofi
   - Kurşun ve civa zehirlenmeleri

Sınıflandırma

- **Süreye göre**
  - Akut
  - Kronik

Akut diyare

- Başlangıç ve dışkılama
  - Ani başlangıç
  - Az, az ve sık dışkılama
  - Kramp tarzında karın ağrısı ve tenesmus
  - Dışkının volüm ve sıvı içeriğinde artma
- Süre <2 hafta
- En sık nedenler;
  - Enfeksiyöz ajanlar
    - Viral ve bakteriyel; Rota-, Adeno-, Norwalk virusu, E.coli, Campylobacterler, C.difficile, Shigella
    - Parazit ve fungal; E. histolytica, G.lamblia
  - Bakteriyel toksinler (gıdalarla alınabilir veya barsakta oluşabilir)
  - İlaçlar
  - İntestinal iskemi ve pelvik inflamasyon
  - Rektumda taşlaşmış dışkı

Akut diyare

- Ne kadar süredir ishaliniz var?
- Son zamanlarda başka bir ülke veya bölgeye seyahatiniz oldu mu?
  - Bu durum enfeksiyöz diyareyi akla getirir
- Her zamankinden farklı bir yerde veya farklı bir yiyecek yediniz mi?
- Sizinle birlikte aynı yemekten yiyenlerde aynı şikayetler oldu mu?
- Evde evcil hayvan besliyor musunuz?
- Aldığınız ilaçlar neler? Özellikle son zamanlarda antibiyotik aldınız mı?
  - Sürekli kullanılan ilaçlar diyareye yol açabilir
  - Antibiyotiğe bağlı ishal olabilir
- İshale eşlik eden başka şikayetler (bulantı, kusma, ateş ve karın ağrısı) var mı?

Kronik diyare

- Başlangıç ve dışkılama
  - Tedrici ve sinsi başlangıç,
  - Diyarenin şiddeti çeşitli derecelerde olabilir,
  - Kolik tarzında karın ağrısı ve distansiyon,
  - Diyare ve konstipasyon atakları birbirini takip edebilir
- Süre >4 hafta
- Oldukça farklı etiyolojilerle meydana gelebilir

Kronik diyare

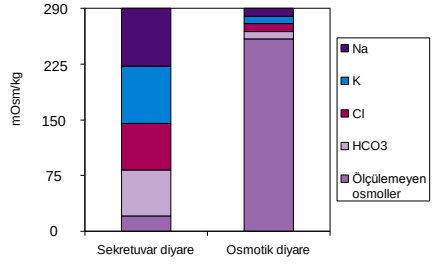
Patofizyolojisine göre 7 grupta toplanabilir;

1. Osmotik ishaller
2. Sekretuvar ishaller
3. İnflamatuvar durumlar
4. Motilite bozuklukları
5. Kronik enfeksiyonlar
6. Faktisyel nedenlerle olan

Osmotik ishal

- Emilmeyen maddelerin alınması
- Alınan gıdaların iyi sindirelememesi
- Mukozal transporttaki bozukluklara bağlı oluşur
- *Önemli özellikleri;*
  - Açlıkta durur
  - Dışkı osmolaritesi ile plazma osmolaritesi arasında 100 mOsmol'den fazla bir osmotik gap vardır
  - Dışkı pH'sı asid yöne kaymıştır (<5,5)

Osmotik gap



Osmotik gap = $290 - 2x([Na^+]+[K^+])=10$ $290 - 2x([Na^+]+[K^+])=230$

Osmotik ishal sebepleri

- Emilmeyen veya az emilen maddelerin alınması
  - İlaçlar ve gıdalar
    - Magnezyum sülfat, magnezyum hidroksit, sodyum sülfat, sodyum sitrat, sodyum fosfat, polietilen glikol (PEG), saline katartikleri, mannitol, sorbitol, laktüloz
- Gıdaların iyi sindirilemeyişi (malabsorpsiyon sendromları)
  - İnce barsak mukozal hastalıklar,
  - İntestinal rezeksiyonlar (gastro kolik fistül, jejunoileal bypass, kısa barsak sendromu, postgastrektomi, postvagotomi),
  - Lenfatik obstruksiyon,
  - İnce barsak bakteriyel aşırı çoğalma,
  - Pankreas yetersizliği
- Mukozal transport defektleri (malabsorpsiyon sendromları)
  - Glukoz-galaktoz malabsorpsiyonu, konj.kloridorea

Sekretuvar ishaller

- Fazla volümlü diyaredir (1-10 litre/gün)
- İntestinal mukoza üzerinde sıvı–elektrolit sekresyonunu artırıcı veya emilimini azaltıcı etki yapan sebeplerle olur
- Bu etiyolojiler ekzojen veya endojen olabilir
- *Önemli özellikleri;*
  - Açlıkta da devam eder
  - Emilim normal olduğundan yemek yenmesi ishali artırmaz
  - Dışkı kan, yağ ve müküs içermez
  - Osmotik gap normal (<50)

Sekretuvar ishal sebepleri

- Ekzojen sebepler
  - Laksatifler
    - Phenolphtalein, antraquinone, bisacodyl, oxiphenacetin, senna, ricinoleic acid
  - İlaçlar
    - Diüretikler, teofilin, antitiroidler, kolinerjikler, kinidin, kinin, kolşisin, ACE inhibitörleri, ranitidine, antidepresanlar, misoprostol, olsalazine, altın
  - Toksinler
    - Arsenik, mantar, organik fosfor bileşikleri, deniz ürünleri, kahve, çay, kola, alkol
  - Bakteriyal toksinler
    - S. aereus, C.perfiringes, C.botulinum, B.cereus, V.cholera, Enterotoksijenic E.coli, C.jejuni, Y. enterocolitica, K.pneumonia, C.difficile
  - Histolojik anormallikler olmadan barsak allerjisi

Sekretuvar ishal sebepleri

- Endojen sebepler
  - Konjenital
    - Mikrovillus inklüzyon hastalığı, konj. kloridorea, konj. sodyum diare
  - Endojen laksatifler
    - Safra tuzu malabsorpsiyonu
  - Hormon salgılayan tümörler
    - Tiroid medüller karsinom, pankreatik kolera sendromu, ganglionöroma, glucagonoma, mastositosis, villöz adenom, ZE sendromu, karsinoid sendrome
  - Hipertiroidi
  - Kollojen vasküler hastalıklar

Patofizyolojik ayrım

	Osmotik diyare	Sekretuvar diyare
Açlıkta ishal	Durur	Durmaz
Dışkı volümü	< 200 ml/gün	> 200 ml/gün
Dışkı Na	< 60 mmol/L	> 90 mmol/L
Osmotik gap	> 160 mOsm/L	< 20 mOsm/L

Mukozal hasara bağlı ishaller

- İnflamatuvar ishaller de denir
- İntestinal mukozanın bütünlüğünü bozarak hem malabsorpsiyona ve hem de sekresyona yol açarak ishal yaparlar
- Dışkıda kan ve müküs vardır
- Etiyolojiler 4 grupta toplanabilir;
  - Enfeksiyöz
  - Hipersensitivite
  - Sitostatik ilaçlar
  - İdiyopatik- immunolojik

İnflamatuvar ishal sebepleri

- Enfeksiyonlar
  - **Bakteriler**- Enteropatojenik E.coli, Salmonella, Shigella, E.histolitica, C.jejunu, Y.enterolitica
  - **Virüsler**- Rota virüs, Norwalk ajanı, HIV
  - **Parazitler**- Giardia, Criptosporodium, İsospora, Ascaris, Trichinella
  - **Mikst**- Bakterial aşırı gelişim, Tropikal sprue
- Sitostatik ajanlar
  - Kemoterapötikler (mukozit), radyoterapi (akut-kronik radyasyon koliti)
- Hipersensitivite
  - Gluten enteropatisi, eozinofilik gastroenterit, nematod infestasyonları, ilaca bağlı kolit (altın, metil dopa), gıda alerjisi
- İdiyopatik- immunolojik
  - Ülseratif kolit, Crohn hast, lenfoma, mikroskopik ve kollojenöz kolit, graft versus host hastalığı

Motilite bozukluğuna bağlı ishaller

- Hipomotiliteye bağlı bakteriyal aşırı çoğalma
- İntestinal hipermotilite
- Kolonik hipermotilite
- Etiyolojiler;
  1. Cerrahi sonrası: Vagotomi, parsiyel gastrektomi, kör loop sendromu (bakteriyel aşırı çoğalma)
  2. Sistemik hastalıklar: Skleroderma, diyabet, hipertiroidi
  3. İrritable bowel syndrome (İBS-İ)

Faktisyel ishaller

- Kronik diyareli olguların %15'ini oluşturur
- Gizliden laksatif kullanımı veya dışkının sulandırılması ile oluşur

Öykü

Öykü

Hasta gerçekten diyare midir ?

- Bazen gerçekten tanımlanan olayın diyare olmadığı, anal inkontinans ve fekal kirlenmeyi ishal şekilde yorumlayabilir!..

Öykü-Akut İshal

- ✓ Ne kadar süredir ishaliniz var?
- ✓ Son zamanlarda başka bir ülke veya bölgeye seyahatiniz oldu mu?
  - ✓ Enfeksiyöz diyare !
- ✓ Her zamankinden farklı bir yerde veya farklı bir yiyecek yediniz mi?
- ✓ Sizinle birlikte aynı yemekten yiyenlerde aynı şikayetler oldu mu?
- ✓ Evde evcil hayvan besliyor musunuz?
- ✓ Aldığınız ilaçlar neler? Özellikle son zamanlarda antibiyotik aldınız mı?
  - ✓ Sürekli kullanılan ilaçlar diyareye yol açabilir.
  - ✓ Antibiyotiğe bağlı ishal olabilir
- ✓ İshale eşlik eden başka şikayetler (bulantı, kusma, ateş ve karın ağrısı) var mı?

Yaş

- Genç hastalar
  - İnflamatuvar barsak hastalığı
  - Tüberküloz
  - Fonksiyonel barsak hastalığı (İBS)
- Yaşlı hastalar
  - Kolon kanseri
  - Divertikülit
  - Aşırı laksatif kullanımı

Diyare Paterni

- **Konstipasyonla dönüşümlü diyare atakları**
  - Kolon kanseri
  - Laksatif kullanımı
  - Divertikülit
  - Fonksiyonel barsak hastalığı (İBS)

Aralıklarla veya Sürekli Olan İshal

- **İntermittent Diyare**
  - Divertikülit
  - Fonksiyonel barsak hastalığı (İBS)
  - Alerji
  - Malabsorpsiyon
- **Devamlı Diyare**
  - İnflamatuvar barsak hastalığı
  - Laksatif kullanımı

İnce/Kalın Barsak

- İnce barsak veya proksimal kolon tutulumu
  - Fazla miktarda sulu diyare
  - Defekasyondan sonra karın krampları devam eder
- Distal kolon tutulumu
  - Az miktarda sulu diyare
  - Defekasyondan sonra karın kramplarında rahatlama

Hastanın Araştırılması

İnce Barsak Tipi Diyare	Kalın Barsak Tipi Diyare
Büyük volümlü dışkı	Düşük volümlü dışkılama
Büyük volümlü dışkılama sıklığında artma	Düşük volümlü sık dışkılama
Ani dışkılama isteği yok	Ani dışkılama isteği var
Tenesmus yok	Tenesmus var
Dışkıda müküs yok	Dışkıda müküs var
Dışkıda kan yok	Dışkıda kan olabilir
Karın orta hatta ağrı	Dışkılama ile rahatlamanın olduğu sol iliak fossada ağrı

Diürnal Variasyon

- Gün içersinde herhangi bir zamanla ilişkisiz
  - Enfeksiyöz diyare
- Sabah diyare ve yemek sonrası diyare
  - Gastrik nedenler
  - Fonksiyonel barsak hastalığı (İBS)
  - İnflamatuvar barsak hastalığı
- Noktürnal diyare (hemen daima organik)
  - Diyabetik nöropati
  - İnflamatuvar barsak hastalığı

Kilo Kaybı

- İştahı normal olmasına rağmen
  - Hipertiroidi
  - Malabsorpsiyon
- Ateşle birlikte
  - İnflamatuvar barsak hastalığı
- Diyare başlangıcından önce kilo kaybı var
  - Pankreas kanseri
  - Tüberküloz
  - Diyabet
  - Hipertiroidi
  - Malabsorpsiyon

Dışkının Özellikleri

- **Su miktarı:** Kronik sulu diyare
- **Kan, müküs:** Kronik inflamatuvar diyare
- **Kötü kokulu, büyük hacimli ve yağlı dışkı:** Kronik yağlı diyare

İlaç ve Diyet

- İlaca bağlı diyare
- Gıda ile bulaşan hastalıklar
- Su ile bulaşan hastalıklar
- Yüksek fruktozlu şurup
- Aşırı sorbitol veya mannitol
- Aşırı kahve veya diğer kafeinli içecekler

Seyahat

- Turist diyaresi (Traveler's)
- Enfeksiyöz diyare

Birlikte Olan Semptomlar

- Karın ağrısı
- Bazen kabızlık
- Tenesmus
- İstemsiz kilo kaybı
- Ateş
- Bulantı-kusma

Geçmiş Tıbbi Öykü

- Çölyak hastalığı (çocukluk çağında diyare-düzelme-erişkin döneminde yeniden ortaya çıkma)
- Kontrolsüz diyabet
- Pelvik radyoterapi

Geçmiş Operasyon Öyküsü

- Jejunoileal bypass
- Vagotomi ile birlikte gastrektomi
- Barsak rezeksiyonu
- Kolesistektomi

Organik Nedenleri Düşündüren Bulgular

- Ağrısız diyare
- Yaşlı hastada yeni başlayan diyare
- Noktürnal diyare
- Kilo kaybı
- Dışkıda kan
- Büyük volümlü dışkı (>400 gram/gün)
- Anemi
- Hipoalbuminemi
- Sedimantasyon hızında artma

Fizik Muayene

Genel Vücut Görünümü

- Genel görünüm ve mental durum
- Vital bulgular
- Vücut ağırlığı
- Ortostasis- volüm azlığı, otonomik disfonksiyon

Muayene…

- Ekzoftalmus (Hipertiroidism)
- Aftöz ülserler (İBH ve Çölyak hastalığı)
- Lenfadenopati (Malignensi, Enfeksiyon, Whipple hast.)
- Tiroidde büyüme ve hassasiyet (Tiroidit, Medüller tiroid karsinomu)
- Parmaklarda çomaklaşma (Karaciğer hastalığı, İBH, Laksatif kullanımı, Malignensi)

Deri Lezyonları

- Dermatitis herpetiformis (Çölyak hastalığı)
- Eritema nodosum ve piyoderma gangrenosum (İBH)
- Hiperpigmentasyon (Addison hastalığı)
- Flushing (Karsinoid sendrom)
- Migratuvar nekrotizan eritem (Glukagonoma)

Karın Muayenesi

- Cerrahi skarlar
- Karında hassasiyet
- Karında kütle
- Hepatosplenomegali
- Oskültasyonda barsaklarda aşırı gurultu
  - Malabsorpsiyon
  - Bakterial aşırı çoğalma
  - Obstruksiyon, hızlı intestinal geçiş

Perianal ve Rektal Muayene

- İnkontinans belirtileri
  - Kronik irritasyona bağlı deri değişiklikleri,
  - Anüs açıklığı,
  - Zayıf sfinkter tonüsü
- Crohn hastalığı
  - Perianal skin tags
  - Ülserler
  - Fissürler
  - Apse
  - Fistul
  - Stenoz
- Taşlaşmış dışkı veya kütle saptanabilir

Sistemik Muayene

- Wheezing ve sağ kalpte üfürüm (Karsinoid send.)
- Artrit (İBH, Whipple hast., Reiter sendr.)

Araştırma

Kan Testleri

- CBC, serum elektrolitleri, KCFT, PT, Ca, P, albümin, TSH, total T4, beta-carotene
- Malabsorpsiyon sendromları ve inflamatuvar durumlarda **anemi** oluşur (vitamin B12, folat, demir)
- Malabsorpsiyon, protein-kaybettirici enteropatiler ve inflamatuvar hastalıklarda **hipoalbüminemi** vardır
- Gluten şüphesi varsa ona ait serolojik testler (EMA, TTg IgA)
- Ciddi sekretuvar diyarelerde hiponatremi ve non–anyon gap metabolik asidoz bulunabilir
- Yağda eriyen vitaminlerin malabsorpsiyonu sonucu PT uzar, serum Ca, caroten miktarları düşer, serum alkalen fosfataz düzeyleri artar

Dışkı İncelemesi

- 24 saatlik dışkı toplanarak ağırlık ve yağ miktarı ölçülür
- Günlük >250-300g dışkı diyarenin varlığını konfirme eder
- Günlük 1000-1500g üzeri dışkı söz konusu ise sekretuvar olayları aramalı
- 24 saatte >10g yağ saptanmışsa malabsorpsiyonla ilgili araştırma yapmalı

Dışkı İncelemesi

- Dışkı osmolalitesi
  - Osmotik gap osmotic diyarenin doğrulanmasını edilmesini sağlar
  - Dışkı osmolalitesi serum osmolalitesinden düşük ise dışkıya su veya idrar ilavesi yapılmış anlamına gelir (faktitiöz diyare)
- Dışkıda laksatif taraması
  - Laksatif kullanım şüphesi varsa dışkıda Mg, fosfat ve sülfat ölçümleri yapılabilir.
- Dışkı pH
  - < 6 karbohidrat malabsorpsiyonu

Dışkı İncelemesi

- Dışkıda lökosit
  - Dışkıda lökosit bulunması ishalin nedeni olarak inflamatuvar durumları gösterir
- Dışkıda parazit ve yumurtası
  - *Giardia lamblia* antijeni
    - 7 günden uzun süren ve günde 10'dan fazla dışkılaması olan hastalar
  - *Clostridium difficle toxin*
    - Yakın zamanda hastaneye yatma veya antibiyotik kullanım öyküsü varsa
  - Dışkı örneklerinde ayrıca *E.histolytica, Cryptosporidium* ve *Cyclospora* saptanabilir

Malabsorpsiyon Testleri

Yağ malabsorpsiyonu

Günlük 100g yağ alan bireyde >6g/gün dışkıda yağ saptanmasına → **steatore**

Dışkıda yağ;

1. Kalitatif → Sudan III boya ile
2. Kantitatif → Van De Kamer yöntemi (3 gün gaita biriktirilerek ölçüm yapılır)(10-20g/gün yağ=hafif, 30-50g/gün yağ=şiddetli steatore → **Pankreas yetmezliği**)

Malabsorpsiyon Testleri

Protein malabsorpsiyonu

- Dışkıda nitrojen ölçümü
- Jejunal aspiratta 100.000'den fazla mikrorganizma olması→ Ciddi bakteriyel aşırı çoğalma = Protein kaybettiren enteropati
- Dışkı mikroskopisinde kas liflerinin bulunması

Malabsorpsiyon Testleri

Karbohidrat malabsorpsiyonu

- Dışkı pH < 5,5-6 (Bakteriyel fermentasyon nedeni ile)
- Oral laktoz tolerans testi
  - Aç hastaya 50 gr laktoz 180 ml su ile içirilir. 2 saat sürede 30 dk aralarla kan alınır. Kan glukozu 1,1mmol/L'den daha az artış gösteriyor ise hipolaktaz tanısı konur.
- Laktoz/H_2 nefes testi
  - Daha duyarlıdır. Laktozun kolonik bakteriyel femantasyonu esasına dayanır. Hastaya 50 gr laktoz verilir. 30-60-90 ve 120. dk'da nefes H_2 düzeyi ölçülür. 20 ppm'den az artış malabsorpsiyonu gösterir

Malabsorpsiyon Testleri

Karbohidrat malabsorpsiyonu

- Glukoz/H_2 nefes testi
  - Oral alınan karbohidratların bakteriyel fermantasyonu esasına dayanır. 50gr glukoz oral verilir. 30-60-90-120. dk'larda nefes sonu H_2 ölçümü yapılır. Açlık H_2 konsantrasyonu bakteriyel aşırı çoğalmada ve gluten enteropatisinde artar. 20 ppm üstü tanısaldır.

Malabsorpsiyon Testleri

Diğer testler

D-Xylose testi

25 gr D-Xylose 400 ml suda eritilerek hastaya içirilir ve 5 saat süre ile idrar toplanır. Xylose'un idrar ve kan düzeyi ölçülür. Normalde verilenin 5 g'dan daha fazlası (yani %20'si) 5 saat içinde idrarla atılmalıdır. Bu miktar yaşlılarda, böbrek hastalarında, bakteriyel aşırı çoğalma durumlarında azalabilir.

Malabsorpsiyon Testleri

Diğer testler

Schilling Testi (Vit B12 absorbsiyon testi)

İleum fonksiyon testidir. Gıdalar ile alınan vit B12 midede intrinsik faktör ile birleşir ve ileumda aktif transport ile emilir. Bu test için oral olarak radyoaktif işaretli vit B12 ve aynı zamanda işaretli olmayan vit B12 i.m. verilir.

Malabsorpsiyon Testleri

Diğer testler

Schilling Testi (Vit B12 absorbsiyon testi)

- Eğer verilen B12 dozunun 24 saatte idrarla atılan miktarı %8'den az ise B12 malabsorpsiyonu söz konusudur
- İntrinsik faktör verilmesi ile malabsorbsiyon düzeliyorsa tanı pernisyöz anemidir
- Pankreatik enzimler ile düzelirse pankreas yetersizliğine bağlıdır
- Antibiyotik ile düzeliyorsa bakteriyel aşırı çoğalma akla gelmelidir
- İleal rezeksiyonlarda tablo düzelmez

Malabsorpsiyon Testleri

Diğer testler

Safra tuzları absorpsiyon testi (selenyum 75 ile işaretli homotaurokolik asit testi)

- Radyoaktif olarak işaretli bu madde bakteriyel dekonjugasyona dirençlidir, enterohepatik dolaşıma geçer
- Sintigrafik olarak ölçüm yapılır
- 24 saatte %80, 72. saatte %50 ve 7. günde %19 oranında tespit edilir. Kronik safra tuzu malabsorpsiyonu olan olgularda bu oran daima %5'in altındadır

Diğer incelemeler

- Sekretuvar diyare şüphesi varsa
  - Serum VIP (VIPoma),
  - Gastrin (Zollinger-Ellison syndrome),
  - Kalsitonin (medüller tiroid karsinomu),
  - Kortisol (Addison hastalığı) ve
  - Üriner 5-HIAA (karsinoid sendrom) düzeyleri ölçülmeli

Endoskopik incelemeler

- Proktosigmoidoskopi (+mukozal biyopsi)→ İBH (mikroskopik kolit dahil), melanosis koli kronik anthraquinone laksatif kullanımı
- Kolonoskopi→ Kolonik tutulum gösteren İBH
- Üst GİS endoskopi + biyopsi → Mukozal hastalığa bağlı malabsorpsiyon
- Üst GİS endoskopi + duodenal aspirasyon + ince b.biyopsi → AİDS, Cryptosporidium, Microsporida ve M.avium-intracellulare enfeksiyonu

Görüntüleme yöntemleri

- Düz karın grafisinde kalsifikasyon → Kronik pankreatit
- Enteroklizis, enterografi → Crohn hastalığı, lenfoma, karsinoid sendrom
- Abdominal CT → Kronik pankreatit veya pankreas tümörleri

"Obscure" Orijinli Diyarenin En Sık Tanıları

- Fekal inkontinans
- Nöropati
- İlaca bağlı diyare
- Gizli laksatif alımı
- İnce barsak bakteri aşırı çoğalması
- Mikroskopik kolit
- Karbohidrat malabsorpsiyonu
- Pankreatik ekzokrin yetmezliği
- Safra asit diyaresi
- Endokrin tümör
- İdiyopatik sekretuvar diyare

Tedavi

Tedavi

1. Spesifik olmayan (ampirik) tedavi
2. Spesifik tedavi

Spesifik Olmayan (Ampirik) Tedaviler

1. Tanısal testlerden önce başlangıç veya geçici tedavi
2. Tanıyı doğrulamak için yapılan ve başarısız kalan testlerden sonraki tedavi
3. Tanı konmuş, ancak spesifik tedavi mümkün değil veya spesifik tedavi hastalığı düzeltmede başarısız kalmış

Spesifik Olmayan Tedaviler

- Diyete ait değişiklikler
  - Sık-sık ve az miktarlarda yemek yeme
  - Karbohidrat alımının azaltılması
  - Yağ alımının azaltılması
  - Süt içmeme
  - Sorbitol ve mannitol alınmaması

Spesifik Olmayan Tedaviler…

- Kütle oluşturan ajanların kullanımını destekleyen sağlam veri yok
- Bismut subsalisilat (örn. Pepto-Bismol)
- Opioidler ve opioid agonistleri
  - Loperamide- İlk seçenek
  - Diphenoxylate-atropine (Lomotil)
  - Codeine ve diğer narkotikler – Refrakter olgularda

Spesifik Tedaviler

- Clonidine (Alfa2 adrenerjik agonist)
  - İntestinal elektrolit sekresyonunu inhibe eder
  - Bazı sekretuvar diyarelerde,
  - İBS'ye bağlı orta şiddetteki diyarelerde,
  - Cryptosporidiosis ve
  - Diyabetik diyarede kullanılır
- Somatostatin
  - Refrakter diyare
    - AİDS,
    - Post kemoterapi,
    - GVHD ve
    - Hormon sekrete eden tümörler (VİPoma, karsinoid tümörler)

Spesifik Tedaviler…

- Safra asit bağlayıcıları (örn.kolestiramin)
  - İntestinal rezeksiyon veya ileal hastalığa sekonder safra tuzuna bağlı oluşan diyarelerde
- Pankreatik enzim takviyesi
- Antimikrobialler –ampirik fluoroquinolon tedavisi

Olgu Sunumu

- 60 yaşında bayan
- Son 3 aydır diyaresi var
- Bulantı-kusma, ateş yok
- Hastalıklı bir görünümü mevcut,
- Başlangıçta diyaresini seyahat etmesine bağlamış, (yakınmaları başlamadan önce Singapur'a seyahat etmiş)
- Fakat aradan haftalar geçmesine rağmen yakınmaları devam etmiş,

Bu hastada diyarenin belirlenmesinde en faydalı olabilecek olan aşağıdakilerden hangisidir?

A. Semptomların tanımlanması

B. Dışkı ağırlığında artma (>200g/gün)

C. Laboratuvar testleri

D. Yumuşak ve sulu dışkılamanın bildirilmesi

Bu yakınmalar temelinde aşağıdakilerden hangileri ile tanı konulabilir?

A. Öykü ve fizik muayene ile

B. Öykü, fizik muayene ve laboratuvar çalışmaları ile

C. Öykü, fizik muayene, laboratuvar çalışmaları ve kolonoskopik biyopsi ile

D. Öykü, fizik muayene, laboratuvar çalışmaları ve sigmoidoskopik biyopsi ile

Hastalığın şiddetinin nasıl değerlendirebilirsiniz?

A. Semptomların başlangıcından itibaren geçen sürenin uzunluğu ile

B. Diyarenin günlük yaşamsal fonksiyonlar üzerine olan etkisiyle

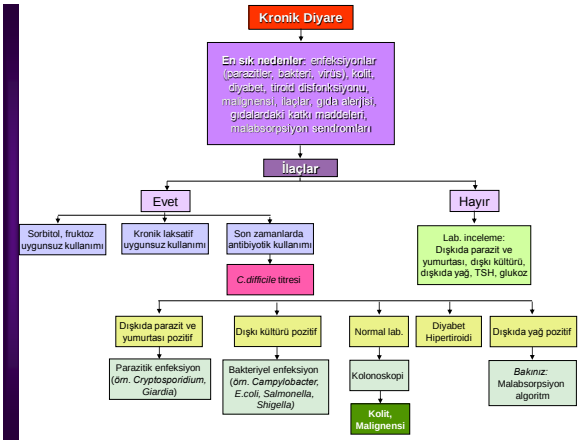
C. Fizik muayene ile

D. Dışkılama sıklığı ile

Kronik diyaresi olan bu hasta için başlangıç ampirik tedaviniz ne olur?

A. Psyllium

B. Bismuth subsalisilat

C. Loperamide

D. Codeine