



Mikroskopik kolit ve diyare baskın irritable barsak sendromu tanısı almış hastaların klinik ve laboratuvar olarak karşılaştırılması

Comparison of clinical and laboratory findings of patients diagnosed with microscopic colitis and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome

Atilla BULUR¹, Uğuray Payam HACISALİHOĞLU²

¹Nazilli Özel Gastroenteroloji ve Endoskopi Kliniği, Nazilli, Aydın

²İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Mikroskopik kolit ve diyare baskın irritable barsak sendromlu hastalarda başta sulu diyare ve karın ağrısı olmak üzere benzer semptomlar görülür. Mikroskopik kolitin toplumda sıklığı göreceli olarak azdır ve kesin tanı kolonoskopik incelemeyle alınan biyopsilerin histopatolojik değerlendirilmesi ile konur. Muhtemelen bir kısım mikroskopik kolit hastası kolonoskopi yapılmadığı ve semptom örtüşmeleri nedeniyle diyare baskın irritable barsak sendromu tanısı ile takip edilmektedir. Bu çalışmada histopatolojik olarak mikroskopik kolit ve diyare baskın irritable barsak sendromu tanısı almış hastalarımızı klinik ve laboratuvar olarak karşılaştırmayı ve iki grup arasında benzer ve ayrışan yönleri araştırmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza Eylül 2016 ile Şubat 2022 tarihleri arasında gastroenteroloji kliniğimizde takip edilen 41 mikroskopik kolit ve 41 diyare baskın irritable barsak sendromlu hasta dahil edildi. Her iki grup hastaya da kolonoskopik inceleme yapılmış, biyopsiler alınmış ve histopatolojik değerlendirme yapılmıştı. Bu iki grubun klinik, laboratuvar, kolonoskopik ve histopatolojik verileri retrospektif olarak incelenerek karşılaştırıldı. **Bulgular:** Çalışmaya alınan her iki grup hastanın demografik verileri benzerdi (yaş ortalamaları; mikroskopik kolit: 50.96 yıl, diyare baskın irritable barsak sendromu: 51.45 yıl, kadın/erkek oranları her iki grup için: 1.56). Merkezimizin mikroskopik kolit prevalansı her 100 hastada 1.67 idi. Mikroskopik kolit hastalarının %41.46'sı diyare baskın irritable barsak sendromu için Roma IV kriterlerini karşılamaktaydı. Mikroskopik kolit hastalarında; kronik ishal %78.05, kilo kaybı %19.51, B12 vitamini eksikliği %12.20, çölyak hastalığı birlikteliği %4.88, karın ağrısı %41.46 oranında izlenirken, bu oranlar diyare baskın irritable barsak sendromlu hastalarda sırası ile %43.90, %9.76, %0.00 ve %78.05 olarak saptandı. **Sonuç:** Mikroskopik kolit hastalığı toplumda sanıldığından daha sık görülmektedir. Ancak birçok mikroskopik kolit hastasının semptomlarının benzerliği nedeniyle diyare baskın irritable barsak sendromu tanısı ile takip edildiği düşünülmektedir. Çalışmamızda kronik sulu diyare, kilo kaybı, B12 vitamini eksikliği ve çölyak hastalığı birlikteliğinin mikroskopik kolit hastalarımızda; karın ağrısının ise diyare baskın irritable barsak sendromu hastalarımızda daha sık olduğunu saptadık. Bu sayılan semptom ve bulgularla karşılaştığında mikroskopik kolit tanısı akla gelmelidir ve bu hastalara kolonoskopik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Mikroskopik kolit, diyare baskın irritable barsak sendromu, semptom, örtüşme, kolonoskopi

Background and Aims: Patients with microscopic colitis and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome have similar symptoms, primarily watery diarrhea and abdominal pain are observed in patients with microscopic colitis and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. Probably some microscopic colitis patients are followed up with the diagnosis of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome because colonoscopy is not performed and symptoms overlap. In this study, we aimed to compare our patients with histopathological diagnosis of microscopic colitis and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome patients clinically and laboratoryly, and to investigate the similarities and differences between the two groups. **Materials and Methods:** 41 microscopic colitis and 41 diarrhea-predominant irritable bowel syndrome patients followed up in our gastroenterology clinic between september 2016 and february 2022 were included in our study. Colonoscopy was performed, biopsies were taken, and histopathological examination was performed in both groups of patients. The clinical, laboratory, colonoscopic and histopathological data of these two groups were analyzed retrospectively and compared. **Results:** Demographic data of both groups of patients included in the study were similar (mean age: microscopic colitis: 50.96 years, diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: 51.45 years, female/male ratios for both groups: 1.56). The prevalence of microscopic colitis in our center was 1.67 per 100 patients. 41.46% of microscopic colitis patients met the Rome IV criteria for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. While chronic diarrhea prevalence was 78,05%, weight loss: 19.51%, vitamin B12 deficiency: 12.20%, coexistence with Celiac disease: 4.88%, abdominal pain: 41.46% in microscopic colitis patients; these rates were found to be 43,90%, 9.76%, 0.00% and 78.05%, respectively in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome patients. **Conclusion:** microscopic colitis is encountered more frequently than it is thought, in the population. Many microscopic colitis patients are followed up with the diagnosis of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome due to the similarity of symptoms. In our study, we determined that the association of chronic watery diarrhea, weight loss, vitamin B12 deficiency and Celiac disease was more common in patients with microscopic colitis whereas abdominal pain was more common in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. When these symptoms and signs are encountered in patients, the diagnosis of microscopic colitis should be considered and colonoscopic examination should be performed.

Key words: Microscopic colitis, diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, symptom, overlap, colonoscopy

GİRİŞ

İlk olarak 1980'de tanımlanan mikroskopik kolit (MK); kronik, sulu, kansız ishal, karın ağrısı ve fekal sıkışma hissi ile karakterize kolonun kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Orta yaşlı hastalarda ve kadın cinsiyette daha sık görülmektedir. MK'te kolonoskopik incelemede kolon mukozası neredeyse tamamen normal görünür. Tanı kolondan alınan biyopsilerdeki karakteristik histolojik değişiklikler ile konur (1-3). MK'in iki ana histolojik alt tipi vardır; lenfositik kolit (LK) ve kollajenöz kolit (KK). LK'te izlenen histomorfolojik bulgular intraepitelyal lenfositoz ve azalmış goblet hücreleri olarak sıralanabilir. KK'te ise subepitelyal kollajen tabakası kalınlaşmıştır (>10 µm) (4,5).

Yakın zamanda yapılan çalışmalarda MK insidansı yılda yaklaşık 10/100000 olarak bildirilmiştir. Kronik diyareli erişkinlerde ise MK sıklığının %4-13 olduğu, son yıllarda %20'lere çıktığı bildirilmektedir (6-8). Avrupa ve Kuzey Amerika'da KK insidansı 0.6-5.2/100000, LK insidansı 3.7-5.5/100000 olarak bildirilmiştir (8,9). Ülkemizde kronik diyareli erişkinlerde yapılan bir çalışmada MK sıklığı %10, bunun büyük çoğunluğunun da LK hastaları olduğu bildirilmiştir (10).

MK tanısında ortalama yaş yaklaşık 65'tir ve %52-86 gibi kadınlarda daha yüksek insidanda görülür (11,12). LK ile karşılaştırıldığında KK'te kadın üstünlüğü daha belirgin olarak görülmektedir ve kadın/erkek insidans oranı sırasıyla 1.9 ve 3.0 olarak bildirilmiştir (13).

MK'in etyopatogenezi bilinmemektedir, multifaktöryel olduğu ileri sürülmektedir. Kişisel yatkınlığı olanlarda mukozal hasara karşı anormal immünolojik reaksiyon sorumlu tutulmakla birlikte; genetik, otoimmünite, luminal antijenlere karşı immünolojik ya da inflamatuvar yanıtlar, ilaçlar, bakteriyel enfeksiyonlar, safra asit malabsorbsiyonu gibi nedenler öne sürülmüştür (6).

Tekrarlayan karın ağrıları (karında şişkinlik veya

gerginlikle birlikte) ve barsak alışkanlıklarında değişikliklerle (diyare, konstipasyon veya her ikisi birlikte) karakterize en sık görülen fonksiyonel barsak hastalıklarından biridir (14). İBS tanısı için Roma IV kriterlerine göre şikayetler en az 6 ay önce başlamalı ve son 3 ayda haftada en az 1 gün tekrarlayan karın ağrısı olmalı ve şu 3 kriterden oluşan; defekasyon sonrası rahatlama, dışkılama sıklığında değişme ve dışkı şeklinde değişme semptomlarından en az 2 tanesi eşlik etmelidir. Diyare baskın İBS'de (İBS-D) ise dışkılamaların %25 veya daha fazlasında dışkı yumuşak veya sulu kıvamdadır ve dışkılama sonrası karın ağrısında veya huzursuzluğunda rahatlama mevcuttur (15,16). Çok büyük vaka sayısına sahip bir meta analizde (260960 birey, 80 çalışmayı içeren) dünyada İBS prevalansı %11.2 olarak saptanmıştır ve prevalansın kadınlarda erkeklere göre, gençlerde 50 yaş üzerinelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (17).

Kronik sulu diyare tanımlayan olgularda MK akla gelmelidir. Bu hastalara kolonoskopik inceleme yapılmalı ve kolonun birçok lokalizasyonundan çoklu biyopsiler alınmalıdır. Ancak pek çok nedenden dolayı kronik diyare ayırıcı tanısında MK atlanmakta ve kolonoskopi yapılmamaktadır. Kronik diyare ayırıcı tanısında İBS-D ve MK dışında; laktöz intoleransı, çölyak hastalığı, post antibiyotik diyareler, inflamatuvar barsak hastalıkları (Crohn ve ülseratif kolit), safra asitlerine bağlı diyare, malabsorbsiyonla giden pankreas hastalıkları ve gastrointestinal sistem maligniteleri gibi önemli nedenler ekarte edilmelidir.

MK ve İBS-D semptomları birbirine çok benzemektedir ve örtüşmektedir; keza karın ağrısı ve kronik diyare her iki hastalıkta da sık görülür. Bu şikayetlerle başvuran bir hastada şüphe edilmeyip kolonoskopik inceleme yapılmaz ve/veya biyopsi alınmaz ise bu hastalara yanlışlıkla İBS-D tanısı konabilir. Bu da hastaya yaklaşımı ve tedaviyi olumsuz etkiler. Biz çalışmamızda MK has-

tararımızı detaylı irdelemeyi, MK ve İBS-D hasta gruplarımızı klinik ve laboratuvar olarak karşılaştırmayı ve olası farklılıkları ve örtüşen bulguları araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamıza Eylül 2016 ile Şubat 2022 tarihleri arasında hastanemiz gastroenteroloji kliniğine başvuran ve kolonoskopik incelemeleri yapıp biyopsi örneklerinin histopatolojik olarak incelenmesi ile MK tanısı konmuş 41 hasta ve kolonoskopik biyopsilerinde histopatolojik olarak patolojik bulgu saptanmayan 41 İBS-D hastası alındı. Her iki gruptaki hastaların tamamı erişkin 18 yaş ve üzeri hastalardı. Öncelikle gastrointestinal sistem maligniteleri olmak üzere malignitesi, aktif enfeksiyonu, inflamatuvar barsak hastalığı tanılı ve 18 yaş altı hastalar çalışma dışında bırakıldı.

MK hastaları histopatolojik olarak LK ve KK olarak iki gruba ayrıldı. İBS-D hastalarının tanısı semptom bazlı Roma IV kriterlerine göre konuldu (15-18). İBS-D hastalarının kolonoskopik inceleme ile alınan biyopsilerinin histopatolojik incelemeleri normal saptandı. Her iki gruba ait demografik (yaş, cinsiyet), klinik (semptom ve muayene bulguları) ve laboratuvar parametreleri [Açlık kan şekeri (normal aralık (NA): 74-106 mg/dL), üre (NA: 8-20 mg/L), kreatinin (NA: 0.67-1.17 mg/dL), aspartat aminotransferaz (AST, NA: 0-50 U/L), alanin aminotransferaz (ALT, NA: 0-50 U/L), albümin (NA: 3.5-5.2 gr/dL), anemi için; tam kan sayımı, hemoglobin düzeyi kadınlarda 12 gr/dL, erkeklerde 13 gr/dL altı değerler, demir eksikliği için 59 ug/dL altındaki serum demir değerleri, B12 vitamin eksikliği için 211 pg/mL altındaki serum değerleri, çölyak hastalığı yönünden; spesifik çölyak otoantikörleri için serolojik testler; anti endomisyum IgA ve IgG, anti doku transglutaminaz IgA ve IgG düzeyleri] retrospektif olarak taranarak karşılaştırıldı.

Kolonoskopi işlemine alınan hastalar, işlemden üç gün önce sabahtan itibaren sıvı ve şeffaf diyet ile beslendi. Hastalar işlemden bir gün önce polietilen glikol ya da sennosid solüsyon laksatifleri ile kolonoskopik inceleme öncesi barsak hazırlığı yaptı. İşlem sırasında anesteziyoloji hekimi tarafından sedoanaljezi uygulandı. İşlemler "Fujinon EPX 4450 HD, EC 590 WL, Japan" seri numaralı ve markalı kolonoskopi cihazı ile yapıldı. Kolonoskopik biyopsiler kolonun birçok lokalizasyonundan forseps yardımı ile alındı ve patoloji laboratuvarına %10 formol solüsyonu içinde iletildi.

Çalışma için yerel etik kurul onayı alındı (İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, 07.03.2022 tarih ve 2022/03-833 sayılı etik kurul onayı ile). Araştırma Helsinki bildirgesi ilkelerine göre yürütüldü. Herhangi bir kurumla ya da kişilerle çıkar ilişkisi yoktu.

İstatistiksel Yöntem

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics 22.0 programında analiz edildi. Tanımlayıcı verilerden kategorik değerler n (sayı) ve yüzde (%), numerik değerler ise \pm standart sapma ve ortalama olarak verildi.

BULGULAR

Çalışmamızda belirlediğimiz tarihler arasında (2016-2022) toplam 2458 hastaya herhangi bir endikasyonla kolonoskopik inceleme yapılmıştı. Bu hastalardan 41'ine (%1.67) histopatolojik olarak MK tanısı konulmuştu. MK hastalarından 14 (%34.15) olgu KK, 27 (%65.85) hasta LK alt tipindeydi. MK hastalarının yaş ortalaması 50.96 \pm 11.34 (24-80) idi. Bu hastaların 25'i (%60.98) kadın, 16'sı (%39.02) erkekti. Ortalama takip süresi 27 (2-58) aydı. Çalışmaya aldığımız İBS-D hastalarının kolonoskopik incelemeleri yapılmış; bu hastalardan çoklu kolonik biyopsiler alınmış ve histopatolojik olarak MK ile uyumlu olmadıkları

rapor edilmişti. İBS-D hastalarının yaş ve cinsiyet özellikleri MK hastalarına benzer seçildi. İBS-D hastalarının yaş ortalaması 51.45 ± 10.65 (18-83) yaş, 25'i (%60.98) kadın, 16'sı (%39.02) erkekti. Çalışmamızdaki verilere göre kliniğimizde toplam 497 İBS-D tanılı hasta kaydı mevcuttu. Kolonoskopik incelemesi yapılmış ve biyopsi alınıp histopatolojik olarak incelenen ve MK ve diğer hastalık tanıları dışlanarak İBS-D tanısı almış hasta sayısı 78 (%15.69) iken, kolonoskopisi yapıp biyopsi alınmamış hasta sayısı 89 (%17.91), kolonoskopi yapılmamış ve İBS-D tanısı almış hasta sayısı 330 (%66.40) idi.

Her iki grubun başvuru semptomları irdelendiğinde kansız ve sulu ishal MK ve İBS-D hastalarının tamamında mevcuttu. İshalin süresi ve sıklığı irdelendiğinde İBS-D hastalarında genellikle zaman zaman ishalleri dönemler olduğu ve hastaların %43.90'ında (n = 18) 4 haftadan uzun süren ishal olduğu ve kronik diyare tanımına uyduğu saptanırken, MK hastalarının %78.05'inde (n = 32) kronik diyare olduğu saptandı. Karın ağrısı; İBS-D hastalarının %78.05'inde (n = 32), MK hastalarının %41.46'sında (n = 17) mevcuttu. MK hastalarının %41.46'sı (n = 17) Roma IV kriterlerine göre İBS-D tanı kriterlerini karşılıyordu. Kilo kaybı (son 6 ayda %10'dan fazla kilo kaybı); İBS-D hastalarının %9.76'sında (n = 4), MK hastalarının ise %19.51'inde (n = 8) mevcuttu. Zaman içinde dışkı şeklinde değişiklikler (aralıklı olarak ishal, normal dışkı veya kabızlık); İBS-D hastalarının %31.71'inde (n = 13), MK hastalarının %24.39'unda (n = 10) saptandı. MK hastalarının %19.52'sinde (n = 8) anemi, %17.07'sinde (n = 7) demir eksikliği, %14.63'ünde (n = 6) B12 vitamini eksikliği saptanmışken, İBS-D hastalarının %14.63'ünde (n = 6) anemi, %12.20'sinde (n = 5) demir eksikliği, %4.88'sinde (n = 2) B12 vitamini eksikliği saptandı. Ayrıca MK hastaları içinde 2 (%6.45) hastada serolojik olarak spesifik çölyak oto

antikör pozitifliği [serum immünglobulin A (IgA) ve immünglobulin G (IgG) düzeyleri normal aralıktayken anti endomisyum IgA ve IgG, anti doku transglutaminaz IgA ve IgG pozitifliği] ve duodenal biyopsilerde histopatolojik olarak tanı konmuş çölyak hastalığı birlikteliği saptandı, İBS-D hastalarının ise hiçbirinde çölyak hastalığı birlikteliği yoktu. Ayrıca her iki gruptaki hastaların ölçülen ortalama açlık kan şekerleri, üre, kreatinin, AST, ALT, albümin değerleri her iki grup hastalarda da normal aralıkta ölçüldü. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de, her iki hasta grubu için farklılık içeren semptom ve laboratuvar verileri ise Grafik 1'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

MK insidansı son yıllarda artış göstermektedir. Bu artışta, hekimlerin diyare nedeni olarak MK'yi ayırıcı tanıda araştırmasının ve tanıya ulaşmak için kolonoskopik incelemelerin daha sık yapılmasının katkısı olduğu düşünülmektedir (19). Yakın zamanda yapılan çalışmalarda MK insidans oranı yılda yaklaşık 10/100000 olup, kadınlar ve 60 yaş üzeri hastalarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (11,12,20,21). Çalışmamızda MK hastalarımızın yaş ortalaması 50.96 yıl, kadın/erkek: 1.73 olarak saptadık. Merkezimizin MK prevalansını %1.67 olarak saptadık. MK alt tiplerinde LK sıklığı KK'e göre daha sık bildirilmekte olup bizim çalışmamızda da KK prevalansı: %0.57, LK prevalansı: %1.10, LK/KK: 1.93 olarak literatürle uyumlu olarak LK hakimiyetindeydi (7,22-24). Gerek KK, gerekse LK'in kronik, kansız, sekretuar tipte sulu ishale yol açtığı bilinmektedir. MK hastalarında klinik gidişat genelde intermittanttır. Bunun yanında devamlılık gösterebilir veya nadiren tek bir ataktan ibaret kalabilir. Sayılan bu klinik bulgular sıklıkla İBS-D hastalarında da görülür ve semptomatik olarak ayırıcı tanıyı imkansız hale getirebilir (18). MK hastalarımızda Roma IV kriterlerine göre İBS-D kriterlerini karşılayan hasta oranı %41.46

Tablo 1 Mikroskopik kolit ve İBS-D hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

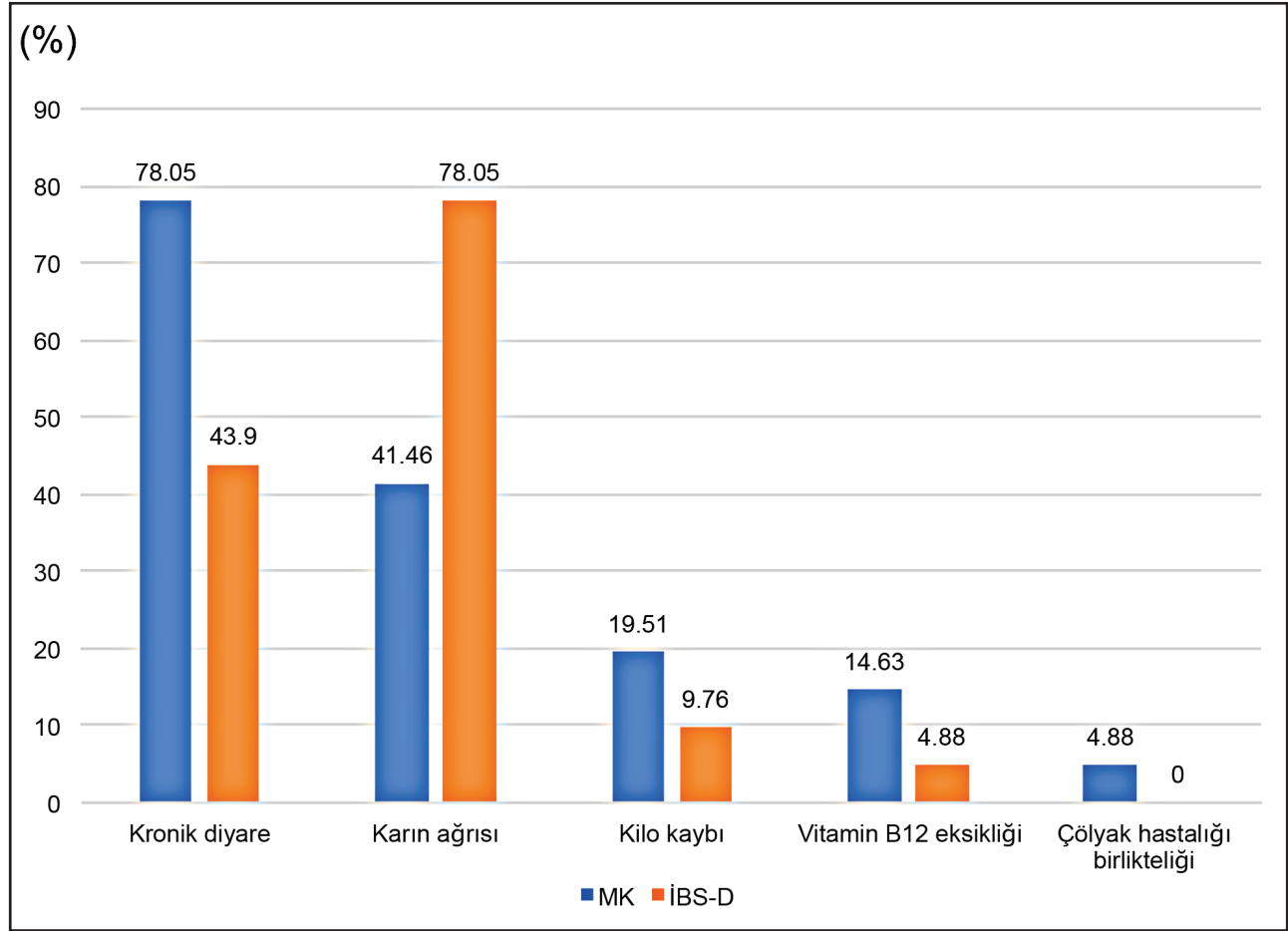
	Mikroskopik Kolit	İBS-D
Yaş (yıl ± SS)	50.96 ± 11.34	51.45 ± 10.65
Cinsiyet, n (%)	Kadın: 25 (%60.98) Erkek: 16 (%39.02)	Kadın: 25 (%60.98) Erkek: 16 (%39.02)
Kronik ishal, n (%)	32 (%78.05)	18 (%43.90)
Karın ağrısı, n (%)	17 (%41.46)	32 (%78.05)
İBS-D tanı kriterlerini karşılama, n (%)	17 (%41.46)	41 (%100.00)
Dışkılama değişikliği, n (%)	10 (%24.39)	13 (%31.71)
Kilo kaybı, n (%)	8 (%19.51)	4 (%9.76)
Rektal kanama, n (%)	3 (%7.32)	4 (%9.76)
Anemi, n (%)	8 (%19.52)	6 (%14.63)
Demir eksikliği, n (%)	7 (%17.07)	5 (%12.20)
B12 eksikliği, n (%)	6 (%14.63)	2 (%4.88)
Çölyak hastalığı birlikteliği, n (%)	2 (%4.88)	0 (%0.00)

İBS-D: Diyare baskın irritabl barsak sendromu, SS: Standart sapma.

gibi yüksek orandaydı ve neredeyse tüm MK hastalarının yarısı semptomatik olarak İBS-D ile tam örtüşmekteydi (Tablo 1). Bir çalışmada MK hastalarının %13.8'i Roma III kriterlerine göre İBS-D, %42.5'inin fonksiyonel diyare kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (25). Ülkemizde yakın zamanda yapılan bir çalışmada Roma III kriterlerine göre tanı almış bir grup İBS-D hastasına yapılan kolonoskopik biyopsi sonrası bu hastaların %9.89'unun MK tanısı aldığı bildirilmiştir (26). Bir başka çalışmada MK hastalarının %38 ile %58'i semptomaya dayalı İBS tanı kriterlerini karşıladığı ve bu hastaların İBS kriterlerini karşılamayanlara göre daha genç ve kadın cinsiyette olma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (27). Başka bir çalışmada histolojik olarak doğrulanmış MK tanısı olan 130 hastanın yaklaşık yarısının (%41-%56) İBS tanısı için semptom temelli kriterleri karşıladığı bildirilmiştir (28). Başka bir çalışmada, MK hastalarının %18'inin MK tanısı almadan önce İBS tanısı aldığı bildirilmiştir (29).

Diyare süresi MK tanısında önemlidir. Zira 4 haftadan uzun süren ishal olarak tanımlanan kronik diyaresi olan bir hastanın MK olma olasılığı İBS-D'ye göre daha yüksektir. Bu durum hangi hastaların kolonoskopik incelemeye ihtiyaç duyduğunun klinik kararında faydalı olabilir (30). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kronik diyare sıklığını MK'te %78.05, İBS-D hastalarında ise %43.90 olarak saptadık.

MK ve çölyak hastalığının daha sık birlikte olabileceği gösterilmiştir, ancak bu ilişkinin nedeni henüz net olarak anlaşılamamıştır. Dirençli MK'i olan bazı hastalarda eş zamanlı çölyak hastalığı olabilir ve bunun tersi de doğrudur (31). Dirençli çölyak hastalığında MK prevalansını değerlendiren birçok çalışmanın değerlendirildiği bir meta analizde bu hastalarda MK prevalansı %4.5-6.7 oranında bildirilmiştir (31). Bizim çalışmamızda da %4.88 MK hastasında ek olarak çölyak hastalığı birlikteliği tespit edilmiştir (Tablo 1, Grafik 1).



Grafik 1 Mikroskopik kolit ve İBS-D hastaları arasında önemli farklılık içeren semptom ve laboratuvar bulguları.

MK: Mikroskopik kolit, İBS-D: Diyare baskın irritable barsak sendromu, grafiğin dikey eksenini: % hasta sayısı).

Geniş çaplı bir klinik çalışmada 270 KK ve 168 LK hastası incelenmiş ve bu hastaların yaş ortalamaları sırasıyla 65 ve 63 yıl, kadın hasta %74 ve %64, sulu ishal %92 ve %88, gece ishali %57 ve %39, karın ağrısı %48 ve %52, kilo kaybı sıklığı %59 ve %48, çölyak hastalığı birlikteliği %2 ve %4, vitamin B12 eksikliği %5 ve %3 olarak bildirilmiştir (32). Bizim çalışmamızda da kronik diyare sıklığı %78.05, karın ağrısı sıklığı %41.46, kilo kaybı sıklığı %19.51, çölyak hastalığı birlikteliği %4.88, vitamin B12 eksikliği %14.63 olarak saptanmıştır. Karın ağrısı dışında sayılan tüm bu semptom ve bulgular İBS-D hastalarımıza göre MK hastalarımızda daha sık görülmektedir (Tablo 1, Grafik 1).

MK toplumda sanıldığından daha sıktır. Merkezimizde belirlediğimiz MK hasta sayısı 41 olup bu sayı az gibi görülse de literatürde yapılmış çalışmalar benzer sayılarda ya da birkaç kat daha fazla sayıda hasta ile yapılmıştır (25-28,32). Bu düşük hasta sayılarının muhtemel nedeni birçok MK hastasının semptomlarının benzerliği nedeniyle kolonoskopik inceleme yapılmadan ve/veya biyopsi alınmadan İBS-D tanısı ile takip edilmesidir. Keza bizim çalışmamızda da tüm İBS-D tanılı hastalarımızın sadece %33.60'ına kolonoskopik inceleme yapılmışken, sadece %15.69 hastanın kolonoskopik incelemesinde biyopsi alınmıştır. Bizce bu durumun yani MK tanısının az oranda

konulmasının birkaç nedeni vardır. Birçok farklı uzmanlık alanındaki klinisyenlerin kronik diyare ve karın ağrısı nedeni olarak MK'yı ayırıcı tanıda düşünmemeleri yani MK farkındalığının yetersiz oluşu, MK hastalarıyla karşılaşma oranının azlığı, kolonoskopik işlemin zorlu bir hazırlık süreci olması ve işlemin hastalarda korku oluşturmaması, MK ve az görülen başka gastroenterolojik hastalıklar için deneyimli endoskopi merkezlerine ulaşmakta ki zorluk gibi nedenler bu durumu açıklayabilir.

Biz çalışmamızda klinik olarak kronik diyare, kilo kaybı ve çölyak hastalığı birlikteliğinin MK hastalarında, karın ağrısının ise İBS-D hastalarında daha sık rastlandığını belirledik. Ayrıca laboratuvar olarak B12 vitamini eksikliğinin MK hastalarında İBS-D hastalarından daha sık görüldüğünü saptadık. Bu belirlediğimiz klinik ve laboratuvar bulguları her iki hastalığın ayırıcı tanısında ve kolonoskopik inceleme yapılması gereken hastaları ayırt etmede yardımcı olabilir. Ancak bu düşünce-

mizi destekleyecek daha fazla hasta sayısı içeren, çok merkezli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, bu çalışmadaki en büyük amacımız kronik diyare ile başvuran hastalarda MK hastalığının akla gelmesi, mutlaka kolonoskopik incelemenin yapılması ve biyopsi alınması için klinik farkındalık oluşturmaktır. Ayrıca kolonoskopik incelemesi yapılmamış İBS-D tanılı hastaların bir kısmının aslında MK hastası olabileceği ve şüpheli vakalarda tereddüt etmeden kolonoskopik incelemenin yapılması gerektiğine de dikkat çekmek isteriz.

Etik Kurul: Çalışma için İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 07.03.2022 tarih ve 2022/03-833 sayılı karar ile izin alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

KAYNAKLAR

- Miehke S, Verhaegh B, Tontini GE, et al. Microscopic colitis: pathophysiology and clinical management. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019;4:305-14.
- Lazenby AJ, Yardley JH, Giardiello FM, Jessurun J, Bayless TM. Lymphocytic ("microscopic") colitis: a comparative histopathologic study with particular reference to collagenous colitis. *Hum Pathol* 1989;20:18-28.
- Read NW, Krejs GJ, Read MG, et al. Chronic diarrhea of unknown origin. *Gastroenterology* 1980;78:264-71.
- Langner C, Aust D, Ensari A, et al. The Working Group of Digestive Diseases of the European Society of Pathology (ESP) and the European Microscopic Colitis Group (EMCG). Histology of microscopic colitis-review with a practical approach for pathologists. *Histopathology* 2015;66:613-26.
- Solberg F, Ohlsson B. Microscopic colitis and its associations with complications observed in classic inflammatory bowel disease: a systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2020;55:312-20.
- Urgancı N. Çocukluk çağında mikroskopik kolite yaklaşım. *Güncel Pediatri JCP* 2018;16:219-29.
- Pardi DS, Loftus EV Jr, Smyrk TC, Kaet al. The epidemiology of microscopic colitis: a population based study in Olmsted County, Minnesota. *Gut* 2007;56:504-8.
- Bohr J, Wickbom A, Hegedus A, et al. Diagnosis and management of microscopic colitis: current perspectives. *Clin Exp Gastroenterol* 2014;21:273-84.
- Gentile NM, Khanna S, Loftus EV Jr, et al. The epidemiology of microscopic colitis in Olmsted County from 2002 to 2010: a population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12:838-42.
- Erdem L, Yildirim S, Akbayir N, et al. Prevalence of microscopic colitis in patients with diarrhea of unknown etiology in Turkey. *World J Gastroenterol* 2008;21:4319-23.
- Nguyen GC, Smalley WE, Vege SS, Carrasco-Labra A; Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Microscopic Colitis. *Gastroenterology* 2016;150:242-6.
- Vigren L, Olesen M, Benoni C, Sjöberg K. An epidemiological study of collagenous colitis in southern Sweden from 2001-2010. *World J Gastroenterol* 2012;18:2821-6.
- Tong J, Zheng Q, Zhang C, et al. Incidence, prevalence, and temporal trends of microscopic colitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2015;110:265-76.
- Kaya M, Kaçmaz H. Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. *Güncel Gastroenteroloji* 2016;20:393-407.

15. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393-407.
16. Akyüz F. İrritabl barsak sendromu. *Güncel Gastroenteroloji* 2016;20:415-9.
17. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:712-21.
18. Demirci H, Gülşen M. Mikroskobik kolit. *Güncel Gastroenteroloji* 2015;19:261-70.
19. Pardi DS, Kelly CP. Microscopic colitis. (Reviews in basic and clinical gastroenterology and hepatology). *Gastroenterology* 2011;140:1155-65.
20. Bohr J, Tysk C, Eriksson S, Abrahamsson H, Järnerot G. Collagenous colitis: a retrospective study of clinical presentation and treatment in 163 patients. *Gut* 1996;39:846-51.
21. Miehke S, Guagnozzi D, Zabana Y, et al. United European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations. *United European Gastroenterol J* 2021;9:13-37.
22. Williams JJ, Kaplan GG, Makhija S, et al. Microscopic colitis-defining incidence rates and risk factors: a population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:35-40.
23. Wickbom A, Bohr J, Eriksson S, et al. Stable incidence of collagenous colitis and lymphocytic colitis in Örebro, Sweden, 1999-2008: a continuous epidemiologic study. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:2387-93.
24. Bonderup OK, Wigh T, Nielsen GL, Pedersen L, Fenger-Grøn M. The epidemiology of microscopic colitis: a 10-year pathology-based nationwide Danish cohort study. *Scand J Gastroenterol* 2015;50:393-8.
25. Gu HX, Zhi FC, Huang Y, et al. Microscopic colitis in patients with chronic diarrhea and normal colonoscopic findings in Southern China. *Int J Colorectal Dis* 2012;27:1167-73.
26. Şimşek Z, Tuncer NC, Alagüzlü H, et al. Two gastrointestinal conditions with similar symptoms and endoscopic appearance: irritable bowel syndrome and microscopic colitis. *Turk J Med Sci* 2015;45:393-7.
27. Abboud R, Pardi DS, Tremaine WJ, et al. Symptomatic overlap between microscopic colitis and irritable bowel syndrome: a prospective study. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:550-3.
28. Limsui D, Pardi DS, Camilleri M, et al. Symptomatic overlap between irritable bowel syndrome and microscopic colitis. *Inflamm Bow Dis* 2007;13:175-81.
29. Kao KT, Pedraza BA, McClune AC, et al. Microscopic colitis: a large retrospective analysis from a health maintenance organization experience. *World J Gastroenterol* 2009;15:3122-7.
30. Batra Z, Mekkel G, Csipol, et al. Microscopic colitis: a retrospective study of clinical presentation in 53 patients. *World J Gastroenterol* 2005;11:1351-5.
31. Aziz M, Haghbin H, Khan RS, et al. Celiac disease is associated with microscopic colitis in refractory cases in adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Dig Dis Sci* 2021 Aug 27.
32. Bjørnbak C, Engel PJH, Nielsen PL, Munck LK. Microscopic colitis: clinical findings, topography and persistence of histopathological subgroups. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:1225-34.