

İnce Barsakların Benign Hastalıkları

Dr. Koray TOPGÜL

İnce Barsakların Benign Hastalıkları

- İnflamatuvar Hastalık (Crohn, Terminal ileitis, Rejyonel enterit)
 - TBC enteriti
 - Tifo Enteriti
 - Divertiküler hastalık
 - Çeşitli problemler (Radyasyon enteriti, konjenital anomaliler, ince barsak fistülleri,ülserler, kısa barsak sendromu)
-

CROHN HASTALIĞI

“Spontan düzelmeler ve akut alevlenmelerle giden, GIS’in herhangi bir yerinde görülebilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. ”

Etyoloji????

- Lenfatik obstrüksiyon ve takiben bakterilerin özellikle de mikobakterilerin enfeksiyonu/aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu olabilir?
- Lökotrien B₄ 'ün mukozada arttığı, IL 2'nin T hücrelerinden beklenen miktarda gamma-interferon sağlayamadığı gibi immünitede defektler olabilir?
- İntestinal permeabilitede artış ve buna bağlı inflamasyon?
- VIP'in (vazoaktif intestinal polipeptid) aşırı sekresyonu?

Patoloji-1

- En sık terminal ileumda (GIS'in herhangi bir yerinde olabilir).
- Tutulan bölgeler arasında sağlam kısımlar olabilir.
- Makroskobik bulgular ortaya çıkmadan önceki ilk bulgu **mukoza ve submukozada ödemdir.**
- Önce **aftöz ülserler** oluşur, daha sonra bu ülserler derinleşir ve **lineer ülserler** gelişir ve tüm barsak duvarını tutan **inflamasyon** gelişir.

Patoloji-2

- En belirgin ve önemli patolojik bulgu **submukozal ve subserozal fibrozis** ve bunların neden olduğu **darlıklardır**.
- Crohn hastalığı **tüm katlarıyla** barsak duvarını tutar.
- Mezenterde kalınlaşma, ödem, mezenterik yağ dokuda artış ve barsak duvarına doğru ilerleme görülür.



Tanı

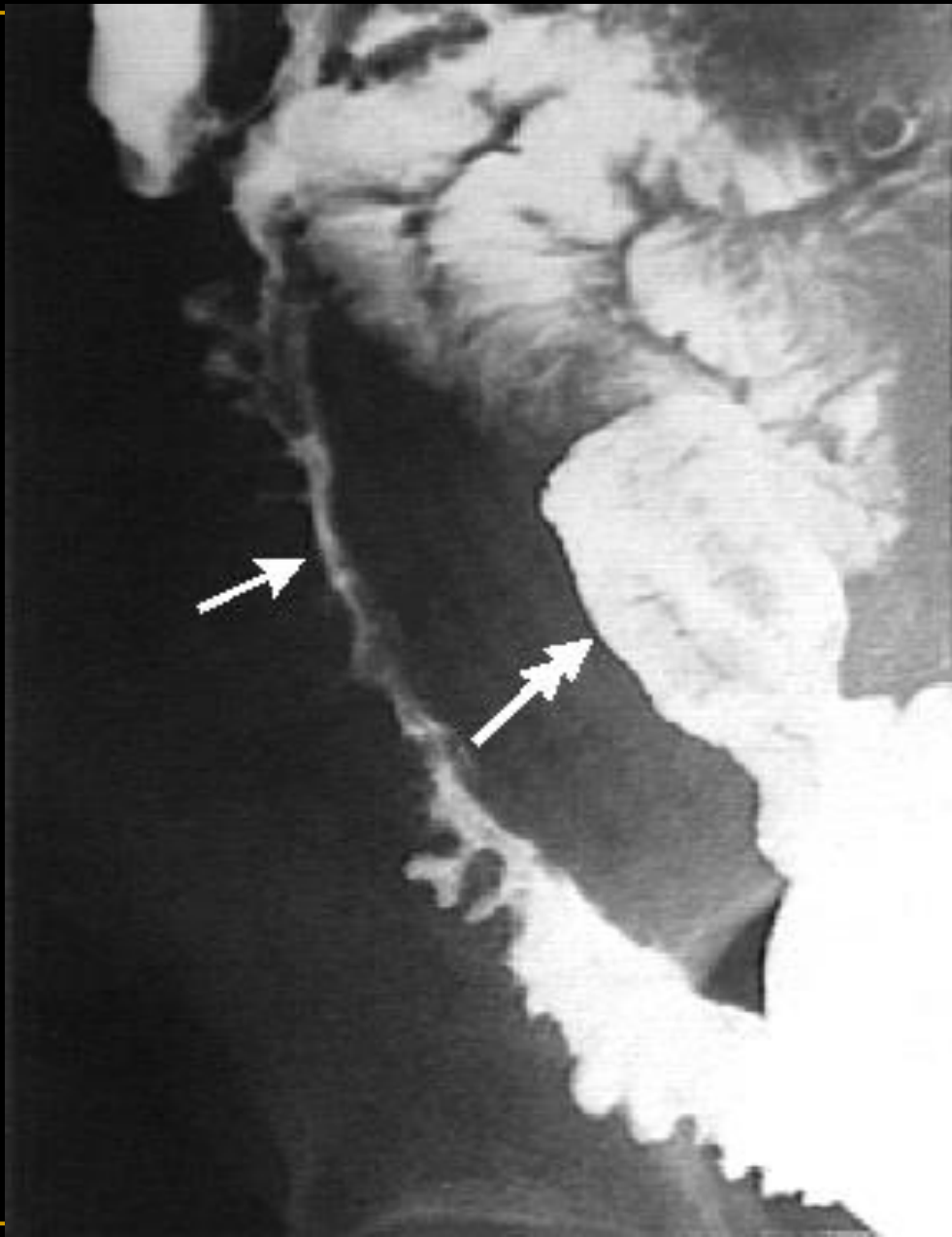
- 20-40 yaş arası , uzun süredir karın ağrısı, ishal, kilo kaybı . Belirtilerin başlangıcından itibaren tanıya kadar ortalama 3 yıl geçmektedir.
- Genç erişkin bir hastada kolik tarzı ağrı, patlayıcı tarzda ishal, kısmi obstrüksiyon bulguları varsa ve karında kitle ele geliyorsa Crohn akla getirilmelidir.

Radyolojik Bulgular

- **Çift kontrastlı** (Enteroklizis) ince barsak filmleri en doğru bulguları verir.
 - US ve BT'de barsak duvarında kalınlaşma, proksimal segmentlerde obstrüksiyon bulguları, darlıklar, mezenterde kalınlaşma, fistül ve abselere ilişkin bulgular izlenebilir.
-

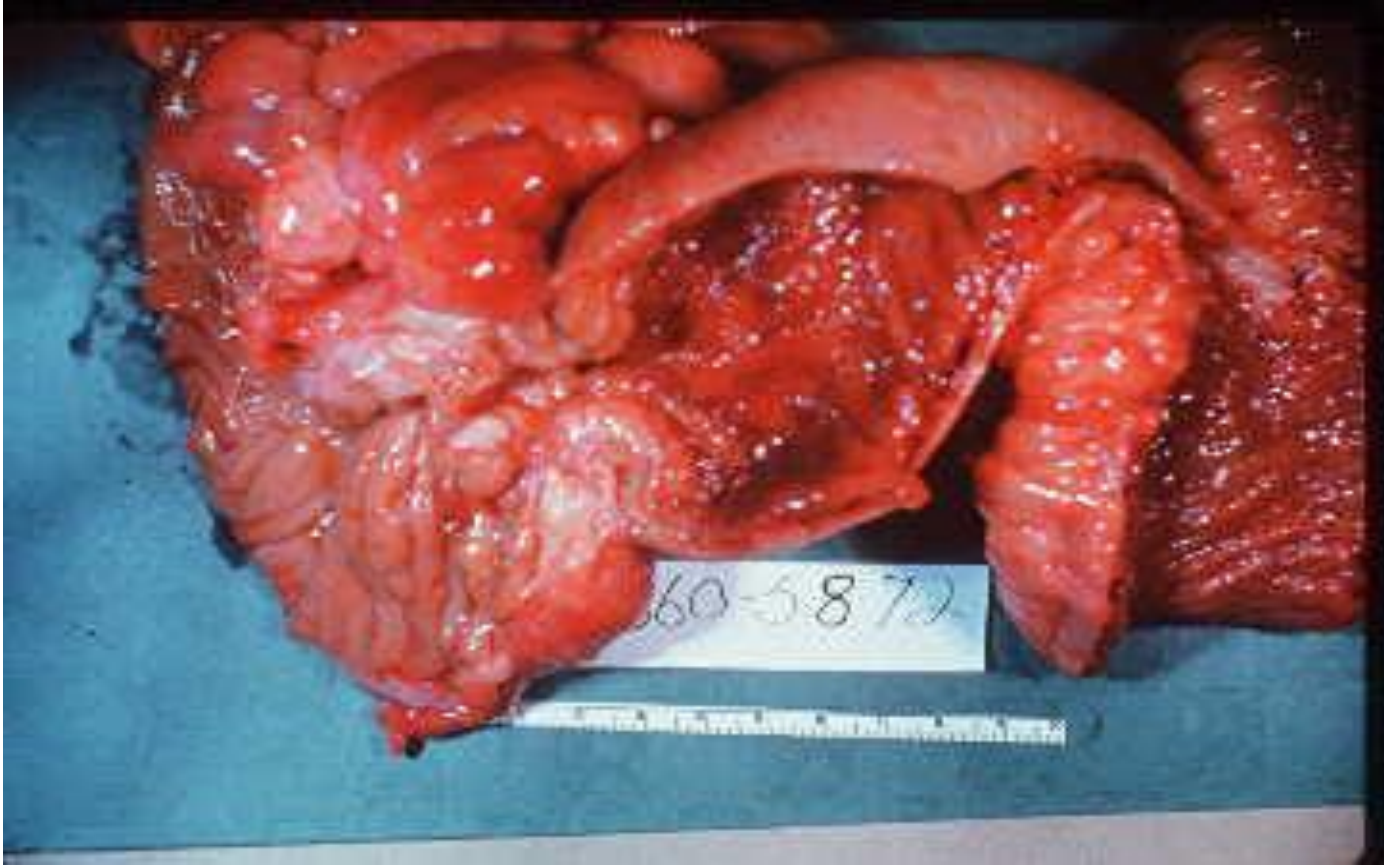
Crohn Hastalığında Tipik Radyolojik Değişiklikler

- Nodülasyon
- Derin ülserler
- Fistüller ve abseler
- Barsak duvarında kalınlaşma
- Barsak luplarının itilmesi
- Lümenin daralması ve ip işareti
(string sign)
- Hastaliksız (skip) alanlar

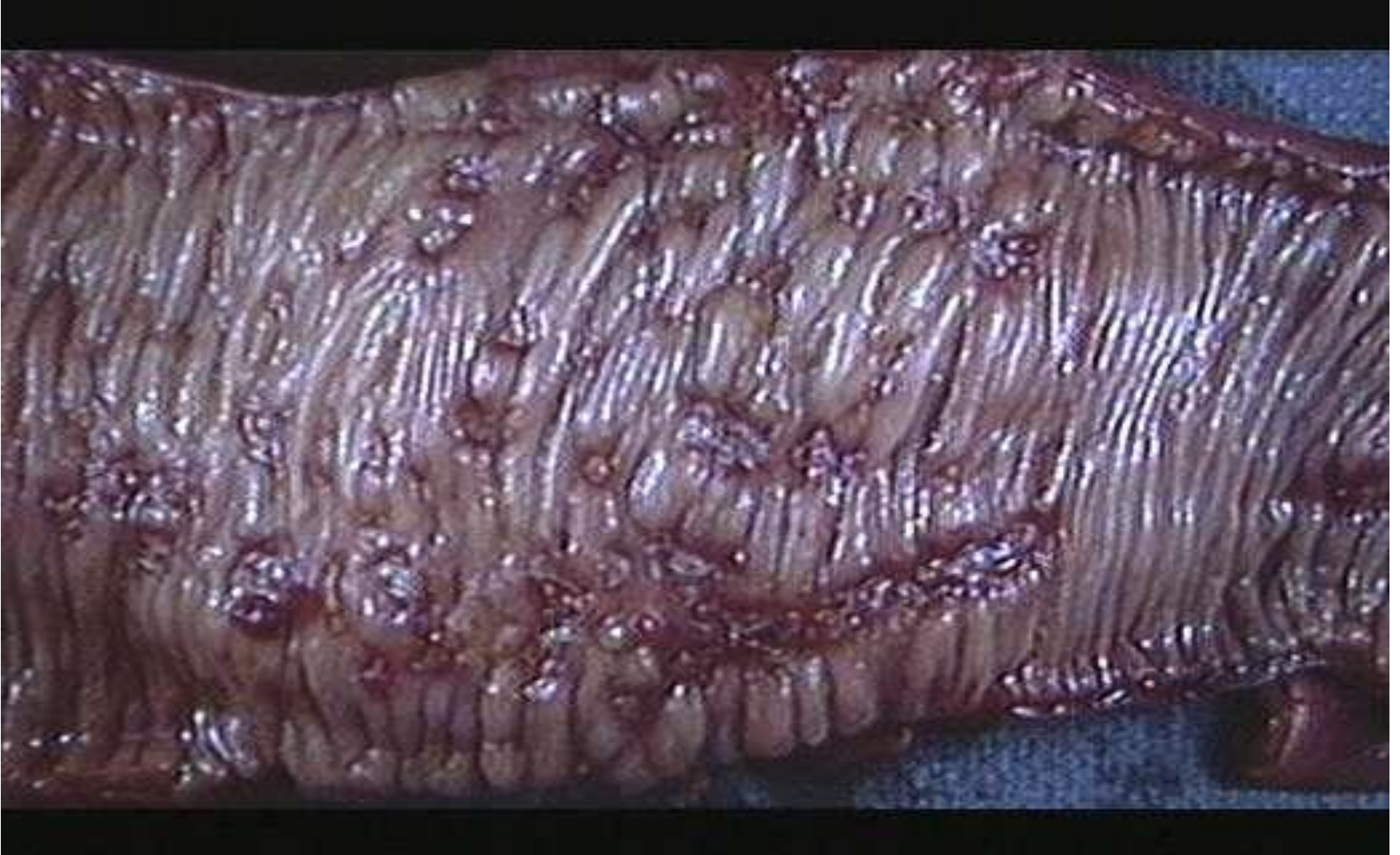




Crohn hastalığı . **Segmental tutulum** ve barsak duvarında belirgin **kalınlaşma** Crohn hastalığının karakteristiğidir. Daralmış segmente sekonder olarak proksimal ince barsakta dilatasyon gelişir (**obstrüksiyon**)



Mukoza tabakalar arasında yılankavi ülserler
Kaldırım taşı görünümü (endoskopide)



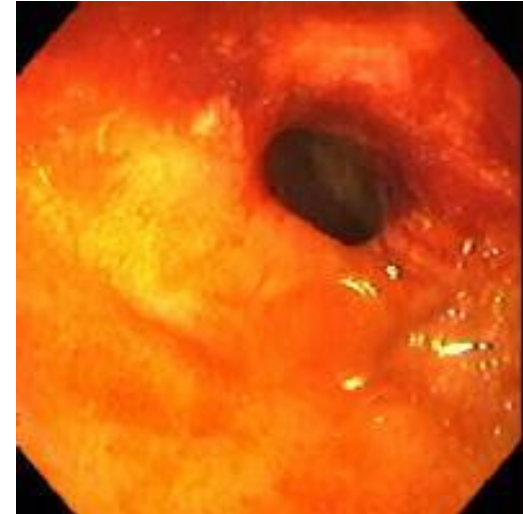
Komplikasyonlar

- İntestinal obstrüksiyon (**en sık komplikasyon**)
 - Fistüller (internal, eksternal)
 - GİS kanamaları
 - Perianal abse-fistüller
 - Kanser gelişimi(kolonik tipde daha sık, Ülseratif kolit kadar yüksek değil)
 - Ekstra-intestinal komplikasyonlar: **Malnütrisyon, anemi, poliartrit, eritema nodosum, piyoderma gangrenosum gibi sistemik komplikasyonlar.**
-

piyoderma gangrenosum



Terminal ileumda ülserler orta derecede Crohn

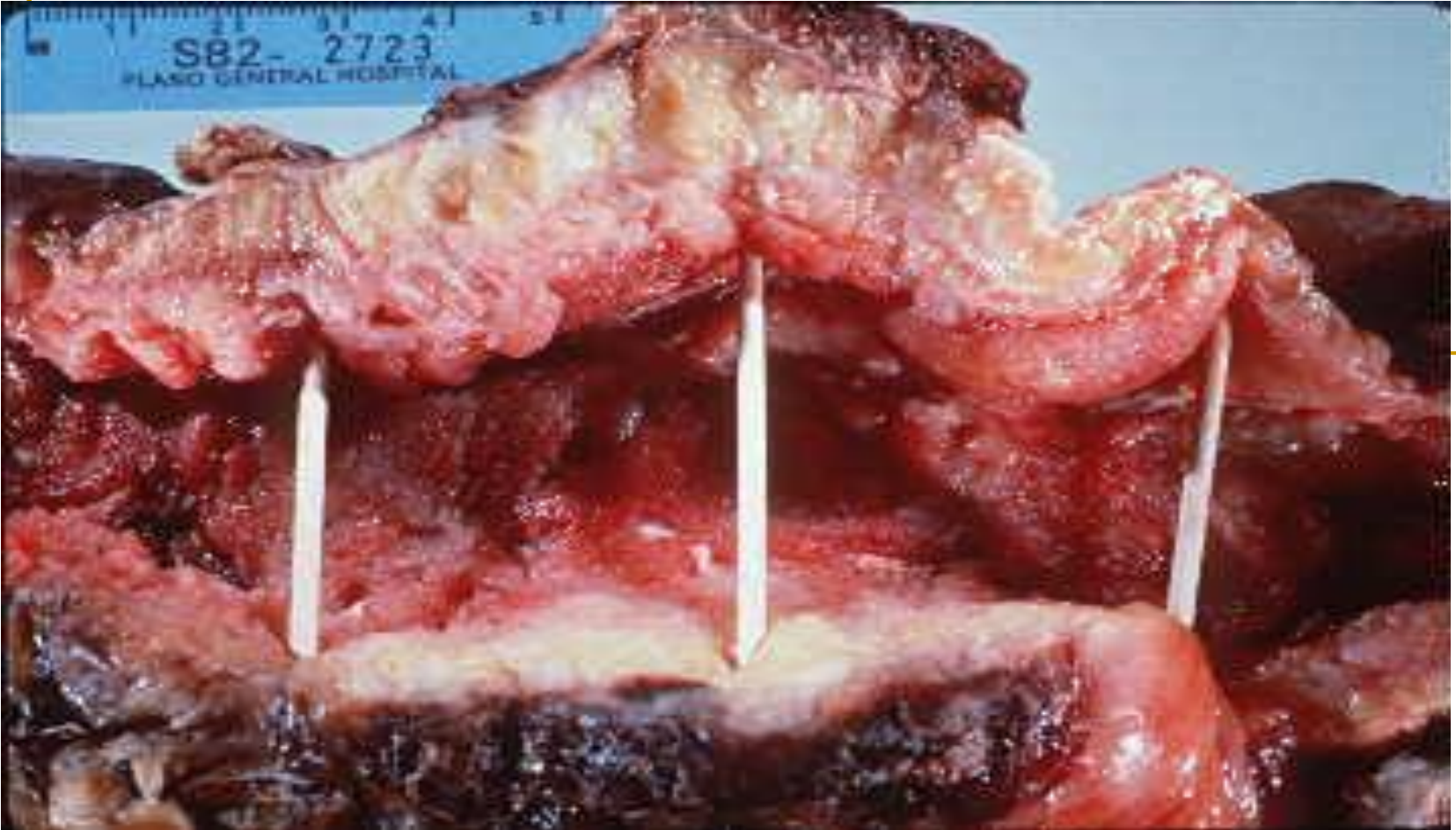


Enteroenterik fistül

Perianal abse-fistüller



Transmural inflamasyon ve fibrozise bağlı barsak duvarında belirgin kalınlaşma ve sertleşme.



Tedavi

- Tüm hastalar öncelikle tıbbi tedaviye alınmalıdır.
- Hafif sedatifler, posasız diyet, antispazmotikler
- Sulfasalazin(2x500 ila 4x1000 mg)
- Steroidler 40-60 mg prednizondan başlanır.
- 6- merkaptopürin ve azatiopirin (fistülü olan ve tedaviye iyi yanıt alınamayan hastalarda)
- Siklosporin
- RT, BCG, Ig'ler
- TPN

Cerrahi Tedavi Endikasyonları

- Obstrüksiyon
 - Fistül oluşumu
 - Abse
 - Perforasyon
 - Ağır perianal tutulum
 - Tıbbi tedaviye yanıtızsızlık
 - Kansere varlığı
 - Kanama
-

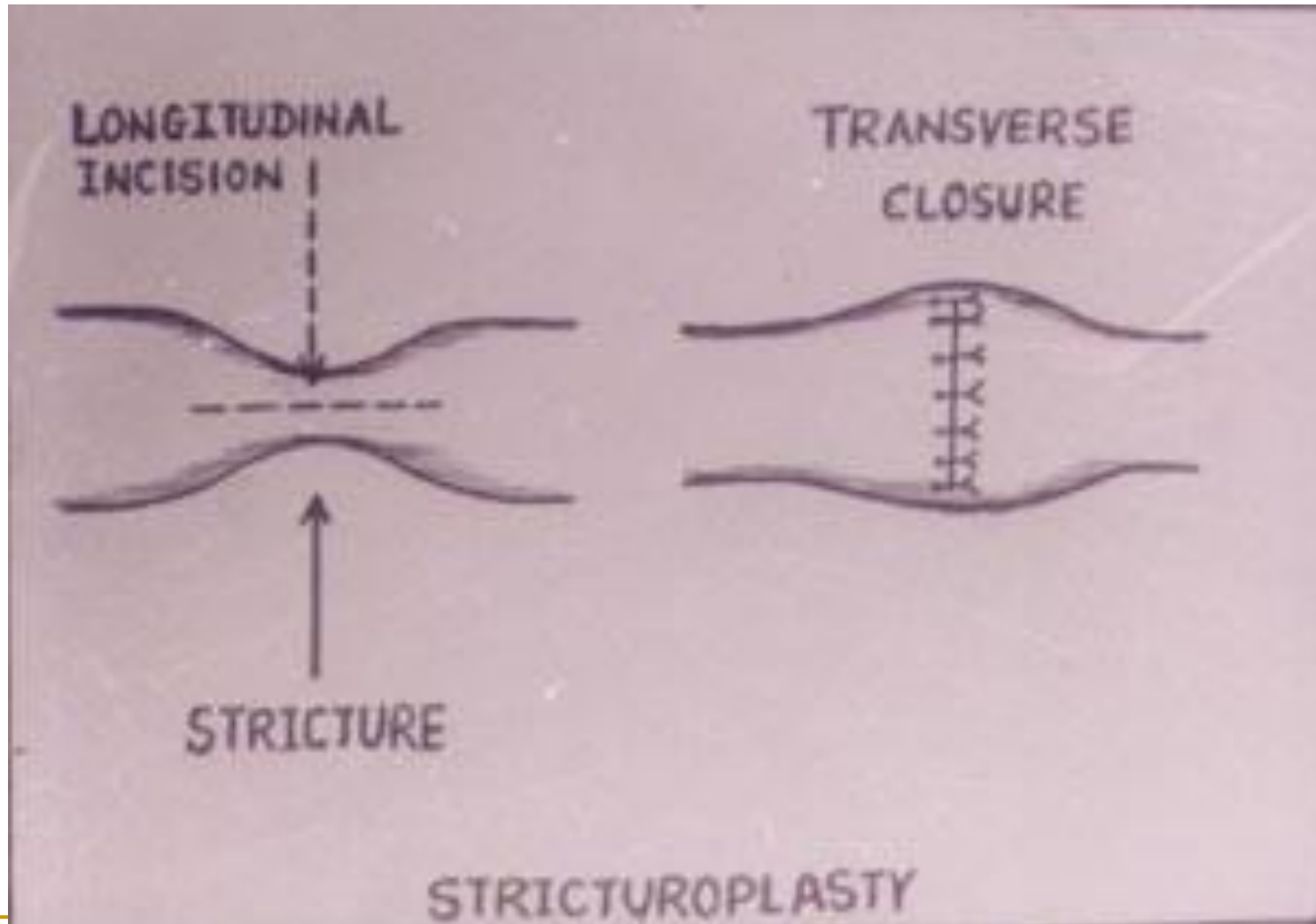
Cerrahi Tedavi

- Ostomi
- Rezeksiyon anastomoz
- Striktüroplasti
- İleotransversostomi (yaygın inflamasyon nedeniyle rezeksiyon yapılamayacaklarda)

Ostomi



Striktüroplasti



Crohn-----Ülseartif Kolit

TBC Enteriti

- *Abdominal tüberkülozun en sık şeklidir. (Peritonit ve mezenterik lenfadenitden sonra)
- *Primer (M.Bacterium Bovin) ve sekonder tip
- *Sekonder tip daha sıktır ve hasta kendi akciğerindeki lezyondan yuttuğu balgamı ile enfekte olur.

*Primer hastalıkta daha çok hipertrofik lezyonlar, sekonder tipte ülser lezyonlar görülür.

*En çok ileoçekal bölgede görülür(%75-90)—Peyer plakları.

TBC Enteriti-Klinik

- 30-50 yaşta, kadınlarda sık, 1/3'ü akut tabloda gelir.
- Obstrüksiyon, perforasyon, kanama görülebilir.
- En sık bulgu sağ alt kadranda sık olmak üzere **karında kitledir.**
- PPD pozitifliği %31-100 arasında
- Lökositoz, sedimentasyon yüksekliği, anemi, lenfositoz

- Çıkan kolonun kısalması
- Distal kolon ve terminal ileumun normal dolmasına rağmen çekum/çıkan kolonun dolmamasıdır (Stierlin bulgusu).
- Çekumda dolma defekti
- US yalancı böbrek görünümü (pseudokidney)
- Tanı için laparotomi ve laparoskopi gerekebilir

*Gİ tbc'de tanısı mutlaka hem **histolojik** hem de **bakteriyolojik** olarak doğrulanmalıdır.

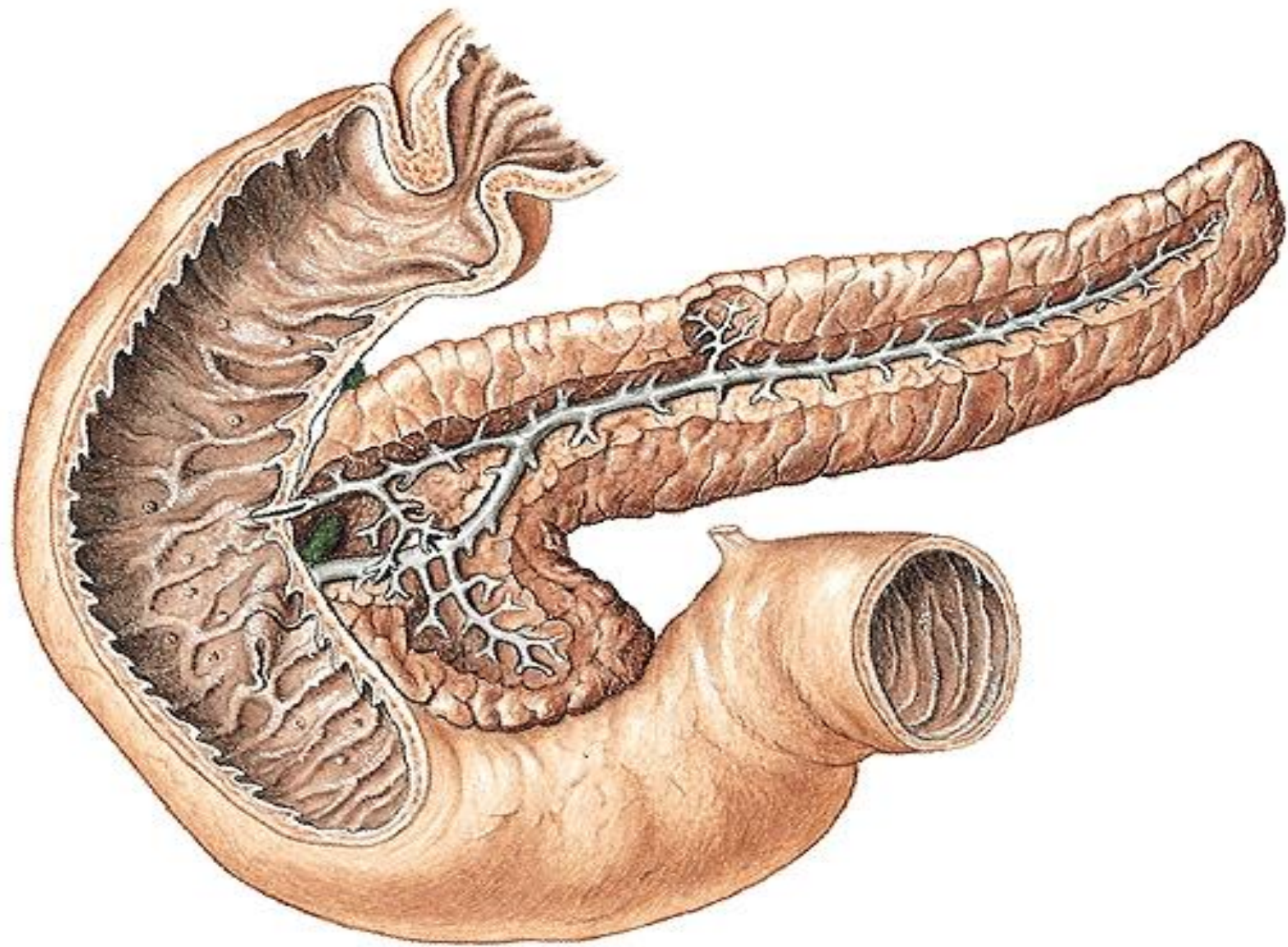
*Crohn olarak yanlış tanı alıp steroid tedavisine geçilirse tbc'nin alevlenmesine neden olunabilir.

*Antitüberküloz tedavi verilir. Akc. Tbc'nin tersine yanıt hızlıdır.

*Fibrozis tedaviyle gerilemez, obst. ve perforasyon gelişirse cerrahi tedavi..

Divertiküler Hastalık

- Gerçek/Konjenital divertiküller: Barsağın tüm katlarını tutar.
- Yalancı/Pseudo/Akkiz divertiküller: Sadece mukoza ve submukozayı içerir.
- **Duodenal divertiküller** kolondan sonra en sık görülen divertiküllerdir. %90 asemptomatiktir.
- Obstrüksiyon, kanama, perforasyon gibi komplikasyonları olmakla birlikte, ampulla wateriye yakın divertiküllerde tıkanma ikteri, pankreatit, kolanjit, tekrarlayan koledok taşları gibi ek komplikasyonlar da görülebilir.
- Tedavi: Divertikülektomi, genişletilmiş sfinkteroplasti, lateral duodenotomi...



Meckel Divertikülü

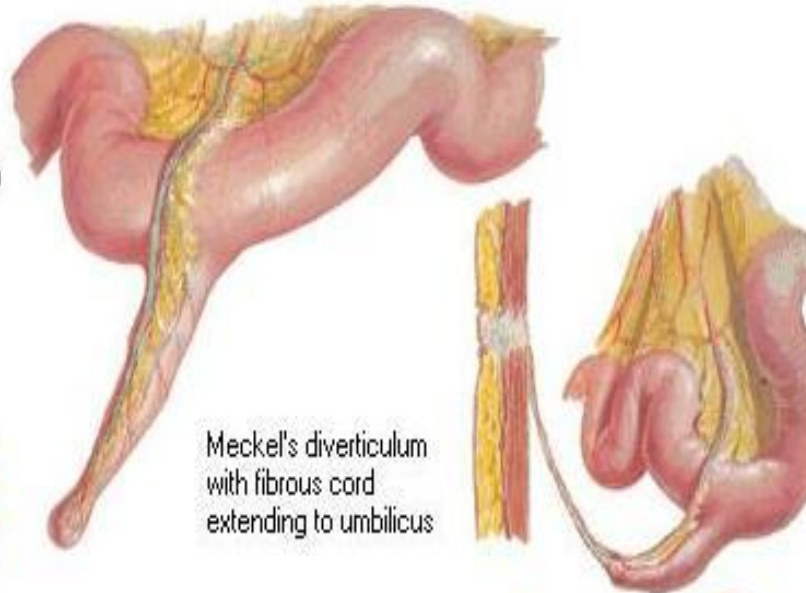
- Bir omfalomezenterik kanal (vitellin duktus) artığıdır. GİS'in en sık izlenen konjenital anomalisidir.
- Ektopik doku mukozası içerir. En sık **mide** ve **pankreas** mukozası içerir. Sıklıkla ileoçekal valvden 60-100 önceki ileal kısımda bulunur.
- Başka organ mukozası içerdiği için kanser gelişimi açısından daha risklidir (karsinoid tm, leiomyosarkom, adeno karsinom..). Özellikle mide mukozası içeriyorsa kanama komplikasyonu görülebilir ve 2 yaş altı çocuklarda şiddetli alt GİS kanamalarının en sık nedenidir.

Meckel's Diverticulum

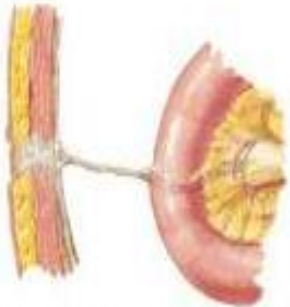
Vitelline Duct Remnants

- Ductus vitello intestinalis kalıntısıdır.
- Uç kısmı ile bir başka barsağa yada daha çok karın ön duvarına tutunur.
- Umbilical sinus
- Fistul
- Intermediate cyst

Meckel's diverticulum

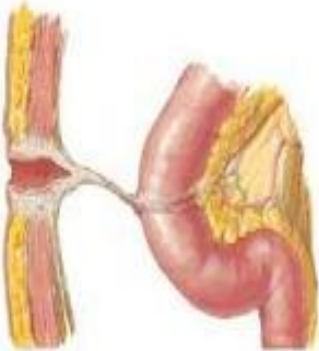
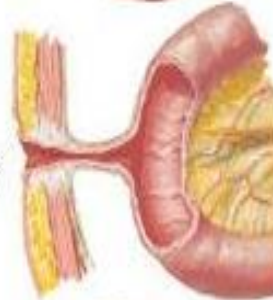


Meckel's diverticulum with fibrous cord extending to umbilicus



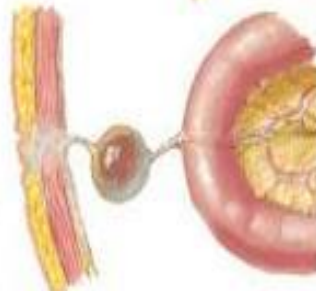
Fibrous cord connecting small intestine with umbilicus

Umbilicointestinal fistula



Umbilical sinus

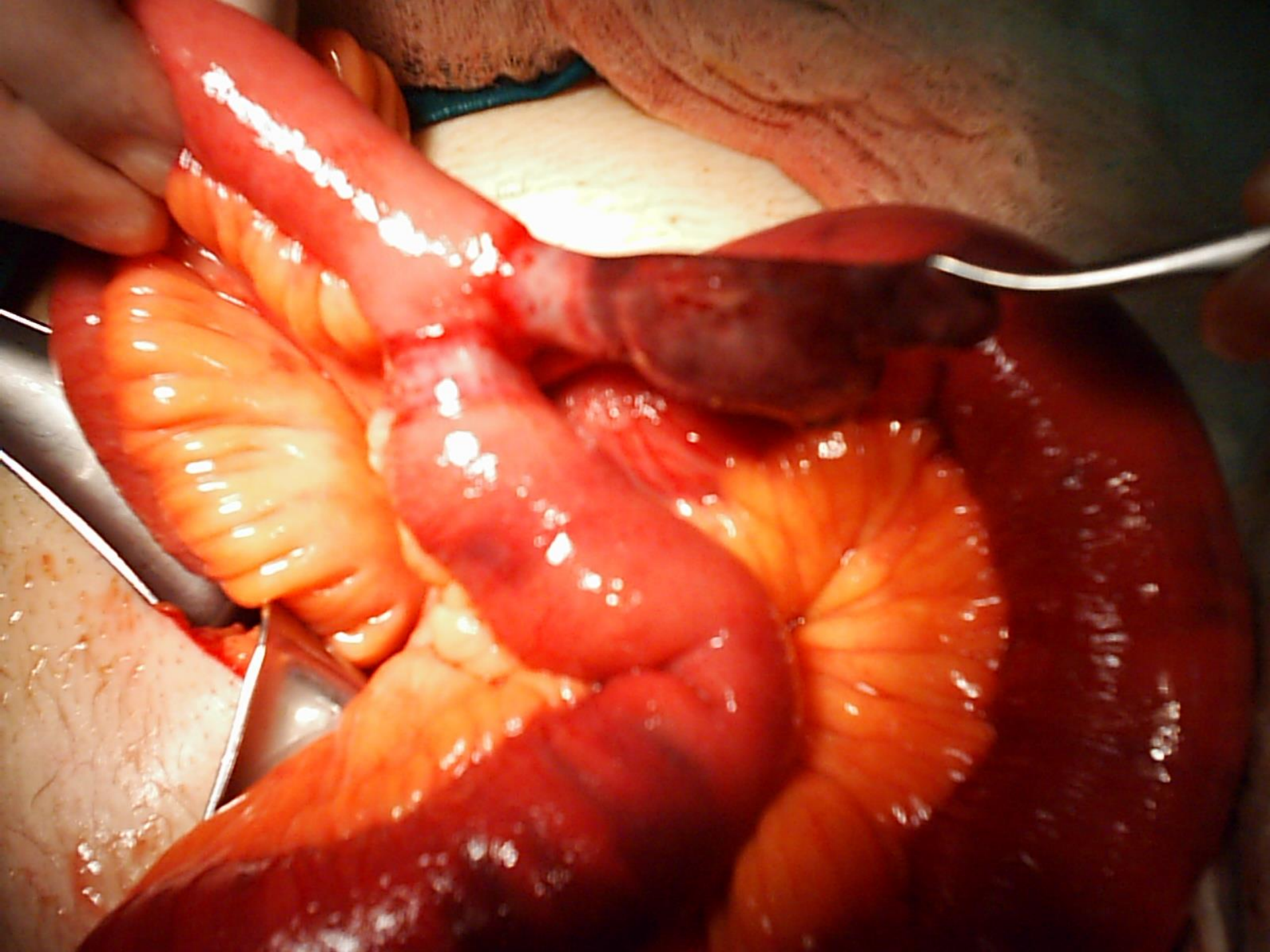
Fibrous cord with intermediate cyst





- Lümen genişliği ileum Valva ileocaecalis'in 1 m proximalindedir.
- kadardır.
- Ortalama 5 cm. uzunluktadır.
- İnsanlarda %2 –4 bulunabilir.
- Ductus vitello intestinalis kalıntısıdır

-
- İnflamasyon: divertikülit. Akut apendisit ile karışır.
 - Perforasyon
 - Obstrüksiyon
 - Littre fıtığı—fıtık kesesi içinde meckel divertikülü.
 - Tanıda baryumlu grafilerde rastlantısal olarak görülebilir. Kanama nedeniyle teknesyum 99m pertenetat sintigrafisi ile tetkik edilirken saptanabilir. Laparotomide saptanabilir.
-





İNCE BARS AK TŪMÖRLERİ

İNCE BARSAK TÜMÖRLERİ

- İnce barsaklar tüm gastrointestinal sistemin % 70-80 ini oluşturur
- GIS Neoplasmlarının % 5 i
- GIS Malign Tümörlerinin % 1-2 si
- Ortalama yaş 59
- Erkek / Kadın 1/1
- Benign/Malign 1/1

Karsinoid Tümör

- Appendix % 46 %3 metastaz
 - İleum % 28 %35 metastaz
 - Rektum % 17

 - >2 cm tümör %80-90 metastaz
 - Multisentrisite %30
 - İkinci primer malignite %25
-

Karsinoid Tümör- Malign potansiyel

- Lokalizasyon
 - Boyut
 - İnvazyon derinliği
 - Büyüme paterni
-

Karsinoid Tümör- Semptomlar

- Karın ağrısı
 - Kilo kaybı
 - İshal
 - Barsak obstrüksiyonu (bükülme=kinking, desmoplastik reaksiyon, mezenterik metastaza sekonder)
-

Karsinoid Tümör- Laboratuvar

- İnce barsak pasaj grafisi (multipl dolma defektleri)
 - Anjiografi- mezenterik arterlerde düzensizlikler, daralmalar, hepatik metastazlar
-

Karsinoid Tümör- Tedavi

- Boyut, lokalizasyon ve metastaz varlığına göre değişir
 - <1 cm, reyonel LN met yok - Segmental barsak rezeksiyonu
 - >1 cm, reyonel LN met +, multipl tümör – Geniş barsak ve mezenter rezeksiyonu, sağ hemikolektomi
-

Appendix karsinoid tümörü

- 20-40 yaş
 - <1 cm – Apendektomi
 - >2 cm – Sağ hemikolektomi
-

Karsinoid Tümör— Prognoz

5 yıllık sağkalım

■ Lokal	%75
■ Rejyonel	%59
■ Uzak metastaz	%19
■ Toplam	%54

Malign Karsinoid Sendrom

- Karsinoid tümör metastaz oranı %30-70
 - Metastatik hastalıkta malign karsinoid sendrom görülme oranı %6-7
 - En sık ince barsak karsinoid tümörü + karaciğer metastazı varlığında görülür.
-

Malign karsinoid sendrom-

Klinik bulgular

- Hepatomegali
 - Diare (serotonine bağlı)
 - Flushing (ciltte kızarıklık,ısı artışı)

 - Sağ kalpte valvuler hastalık
 - Bronşiyal astım
 - Malabzorpsiyon
 - Pellegra (demans,dermatitis,diare)

 - Karsinoid abdominal kriz
Vazoaktif madde salınımı ve perivasküler fibrozise sekonder azalmış kan akımına bağlı barsak iskemisi sonucu
-

Malign karsinoid sendrom- Vazoaktif mediatörler

- Substance P
 - Serotonin
 - Bradykinin
 - PG E
 - PG F
 - 5 HIAA (Hidroksi indol asetik asit)- metastatik hastalıkta artar
-

Malign karsinoid sendrom- Laboratuvar

- İdrar 5 HIAA düzeyi artışı (tekrarlayan)
- Pentagastrin, kalsiyum ve epinefrin provokasyon testleri

Malign karsinoid sendrom -- Tedavi

- Tümörün rezeksiyonu (nadiren mümkün)
 - Karaciğer rezeksiyonu (palyatif yararı da olabilir)
 - Hepatik dearterializasyon,
kemoembolizasyon(doxorubisin,5 FU,cisplatin)
 - Karaciğer transplantasyonu

 - Interferon
 - Somatostatin (antitümör etki)
 - Streptozotosin
 - 5 Florourasil
-

İnce barsak tümörlerinin seyrek görülme nedenleri

- Hızlı transit
- Epitelin hızlı yenilenmesi
- Sıvı ve alkalen içerik
- Benzopyren hidroksilaz
- Yüksek IgA düzeyi
- Bakteri sayısı azlığı

İnce Barsak Tümörleri-- Semptomlar

- Müphem karın ağrısı (6 ay ve daha uzun süreli, intermitan)
- Kilo kaybı
- Diare
- Barsak obstrüksiyon bulguları
- Hematokezya, melena
- Karında kitle

İnce Barsak Tümörleri--Laboratuvar

- Anemi
 - Gaitada gizli kan pozitifliği
 - Üst gastrointestinal sistem serileri
 - Enteroklizis
 - Anjiyografi
 - Tc-99m işaretli eritrosit sintigrafisi
-

Benign Neoplasmlar

- Leiomyoma (%30-35); jejunum
 - Adenoma (%20-25); (adenomatöz polip, Brunner Gland adenomu, villöz adenom); ileum
 - Fibroma
 - Lipoma; ileum
 - Hamartoma (Peutz-Jeghers Sendromu)
 - Hemanjioma
 - Lenfanjioma
 - Schwannoma
 - Nörilemmoma
 - Ektopik dokular
-

Lipoma



Hamartoma



Peutz-Jeghers Sendromu

- Jejunum ve ileumda **HAMARTOMATÖZ POLİPLER** (mide ve kolonda nadir)
- Mukokutanöz melanotik pigmentasyon (Tek veya multiple oral, dudak, bukkal mukoza, kollarda avuç içlerinde, parmak ucu ve bacaklarda, ayak tabanı ve perianal bölgede 1-2 mm'lik noktalar halinde **PİGMENTASYON**)
- Lezyonlar yaygındır, komplikasyon varsa cerrahi tedavi gerekir.
- Diğer malign tümör ya da sendromlarla da beraber görülebilse de genel olarak premalign olmadıkları kabul edilir.

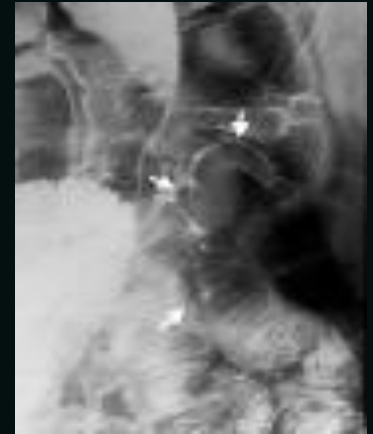


Figura 2. Pigmentado mucocutáneo en los labios del paciente con el síndrome de Peutz-Jeghers.



Malign Neoplasmlar

- Adenokarsinoma
 - Karsinoid tümör
 - Karsinoid sendrom
 - Sarkoma
(leiomyosarkom, leiomyoblastom, fibrosarkom, anjiosarkom, liposarkom, Kaposi Sarkomu)
 - Lenfoma
 - Metastatik tümörler
-

İB Lenfomaları

- İnce barsak tümörlerinin %15'ini oluşturur
- En sık **terminal ileumda** görülür
- İleumda B-hücreli, jejenumda T-hücreli
- Etyoloji: Malabsorbsiyon, immün yetm., reyonel enterit, çölyak hast., enfeksiyon..
- 3 grupta incelenir 1-Batı tipi, 2-Akdeniz tipi, 3-Amerikan Burkitt ve non-Burkitt
- Obst., Kanama, Perforasyon, İntussepsiyon gibi komplikasyonlar gelişebilir.
- Tedavi: Cerrahi, KT---ileri tümörlerde KT ve/veya RT