

## Bölgemizdeki inflamatuvar barsak hastalığı tanılı olguların insidansı, demografik ve klinik özellikleri

The incidence and the demographic and clinical characteristics of patients with inflammatory bowel disease in our region

Özlem ÖZER ÇAKIR

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı, Antalya

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada üçüncü basamak hastanemizde son bir yıldır inflamatuvar barsak hastalıkları tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi ve nüfusa göre yıllık insidans ve prevalansının belirlenmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Bu retrospektif çalışmada, Temmuz 2017 ile Temmuz 2018 arasında Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran inflamatuvar barsak hastalığı tanılı hastaların klinik ve demografik bilgileri kayıt edildi. **Bulgular:** Çalışmaya 111 hasta (53'ü ülseratif kolit, 48'i Crohn hastalığı, 10'u indeterminate kolit) dahil edildi. Ülseratif kolit, Crohn hastalığı ve indeterminate kolit hastalarında ortalama yaş ve cinsiyet dağılımları anlamlı farklılık göstermedi. Ülseratif kolit hastalığı %50.9 ile erkek cinsiyette daha sık görülürken, Crohn hastalığı %52.1 ile kadın cinsiyette ve indeterminate kolit ise %70 ile erkek cinsiyette daha sık görülmekte idi. **Sonuç:** Yaşlara göre dağılımlara bakıldığında, bölgemizde ülseratif kolit 40-49 yaş aralığında %60 ile en sık görülürken, Crohn hastalığının ise 19-29 yaş aralığında %53.8 ve ≥60 yaşta %57.1 olmak üzere bimodal pik yaptığını izledik. Ülseratif kolit için insidans her 100 000'de 3.67 iken, Crohn hastalığı için her 100 000'de 7.34 olup, indeterminate kolit için ise her 100 000'de 1.33 olarak tespit edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Ülseratif kolit, Crohn hastalığı, epidemiyoloji, Alanya

**Background and Aims:** This study was conducted to evaluate the clinical and demographic characteristics of patients diagnosed with inflammatory bowel disease who were followed up and treated in our tertiary care hospital for the past 1 year and to determine the annual incidence and prevalence according to the population. **Material and Methods:** This retrospective study recorded and analyzed the clinical and demographic data of patients with inflammatory bowel disease who applied to Alanya Alaaddin Keykubat University Alanya Training and Research Hospital between July 2017 and July 2018. **Results:** A total of 111 patients (53 patients with ulcerative colitis, 48 patients with Crohn's disease, and 10 patients with indeterminate colitis) were included in this study. No significant difference was detected between the mean age and the gender distribution among patients with ulcerative colitis, Crohn's disease, and indeterminate colitis. Ulcerative colitis (50.9%) and indeterminate colitis (70%) were more frequent among males, whereas Crohn's disease (52.1%) was more frequent among females. **Conclusions:** In terms of the distribution according to age, ulcerative colitis showed the maximum prevalence of 60% in our region among patients in the age range of 40–49 years, whereas Crohn's disease exhibited a bimodal peak, with prevalence rates of 53.8% in the 19–29-year age group and 57.1% in the age group of >60 years. The incidence rates for ulcerative colitis, Crohn's disease, and indeterminate colitis were 3.67, 7.34, and 1.33 per 100 000 people, respectively.

**Key words:** Ulcerative colitis, Crohn's disease, epidemiology, Alanya

### GİRİŞ

Inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığını (CH) içeren gastrointestinal kanalın kronik, tekrarlayan inflamatuvar bir hastalıdır. Bu iki hastalık klinik ve patolojik özellikleri ile birbirinden ayrılır. Klinik ve patolojik özellikleri ile bu iki hastalık arasında kalan hasta grubu ise indeterminate kolit (İK) olarak adlandırılır (1). İBH'nin etiyoloji ve patogenezi hala tam anlaşılamamıştır. Patogenezinde genetik ve çevresel faktörlerin birbiriyle etkileşimi suçlanmaktadır (1). İBH yatkınlığını artıran 100'den fazla gen tanımlanmıştır (2). Fakat genetik yatkınlık tek başına, gelişmiş ve gelişmekte olan

ülkelerdeki yüksek İBH prevalans ve insidansını açıklayamamaktadır. Bu durum, İBH'nin multifaktöriyel olduğunu göstermektedir (3).

İBH biri 20-30 yaş arası, diğeri yaşamın ileri yaşlarında olmak üzere bimodal yaş dağılımında pik yapar (3,4). Aktif sigara içenlerde içmeyenlere göre CH iki kat daha sık gelişmektedir. Sürpriz olarak, ÜK gelişme riski CH'nin tam tersidir. Genel olarak, İBH kadın ve erkekleri eşit olarak etkilese de, şimdiye kadar yapılan çalışmalarda ÜK daha çok erkeklerde görülürken, CH ise daha çok kadınlarda görülmektedir (5,6).

**İletişim:** Özlem ÖZER ÇAKIR

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı, Antalya  
E-mail: tansozlem@yahoo.com

**Geliş Tarihi:** 02.02.2019 • **Kabul Tarihi:** 16.05.2019

**DOI:** 10.17941/agd.521248

İBH'nin en yüksek yıllık insidansı; ÜK için 100 000'de 24.3 ve CH için 100 000'de 19.2 ile Avrupa'dadır. Kuzey Amerika'da ise insidans ÜK için 100 000'de 19.2 iken, CH için 100 000'de 20.2'dir. Asya ve Orta Doğu'da ÜK için, 100 00'de 6.3 ve CH için ise 100 000'de 5'dir (6). Avrupa'da en yüksek prevalans ÜK için 100 000'de 505 ile Norveç'te, CH için 100 000'de 322 ile Almanya'da raporlanmıştır. Kuzey Amerika'da ise en yüksek prevalans; ÜK için 100 000'de 286 ile ABD'de, CH için 100 000'de 319 ile Kanada'da tespit edilmiştir. Kuzey Amerika, Okyanusya ve Avrupa'nın bazı ülkelerinde İBH'nin prevalansı %0.3'ü aşmıştır. 1990'dan beri Güney Amerika, Asya ve Afrika'da yeni endüstrileşen ülkelerde İBH insidansı yükselmektedir. Bununla birlikte, batılı ülkelerde insidansı stabilize olmuştur (7). Avrupa'da ÜK ve CH insidansı sırasıyla; 100 000'de 9.8 ve 6.3'tür (8).

Bu çalışmada, Temmuz 2017 ile Temmuz 2018 arasında bölgemizdeki inflamatuvar barsak hastalığı tanıli hastaların klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi ve nüfusa göre yıllık insidans ve prevalans belirlenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Çalışma Dizaynı

Çalışmamızda, Temmuz 2017 ile Temmuz 2018 tarihleri arasında, hastanemizde ÜK, CH ya da İK tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların retrospektif olarak demografik ve klinik özellikleri değerlendirildi. Çalışma için hastaneden etik kurul onayı alındı. Hastaların bilgileri, hastanemiz bilgisayar sistemi kullanılarak kaydedildi. ÜK, CH ya da İK tanıları daha önce gastroenteroloji hekimi tarafından konulmuş hastalar ile yeni tanısı konulmuş hastalar çalışmaya dahil edildi. İskemik kolit, infeksiyöz kolit, antibiyotik ilişkili kolit, non-spesifik kolit, mikroskobik kolit, kollajenöz kolit ve maligniteler çalışmadan dışlandı. Hastaların ekstraintestinal bulgularına neden olabilecek diğer hastalıklar dışlandı.

Hastaların yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, doğduğu yer (bölge olarak), inflamatuvar barsak hastalığı aile öyküsü, sigara, alkol kullanımı, kaç yıldır hastalığı olduğu, eğitim seviyesi, inflamatuvar barsak hastalığı ile ilişkili operasyon öyküsü, non-steroid anti inflamatuvar (NSAİ) kullanımı, oral kontraseptif (OKS) kullanımı, eşlik eden diğer hastalıklar, hastalığın tutulum yeri, endoskopik aktivite indeksi, klinik aktivite indeksi, inflamatuvar barsak hastalığı için kullanılan ilaçlar, hastalığın ilk belirti ve bulgusu, ilk semptom ile tanı arasında geçen süre, lokal komplikasyonlar ve ekstraintestinal bulguları kaydedildi. Ekstraintestinal bulgular; cilt bulguları için diğer cilt hastalıkları dışlanarak ve

ankilozan spondilit için romatoloji tarafından konulmuş tanı değerlendirilmeye alındı.

Hastaların son bir yıl içinde üçüncü basamak sağlık merkezimizde yapılmış endoskopik inceleme sonuçlarına göre, hastalıklarının tutulum yeri ve endoskopik aktivite indeksi (EAI) belirlendi. Endoskopik aktivite indeksi ÜK için Rahmilewitz endoskopik aktivite indeksi skorlaması (9) kullanıldı. CH için endoskopik aktivite indeksine bakılmadı. Klinik aktivite indeksi ÜK için Mayo skorlama sistemi (10), CH için klinik aktivite skorlaması ise Crohn Disease Activity Index (CDAİ) (11)'e göre yapıldı.

### İstatistiksel Analiz

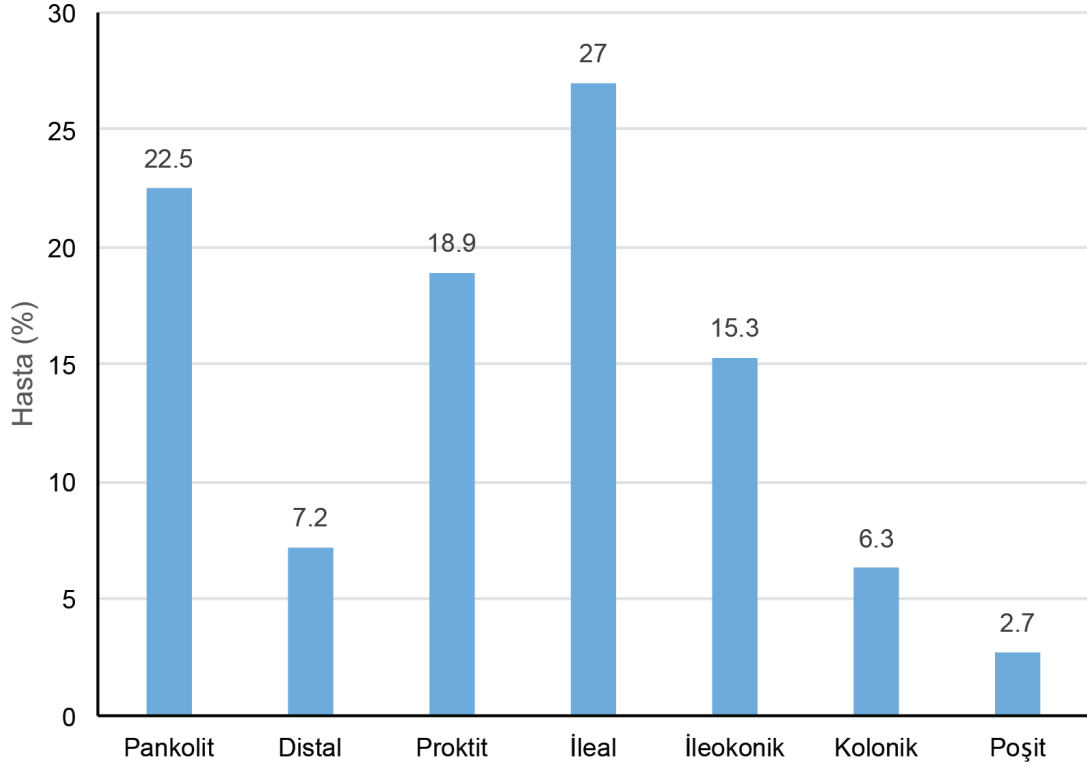
İstatistiksel değerlendirme Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler ortanca (min.-maks.) olarak gösterildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtildi. Tanı gruplarına göre sayısal değişkenlerin farklılığı ANOVA testi (normal dağılım sayısal değişkenlerde) ve Kruskal Wallis H testi (normal dağılmayan sayısal değişkenlerde) ile değerlendirildi. Kategorik verilerin kıyaslanmasında Ki-Kare ve Fisher'in Kesin Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p< 0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

### BULGULAR

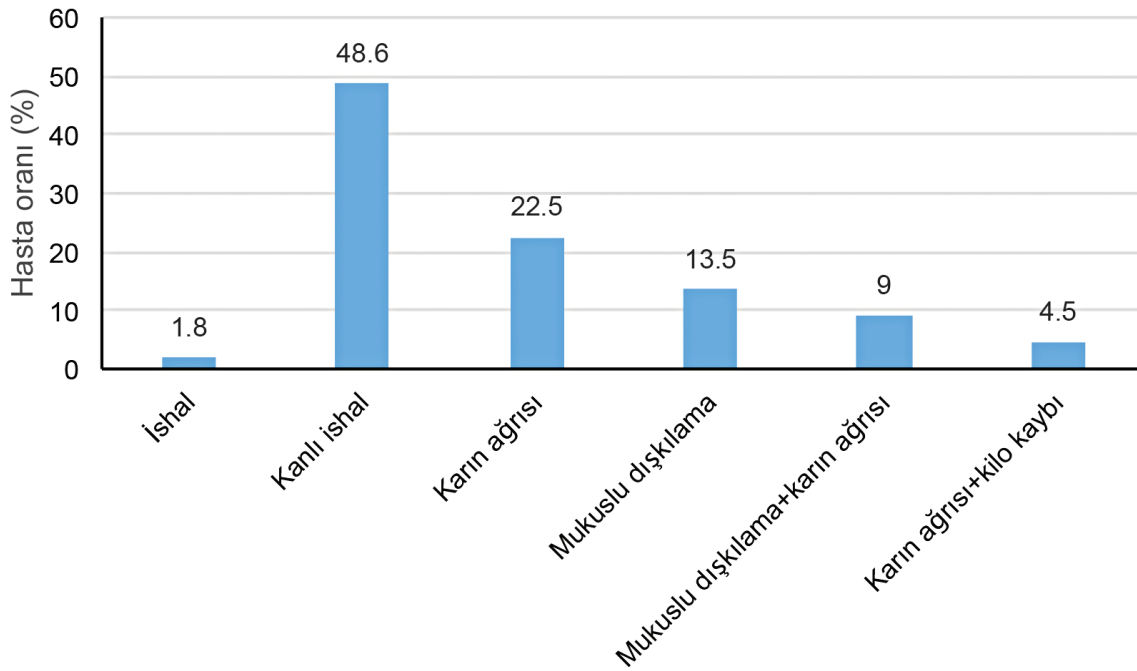
Araştırma popülasyonu; 53 ÜK (%47.7), 48 CH (%43.3) ve 10 İK (%9.0) tanıli hasta olmak üzere 111 hastadan oluşmakta idi ve hastalık süresi 0-20 yıl olup ortancası 1 yıldır. Hastaların ortalama yaşı 47.3±14.2 yıl olup %51.4'ü (n: 57) erkek idi. Hastaların %23.4'ü sigara kullancısı iken alkol kullanan hasta saptanmadı. Hastaların büyük çoğunluğu yüksek okul mezunu (%64) idi. Çalışmaya katılanların tamamı yılın büyük kısmı Alanya'da yaşamakta olup orijin çoğunlukla Akdeniz (%64) ve İç Anadolu (%23.4) idi. Hastaların büyük çoğunluğunda (%81.1) ek hastalık yokken, %10.8'inde (n: 12) hipertansiyon (HT) saptandı.

Hastalık lokalizasyonu çoğunluk sırasına göre; ileal (%27), pankolit (%22.5), proktit (%18.9), ileokolonik (%15.3), distal (%7.2), kolonik (%6.3) ve poşit (%2.7) idi (Şekil 1). Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların EAI 2-12 aralığında olup ortancası 3.5 bulundu, klinik aktivite indeksi (KAİ) ise 2-400 aralığında olup ortancası 12 idi. Hastaların büyük çoğunluğu ilaç olarak mesalazin (%45) kullanmaktaydı. Operasyon öyküsü hastaların %6.3'ünde saptandı. Şekil 2'de hastaların ilk belirti ve bulguları gösterilmiştir. Buna göre; ilk belirti ve bulgu çoğunlukla kanlı ishal (%48.6) idi.



Şekil 1. İBH hastalarında lokalizasyon dağılımları



Şekil 2. İBH hastalarında ilk belirti ve bulguların dağılımı

İBH hastalarının büyük çoğunluğunda ekstraintestinal bulgu (%61.3) saptanmadı, çoğunlukta saptanan ekstra-

intestinal bulgu ise artralji (%28.8) idi. İBH ile ilgili operasyon geçiren hasta oranı %6.3, İBH aile öyküsü olan hasta oranı ise %3.6 bulundu. İBH hastalarında ilk semptom ile tanı arasında geçen süre ortanca 1 aydı. Hastaların %7.2'si NSAİ ilaç kullanırken, %2.7'si OKS kullanmakta idi. İBH hastalarında lokal komplikasyon oranı %9 bulundu. Hastaların klinik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri**

Değişkenler	Total Popülasyon
Yaş (yıl), ort±ss	47.3±14.2
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	54 (48.6)
Erkek	57 (51.4)
Sigara, n (%)	26 (23.4)
Alkol, n (%)	-
Eğitim, n (%)	
Okur yazar değil	1 (0.9)
İlkokul	6 (5.4)
Ortaokul	8 (7.2)
Lise	25 (22.5)
Yüksek okul	71 (64.0)
Yaşadığı yer, n (%)	
Alanya	111 (100.0)
Orijin, n (%)	
Akdeniz	71 (64.0)
İç Anadolu	26 (23.4)
Ege	3 (2.7)
Marmara	3 (2.7)
Karadeniz	2 (1.8)
Doğu	1 (0.9)
Türkiye dışı	5 (4.5)
Komorbidite, n (%)	
KAH	2 (1.8)
HT	12 (10.8)
DM	2 (1.8)
KOAHA	1 (0.9)
Allerjik hastalık	1 (0.9)
Diğer	3 (2.7)
Hastalık, n (%)	
Ülseratif kolit	53 (47.7)
Crohn hastalığı	48 (43.3)
İndetermine kolit	10 (9.0)
Tanı süresi (yıl), median (min-maks)	1 (0-20)
Lokalizasyon, n (%)	
Pankolit	25 (22.5)
Distal	8 (7.2)
Proktit	21 (18.9)
İleal	30 (27.0)
İleokolonik	17 (15.3)
Kolonik	7 (6.3)
Poşit	3 (2.7)

KAH: Koroner arter hastalığı, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

**Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri**

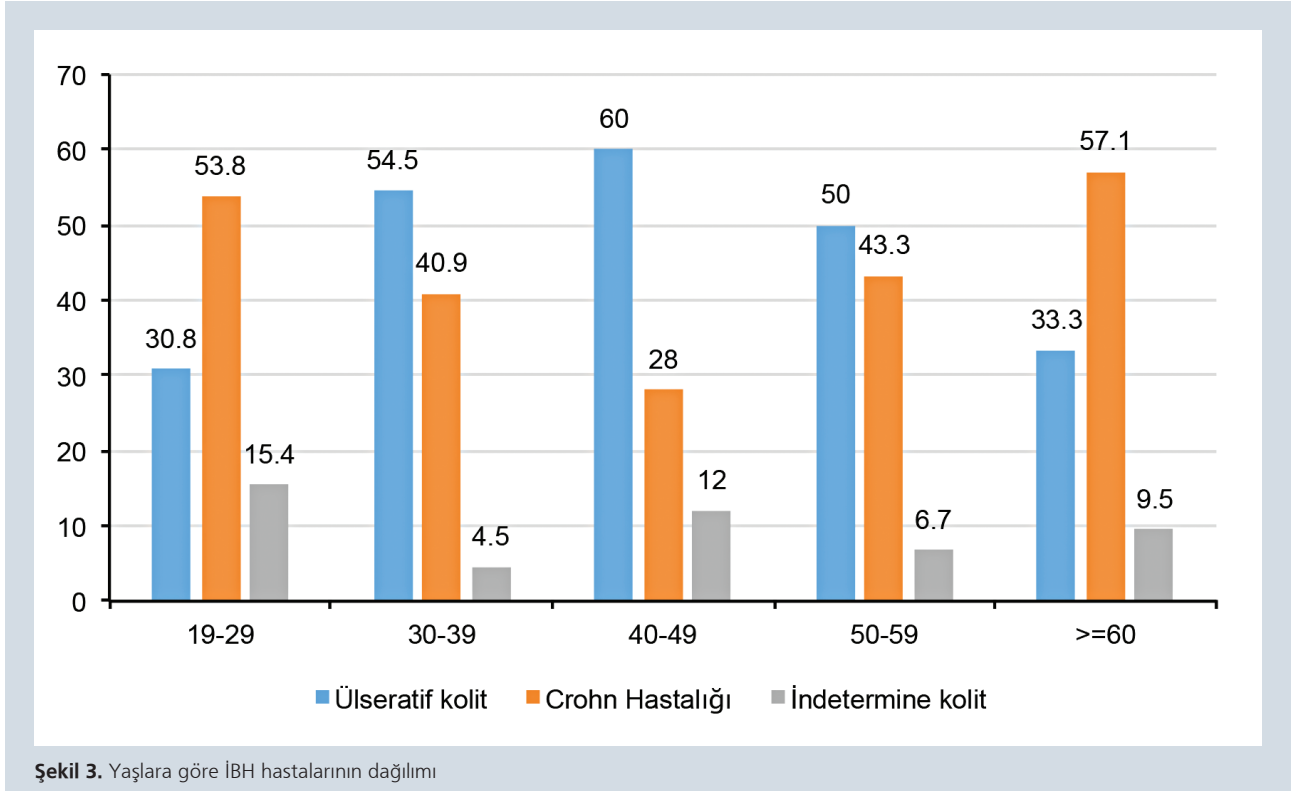
Değişkenler	Total Popülasyon
EAI, median (min-maks)	3.5 (2-12)
KAI, median (min-maks)	12 (2-400)
Kullandığı ilaçlar, n (%)	
Mesalazin	50 (45.0)
Mesalazin+budesonid	20 (18.0)
Mesalazin+azatiopürin	15 (13.5)
Adalimumab	4 (3.6)
Mesalazin+adalimumab+azatiopürin	8 (7.2)
İnfliksımab	1 (.9)
Sertolizumab pegol	1 (.9)
Vedolizumab	3 (2.7)
Mesalazin+budesonid+azatiopürin	7 (6.3)
Mesalazin+steroid	1 (.9)
Metotreksat	1 (.9)
Operasyon öyküsü, n (%)	7 (6.3)
İlk belirti ve bulgu, n (%)	
İshal	2 (1.8)
Kanlı ishal	54 (48.6)
Karın ağrısı	25 (22.5)
Mukuslu dışkılama	15 (13.5)
Mukuslu dışkılama+karın ağrısı	10 (9.0)
Karın ağrısı+kilo kaybı	5 (4.5)
Ekstraintestinal bulgular, n (%)	
Yok	68 (61.3)
Artralji	32 (28.8)
Ankilozan spondilit	6 (5.4)
Cilt bulguları	1 (.9)
Safra taşı	2 (1.8)
Böbrek taşı	2 (1.8)
İBH ile ilgili operasyon, n (%)	7 (6.3)
İBH aile öyküsü, n (%)	4 (3.6)
İlk semptom ile tanı arası geçen süre ay, median (min-maks)	1 (0-10)
NSAİ kullanımı, n (%)	8 (7.2)
OKS kullanımı, n (%)	3 (2.7)
Lokal komplikasyon, n (%)	10 (9.0)

EAI: Endoskopik aktivite indeksi, KAI: Klinik aktivite indeksi, İBH: İnflamatuvar barsak hastalığı, NSAİ: Non-steroid anti inflammatuvar ilaç, OKS: Oral kontraseptif ilaç

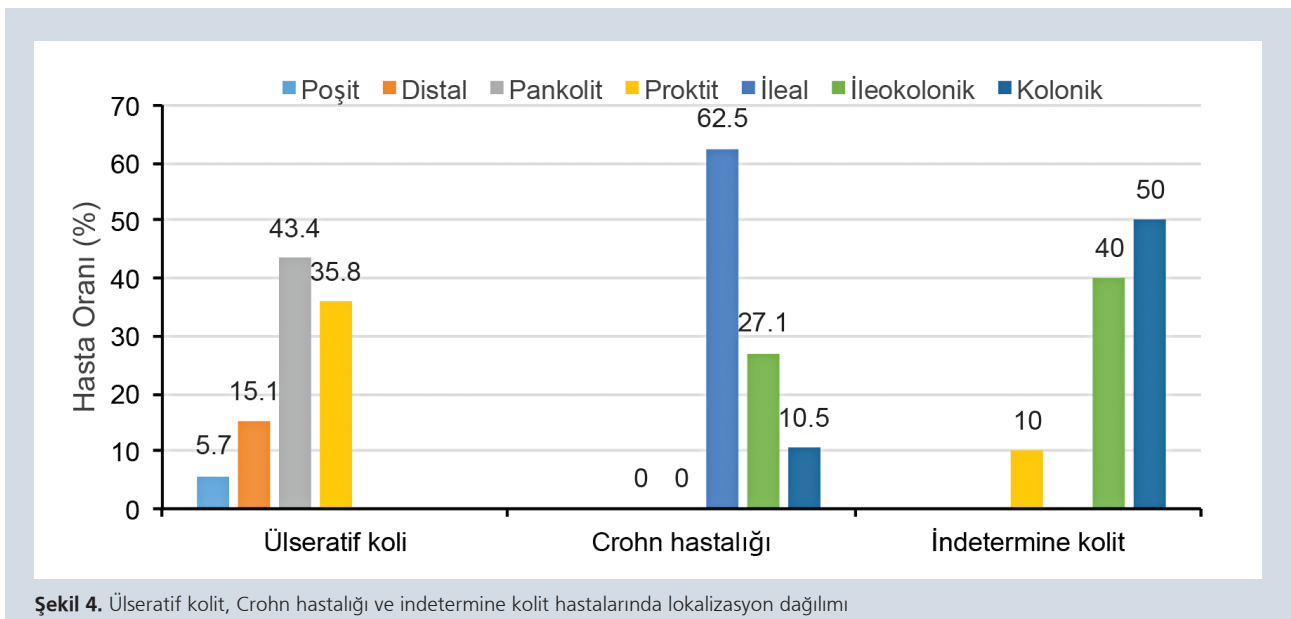
Ülseratif kolit (ÜK), Crohn hastalığı (CH) ve indeterminate kolit (İK) hastalarında ortalama yaş ve cinsiyet dağılımları anlamlı farklılık göstermedi. Ülseratif kolit hastalığı %50.9 ile erkek cinsiyette daha sık görülürken, Crohn hastalığı %52.1 ile kadın cinsiyette ve indeterminate kolit de %70 ile erkek cinsiyette daha sık görülmekte idi. Yaşlara göre dağılımlara bakıldığında ülseratif kolit 40-49 yaş aralığında %60 ile en sık görülürken, Crohn hastalığının

19-29 yaş aralığında %53.8 ve  $\geq 60$  yaşta %57.1 olmak üzere bimodal pik yaptığı izlendi (Şekil 3).

Bölgemizdeki son bir yılda toplam yeni vaka sayısı; ÜK için 11, CH için 22 ve İK için 4'tü. Bölgenin 2017 yılı toplum nüfusu 299 464 olup, buna göre ÜK için insidans her 100 000'de 3.67, CH için her 100 000'de 7.34 olup, indeterminate kolit için ise insidans her 100 000'de 1.33 olarak tespit edildi.



Şekil 3. Yaşlara göre İBH hastalarının dağılımı



Şekil 4. Ülseratif kolit, Crohn hastalığı ve indetermine kolit hastalarında lokalizasyon dağılımı

ÜK için bir yıllık toplam vaka sayısı 53 olup, prevalansı her 100 000'de 17.6 olarak belirlendi. Bunun yanında CH için bir yıllık prevalans her 100 000'de 16, indeterminate kolit için ise bir yıllık prevalans her 100 000'de 3.3 olarak saptandı.

Crohn hastalarında sigara kullanımını ÜK ve indeterminate kolit hastalarına kıyasla yüksek bulundu, indeterminate ko-

lit hastalarında da ÜK hastalarına kıyasla sigara kullanım oranı yüksek saptandı (ÜK: %13.2 vs CH: %35.4 vs İK: %20.0; p=0.029) (Tablo 3).

ÜK, CH ve indeterminate kolit hastalarında eğitim düzeyi ve orijin (doğduğu bölge) dağılımları anlamlı farklılık göstermedi.

**Tablo 3. Hastalık gruplarına göre demografik özelliklerin dağılımı**

Değişkenler	ÜK n=53	CH n=48	İK n=10	P
Yaş (yıl), ort±ss	47.1±12.1	47.8±16.6	45.3±13.4	0.874
Cinsiyet, n (%)				
Kadın	26 (49.1)	25 (52.1)	3 (30.0)	0.435
Erkek	27 (50.9)	23 (47.9)	7 (70.0)	
Sigara, n (%)	7 (13.2)	17 (35.4)	2 (20.0)	0.029*
Alkol, n (%)	-	-	-	
Eğitim, n (%)				
Okur yazar değil	-	1 (2.1)	-	0.837
İlkokul	2 (3.8)	3 (6.3)	1 (10.0)	
Ortaokul	5 (9.4)	3 (6.3)	-	
Lise	13 (24.5)	9 (18.8)	3 (30.0)	
Yüksek	33 (62.3)	32 (66.7)	6 (60.0)	
Orijin, n (%)				
Akdeniz	35 (66.0)	29 (60.4)	7 (70.0)	0.545
İç Anadolu	14 (26.4)	11 (22.9)	1 (10.0)	
Ege	1 (1.9)	1 (2.1)	1 (10.0)	
Marmara	1 (1.9)	1 (2.1)	1 (10.0)	
Karadeniz	1 (1.9)	1 (2.1)	-	
Doğu	-	1 (2.1)	-	
Türkiye dışı	1 (1.9)	4 (8.3)	-	
Komorbidite, n (%)				
KAH	1 (1.9)	1 (2.1)	-	0.998
HT	5 (9.4)	7 (14.6)	-	0.494
DM	-	-	2 (20.0)	0.006*
KOAH	-	1 (2.1)	-	0.514
Allerjik hastalık	1 (1.9)	-	-	0.999
Diğer	2 (3.8)	-	1 (10.0)	0.135
Tanı süresi (yıl), median (min-maks)	3 (0-16)	0 (0-20)	0.5 (0-7)	<0.001*
Lokalizasyon, n (%)				
Pankolit	23 (43.4)	-	-	<0.001*
Distal	8 (15.1)	-	-	
Proktit	19 (35.8)	-	1 (10.0)	
İleal	-	30 (62.5)	-	
İleokolonik	-	13 (27.1)	4 (40.0)	
Kolonik	-	5 (10.5)	5 (50.0)	
Poşit	3 (5.7)	-	-	

KAH: Koroner arter hastalığı, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

İndetermine kolit hastalarında diabetes mellitus (DM) oranı diğer gruplara kıyasla yüksek saptandı (ÜK: %0 vs CH: %0 vs İK: %20.0;  $p=0.006$ ), diğer komorbiditeler gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi.

ÜK hastalarında ortalama tanı süresi diğer gruplara kıyasla yüksek saptandı, CH ve indetermine kolit hastalarında ise ortalama tanı süresi benzerdi (ÜK: %3 yıl vs CH: 0 yıl vs İK: 0.5 yıl;  $p<0.001$ ).

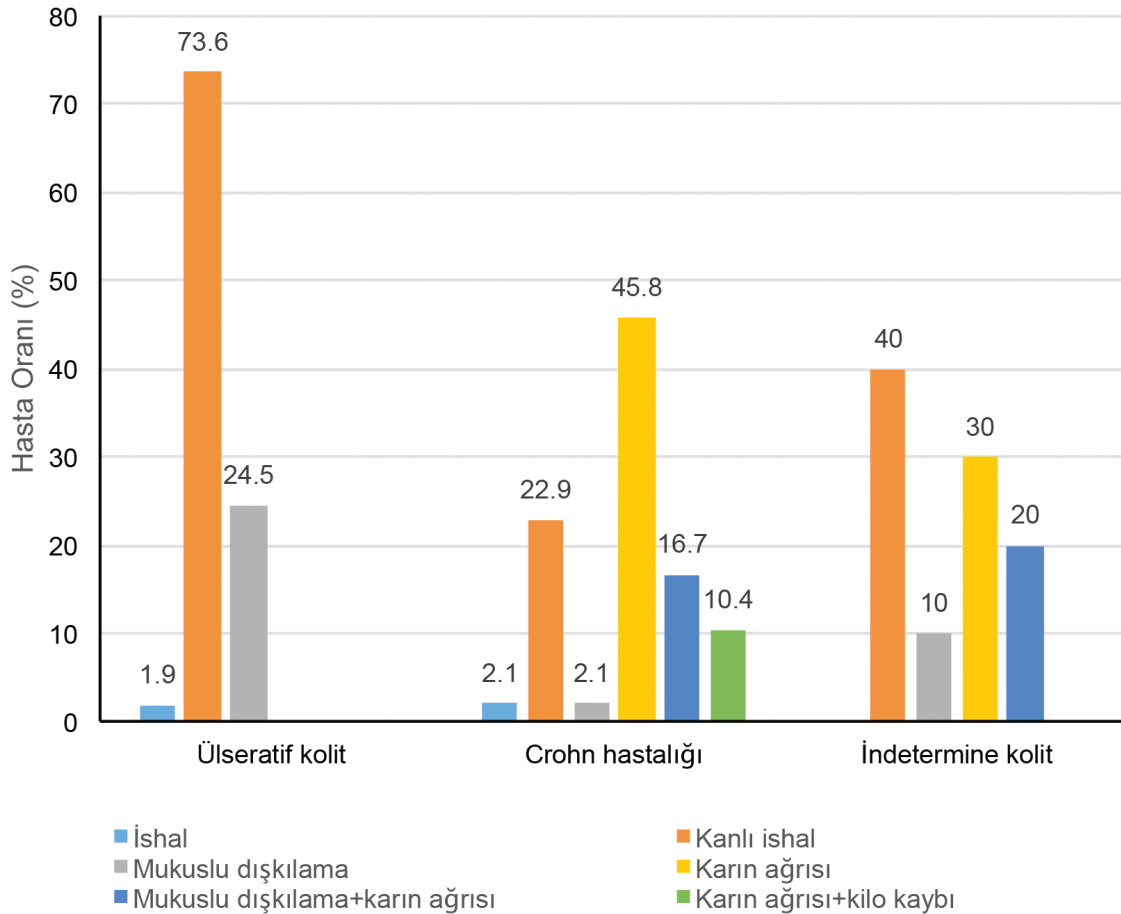
ÜK, CH ve indetermine kolit hastalarında lokalizasyon dağılımlarında anlamlı farklılık saptandı. Buna göre; ÜK hastalarında lokalizasyon çoğunlukla pankolit (%43.4) ve proktit (%35.8) iken Crohn hastalarında ileal (%62.5) ve ileokolonik (27.1) idi, indetermine kolit hastalarında ise lokalizasyon dağılımı kolonik (%50) ve ileokolonik (%40) şeklinde idi ( $p<0.001$ ) (Şekil 4).

ÜK hastalarının çoğunluğu (%77.4) mesalazin kullanırken, mesalazin+budesonid kombinasyonu Crohn hasta-

larında (%31.3) ve indetermine kolit hastalarında da çoğunlukla (%50) kullanılmakta idi ( $p<0.001$ ).

Hastalık gruplarına göre operasyon öyküsü olanların oranı anlamlı farklılık göstermedi. ÜK hastalarında çoğunlukla kanlı ishal (%73.6) ilk belirti ve bulgu olarak saptanırken, Crohn hastalarında karın ağrısı bulgusu çoğunlukta (%45.8) idi, indetermine kolit hastalarında ise kanlı ishal ve karın ağrısı bulgusu sırasıyla %40 ve %30 olarak bulundu (Şekil 5).

Hastalık gruplarına göre; ekstraintestinal bulguların dağılımı, İBH ile ilgili operasyon olan hasta oranı, İBH aile öyküsü oranı, NSAİ ilaç kullanan hasta oranı, OKS kullanan hasta oranı ve lokal komplikasyonu olan hasta oranı anlamlı farklılık göstermedi. ÜK hastalarında EAİ ortalama 4 iken, Crohn hastalığı KAİ ortalama 80 bulundu (Tablo 4).



Şekil 5. Hastalık gruplarına göre ilk belirti ve bulguların dağılımı

Tablo 4. Hastalık gruplarına göre klinik bulguların dağılımı

Değişkenler	ÜK n=53	CH n=48	İK n=10	P
EAI, median (min-maks)	4 (2-12)	-	3 (2-4)	0.610
KAI, median (min-maks)	4 (2-12)	80 (3-400)	125 (2-250)	<0.001*
Kullandığı ilaçlar, n (%)				
Mesalazin	41 (77.4)	7 (14.6)	2 (20.0)	<0.001*
Mesalazin+budesonid	-	15 (31.3)	5 (50.0)	
Mesalazin+azatiopürin	6 (11.3)	9 (18.8)	-	
Adalimumab	1 (1.9)	3 (6.3)	-	
Mesalazin+adalimumab+azatiopürin	3 (5.7)	4 (8.3)	1 (10.0)	
İnfliksımab	-	1 (2.1)	-	
Sertolizumab pegol	-	1 (2.1)	-	
Vedolizumab	1 (1.9)	2 (4.1)	-	
Mesalazin+budesonid+azatiopürin	-	7 (14.6)	-	
Mesalazin+steroid	1 (1.9)	-	-	
Metotreksat	-	1 (2.1)	-	
Operasyon öyküsü, n (%)	3 (5.7)	3 (6.3)	1 (10.0)	
İlk belirti ve bugu, n (%)				
İshal	1 (1.9)	1 (2.1)	-	<0.001*
Kanlı ishal	39 (73.6)	11 (22.9)	4 (40.0)	
Karın ağrısı	-	22 (45.8)	3 (30.0)	
Mukuslu dışkılama	13 (24.5)	1 (2.1)	1 (10.0)	
Mukuslu dışkılama+karın ağrısı	-	8 (16.7)	2 (20.0)	
Karın ağrısı+kilo kaybı	-	5 (10.4)	-	
Ekstraintestinal bulgular, n (%)				
Yok	38 (71.7)	25 (52.1)	5 (50.0)	0.101
Artralji	12 (22.6)	17 (35.4)	3 (30.0)	
Ankilozan spondilit	1 (1.9)	4 (8.3)	1 (10.0)	
Cilt bulguları	1 (1.9)	-	-	
Safra taşı	1 (1.9)	-	1 (10.0)	
Böbrek taşı	-	2 (4.2)	-	
İBH ile ilgili operasyon, n (%)	3 (5.7)	3 (6.3)	1 (10.0)	0.888
İBH aile öyküsü, n (%)	1 (1.9)	3 (6.3)	-	0.354
İlk semptom ile tanı arası geçen süre ay, median (min-maks)	0 (0-10)	2 (0-8)	2 (0-8)	0.186
NSAI kullanımı, n (%)	2 (3.8)	5 (10.4)	1 (10.0)	0.391
OKS kullanımı, n (%)	2 (3.8)	1 (2.1)	-	0.660
Lokal komplikasyon, n (%)	-	8 (16.7)	2 (20.0)	0.001*

EAI: Endoskopik aktivite indeksi, KAI: Klinik aktivite indeksi, İBH: İnflamatuvar barsak hastalığı, NSAI: Non-steroid anti inflammatuvar ilaç, OKS: Oral kontraseptif ilaç

## TARTIŞMA

İBH; patogenezi hala kesin bir şekilde aydınlatılmamış, kronik inflamatuvar barsak hastalıklarıdır. İBH'nin ortaya çıkmasında, farklı coğrafik alanlar ve etnik gruplardaki farklı insidans ve prevalanslar bize potansiyel risk faktörleri hakkında ışık tutar. Bizim çalışmamızda; ÜK için insi-

dans her 100 000'de 3.67, CH için her 100 000'de 7.34 olup, indetermine kolit için ise insidans her 100 000'de 1.33 olarak tespit edilmiştir. Ülseratif kolit için bir yıllık toplam vaka sayısı 53 olup, prevalansı her 100 000'de 17.6 olarak saptanmış, CH için bir yıllık prevalans her 100



000'de 16, indetermine kolit için ise bir yıllık prevalans her 100 000'de 3.3 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de İBH'nın insidansı ve prevalansı ile ilgili yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (12,13). 2003 yılında Trakya'da yapılmış çalışmada ÜK için overall prevalans 100 000'de 4.9 iken, insidans 100 000'de 0.59-0.89 bulunmuş (12). İBH çalışma grubunun yaptığı çok merkezli çalışmasında ÜK için insidans 100 000'de 4.4 iken, CH için 100 000'de 2.2 olarak bulunmuştur. Ailesel hikaye ÜK için %4.4 iken CH için %8.3 saptanmıştır (13). Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da CH için insidans 10 000'de 6, prevalans 100.000 de 150 iken, ÜK için insidans 10 000'de 20, prevalans 100 000'de 200 olarak tahmin edilmektedir (14). Bizim verilerimiz ÜK için 100 000'de 3.67 iken, CH'de 7.34 olup, ÜK insidansında bir azalma izlenirken, CH insidansı hemen hemen Kuzey Amerika ve Avrupa insidansı ile aynıdır (8). Güney Kore'de yapılan çalışmalarda, ÜK için prevalans 1997 yılında 100 000'de 7.57 iken 2005'te 100 000'de 30.87 olarak gösterilmiş (15). Japonya, Orta Doğu ülkelerinde de artan bir insidans yapılan çalışmalar da gösterilmiş (16-19).

Asya'da yapılan çalışmalarda, aile öyküsü sırasıyla ÜK ve CH için %10.2 ve %7,5 olarak saptanmış (20,21). Çalışmamızda aile öyküsünü ÜK için %1.9, CH için %6.3 olarak saptadık. Bölgemiz turizm bölgesi de olduğu için Kuzey Avrupa'dan da hem yerleşik hem de turistik göç almaktadır. Bu durum istatistiki bilgileri de etkilemiş olabilir.

Hastalarımızın %64'ü yüksek okul mezunu olup, İBH'nın yüksek sosyo-ekonomik statüde daha fazla görüldüğü ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda; ÜK hastalığı %50.9 ile erkek cinsiyette daha sık görülürken, CH %52.1 ile kadın cinsiyette ve indetermine kolit ise %70 ile erkek cinsiyette daha sık görülmekte idi. Bu durum literatür bilgisi ile uyumlu bulundu (8,14). Ülkemizden yapılan çalışmalarda ise, ÜK'de bütün çalışmalarda erkek predominansı görülmüş olup, CH'da cinsiyet dağılımı için farklı sonuçlar bulunmuştur (12,20,22).

Yaşlara göre dağılımlara bakıldığında çalışmamızda, ÜK 40-49 yaş aralığında %60 ile en sık görülürken, CH'nın ise 19-29 yaş aralığında %53.8 ve ≥60 yaşta %57.1 olmak üzere bimodal pik yaptığını izledik. Kuzey Amerika'da ya-

pılan bir çalışmada, erkek cinsiyet ÜK için daha yüksek insidansa sahip iken, daha genç yaş CH için daha yüksek insidansla ilişkili bulunmuş (14). Bimodal pik yaptığı 20-29 yaş ve ikinci pikin ileri yaşta görüldüğü Kuzey Amerika'da yapılan diğer bir çalışmada da saptanmış (8,14). Asya ülkelerinde de 20-39 yaş arasında bir pik olduğu yapılan çalışmalarda izlenmiş (14,20,21).

Avrupa ve Kuzey Amerika'dan farklı olarak; İran'da yapılan çalışmalarda, ÜK kadın cinsiyette daha fazla saptanmış, CH da ise erkek cinsiyet predominansı görülmüştür (20,21,23,24). CH için erkek predominansı Çin, Japonya ve Kore'de de rapor edilmiştir (15,16,25).

Çalışmamızda Crohn hastalarında sigara kullanımı ÜK ve indetermine kolit hastalarına kıyasla yüksek saptandı, indetermine kolit hastalarında da ÜK hastalarına kıyasla sigara kullanım oranı yüksekti (ÜK: %13.2 vs CH: %35.4 vs İK: %20.0; p=0.029). Türkiye'den yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (26,27). Asya ve Kuzey Amerika'dan yapılan bazı çalışmalarda da sigara içiminin CH için yüksek risk faktörü olduğu gösterilmiştir (28,29).

Çalışmamızın insidans ve prevalans açısından ana limitasyonu için şunları söyleyebiliriz. Bölgemiz turistik olduğu için yaz aylarında yurt içi ve dışı turistik göç almakta ve nüfusu artmaktadır, bu yüzden de hastanemize bu aylarda İBH tanılı başvuran hasta sayısı artmaktadır. Bu durum, insidans ve prevalanstaki artışın ve daha çok da CH sayısındaki artışın bir nedeni olabilir. İnsidans; ÜK için her 100 000'de 3.67, Crohn hastalığı için her 100 000'de 7.34 olup, indetermine kolit için ise insidans her 100 000'de 1.33 olarak tespit edilmiştir.

ÜK bölgemizde daha çok erkek predominant olmakla birlikte, CH ise kadın predominant olarak görülmektedir. Bölgemizdeki Avrupa kökenli hastaların sıklıkla kadın ve CH olduğu izlenmiş olup, bu hastaların İBH ilişkili operasyon geçirme öyküsü Türkiye kökenli hastalardan daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızda ÜK en sık 40-49 yaş aralığında görülürken, CH bimodal pik yapmış, ilk piki 20-29 yaş aralığında, ikinci piki ise 60 yaş üzerinde yaptığı görülmüştür.

## KAYNAKLAR

1. Pierik M, Yang H, Barnada MM, et al. The IBD international genetics consortium provides further evidence for linkage to IBD4 and shows gene-environment interaction. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11:1-7.
2. Barrett JC, Hansoul S, Nicolae DL, et al. Genome-wide association defines more than 30 distinct susceptibility loci for Crohn's disease. *Nat Genet* 2008;40:955-62.
3. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004;126:1504-17.
4. Hanauer SB. Inflammatory bowel disease: epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12(Suppl 1):S3-9.

5. Loftus EV Jr, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol. Clin. North Am* 2002;31:1-20.
6. M'Koma AE. Inflammatory bowel disease: an expanding global health problem. *Clin Med Insights Gastroenterol* 2013;6:33-47.
7. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet* 2018;390:2769-78.
8. Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 2015;50:942-51.
9. Rachmilewitz D. Coated mesalazine (5-aminosalicylic acid) versus sulphasalazine in the treatment of active ulcerative colitis: a randomised trial. *BMJ* 1989;298:82-6.
10. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. *N Engl J Med.* 1987;317:1625-9.
11. Best WR, Becktel JM, Singleton JW, et al. Development of a Crohn's Disease Activity Index. National Co-operative Crohn's disease study. *Gastroenterology* 1976;70:439-44.
12. Tezel A, Dökmeci G, Eskiocak M, et al. Epidemiological features of ulcerative colitis in Trakya, Turkey. *J Int Med Res* 2003;31:141-8.
13. Tozun N, Atug O, Imeryuz N, et al; Members of the Turkish IBD Study Group. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey. *J Clin Gastroenterol* 2009;43:51-7.
14. Shivashankar R, Tremaine WJ, Harmsen WS, Loftus EV Jr. Incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota From 1970 Through 2010. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017;15:857-63.
15. Yang SK, Yun S, Kim JH, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in the Songpa-Kangdong district, Seoul, Korea, 1986-2005: a KASID study. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:542-9.
16. Yao T, Matsui T, Hiwatashi N. Crohn's disease in Japan: diagnostic criteria and epidemiology. 2000;43(10 Suppl):S85-93.
17. Abdul-Baki H, ElHajj I, El-Zahabi LM, et al. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease in Lebanon. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:475-80.
18. Niv Y, Abuksis G, Fraser GM. Epidemiology of ulcerative colitis in Israel: a survey of Israeli kibbutz settlements. *Am J Gastroenterol* 2000;95:693-8.
19. Al-Shamali MA, Kalaoui M, Patty I, et al. Ulcerative colitis in Kuwait: a review of 90 cases. *Digestion* 2003;67:218-24.
20. Vahedi H, Merat S, Momtahan S, et al. Epidemiologic characteristics of 500 patients with inflammatory bowel disease in Iran studied from 2004 through 2007. *Arch Iran Med* 2009;12:454-60.
21. Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, et al. Inflammatory bowel disease in Iran: a review of 457 cases. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20:1691-5.
22. Balram C, Sharma A, Sivathasan C, Lee EJ. Frequency of C3435T single nucleotide MDR1 genetic polymorphism in an Asian population: phenotypic-genotypic correlates. *Br J Clin Pharmacol* 2003;56:78-83.
23. Fallahi GH, Moazzami K, Tabatabaeiyan M, et al. Clinical characteristics of Iranian pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Acta Gastroenterol Belg* 2009;72:230-4.
24. Masjedi zadeh R, Hajiani E, Hashemi SJ, et al. Epidemiological features of inflammatory bowel disease in Khuzestan. *Jundishapur Sci Med J* 2007;6:54-63. Persian.
25. Leong RW, Lau JY, Sung JJ. The epidemiology and phenotype of Crohn's disease in the Chinese population. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10:646-51.
26. Ozin Y, Kilic MZ, Nadir I, et al. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey. *J Gastrointestin Liver Dis* 2009;18: 157-62.
27. Ülker A, Parlak E, Dağlı Ü. et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Türk J Gastroenterol* 1999;10:55-9.
28. Cosnes J. What is the link between the use of tobacco and IBD? *Inflamm Bowel Dis* 2008;14 (Suppl 2):S14-S5.
29. Reif S, Lavy A, Keter D, et al. Lack of association between smoking and Crohn's disease but the usual association with ulcerative colitis in Jewish patients in Israel: a multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2000;95:474-8.