

SİSTEMİK HASTALIKLARDA GÖRÜLEBİLEN GASTROİNTESTİNAL BULGULAR

Prof. Dr.Ahmet Dobrucalı

VASKÜLER BOZUKLUKLAR

Hereditör hemorajik telanjiektazi (Osler-Weber-Rendu hastalığı-HHT)

HHT solunum sistemi ve gastrointestinal sistemde multipl telanjiektaziler ve arteriovenöz malformasyonların varlığı ile karakterizedir. Otozomal dominant geçiş gösterir ve kusurlu gen 9.kromozomun uzun kolunda yerleşmiştir. Genellikle çocukluk çağında tekrarlayan burun kanamaları ile başlar ve ilerleyen yıllarda mukokutanöz telanjiektaziler oluşur. Demir eksikliği anemisine yol açan gizli veya aşık gastrointestinal kanama şeklinde kendini gösterebilir. Beden muayenesi sırasında dudaklarda, ağız ve burun mukozasında ve endoskopi sırasında mide ve barsak mukozasında telanjiektazilerin görülmesi ile tanı koyulur.

Klinik bulgu	Sıklık
Reküran epistaksis	%96
Mükokutanöz regürjitasyon	%75
Gastrointestinal lezyonlar	%25
Pulmoner arteriovenöz malformasyon	%15
Serebral arteriovenöz malformasyon	%4

Tablo 1- Hereditör hemorajik telanjiektazide klinik bulgular

Ateroskleroz, iskemi ve kalp yetersizliği

Mezenter arterlerin aterosklerotik hastalığı ince ve/veya kalınbarsakların kronik iskemisine, intrakardiyak trombüsler ise embolizasyon ile akut barsak infarktüsüne yol açabilir. Aortik anevrizmalar gastrointestinal sisteme fistülize olduğunda şiddetli gastrointestinal kanamalar oluşabilir. Sağ kalp yetersizliğinde (konjestif kalp yetersizliği, kor pulmonale veya restriktif perikardit vb.) kronik venöz konjesyon protein kaybettirici enteropati ve emilim bozukluklarının ortaya çıkmasına, hepatomegali ve asit oluşmasına yol açabilir. Kronik sağ kalp yetersizliğinde oluşabilecek atrofik değişiklikler, sinuzoidal basınç artışı ve fibrosis kardiyak siroza yol açabilir. Hepatik perfüzyon yeterince düşük olduğunda özellikle sentrilobüler bölge çevresinde serum transaminaz seviyelerinde yükselme ile birlikte olan hepatosit hasarına yol açabilir. Özellikle akut sol kalp yetersizliğinde görülen bu durum iskemik hepatit olarak adlandırılır.

Kalp kapak hastalıkları ve gastrointestinal kanama

Kalp kapak hastalıklarında intestinal iskemi ve antikoagülan tedavi nedeniyle kronik gastrointestinal kanama görülebilir. Aort stenozu hastalarında özellikle sağ kolonda anjiyodisplazi görülme sıklığı artmıştır. Kronik intestinal iskemi barsak mukozasında anjiyodisplastik lezyonların gelişimine yol açabilir.

ENDOKRİN SİSTEM HASTALIKLARI

Tiroid hastalıkları

Hipertiroidi ve hipotiroidide gastrointestinal semptomlar sık olarak görülür ve özellikle dışkılama alışkanlığındaki değişikliklerle başvuran hastalarda tiroid fonksiyon testleri kontrol edilmelidir.

Tirotoksikozda gastrointestinal transit zamanının hızlanması ve mukozal sekresyonun artması ishale sebep olabilir. Hipertiroidide hiperdefekasyon görülebilir (dışkılama sayısı arttığı halde günlük dışkı miktarı normal sınırlardadır). Hipertiroidili hastaların %80 inde gastrit bulunur ve genellikle asit sekresyonunda azalma birliktedir. Hastaların %90 ında Karaciğer fonksiyon testlerinde anormallikler (transaminaz, alkalen fosfataz ve bilirubin seviyelerinde yükselme vb.) görülür. Sarılık ve hepatomegali bulunabilir. Bazı hastalarda histolojik olarak hepatit bulguları saptanabilir. Bu hastalardaki alkalen fosfataz yüksekliği daha çok kemik kaynaklıdır. Propylthiouracil gibi hipertiroidi tedavisinde kullanılan ilaçlarda karaciğer fonksiyon bozukluğu oluşturabilirler.

Hipotiroidide gastrointestinal sistemde motilite yavaşladığından konstipasyon, aşırı gaz, megakolon, intestinal psödoobstrüksiyon ve alt özefagus sfinkteri fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak gastroözofagial reflü sık olarak görülür. Uzun süreli hipotiroidide barsak duvarında miksödematöz infiltrasyon, mukozada atrofi ve submukozada lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu oluşur. Hastaların yarısına yakınında karaciğer fonksiyon testlerinde anormallikler saptanabilir. Serum transaminaz ve bilirubin seviyeleri yükselir. Pankreasın ekzokrin sekresyonunda yetersizlik oluşabilir. Miksödem eksüdatif asit ve plevral efüzyonun iyi bilinen sebeplerinden biridir. Miksödemde safra kesesi taşı görülme sıklığı artmıştır. Hem hipertiroidi hem de hipotiroidide görülen bu anormallikler hastanın ötiroid hale gelmesinden sonra kendiliğinden düzelir.

Diabetes mellitus

Diabetik gastroparezi

Gastrik motilite bozukluğu diabetik hastaların %60 ında görülür ve çoğunlukla gastroparezi şeklinde kendini gösterir. Özellikle katı gıdaların mideden boşalımı gecikmiştir. Bazı nöral ve humoral mekanizmalardaki anormallikler sonucunda oluşan, pilor basıncında artma, gastroduodenal basınç gradientine azalma ve migratuar motor komplekslerin azalması veya yokluğu gibi değişikliklerin diyabetik gastroparezi etyopatogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir. Erken doyma, karında şişkinlik hissi, bulantı ve kusma en sık görülen belirtilerdir. Semptomların şiddeti ile gastroparezinin şiddeti arasında bir ilişki yoktur. Hastanın antikolinergikler ve opioidler gibi gastropareziyi şiddetlendirebilecek ilaçları kullanıp kullanmadığı sorgulanmalı ve her hastada endoskopik ve radyolojik yöntemlerle mide boşalımını geciktirebilecek diğer organik ve anatomik sebeplerin varlığı araştırılmalıdır. Metoclopramide ve domperidone gibi dopamin agonistleri, erythromycin gibi makrolid gurubu antibiyotikler ve cisapride tedavide kullanılabilirse de çoğunlukla hasta intoleransı ve taşiflaksi nedeniyle tedavinin kesilmesi gerekir. Son yıllarda gastrik pacemaker uygulanması ile başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir.

Diabetik ishal

İshal diabetik hastaların yaklaşık %20 sinde görülür. Otonom nöropati sonucunda bozulan intestinal motilite, bakteriyel aşırı çoğalma ve fonksiyonel sempatik denervasyona bağlı sıvı emiliminin bozulması gibi muhtemelen birden fazla faktör patogenezinde rol oynamaktadır. Bu

hastalarda diabetin tedavisi amacıyla kullanılan metformin, akarboz ve daha az olarak ta sulfonilure gurubu ilaçların da ishal oluşturabileceği unutulmamalıdır. Gerçek diyabetik ishal erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Nokturnal ishal bulunabilir ve hastaların 1/3 inde fekal inkontinans saptanır. Diabetik gastroparezi olduğu gibi diabetik diyarede de glisemik kontrolün düzeltilmesi bazı hastalarda semptomatik düzelme sağlayabilir. Bir çok hastada loperamide ve codein içeren preparatların kullanılmasına ihtiyaç duyulur. Bir adrenerjik agonist olan clonidin relatif sempatik eksikliği kısmen de olsa düzelterek barsaktan su ve tuz emilimini artırmak suretiyle ishali azaltabilir. Bir somatostatin analogu olan octreotide semptomatik düzelme sağlayabilir ancak aynı zamanda ekzokrin pankreatik sekresyonu da azaltacağından bazı hastalarda yağ emilimini bozarak ishali şiddetlendirebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalarda pankreatik enzimlerin dışardan verilmesi fayda sağlayabilir.

Diabetik radikülopati sebebi açıklanamayan karın ağrılarına sebep olabilir, bazı hastalarda ağrı iştahsızlık ve kilo kaybı ile birlikte ve malignite ile ayırıcı tanı yapılmasını gerektirebilir. Diabetiklerde gerek safra kesesi motilitesinin azalması ve gerekse litojenik safra nedeniyle biliyer sistem taş hastalığı sıklığı artmıştır. Diabetik hastalarda en sık görülen karaciğer patolojisi steatozdur, özellikle obez diabetiklerin yaklaşık %80 inde bulunur ve kötü glikoz regülasyonunun bir göstergesidir.

Klinik sendrom	Patofizyoloji
Bulantı, erken doyma, şişkinlik	Gastroparezi
Heartburn, disfaji,odinofaji	Özofajial dismotilite, candidiasis
Diyare, steatore	İnce barsakta dismotilite, bakteriyel aşırı çoğalma, sıvı emiliminde boz.
Mezenterik angina	İntestinal iskemi, ateroskleroz
Konstipasyon	Kolonda dismotilite
Açıklanamayan karın ağrısı	Diabetik radikülopati, pankreatit
Karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk	Hepatosteatoz, safra taşları Sklerozan kolanjit, hepatobiliyer sepsis

Tablo 2- Diabette gastrointestinal sistem bulguları

Akromegali

Akromegali genellikle bir hipofiz adenomuna bağlı aşırı ve uzun süre büyüme hormonu sekresyonu sonucunda oluşur. Aşırı miktardaki büyüme hormonu karaciğerde ve diğer dokularda insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IBBF) (Insulin like growth factor-1 veya somatomedin C) yapımını artırır. IBBF büyüme hormonunun mitojenik ve somatik etkisine aracılık eder. Akromegalide viseromegali sık görülen bir bulgudur. Hepatosplenomegaliye rağmen karaciğer fonksiyon testleri normaldir. Akromegali hastalarında kolonda polip ve adenokanser gelişme riski artmıştır. Hastaların %10 unda gastrointestinal sistemde kanser gelişimi görülürken %40 ında kolonda adenom saptanır. Polip sıklığı ile serum büyüme hormonu ve IBBF seviyeleri arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu hastaların düzenli aralıklarla takip edilmesi önerilmektedir.

Addison hastalığı

Addison hastalığı adrenokortikal yetersizlik sonucunda oluşur, otoimmün (%80) veya granülamatöz (%20) bir etyolojiye sahip olabilir veya hipofizer yetersizlik sonucunda oluşabilir. Anoreksi, bulantı, kusma, kilo kaybı, hipotansiyon, karın ağrısı, ishal ve

malabsorpsiyon başlıca bulgularıdır. Akut Addison krizinde gastrointestinal semptomlar daha belirgindir. Serum transaminaz ve LDH seviyelerinde yükselme sık olarak görülür.

Cushing hastalığı

Aşırı adrenokortikotropik hormon yapımı (%60 hipofiz tümörü, %20 adrenal neoplazm ve %15 ektopik neoplazm) ile karakterize olan Cushing sendromunda karaciğerde mikroveziküler yağlanma görülebilir. Aşırı serum glukortikoid düzeyleri nedeniyle transaminaz seviyeleri genellikle normalin altındadır.

Paratiroid hastalıkları

Primer hiperparatiroidi paratiroid glandların hiperplazisi veya adenomatöz proliferasyonu sonucunda oluşurken sekonder hiperparatiroidi paratiroid hormon salgılayan diğer tümörlerle birlikte (bir paraneoplazik sendrom şeklinde) görülür. Duodenal ülser, konstipasyon ve pankreatit hiperparatiroidi seyrinde gastrointestinal sistemde oluşabilecek komplikasyonlardır. Primer hiperparatiroidi gastrinoma veya gastrointestinal neoplazmlarla birlikte bulunabilir (Multipl endocrin neoplasia sendromları- MEN).

BÖBREK HASTALIKLARI

Kronik böbrek yetersizliğinde iştahsızlık, hıçkırık, bulantı, kusma, epigastrik ağrı ve heartburn azoteminin sık görülen bulgularıdır. Duodenum ülseri sıklığı genel popülasyondan farklı olmamakla birlikte gastrit, duodenit ve mukozal erezyonlar sıklıkla görülür. Sanıldığı gibi kronik böbrek yetersizliğinde gastrointestinal sistemde anjiyodisplazi görülme sıklığı artmamıştır ancak kanamaya meyil daha fazla olduğundan normal popülasyona göre bu hastalarda anjiyodisplaziye daha sık rastlanmaktadır. Nefrotik sendromlu hastalarda protein içeriği yüksek ascites bulunabilir ve diğer ascites sebepleri ile ayırıcı tanı yapılması gerekebilir.

VASKÜLİTLER

Vaskülitler kan damarlarındaki inflamasyon ve nekroz ile karakterize olan bir grup hastalık gurubudur. Romatizmal hastalıklarla birlikte olabilecekleri gibi izole sendromlar şeklinde de görülebilirler. Sistemik vaskülitlerde mezenter arter tutulumu nedeniyle barsak mukozasında iskemi, mezenterik angina (Orthner sendromu), inflamasyon, ülserasyonlar, kanama ve kronik fibrozis oluşabilir. Klinikte özellikle postprandial dönemde artan karın ağrısı belirgindir. Gastrointestinal sistemi etkileyen vaskülit sendromları tablo-3 de görülmektedir.

Behçet hastalığı

Behçet hastalığı deri, mukoza, gastrointestinal, artiküler, vasküler, pulmoner, oküler, ürogenital ve nörolojik sistemlerin kronik, tekrarlayan vaskülitisi şeklinde seyrederek. Aftöz stomatit, genital ülserler ve tekrarlayan üveit hastalığın klasik triadını oluşturur. Erkeklerde daha sık olmak üzere daha çok 25-35 yaş arasındaki erişkinlerde ve HLA-B1 doku gurubuna sahip olanlarda görülür. Japonya, Kore, Ortadoğu ve Doğu Akdenizde daha sık rastlanmaktadır. Hastalığın klinik ve laboratuvar bulguları (paterji testi vb.) ile tanı koyulur. Hastaların yaklaşık %10 unda gastrointestinal tutulum söz konusudur ve 'entero-Behçet' olarak adlandırılır. Behçet hastalığında ağız, özefagus, ince barsak ve kolonda ülserasyonlar ve darlıkların oluşumu en sık görülen lezyonlardır. Barsak ülserasyonları hastaların %1 inden azında görülür. Terminal ileumda ve kolonda oluşan ülserler Crohn hastalığını taklit edebilir. Kolon tutulumu olan hastaların %40-50 sinde perforasyon gelişebileceği bildirilmiştir. Pulmoner tutulumu nedeniyle pulmoner arter anevrizması olan hastalarda anevrizma

kanamaları klinikte melena ile başvurabilir ve gastrointestinal kanama olarak değerlendirilebilir. Bu hastalarda üst gastrointestinal endoskopi pulmoner arter anevrizmalarından ciddi kanamalara ve ölüme sebep olabilir. Gastrointestinal lezyonlar genellikle hastalığın tedavisi ile düzelmeye meyillidir. Behçet hastalığının bugün için etkili bir medikal tedavisi olmamakla birlikte kortikosteroidler, cyclosporine, colchicine ve thalidomide tedavide kullanılmaktadır.

Henoch-Schönlein purpurası (HSP)

HSP deri, böbrek, eklem ve gastrointestinal sistemi etkileyen ve immün kompleks aracılığı ile oluşan bir lökositoklastik veya hipersensitivite vaskülitidir. Esas olarak çocukluk çağı hastalığıdır. Mukozalarda antijenik uyarıya karşı oluşan IgA sentezin regülasyonundaki bozukluktan kaynaklandığı düşünülmektedir. IgA immün komplekslerinin postkapiller venüllerde birikmesi ve makrofajlar tarafından oluşturulan immün reaksiyon ve fibrin depolanması söz konusudur. Hastaların %30-50 sinde geçirilmiş bir üst solunum yolu enfeksiyonu hikayesi vardır. HSP'nin klasik bulgusu palpabl purpura, artrit, karın ağrısı ve renal bulgulardır. Gastrointestinal bulgular hastaların %35-85 inde görülür ve 16 yaşın altındaki ve renal tutulumu olan hastalarda daha belirgindir. Distal ileum en sık tutulan bölgedir. Hastalarda kolik tarzında karın ağrıları, bulantı, kusma, ishal, rektal kanama, kanlı ishal ve melena görülebilir. Vakaların ¼ i laparotomi gerektirecek şiddette akut batın tablosu ile başvurur ve bu hastaların %2-6 sında ciddi lezyonlar saptanır. Hastaların %25-50 sinde gaitada gizli kan testi pozitif bulunur. İleus, protein kaybettirici enteropati, invajinasyon, intestinal perforasyon ve masiv gastrointestinal kanama hastalığın seyrinde görülebilecek diğer gastrointestinal bulgulardır. Seyrek olarak safra kesesi infarktüsü, hemorajik pankreatit, pankreas yetersizliği ve steatore görülebilir. Hastalığın prognozu, özellikle renal komplikasyonlar bulunmadığında genelde iyidir ve gastrointestinal semptomlar genellikle kortikosteroid tedavisine cevap verirler.

Poliarteritis nodosa (PAN)

PAN seyrek görülen, erkeklerde daha sık görülen (E:K=2:1), daha çok 45 yaş civarında ortaya çıkan ve makroskopik olarak orta çaptaki müsküler arterleri tutan bir nekrotizan vaskülit sendromudur. Mikroskopik olarak küçük arteriollerde, venüllerde ve kapiller damarlarda tutulum görülür. Sıklığı 100.000 de 6 civarındadır. Romatoid artrit, Sjögren sendromu, kryoglobulinemi, tüylü hücreli lösemi ve kronik B hepatiti seyrinde ortaya çıkabilir. Ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, artralji, subkutan nodüller, hipertansiyon ve periferik nörit hastalığın en sık görülen bulgularıdır. PAN da gastrointestinal tutulumu hastaların %50-70 inde rastlanır ve mortalite ve morbiditenin en sık görülen sebebidir. Hastaların %25-50 sinde karın ağrısı görülmesine rağmen intestinal angina nadirdir. Epigastrik ağrı, bulantı, ishal, mukozal ülserasyonlar, gastrointestinal kanama, ileus, intestinal infarktüs, perforasyon, ikter, hepatomegali, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk ve daha az sıklıkta olmak üzere kolesistit, apendisit ve pankreatit görülebilir. Otopsi serilerinde hastaların %65 inde karaciğer tutulumu olduğu saptanmıştır. Klasik PAN lı hastaların yarısında HBsAg pozitif bulunur. Anjiyografide mezenter ve hepatic arterde fusiform anevrizmalar görülebilir. Tedavi edilmeyen hastalarda prognoz kötüdür. Gastrointestinal sistem tutulumu olan ve olmayan hastalar arasında prognoz açısından bir fark olmadığı görülmüştür.

Churg-Strauss sendromu (CS)

CS sendromu küçük damarların vaskülit ve allerjik granülomatoz ile karakterize seyrek görülen bir hastalıktır. Astma, allerjik rinit, periferik eozinofili, ekstrasvasküler granülomlar ve sistemik nekrotizan vaskülit başlıca bulgularıdır. Pulmoner bulgular hastalığın PAN dan ayrılmasında yardımcıdır. Hastalığın erken dönemlerinde sadece allerjik semptomlar

bulunurken (eozinofili, IgE seviyelerinde yükselme, normositik normokromik anemi vb.) daha geç dönemde deri (eritem, nodül, palpabl purpura), kardiyovasküler sistem, böbrek ve sinir sistemine (mononöritis multiplex) ait sistemik vaskülit ait bulguları görülmeye başlar. CS lu hastaların %30-40 ında gastrointestinal sisteme ait bulgulara rastlanır. Mukozal ülserasyonlar, kanama ve perforasyon bunlar arasında sayılabilir.

Wegener granuloatozu (WG)

WG daha çok orta yaşlı hastalarda görülen, solunum sistemi hastalığı, nekrotizan glomerulonefrit ve diğer organların vaskülit ile karakterize bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem tutulumu nadirdir, özefagus ve kolon tutulumu bildirilmiştir.

Krioglobulinemi (Cryoglobulinemia)

Krioglobulinler düşük ısılarda serumda çöken immunglobulinlerdir, primer olabilecekleri gibi multipl myelom, Waldenström makroglobulinemisi, lenfoproliferatif hastalıklar, infeksiyöz hastalıklar (hepatitis C) ve konnektif doku hastalıkları ile birlikte bulunabilirler. Monoklonal, mikst ve poliklonal olmak üzere üç tipi bulunur. Rekürren palpabl purpura hastaların hemen tamamında görülür ve renal tutulum hastalığın en sık görülen bulgusudur. Gastrointestinal sistem bulguları vaskülitte bağlıdır ve iskemi ve kanamaya sebep olabilir. Hepatomegali ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma görülebilir. C hepatiti olgularının %2 sinde krioglobulinemi bulunur. Deri döküntüsü, böbrek hastalığı ve eklem bulguları olan C hepatitli olgularda krioglobulin varlığı araştırılmalıdır.

KONNEKTİF DOKU HASTALIKLARI

Sistemik lupus eritematosus (SLE)

SLE kadınlarda daha sık görülen, remisyon ve nükslerle giden bir multisistem hastalığıdır. Genellikle 10-40 yaşları arasında ortaya çıkarsa da vakaların %10 u 60 yaş ve üzerindedir. Deri, müskuloskeletal, kardiyovasküler, renal, pulmoner, hematolojik, gastrointestinal sistem ve merkezi sinir sistemi bulguları ile seyrederek. Gastrointestinal semptomlar SLE lu hastaların yarısında bulunur. İştahsızlık, bulantı, karın ağrısı, ishal, heartburn, disfaji ve özefagusda motor fonksiyon bozuklukları bulunabilir. Karın ağrısı en sık görülen semptomdur (%35). Ağız ve üst solunum yollarında görülen ülserler genelde ağrısızdır. Vakaların %5 inde gastrointestinal kanama görülebilir ancak daha önce gastrointestinal sistem hastalığı olan hastalarda bu oran %50 ye kadar çıkabilir. Özefagus fonksiyon bozukluğuna hastaların %30 unda rastlanır. Protein kaybettirici enteropati, malabsorpsiyon, lupus peritoniti ve pnömokistoides intestinalis SLE da görülebilecek diğer gastrointestinal komplikasyonlardır. Hastaların 1/3 inde hepatomegali, yarısında da karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk bulunur. SLE ile lupoid hepatit arasında direkt bir ilişki yoktur ancak SLE ile birlikte kronik hepatit bulunabilir. Budd-Chiari sendromu, hepatik venookluziv hastalık ve hepatik arterit SLE un ciddi gastrointestinal komplikasyonlarından ve özellikle lupus antikoagülanı bulunan hastalarda görülebilir. Mezenterik vaskülit SLE un ciddi bir komplikasyonudur hastaların yaklaşık %2 sinde görülür. SLE lu hastalarda ascites görülebilir ve buna plörezi ve perikardit eşlik edebilir. SLE lu hastalarda nefrotik sendrom, kalp yetersizliği, poliserozit ve peritoneal vaskülüt nedeniyle de ascites oluşabileceği unutulmamalıdır.

Romatoid artrit (RA),

RA eklemlerin kronik, ilerleyici ve destrüktif bir hastalığıdır. Romatoid nodüller, sklerit, plörit, perikardit, splenomegali, nöropati ve vaskülit başlıca sistemik bulgusudur.

Romatoid artrit (RA) en sık görülen gastrointestinal patolojiler hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlıdır. NSAİ ilaçları kullanan RA li hastaların 1/3 inde üst gastrointestinal sistemde ülser ve erezyonlar oluşurken daha küçük bir bölümünde ince barsaklarda ülser, membran ve darlıklar oluşabilir. Temporomandibuler eklemi tutulan hastalarda çiğneme ve beslenme gücü belirgin kilo kaybı oluşabilir. Hastaların 1/3 inde özefagusda motor fonksiyon bozukluğu görülür. Hastaların %20-40 ında serum gastrin seviyelerinde artış bulunur ve bu genellikle mide asit salgısındaki azalma ile birlikte. RA seyriinde oluşabilecek amiloidoz da gastrointestinal semptomların oluşmasına katkıda bulunabilir. Mezenterik arterit intestinal iskemi, ülserasyon, darlık ve perforasyon gelişimine sebep olabilir. RA li hastalarda hepatomegali sık rastlanan bir bulgudur ve hepatomegali ile serum romatoid faktör arasında doğru bir orantı olduğu saptanmıştır. Hastaların %40 ında serum alkalin fosfataz ve G-GT seviyelerinde yükselme saptanır ve bu yükselme hastalık aktivitesi ile ilişki göstermez. Serum transaminaz seviyeleri genelde normaldir. Bazı hastalarda anemi, trombositopeni, lökopeni ve splenomegali ile seyreden Felty sendromu gelişebilir. Felty sendromlu hastaların %50 sinde karaciğer fonksiyon testleri bozuktur ve hastaların %60-70 inde karaciğer histolojisinde patolojik bulgulara rastlanır. Karaciğerde regeneratif nodüler hiperplazi Felty sendromunda sık olarak görülür. Portal hipertansiyon ve özefagus varis kanaması oluşabilir. RA in akut sistemik formu olan Still hastalığında yüksek ateş, artralji, deri döküntüleri, lenfadenomegali, splenomegali ve plöroperikardit başlıca semptomlardır.

Sistemik lupus eritematosus SLE	Mezenterik vaskülit (%2), Yüksek mortalite (%50) Pankreatit, ileokolit,protein kaybettirici enteropati, gastritis.
Poliarteritis nodosa (PAN)	Mezenterik vaskülit (%80); Barsakta iskemi, hemoraji, perforasyon ve infarktüs.
Churg-Strauss sendromu	Gastrointestinal semptomlar (%40-50); Karın ağrısı, kanlı ishal, mide, ince ve kalın barsakta ülserler.
Wegener granulomatozu	Mezenterik vaskülit (%5); Barsak infarktüsü, ileokolit, pankreatit, apendisit.
Henoch-Schönlein purpurası	Karın ağrısı (%65), gastrointestinal kanama (%40), intusepsiyon, apendisit, kolesistit, mukozada atipik ülserasyonlar.

Tablo 3-Vaskülitlerde gastrointestinal sistem tutulumu

Skleroderma (Sistemik skleroz) (SS)

Sistemik skleroz (SS) immunolojik aktivasyon, vasküler hasarlanma ve deri ve değişik organlarda kollajen birikimi ile karakterize bir hastalıktır. Hastaların %50-90 ında gastrointestinal tutulum görülür. Nörolojik fonksiyon kaybı sonucunda oluşan düz kas atrofi ve daha sonra da fibrosis gelişimi nedeniyle ortaya çıkan motor fonksiyon kaybı gastrointestinal sistem bulgularının temelini oluşturur. Gastrointestinal mukozası normaldir. SS lu hastaların büyük çoğunluğunda (>%90) orta ve alt özefagusda motilite bozukluğu ve alt özefagus sfinkter basıncında azalma saptanır. Özefagusdaki peristaltik aktivitenin ve alt özefagus sfinkter basıncının azalması nedeniyle gastroözofajial reflü hastalığı ve kronik vakalarda peptik striktür sık olarak görülür. Hastaların 2/3 sinde eroziv özofajit, Barrett özefagusu ve peptik striktür görülebilmektedir. SS lu hastalarda candida özofajiti sık görülür. Özofajial manometri yapılarak özefagusdaki fonksiyon kaybının varlığı ve şiddeti anlaşılabilir.

Hastaların %10 unda gastrik dismotilite ve buna bağlı olarak erken doyma, postprandial dolgunluk hissi, bulantı, kusma gibi semptomlar bulunur. Gastrik bezoar oluşabilir. Hastaların

yarısına yakınında ince barsak tutulumu görülür (dismotlite, divertikül ve darlık oluşumu, pnömokistoides intestinalis, mukozal telanjiektazi vb.) ve bu durum peristaltik aktivitenin azalmasına, bakteriyel aşırı çoğalmaya, steatoreye ve gastrointestinal kanamalara sebep olabilir. Bakteriyel aşırı çoğalmaya bağlı malabsorpsiyon sık olarak görülür. Vakaların %10-50 sinde kolon tutulumu olabilir. Kolon tutulumu olan hastalarda konstipasyon belirgindir. Özellikle sol kolonda olmak üzere geniş divertiküller oluşabilir ve fekal impaksiyonlar görülebilir. Anal sfinkter disfonksiyonu, rektal prolapsus ve fekal inkontinans görülebilir. SS lu hastalarda kollajenöz kolit gelişme sıklığı normal popülasyona göre artmıştır ve bu hastalarda önde gelen klinik bulgu kronik ishaldir. SS da karaciğer tutulumu nadirdir ancak primer biliyer siroz görülme sıklığı artmıştır.

Dermatomyozit ve polimyozyit (DM, PM)

DM ve PM esas olarak iskelet kasını etkileyen hastalıklardır fakat her iki hastalıkta da gastrointestinal sistemde motor fonksiyon bozukluğu oluşabilir. Disfaji, heartburn, regürjitasyon, bulantı, erken doyma, dispeptik yakınmalar, bulantı, kusma ve karın ağrısı görülebilir. DM ve PM primer biliyer siroz veya kronik hepatitle birlikte olabilir. Lemfoma, melanoma, meme, over, nasofarenks, mide ve pankreas karsinomu vakalarında paraneoplazik sendrom formunda DM veya PM ortaya çıkabilir.

Sjögren sendromu

Sjögren sendromu ekzokrin salgı bezlerinin otoimmün harabiyeti ve glandüler sekresyonun azalması veya kaybı ile birlikte olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların %90 ı kadın olup hastalığın semptomları genellikle 45 yaş civarında ortaya çıkar. Kerostomi (kuru ağız-xerostomia), keratokonjonktivitis sikka ve kronik artrit hastalığın ana bulgularıdır. Sjögren sendromu gastrointestinal sistemin değişik bölümlerini etkileyebilir. Tükrük glandlarının lenfositik infiltrasyonu sonucunda azalan tükrük sekresyonu çiğneme, yutma ve tad almayı güçleştirir. Disfaji sjögren sendromunda en sık rastlanan semptomlardan biridir. Hastaların %10 unda özefagusda web görülebilir. Kronik atrofik gastrit Sjögren sendromunda diğer romatolojik hastalıklardan daha sık görülür ancak pernisiyöz anemi nadirdir. Ekzokrin pankreas yetersizliği seyrek olmasına rağmen hastaların %35 inde asemptomatik pankreatik sekresyon yetersizliği saptanmaktadır. Kollajenöz kolit, sklerozan kolanjit ve kronik pankreatit Sjögren sendromu ile birlikte bulunabilir. Hastaların ¼ inde hepatomegali ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk saptanır. Primer biliyer siroz, otoimmün hepatit, kronik hepatit ve kriptojenik siroz görülebilir. Primer biliyer sirozlu hastaların yaklaşık %75 inde Sjögren sendromu bulunur. Hepatit C enfeksiyonu seyrinde Sjögren sendromundakine benzer lenfositik sialadenit saptanabilir.

İNFİLTRATİF HASTALIKLAR

Amiloidoz

Amiloidoz amorf, suda erimeyen, eozinofilik glikoprotein yapısında bir maddenin (amyloid) vücuttaki değişik dokularda ekstrasellüler aralıkta birikimi sonucunda oluşur. AL (primer amiloidoz- monoklonal gammopati sonuncuda oluşan amiloidoz), AF (familial amiloidoz-kronik enfeksiyonlar, konnektif doku hastalıkları, FMF vb. hastalıkların seyri sırasında oluşan amiloidoz), AH (hemodializ sonrasında oluşan amiloidoz) ve AN (Familial nöropati ile birlikte olan amiloidoz) olmak üzere dört ayrı çeşidi tanımlanmıştır ve hepsinde de değişik derecelerde gastrointestinal tutulum görülebilir. İştahsızlık, dilde büyüme (makroglossi), ishal ve intestinal psödoobstrüksiyon en sık görülen bulgulardır. Amiloidoz gastrointestinal sistemde mukoza, müsküler tabaka ve nöral ve vasküler yapılarda birikerek etki gösterir. İnce barsak biyopsisi gastrointestinal tutulumun gösterilmesinde rektal biyopsiden daha duyarlıdır

(%85-100 e karşılık %75-85). Amiloidozda gastrointestinal sistemde görülebilecek bulgular şu şekilde sıralanabilir;

Makroglossi	Oral hemorajik büller
Temporomandibuler artrit	Akalazya
Gastrointestinal kanama	Mide çıkışında daralma (Fonksiyonel veya mekanik)
İntestinal psödoobstrüksiyon	Protein kaybettirici enteropati
Malabsorpsiyon	Konstipasyon
Hepatosplenomegali	Ascites
Kserostomi	

Amiloidozda malabsorpsiyon oluşumu mukozada amiloid birikimi, pankreatik yetersizlik ve motilite bozukluğuna bağlı bakteriyel aşırı çoğalma gibi birden fazla sebebe bağlı olabilir. Hastaların %70-90 ında karaciğer tutulumu bulunursa da ancak %30-50 sinde hepatomegali saptanır. Ascites bulunabilir ancak sarılık ve portal hipertansiyon nadirdir. Serum transaminaz ve alkalin fosfataz seviyeleri yükselebilir. Karaciğer rüptürü tehlikesi nedeniyle karaciğer biyopsisi yapılmasının sakıncalı olabileceği ileri sürülmüş ancak bu bulgu daha sonraki yayınlarla desteklenmemiştir. Son yıllarda vücutta amiloid birikiminin gösterilmesinde radyoaktif madde ile işaretli serum amiloid P komponent (SAP) sintigrafisi kullanılmaktadır ve bu yöntem sayesinde amiloid birikiminin irreversibl olmadığı anlaşılmıştır.

Sistemik mastositozis (SM)

SM deri, kemik, lenf nodları ve parenkimal organlarda mast hücresi proliferasyonu ile karakterizedir. Klasik dermatolojik bulgusu urticaria pigmentosa dır. Kaşıntı, flushing, taşikardi, asthma ve başa ağrısı SM da en sık görülen semptomlardır. Bu semptomların mast hücrelerinden salgılanan histamin ve prostoglandinlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Mast hücreleri heparin de salgılayabildiklerinden hastalarda kanamaya meyil oluşturabilir. Hastaların %80 inde gastrointestinal sistem semptomları bulunur. Bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı en sık görülen semptomlardır. Hepatomegali, portal hipertansiyon, splenomegali ve ascites görülebilir. Aşırı histamin sekresyonu nedeniyle hastaların yaklaşık yarısında mide asit sekresyonu artmıştır ve vakaların %40 ında duodenum ülseri gibi bir asit-peptik hastalık bulunur. Bazen malabsorpsiyonla birlikte olabilen ishal hastaların %60 ında görülür. Endoskopide mukozada ürtiker benzeri lezyonlar, nodüler mukozal patern veya mukozal kıvrımlarda kabalaşma saptanır.

SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI

Nörojenik karın ağrısı merkezi (MSS) veya periferik (PSS) sinir sisteminden kaynaklanabilir. MSS kaynaklı karın ağrısının bir türü abdominal migren olarak adlandırılır ve genellikle bulantı ve kusma ile birlikte. Çocukluk çağında daha sık olmakla birlikte erişkinlerde de görülebilir. Kronik tekrarlayan karın ağrısı olan hastalarda ayrıntılı tetkiklere rağmen sebep bulunamadığında abdominal migren düşünülmelidir. MSS kaynaklı diğer bir karın ağrısı türü de abdominal epilepsidir. Gastrointestinal semptomlara EEG bulgularının eşlik etmesi tipiktir. Baş ağrısı, konfüzyon, dizines, senkop ve görme bozukluğu abdominal epilepside görülebilecek diğer semptomlardır. Abdomianl epilepsi vakalarında MSS de, özellikle temporal lobta kitle bulunabilir.

PSS hastalıklarında periferik sinirin inerve ettiği karın dermatomu boyunca karında ağrı hisedilmesi tipiktir. Herpes zoster, sifilis (tabes dorsalisin gastrik krizleri), radikülpoatiler, ve nöropati ile giden diğer hastalıklar bu tür ağrıya örnek olarak verilebilir.

Akut kafa travmaları ve serebrovasküler olaylardan sonra gastrointestinal sisteme ait semptomlara sık olarak rastlanır. Bulantı, kusma, yutma güçlüğü ve üst gastrointestinal sistemde, bazen şiddetli kanamalara yol açabilen erezyon ve ülserler oluşabilir. Spinal kord yaralanmaları, otonom sinir sistemi hastalıkları, ekstrapiramidal sistem hastalıkları, multipl skleroz ve nöromusküler sistem hastalıklarında gastrointestinal sistemin özellikle motor fonksiyonbozukluğuna bağlı semptomlar bulunabilir.

Gastrointestinal tutulum	
Ağız	Microstomia Sicca sendromu Gingiva atrofi
Özefagus	Hipomotilite Disfaji Reflü semptomları Peptik striktür Barret özefagusu
Mide	Mide boşalımında gecikme NSAI bağlı hasarlanma
Pankreas	Ekzokrin hipofonksiyon Kalsifikasyon-pankreatit Vaskülitik nekroz
Karaciğer	PBS sıklığında artma Nodüler hiperplazi Kalsifikasyonlar
İncebarsak	Fibrozis Dismotilite Invajinasyon Psödoobstrüksiyon Bakteriyelasyon çoğalma Pnömatosis intestinalis Arterit
Kolon	Dismotilite Konstipasyon Psödodivertikül Psödoobstrüksiyon Anal sfinkterdisfonksiyonu

Tablo 4- Sistemik sklerozda gastrointestinal komplikasyonlar

GIDA ALLERJİSİ VE GIDA İNTOLERANSI

Gerçek gıda allerjisi oldukça nadir görülür ve semptomları gıda allerjisine bağlı olduğu düşünülen hastaların ancak %1 inde gerçek gıda allerjisi olduğu anlaşılmıştır. Gıda allerjisinde IgE aracılığı ile oluşan allerji söz konusudur. Karakteristik olarak, allerjik olunan gıdanın alınmasından sonra dakikalar içinde başlayan, dudaklarda, ağızda ve farenkste kaşıntı ve ödem ortaya çıkar ve buna cilt döküntüleri, larinks ödemi, senkop ve bronkospazm gibi anaflaktik reaksiyonlar eklenebilir. Yerkıstığı, bıldırcın yumurtası, deniz ürünleri (midye vb.), bazı meyve suları ve gıda koruyucu veya kıvamlandırıcı olarak kullanılan bazı maddeler sıklıkla gıda allerjisi oluşturan maddeler olarak bilinir. Teşhis anamnezde belli gıdaların alınmasından sonra tipik semptomların oluştuğunun öğrenilmesi, eliminasyon diyetlerine cevabın değerlendirilmesi ve deri testleri ile koyulur. Son yıllarda kolonoskopik allerjen provakasyonu tanımlanmış ve kullanılmaya başlanmıştır. (COLAP) . Bu yöntemde

kolonoskopi sırasında allerjen direkt olarak çekumda submukozal olarak enjekte edilir ve mukozadaki değişiklikler endoskopik olarak gözlenerek değerlendirilir. Deri testinde negatif sonuç alınan allerjenlerle COLAP la pozitif sonuç alınabilmekte ve bu test sonucuna göre eliminasyon diyeti uygulanan hastaların %80 den fazlasında semptomatik düzelme elde edilebilmektedir. Bazı hastalarda zaman içinde gıda allerjisi azalarak tamamen kaybolabilir. ('Grow out' fenomeni). Çocukluk çağında inek sütü allerjisi olan çocukların %90 ı, yumurta allerjisi olanların da %50 si zamanla düzelmektedir.

Gıda intoleransı ise bazı gıdaların alınmasından sonra oluşan ve allerjik reaksiyonlar dışındaki yan etkileri tanımlamak amacıyla kullanılır. Örneğin farmakolojik olarak aktif bir made olan kafein yüksek miktarda alındığında veya veya MAO inhibitörü kullanan hastalar tyramin içeren maya veya peynir gibi gıdalar tükettiklerinde bazı yan etkiler oluşabilir. Beyaz ırkın yaklaşık %15 inde görülebilen laktoz intoleransı başka bir örnek olarak verilebilir. İritabl barsak hastalığı olanların yaklaşık %50 sinde gıda entoleransı belirtileri saptanır. Gıda entoleransında semptomlar gıda allerjisinin aksine daha uzun sürede ortaya çıkar ve kronik bir seyir gösterir. Karında şişkinlik, gaz, ishal ve karın ağrısı başlıca semptomlardır. Gıda entoleransı teşhisi koyulmadan önce hastaların herhangi bir organik hastalık ve gerçek gıda allerjisi olasılığı yönünden ayrıntılı tetkiklerle incelenmesi gerekir. Eliminasyon diyetlerine cevabın değerlendirilmesi teşhisde yardımcı olur.

Gıda allerjisi	Gıda intoleransı
IgE aracılığı ile oluşur	İmmünolojik bir etyoloji saptanmaz
Az miktardaki allerjik gıdanın alınmasından sonra dakikalar içinde semptomlar oluşmaya başlar	Genellikle fazla miktarda gıdanın alınması gerekir
Semptomlar hızla ortaya çıkar ve şiddetlenir	Semptomlar saatler sonra oluşmaya başlar
Anafilaksi, akut bronkospazm, diyare, karın ağrısı, deri döküntüleri görülebilir	Semptomlar genellikle kronik seyirlidir (Halsizlik, şişkinlik, gaz, karında ağrı veya rahatsızlık hissi vb.)
IgE seviyesi yükselebilir	IgE seviyesi normaldir
Deri testleri ve RAST tanıda yardımcıdır	Deri testleri ve RAST tanıda yardımcı değildir

Tablo 5- Gıda alerjisi ve intoleransı arasındaki farklar

HEMATOLOJİK HASTALIKLAR

Sindirim sistemi hastalıkları pernisiyöz anemi, demir eksikliği anemisi, hipersplenizm veya splenik atrofi gibi hematolojik komplikasyonlara yol açabilir. Bununla birlikte bazı hematolojik hastalıklar gastrointestinal sistemde belirgin patolojiler oluşturabilirler.

Lemfoma

Lemfomalar primer olarak gastrointestinal sistemden kaynaklanabilecekleri gibi sistemik lenfomalarda da gastrointestinal sistem tutulumu görülebilir. Gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesi etkilenebilirse de en sık tutulum mide, ince ve kalınbarsak ve çekumda görülür. Gastrointestinal sistem tutulumunda en sık görülen semptomlar ateş, gece terlemesi, karın ağrısı, kilo kaybı, ileus ve kanamadır.

Lösemi

Lösemi seyrinde oluşabilecek gastrointestinal sistem bulguları hastalığın kendisine, oluşan immun yetersizliğe, kemoterapiye, radyoterapiye veya kemik iliği transplantasyonuna bağlı olabilir. Gastrointestinal sistemin lösemik invazyonu barsakta ülserasyonların, polipoid lezyonların, kanama ve invazyonların oluşmasına yol açabilir. Nötropenik hastalar fırsatçı

enfeksiyonların gelişmesine oldukça duyarlı olduğundan gastrointestinal sistemin bakteriyel, paraziter, viral ve mikotik enfeksiyonları ve ishal görülebilir. Lösemi hastalarında allojenik kemik iliği transplantasyonu gastrointestinal sistem açısından ayrı bir problem kaynağıdır. Transplantasyon öncesi yapılan yoğun kemoterapi ve total vücut ışınlaması sırasında bulantı, kusma, ishal ve hepatik venookluziv hastalık (VOH) görülebilir. VOH genellikle transplantasyondan sonraki 3 ay içinde ortaya çıkar ve hepatomegali, portal hipertansiyon, ascites, sarılık ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ile birlikte.

Transplantasyon sonrasında oluşabilecek greft versus host hastalığı (Graft versus host disease-GvHD) erken ve geç form olmak üzere iki şekilde görülebilir. Erken GvHD transplantasyondan sonraki 1-3 ay içinde ortaya çıkar ve deri, karaciğer ve gastrointestinal sisteme ait belirtilerle kendini gösterir. Deride döküntüler, gastrointestinal sistem mukozasında ödem, ülserasyon ve diseksiyonlar, ishal ve bazen kanamalara yol açabilir. Geç dönem GvHD ise transplantasyondan sonraki 3-12 aylık dönemde ortaya çıkar ve barsakta fibrotik darlıklar, malabsorpsiyon ve karaciğerde duktopenik kolestazla karakterizedir.

Orak hücreli anemi (Sickle cell anemia)

Orak hücreli anemi otozomal resesif geçiş gösteren bir hemoglobin sentez bozukluğudur. Stres, enfeksiyon, dehidratasyon vb. olaylar akut ağrılı krizler oluşturur. Eritrositlerin düşük oksijen basıncında oraklaşması sonucunda kapiller damarlar içinde meydana gelen tıkaçlar trombüsler ve mikroinfarktlara sebep olur. Dalak, beyin, böbrek, akciğerler, göz, kemik, deri ve gastrointestinal sistemde irreversible hasarlar oluşabilir. Dalak en sık etkilenen organlardan biridir ve hastaların %90'ında otosplenektomi saptanır. Mezenter damarlarda ve batin içi organlardaki küçük infarktlar sonucunda periton irritasyonu bulguları ile birlikte olabilen şiddetli karın ağrıları oluşur. Kolelithiasis ve koledokolithiasis sıklığı artmış olmakla birlikte hepatik infarktler da akut kolesistiti taklit edebilir.

Myeloproliferatif hastalıklar

Esansiyel trombositoz, kronik myeloid lösemi, polisitemia vera ve myelofibroz gibi koagülasyon oluşumunun kolaylaştığı hallerde hepatik ven, portal ven veya mezenterik venlerde trombüs oluşabilir. Bu hastalık gurubu erişkinlerde görülen Budd-Chiari sendromunun en sık rastlanan sebebinin oluşturur.

Hiperkoagülabilite ile birlikte olan hastalıklar

Primer hiperkoagülabilite genellikle koagülasyon ve fibroniliziste rol oynayan proteinlerdeki konjenital veya familial defektlere bağlıdır. Antitrombin 3, protein C, protein S eksikliği, faktör XII (Hageman) ve faktör V (Leiden) mutasyonları ve antifosfolipid sendromu bunlar arasında sayılabilir. Tekrarlayan derin ven trombozları ve pulmoner embolizm daha tipik olmakla birlikte gastrointestinal sistemde de portal ven trombozu, intestinal iskemi ve Budd-Chiari sendromu görülebilir.

Transplant öncesi dönemde görülebilecek komplikasyonlar	Bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal Karın ağrısı, karaciğer fonksiyon testlerinde Bozukluk, hepatik venookluziv hastalık Pankreatit, radyasyon enteriti
Nörotopeni ve immunsupresyon	Bakteriyel, fungal, viral enfeksiyonlar Mukozit, Gram negatif sepsis, antibiyotik ishali
Graft versus host hastalığı (GvHD)	Akut kolestaz, ishal, mukozit, gastrointestinal Kanama, kronik duktopenik kolestaz, intestinal Striktürler, kronik malabsorpsiyon
Geç komplikasyonlar	Kronik GvHD, gastrointestinal B hücreli lenfoma

Tablo 6- Allojenik kemik iliği transplantasyonunda gastrointestinal komplikasyonlar

EDİNSEL İMMUN YETERSİZLİK SENDROMU (AIDS)

AIDS li hastaların hemen hepsinde hastalığın değişik fazlarında gastrointestinal sisteme ait bulgulara rastlamak mümkündür (Tablo 7). AIDS in önemli bir özelliği, hastalarda genellikle birden fazla hastalığın bir arada bulunması, sık olarak görülen fırsatçı enfeksiyonların sistemik yayılım göstermesi, ağır seyretmesi ve etkin tedaviye rağmen çoğunlukla nüks etmesidir.

AIDS li hastalarda orofaringeal bölgede sıklıkla görülen ülserler genellikle CMV,HSV, candida enfeksiyonlarına bağlıdır ve hastalığın ilk bulgusu olabilir. Lökoplaki, lenfoma veya kaposi sarkomu gibi lezyonlar AIDS li hastalarda görülebilecek diğer orofaringeal lezyonlardır. AIDS li hastaların yarısına yakınında (%40) özefagusda hastalık görülür. Candida, CMV ve HSV özofajiti en sık görülen özofagial lezyonlardır. Idiopatik özefagus ülserleri oluşabilir (HIV associated idiopathic esophageal ulcer). Disfaji, odinofaji ve reflü semptomları sıklıkla bulunur. Lokal veya sistemik antifungal, antiviral ajanlar ve kortikosteroidler tedavide fayda sağlayabilir.

AIDS li hastaların %10-25 inde gastrik hipoklorhidri bulunur. CMV enfeksiyonuna bağlı gastrit ve ülserasyonlar, kaposi sarkomu ve lenfoma AIDS li hastalarda görülebilecek gastrik lezyonlardır. İnce barsak lezyonları genellikle cryptosporidium parvum, microsporidia, (enterocytozoon bienusi, encephalitozoon intestinalis), izospora, cyclospora ve mycobacteria (M.avium intracellulare ve tuberculosis) türleri ile oluşan fırsatçı enfeksiyonlara bağlıdır. CD4 lenfosit sayısı $200/\text{mm}^3$ den fazla olan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar spontan düzelme veya sınırlı bir gidiş gösterirken CD4 lenfosit sayısı $100/\text{mm}^3$ altında olanlarda prognoz daha kötüdür. AIDS de ince barsakların viral enfeksiyonları daha nadirdir. İnce barsaklarda lenfoma ve kaposi sarkomu oluşabilir ve kanama veya obstrüksiyona sebep olabilir. İnce barsak tutulumu olan hastalarda karın ağrısı ve ishal en sık görülen belirtidir. Sebebi anlaşılamayan kronik ishallerli hastalarda AIDS varlığının serolojik yöntemlerle araştırılması gerekir. Kronik ishallerli olan AIDS li hastalarda yapılan ayrıntılı incelemelere rağmen sebep saptanamadığında bu durum *HIV enteropatisi* olarak adlandırılır. Bu hastalarda ince ve kalın barsaklarda kronik inflamasyon, ince barsaklarda çölyak hastalığına benzer histolojik değişiklikler ve bazı fonksiyonel bozukluklar (laktaz eksikliği, D-xylose ve B12 vitamini emilim defektleri v b.) olduğu gösterilmiştir.

AIDS li hastalarda ince barsaklarda protozoon enfeksiyonların sık görülmesine rağmen kolonda bakteriyel ve viral (CMV) enfeksiyonlar daha sık görülür. Campylobacter, shigella ve salmonella türü bakterilerle ve CMV le oluşan kolitte ateş, karın ağrısı ve kanlı olabilen ishal belirgindir. CMV koliti olan hastaların %15-20 sinde birlikte CMV retinitide bulunabilir. CMV koliti ülseratif kolit veya Crohn hastalığını taklit edebilir. Dışkı kültürleri, kolonoskopi, alınan biyopsi örneklerinin incelenmesi ve serolojik yöntemlerle tanı koyulur.

Homoseksüeller arasında prezervatif kullanımının yaygınlaşması nedeniyle AIDS de anorektal hastalık sıklığı giderek azalmaktadır. Korunmasız anal seks yapan hastalarda gonore, sfilis ve klamidia enfeksiyonlarına bağlı anorektal lezyonlar oluşabilir. İnsan papilloma virus enfeksiyonu sonucunda oluşan anüsün skuamöz hücreli karsinomu ve kaposi sarkomu görülebilir. Anorektal ağrı, diskezi, rektal kanama, tenezmus ve sık ve az miktarda dışkılama anorektal hastalığı olan hastalarda görülebilecek semptomlardır. CMV enfeksiyonu perianal bölgede ülserasyonlar oluşturabilir.

AIDS li hastalarda görülebilecek gastrointestinal problemlerden biri de pankreatittir ve genellikle viral veya bakteriyel ajanlardan çok tedavide kullanılan ilaçlara bağlı akut pankreatit şeklinde görülür. AIDS li hastalarda pankreatiti olmadan da serum amilaz seviyelerinde hafif yükselmeler olabilir. Pankreatit yokluğunda amilaz seviyesi yüksek bulunduğunda makroamilazemi akla gelmelidir.

İshal	Enterik patojenler ? (Bakteri, virus ve mantar)
Kilo kaybı	Oral alımın azalması, malabsorpsiyon Katabolizma artışı
Özofajit /Özofagusda ülser	Candida, CMV,HSV, Micobacterium Avium complex (MAC), ilaca bağlı özofajit Özofagial neoplazi, reflü özofajit
Gastrik ülser	CMV, Cryptosporidium
İnce barsakta ülserasyon Enterit	CMV,MAC, Cryptosporidium
Kolit	CMV,HSV,salmonella, shigella
Gastrointestinal tm.	Lemfoma, Kaposi sarkomu
Anorektal enfeksiyonlar	Neisseria gonorrhoea, CMV,HSV, Candida Chlamydia trachomatis
Perianal abse Perianal fistül İdyopatik rektal ülser veya proktit Anorektal neoplazi	Lemfoma, kaposi sarkomu Skvamöz hücreli karsinom Condyloma acuminatum

Tablo 7- AIDS li hastalarda görülebilecek gastrointestinal problemler

KAYNAKLAR

- 1- Wilcox C.M. Gastrointestinal manifestations of AIDS. In: Clinical practice of Gastroenterology. Ed:Brandt LJ. Current Medicine Inc. Philadelphia, Vol:2, 1999,pp:1490-1499.
- 2-Larson AM,Kowdley KV. Gastrointestinal tract and hepatobiliary involvement in systemic disease. In: Clinical practice of Gastroenterology. Ed:Brandt LJ. Current Medicine Inc. Philadelphia, Vol:2, 1999,pp:1499-1513.
- 3-Systemic manifestations of digestive tract disease. In: Mosby's color atlas and text of gastroenterology and liver disease. Eds:Aspinall RJ, Robinson SDT. Mosby Inc. Philadelphia, 2002,pp:311-334.
- 4-Digestive tract manifestations of systemic disease. In: Mosby's color atlas and text of gastroenterology and liver disease. Eds:Aspinall RJ, Robinson SDT. Mosby Inc. Philadelphia, 2002,pp:335-368.
- 5- Kim DD, Ryan JC. Gastrointestinal manifestations of systemic disease. In:Gastrointestinal and liver disease Eds: Sleisenger M, Friedman LS. Saunders Inc. New York, 2002,pp:507-537.
- 6-Mirowski GW, Chuang TY. Oral and oral cutaneous manifestations of gastrointestinal diseases. In:Gastrointestinal and liver disease Eds: Sleisenger M, Friedman LS. Saunders Inc. New York, 2002,pp:339-358.