

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİN
NONSPESİFİK SEMPTOMLARININ
FONKSİYONEL MİDE-BARSAK HASTALIKLARI
YÖNÜNDEN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr.Haluk ŞAVLI



İstanbul - 1987

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

Ö N S Ö Z

Uzmanlık eğitimim ve klinik çalışmalarım da bana yol gösteren, destek olan Üniversite Rektörümüz ve Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Hocam Prof. Dr.Cem'i DEMİROĞLU'na, tez konumu öneren ve yönlendiren, hekimlik yılları-
mın başından beri bilimsel ve manevi desteğiyle her zaman güç veren Sayın Hocam Prof.Dr.İsmail DİNÇ'e, daima ilgi ve yardımlarını gördüğüm Sayın Hocalarım Doç.Dr.Salih ÇELİK ve Doç.Dr.Ergun OKTAY'a şükran duygularımı ifadeyi görev sayarım.

Ayrıca çalışmama değerli katkıları olan Sayın Doç.Dr.Müfit UĞUR ve Psikolog Dr.Tevfik ZİYA'ya, eğitimim sırasında emekleri geçen tüm hocaları-
ma teşekkürü bir borç bilirim.

- İÇİNDEKİLER -

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ ve AMAÇ	1
ARAÇ ve YÖNTEM	4
BULGULAR	7
TARTIŞMA	21
SONUÇ	36
ÖZET	41
KAYNAKLAR	45

GİRİŞ ve AMAÇ

Stres altında veya anksiyete içindeki kimseler, bir parça rahatlayabilmek için, sıklıkla mide-barsak sistemini ilgilendiren semptomlarla, sağlık kuruluşlarına yönelirler. İçlerinde mental bir hastalık olduğu kuşkusu ve korkusu olmasına karşın ilk başvurdukları yer hiç bir zaman bir psikiyatri kuruluşu olmamaktadır.

Hastaların büyük bir kısmı, gastroenteroloji bölümüne, uzun zamandanberi süren, kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, hazımsızlık, şişkinlik, gaz gibi tipik, ancak nonspesifik semptomlardan birinden, yada bir kaçından yakılarak gelmeke, yada başka bölümlerden sevk edilmektedir. 1986 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji polikliniğine başvuran toplam 772 hastanın 425'inin (% 55) ana yakınmaları sadece, mide-barsak sisteminin bu nonspesifik semptomlarını içermektedir.

Karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, hazımsızlık, şişkinlik, gaz gibi semptomların fonksiyonel olan mide-barsak hastalıkları yanında, organik karın hastalıklarında da sık olması hastayı da, hekimi de, oldukça endişelendirmektedir. Bu semptomların bir diet hatasını mı, bir enfeksiyonu mu, bir neoplazmı mı veya spesifik tedavi ile iyileştirilebilecek başka bir durumu mu yansıttığının belirlenmesine yönelik araştırmalara gerek duyulmakta, fonksiyonel hastalık tanısı, çoğunlukla diğer olasılıkları hariç kılarak gerçekleştiril-

mektedir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklarının tanısı çok güç olmakta, özellikle tanıda belirleyici patolojik ve biyokimyasal araz olmaması nedeniyle hekim diğer hastalıkları saf dışı bırakabilmek için çoğu kez gereksiz röntgen ve laboratuvar araştırmaları istemeye kendini zorunlu hissetmektedir. Ananevi bir prensip olan "psikososyal demeden önce, organik olanın bertaraf edilmesi", bilimsel olarak sağlıklı olmayan, ekonomik olarak büyük israfı gerektiren ve hasta açısından da büyük güçlükler arz eden, bir çok ileri incelemeyi gerektirmektedir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olan hastalarda semptomların yaşam stresi ile olan ilişkisi daima anlaşılamaz olarak kalmakta ve herşeyin yolunda olduğu, organik bir bozukluğun olmadığı ne kadar kurnazca ifade edilse bile hasta yine de sonucu reddeden bir küskünlük içinde hekim ve hastane değiştirmektedir. Hastaların ön elemeye tutulmadan üniversite hastanelerine başvurabildiği ülkemizde, üniversite hastaneleri polikliniklerinde yersiz ve tedavi hizmetlerinin istenilen düzeyde yürütülebilmesini engelleyici, ekonomik olmayan, hasta birikmesi olmaktadır.

Avrupa ve Amerika'da gastroenterolojistlerin karşılaştıkları hastaların yarısından fazlasını mide-barsak sisteminin bu nonspesifik semptom kompleksini tanımlayan fonksiyonel mide-barsak hastalığı olanlar meydana getirmektedir. Gastrointestinal sistem hastalıklarından yakınan hastaların % 70'inde irritabl barsak sendromu saptanmıştır(1). Gastroenteroloji polikliniğine başvuran ve 92 olguyu içeren bir başka çalışmada olguların % 31'inde gastrointestinal sistemin fonksiyonel olarak nitelendirilen hastalıkları saptanmıştır(2). Ayrıca herhangi bir zamanda populasyonun % 8-14'ünde irritabl barsak sendromunun bulunduğu gösterilmiştir(3). Diğer bir çalışmada bu oran % 14-22 olarak bulunmuştur(4). Ancak bu kişilerin bir

çoğu sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadır(5).

Çalışmamızdaki amaç, mide-barsak sisteminin nonspesifik semptomlarıyla polikliniklere başvuran hastalarda, fonksiyonel mide-barsak hastalıklarının sıklığının saptanması, bu hastalık grubunun daha iyi tanınıp, hastaların, daha rasyonel, daha ekonomik bir şekilde takip ve tedavi edilemelerinin sağlanması ve bu hasta grubunun klinik, laboratuvar özelliklerinin tanımlanmasıdır.



ARAÇ ve YÖNTEM

Araştırma, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalında, Eylül 1986-Nisan 1987 tarihleri arasında, ileri dönük olarak, gastrointestinal sistemin nonspesifik semptomlarından, kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal ile hazımsızlık, şişkinlik, gaz gibi dispeptik yakınmalardan, bir veya birkaçı nedeniyle polikliniklere başvuran, 14'ü yatırılarak, 30'u polikliniklerde ve yatırılmadan izlenen, toplam 44 olguda gerçekleştirilmiştir. Olguların 25'i kadın, 19'u erkek olup yaş sınırı 13-73 ve yaş ortalaması 45'dir.

3 ay'dan daha uzun bir süredir devam eden, kronik, yeri, sıklığı, süresi değişken, karın ağrısı, sık olmayan, sert dışkı pasajı niteliğinde kabız (konstipasyon), kanlı olmayan, ancak müküs ihtiva edebilen sürekli yada, kabızlıkla değişmeli ishal gibi barsak fonksiyonlarında değişme, şişkinlik, hazımsızlık, gaz gibi yakınmaları olan olgular araştırma kapsamına alınarak anamnez ve tam bir fizik muayeneyi de içeren, Tablo 1'de gösterilen, tanı araç ve yöntemleriyle, yakınmalarının esas nedenini oluşturabilecek organik nedenli hastalıklarından araştırıldı.

Tüm olgularda kan sayımı (Hct-Hb), lökosit sayımı, bir saatlik eritrosit sedimentasyon hızı tayini, kanda üre, alkali fosfataz, serum glutamik oksaloasetik transaminaz ölçümleri yapıldı. Hasta anamnezi, fizik muayene ve yukarıda belirtilen laboratuvar muayene bulgularına uygun olarak mide-

barsak sistemi ya radyolojik ya da endoskopik olarak denetlendi. Hastaların 21'inde mide-duodenum, 31'inde kalın barsak, 7'sinde ince barsak, 7'sinde safra kesesi ve safra yolları radyolojik incelemesi yapıldı. 7 hastaya özofago-gastro-duodenoskopi 8 hastaya rekto-sigmoidoskopi, 2 hastaya kolonoskopi uygulandı. Bazı hastalarda bu incelemelere ek olarak i.v. ürografi, düz karın grafisi, karın ultrasonografisi, karın bilgisayarlı tomografi muayenelerine gerek duyuldu. Her hastanın dışkı muayenesi yapıldı. Dışkıda gizli kan, parazit, parazit yumurtası, kist arandı. Özellikle ishalleri hastalarda olmak üzere 18 hastada dışkı patojen bakteri yönünden incelendi. İshalleri olan hastalardan ikisinde ince barsak biopsisine gerek duyuldu. Özellikle laboratuvar incelemelerinin istenmesinde hastaların psikolojik, sosyal ve ekonomik özellikleri ile hastanemizin imkanları da gözönünde tutuldu. Yoğun diagnostik programı tamamlayan tüm hastalarda, Kruis ve arkadaşlarının(6), irritabl barsak sendromlu hastaları, yakınmaları organik nedenlere bağlı olan hastalardan ayırdetmek amacıyla gerçekleştirdikleri ağırlıklı tanısal skor sistemi, Tablo 2'de belirtildiği şekilde bu çalışmaya uyarlandı. Yakınmalarını açıklayabilecek organik nedenli tanıya ulaşılamayan olgulardan özellikle anemi, lökositoz, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı ve dışkılarında kan bulunmayanlar, ateş, zayıflama gibi ek semptomlar tanımlamayanlar fonksiyonel mide-barsak hastalığı olguları olarak değerlendirildi. Negatif tanı kriterleri saptanan olgular ise organik nedenli hastalık olasılığı yüksek olduğundan, bu olgularda ileri tetkiklere gerek görüldü.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı tanısı konan olgularda, eskiden geçirilmiş ve hastalığın ortaya çıkmasında temel neden olabilecek tetik olay ve şimdiki hecmeyi açıklayabilecek aktüel stres'in bulunup bulunmadığını araştırabilmek amacıyla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalında Rorschach kişilik testi uygulanmış, psikometrik inceleme sonuçları psikiyatrik muayene ile irdelenmiş, psikososyal ve

psikopatolojik bulgular belirlenmiştir. Tablo 3'de 22. ve 23. olgular psikiyatrik muayeneyi kabul etmemişlerdir.

Tablo 1

Karın Ağrısı, Kabız ve/veya İshal, Şişkinlik, Gaz Semptom Kompleksini Tanımlayan Hastalarda Tanı Araçları*

Laboratuvar Muayeneleri	Radyolojik ve/veya Endoskopik Muayeneler	Dışkı Muayeneleri	Zorunlu Olmayan Ek Muayene ve Tetkikler
Kan Sayımı (Hct-Hb), Lökosit sayısı/mm ³ , Sedimentasyon hızı mm/saat, Üre, Alkalifosfataz, SGOT.	Mide-duodenum, Kalın barsak, İnce barsak, Safra kesesi, Radyolojik muayeneleri; Rekto-sigmoidoskopi, Kolonoskopi, Özofago-gastro-duodenoskopi.	Dışkıda kan - parazit - parazit yumurtası veya kisti	-İshalli hastada dışkıda patojen bakteri, -Kalın ve ince barsak biopsisi, -Karın ultrasonografisi, -Bilgisayarlı karın tomografisi, -İdrar muayenesi.

SGOT= Serum glutamik oksaloasetik transaminaz

* Anamnez ve tam fizik muayeneyi de kapsar.

Tablo 2

Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalıkları Tanı Kriterleri

Pozitif Tanı Kriterleri	Negatif Tanı Kriterleri
1- Kronik karın ağrısı, gaz, şişkinlik, düzensiz barsak hareketleri. 2- Yakınmaların iki yıldan daha uzun sürmüş olması. 3- Değişmeli kabız ve ishal yakınmasının varlığı.	1- Başka hastalıklar için patognomonik fizik muayene bulgusu yada anamnez. 2- Lökositoz > 10000/mm ³ . 3- Hemoglobin (Hb) Kadın <12 g %, Erkek <14 g %. Hematokrit (Hct) Kadın % 36-46, Erkek % 41-53 4- Eritrosit sedimentasyon hızı: <50 yaş Erkek 0-15 mm/saat Kadın 0-20 mm/saat) >50 yaş Erkek 0-20 mm/saat Kadın 0-30 mm/saat 5- Dışkıda kan anamnezi. 6- Son haftada >38.5°C ateş. 7- Son 6 ayda >5 kg kilo kaybı.

B U L G U L A R

Anamnez, tam fizik muayene ve Tablo 1'de belirtilen tanı araç ve yöntemlerini içeren yoğun diagnostik programı tamamlmayan 25'i kadın, 19'u erkek, yaş sınırı 13-73 ve yaş ortalaması 45 olan 44 olgudan 40'ı (% 91), her hangi organik bozukluğun gösterilemediği, fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olgular olarak nitelendirildi.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların 32'sinde (tüm olguların % 73'ü, fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların % 80'i), irritabl barsak sendromu (İ.B.S.) saptandı. Bu olgular klasik kitaplarda belirtilen kriterler gözönüne alınarak üç tipe ayrıldı(7). 32 olgudan oluşan irritabl barsak sendromlu hastaların 23'ünde "I. Tip", (tüm olguların % 52'si, irritabl barsak hastalıklı olguların % 72'si), 7'sinde "II. Tip", (tüm olguların % 16'sı, irritabl barsak hastalıklı olguların % 22'si) ve 2'sinde "III. tip", (tüm olguların % 5'i, irritabl barsak hastalıklı olguların % 6'sı), irritabl barsak sendromu belirlendi. 40 olgudan oluşan fonksiyonel mide-barsak hastalıklı grubun 8'inde ise, (tüm olguların % 18'i, fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularının % 20'si) fonksiyonel mide hastalığı (F.M.H.) saptandı.

44 olgunun incelendiği bu araştırmada sadece 4 olguda (olguların % 9'u) birbirinden farklı organik bozukluklar saptandı. Bu nedenle bu olgular fonksiyonel mide-barsak hastalığı olguları olarak değerlendirilen gruba dahil edilmedi. Bu

dört olgudan oluşan hasta grubunda 1 olguda safra kesesinde taş, 1 olguda uterus miyomu, 1 olguda pilor stenozu ve duodenum ülseri; 1 olguda kronik bronşit ve kalp yetersizliği saptandı. Bu gruptaki hastaların yakınmalarının, bu hastalarda saptanan organik nedenlere bağlı olabileceği varsayımı ile, bu olguların sebebe yönelik tedavilerinin yapılarak, uzun sürede verecekleri tedavi yanıtına göre tanısal değerlendirilmelerinin yapılmasına karar verildi. Fonksiyonel mide-barsak hastalıklarının tiplerine göre, hastaların dağılımı, Şekil 1'de gösterilmektedir.

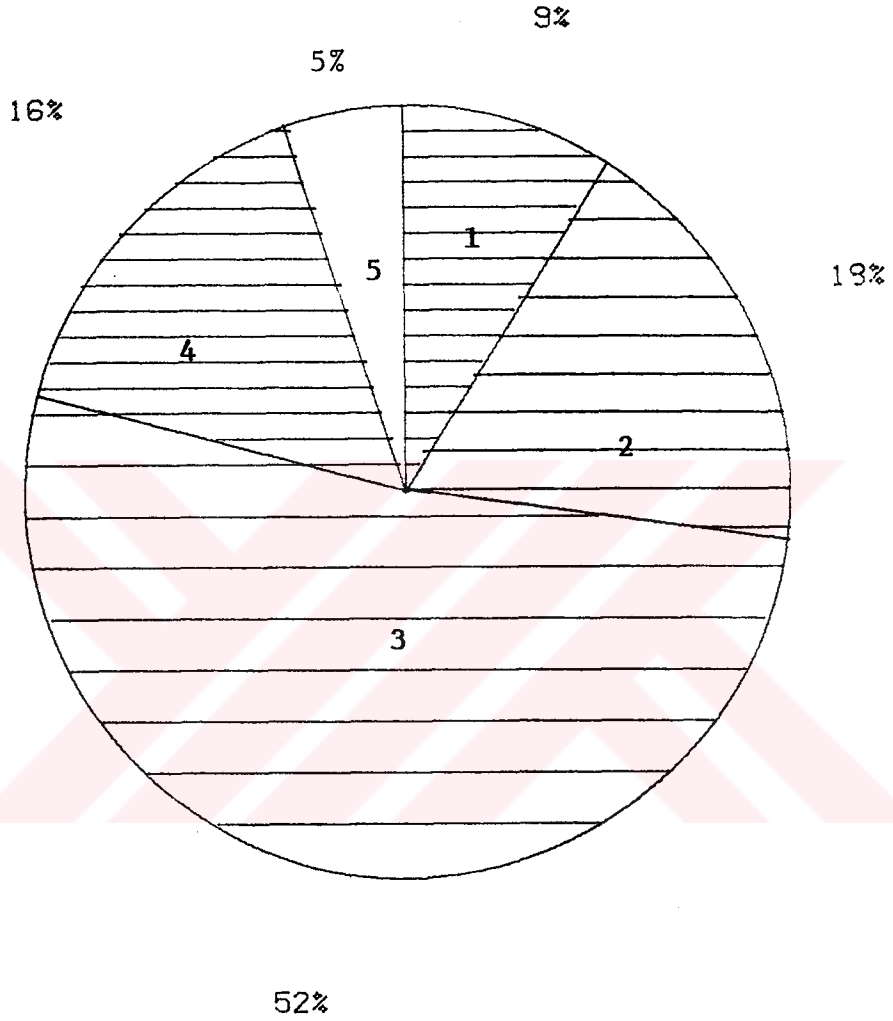
Fonksiyonel mide-barsak hastalığı tanılı 40 olgunun yaş, cins, yakınma süresi, kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, şişkinlik, gaz, hazımsızlık gibi dispeptik yakınmalardan oluşan nonspesifik semptom kompleksinin hangilerinden yakındıkları, laboratuvar bulguları, psikometrik ve psikiyatrik muayene sonuçları tüm verileri Tablo 3'de gösterilmiştir. Tablo 4'te ise fonksiyonel mide-barsak hastalığı tanımlanan 40 olgunun, cins, yaş ortalaması (median), yaş dağılımı, semptomların başlangıç yaşı ortalaması (median) ve dağılımı gösterilmiştir. Şekil 2'deki histogramda ise hastalık başlangıç yaşı dağılımı grafik halinde gösterilmiştir.

Fonksiyonel mide barsak hastalığı olgularınının 24'ü kadın, 16'sı erkek olup, kadın erkek oranı 3:2'dir. Ortalama yaş 45 (median), yaş dağılımı 17-69'dur. Hastalık en sık 20-30 yaşlar arasında başlamaktadır. Olguların % 58'inde semptomların başlangıç yaşı 20-40 yaşları arasındadır.

Hastaların yakınma süreleri 3 ay ile 30 yıl arasında değişmekte olup ortalama 6 yıl (median)'dir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların 35'inde (% 88) ana semptom kronik karın ağrısıdır. İrritabl barsak hastalığı "I. Tip" olarak değerlendirilen 23 hastanın 14'ünde (% 60) şişkinlik, gaz gibi dispeptik yakınma bulunmaktadır.

Şekil 1- Olguların Tanı Yönünden Dağılımı



1- Organik bozukluk saptananlar	% 9
2- Fonksiyonel mide hastalığı	% 18
3- İrritabl barsak sendromu (Tip I)	% 52
4- İrritabl barsak sendromu (Tip II)	% 16
5- İrritabl barsak sendromu (Tip III)	% 5

"II. Tip" olguların sadece 1'inde (% 14) dispeptik yakınma saptanırken "Tip III" olarak değerlendirilen 2 hastanın ikisinde de dispeptik yakınma saptanmıştır. Fonksiyonel mide hastalığı olgularının hepsinde karın yukarı bölümünde, özellikle epigastriumda ağrı ve bu olguların 6'sında (% 78) dispeptik yakınma saptanmıştır.

Kabızlıktan yakınan olguların sayısı 25 olup bu grup hastanın % 60'ında bulunmaktadır. İshalli hasta sayısı 9 olup görülme sıklığı % 23'dür. Ağrının oluşmasında önemli etken olan gaz, şişkinlik gibi dispeptik yakınmalı olguların sayısı 23 olup sıklığı % 58 olarak saptanmıştır. Değişmeli olarak kabız ve ishalden yakınanların sayısı ise 2 olup olguların % 5'inde görülmektedir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularından 11'i hastanede yatırılarak tetkik ve tedavi edilmişlerdir. 11 olgunun bu hastalık grubundaki sıklığı % 27'dir. Bu olguların hastanede yatış süreleri 7-48 gün arasında değişmekte olup ortalama 17 gün (median) olarak bulunmuştur.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların sorgulamalarında 9 olguda (% 24)daha önce bu yakınmalarından ötürü, tanı ve tedavi amacıyla niteliği belirlenemeyen cerrahi girişim gereği görüldüğü belirlenmiştir.

Olguların yapılan tüm fizik muayenelerinde karında non-spesifik ağrılı, palpasyon bulgusu ve islahli hastalardaki artmış barsak sesi dışında iki olgu da yakınmalarıyla ilişkisi belirlenemeyen hepatomegali saptanmış, ancak bu olgularda, klinik ve laboratuvar yöntemlerle, hastaları organik bozukluk saptanan gruba dahil etmeğe olanak verecek tanısal veri bulunmamıştır. Hastaların fizik muayenelerinde başkaca objektif patolojik muayene bulgusu gösterilememiştir.

Tablo 3
Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalığı Olgularının Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Olgular	Adı Soyadı	Yaş (Yıl)	Cins	Yakınma Süresi	Semptomlar*	Lökosit/mm ³	Hct (%)	Sedimantasyon Hızı mm/saat	Dışkıda Kan	Objektif Muayene Bulgusu	Tetik Olay	Aktüel Stress	Rorschach Testi ve Psikiyatrik Muayene Bulgusu	Tanı
1	M.K.	45	E	17 yıl	1,2,4	4600	46	10	Yok	Yok	Var	Var	Depressif, Nörotik	IBS _I
2	E.K.	41	E	10 yıl	1,2,4	9800	46	6	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
3	S.S.	44	K	1 yıl	1,2	4000	43	3	Yok	Yok	Var	Var	Normal	IBS _I
4	Z.A.	57	K	17 yıl	1,2,4	5000	39	6	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
5	E.A.	36	K	3 ay	1,2	6000	42	8	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
6	K.T.	60	K	6 ay	1,2,4	5200	35	2	Yok	Yok	Yok	Yok	Normal	IBS _I
7	H.D.	60	K	10 yıl	1,2	4200	37	14	Yok	Yok	Yok	Var	Obsessif kompulsif nöroz	IBS _I
8	Y.T.	63	E	3 yıl	1,2,4	4000	44	7	Yok	Yok	Var	Yok	" "	IBS _I
9	M.A.	37	E	10 yıl	1,2	4900	38	10	Yok	Yok	Var	Var	Depressif obsessif kompulsif nöroz	IBS _I
10	M.K.	59	E	30 yıl	1,2,4	5400	48	16	Yok	Yok	Yok	Var	Depresyon	IBS _I
11	C.S.	42	K	12 yıl	1,2,4	4600	43	10	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
12	N.B.	19	K	6 yıl	1,2	5000	41	3	Yok	Yok	Yok	Var	Normal	IBS _I
13	H.Ş.	45	K	1 yıl	1,2,4	3500	38	22	Yok	Yok	Var	Var	Normal	IBS _I
14	Y.E.	43	K	6 yıl	1,2,4	4400	38	12	Yok	Yok	Var	Var	Obsessif kompulsif Nöroz	IBS _I
15	Ş.K.	55	K	20 yıl	1,2,4	4000	34	6	Var(+)	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
16	R.A.	61	E	13 yıl	1,2	5100	40	35	Yok	Yok	Yok	Var	Nöroz	IBS _I

* 1- Kronik karın ağrısı, 2- Kabızlık, 3- İshal, 4- Dispeptik yakınmalar (gaz-şişkinlik-hazımsızlık)
IBS_I= İrritabl barsak sendromu Tip I.

Tablo 3 (Devam)

Olgular	Adı Soyadı	Yaş (Yıl)	Cins	Yakınma Süresi	Semptomlar*	Lökosit/mm ³	Hct (%)	Sedimantasyon Hızı mm/saat	Dışkıda Kan	Objektif Muayene Bulgusu	Tetik Olay	Aktüel Stress	Rorschach Testi ve Psikiyatrik Muayene Bulgusu	Tanı
17	S.K.	53	K	25 yıl	1,2,4	4900	43	28	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
18	N.E.	54	K	15 yıl	1,2,4	5200	44	3	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
19	N.S.	69	K	15 yıl	1,2	5000	39	30	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
20	C.Ü.	60	K	2 yıl	1,2	4600	42	18	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _I
21	G.K.	32	E	2 yıl	1,2,4	3000	43	5	Yok	Yok	Yok	Yok	Depressif nörotik	IBS _I
22	S.I.	47	E	5 yıl	1,2,4	4000	44	3	Yok	Yok	Yok	Yok		IBS _I
23	S.D.	31	E	15 yıl	1,2	5400	38	7	Yok	Yok	Yok	Yok		IBS _I
24	N.Y.	56	K	3 ay	3	3400	34	11	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _{II}
25	N.G.	28	K	4 yıl	1,3	5500	40	12	Yok	Yok	Var	Var	Normal	IBS _{II}
26	S.K.	31	K	3,5 ay	3	4200	38	21	Yok	Hepato-megali	Var	Var	Depresyon	IBS _{II}
27	M.Ş.	30	E	1 yıl	1,3,4	4500	44	8	Var(+)	Yok	Var	Var	Depressif nörotik	IBS _{II}
28	Y.Ü.	43	E	4 ay	3	5000	44	6	Yok	Yok	Var	Var	Obsessif kompulsif nöroz	IBS _{II}
29	A.K.	20	E	1,5 yıl	3	4100	42	3	Var(+)	Yok	Var	Var	" "	IBS _{II}
30	A.S.	17	E	1 yıl	1,3	4800	45	4	Var(+)	Yok	Var	Var	" "	IBS _{II}
31	F.Ü.	60	K	20 yıl	2,3,4	4800	36	32	Yok	Yok	Var	Var	Histerik nörotik	IBS _{III}
32	N.T.	54	K	6 yıl	1,2,3,4	5200	40	30	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	IBS _{III}

* 1- Kronik karın ağrısı, 2- Kabızlık, 3- İshal, 4- Dispeptik yakınmalar (gaz-şişkinlik-hazımsızlık)
 IBS_I= İrritabl barsak sendromu Tip I, IBS_{II}= İrritabl barsak sendromu Tip II, IBS_{III}= İrritabl barsak sendromu Tip III.

Tablo 3 (Devam)

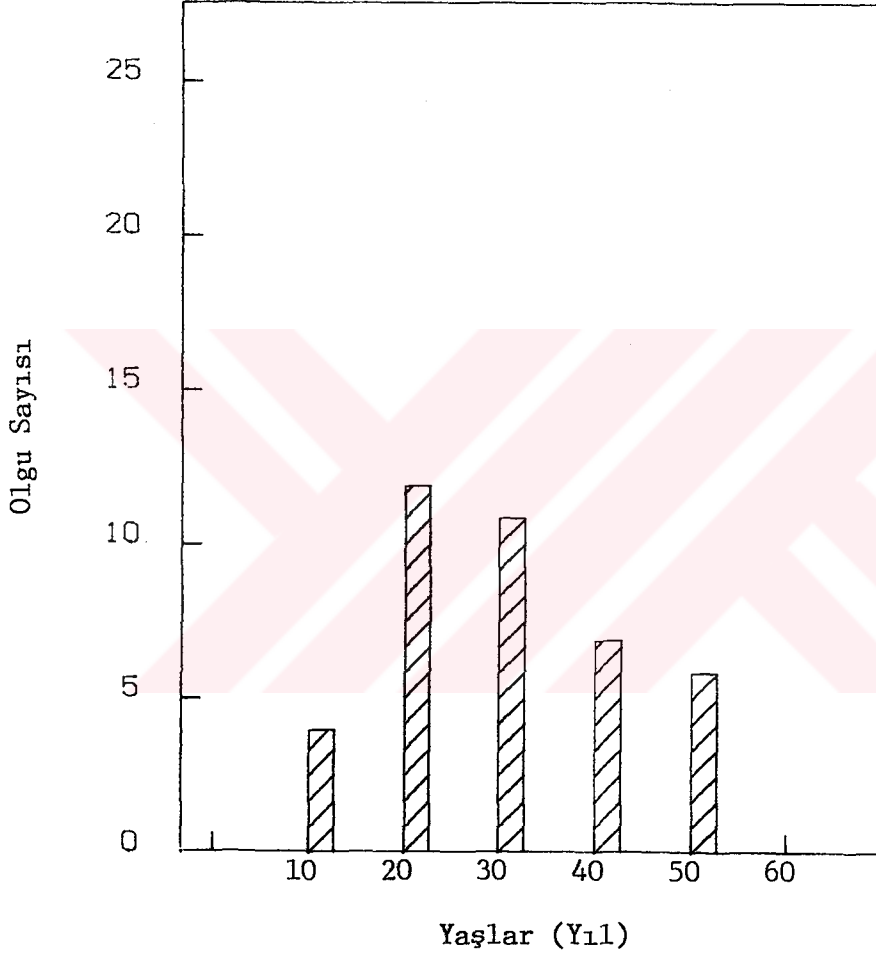
Olgular	Adı Soyadı	Yaş (Yıl)	Cins	Yakınma Süresi	Semptomlar*	Lökosit/mm ³	Hct (%)	Sedimantasyon Hızı mm/saat	Dışkıda Kan	Objektif Muayene Bulgusu	Tetik Olay	Aktüel Stress	Rorschach Testi ve Psikiyatrik Muayene Bulgusu	Tanı
33	H.S.	59	E	4 ay	1,4	4000	41	12	Yok	Larinks CA-(şifa)	Var	Var	Depressif nörotik	F.M.H.
34	E.Ü.	29	K	3 yıl	1,4	4500	45	2	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	F.M.H.
35	A.C.	47	E	10 yıl	1,4	4500	45	2	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	F.M.H.
36	N.Y.	43	K	2 yıl	1,4	4800	38	4	Yok	Yok	Var	Var	Depressif, obsessif kompulsif nöroz	F.M.H.
37	S.K.	25	K	2 yıl	1,4	4000	41	17	Yok	Yok	Yok	Yok	Normal	F.M.H.
38	A.A.	39	K	10 yıl	1	4100	38	3	Yok	Yok	Yok	Yok	Normal	F.M.H.
39	A.T.	37	E	11 yıl	1	7200	45	4	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	F.M.H.
40	F.Y.	51	K	15 yıl	1,4	4200	38	10	Yok	Yok	Var	Var	Depresyon	F.M.H.

* 1- Kronik karın ağrısı, 2- Kabızlık, 3- İshal, 4- Dispeptik yakınmalar (gaz-şişkinlik-hazımsızlık)
FMH= Fonksiyonel mide hastalığı.

Tablo 4
Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalığı Saptanan
40 Olgunun Bioistatistiksel Özellikleri

	Tanı	n	Kadın	Erkek	Yaş (Yıl)		Başlangıç Yaşı (Yıl)	
					Median	(Dağılım)	Median	(Dağılım)
I	İrritabl barsak Sendromu	32	19	13	45	17-69	30	13-60
	Tip I	23	14	9	47	19-69	36	13-60
	Tip II	7	3	4	30	17-56	29	16-56
	Tip III	2	2	Yok	57	54-60	44	40-48
II	Fonksiyonel Mide Hastalığı	8	5	3	41	25-59	33	23-59
I+II	Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalığı	40	24	16	45	17-69	36	13-60

Şekil 2
Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalıklı 40 Olgunun,
Hastalık Başlangıç Yaşlarına Göre Dağılışı



Tüm olgularda denetlenen, zorunlu laboratuvar muayenelerine göre; tüm olgularda, eritrosit sedimentasyon hızı, yaş ve cinse göre normal sınırlarda bulunmuştur. Ortalama eritrosit sedimentasyon hızı 11 ± 9 mm/saat (\pm SD) hesaplanmıştır. Olgularda ortalama lökosit sayısı $4800 \pm 1100/\text{mm}^3$ (\pm SD) olarak bulunmuştur. Olguların 4'ünde hematokrit değeri (Hct) normalin çok az altında saptanmış, bu olgular yeniden değerlendirilmiş, bulguların hastanın yakınmasıyla ilişkisi gösterilememiştir. Ortalama hematokrit değeri % 41 ± 3 bulunmuştur.

Kanda üre, SGOT değerleri tüm olgularda normal sınırlardadır. 3 olguda serum alkali fosfataz değeri normalin hafif üzerinde bulunmuş olup, tanısal önemi gösterilememiştir. Dışkıının gizli kan yönünden incelenmesinde 36 olguda (% 90) dışkıda gizli kanama olmadığı belirlenmiştir. 4 olguda (+) gizli kan saptanmış (% 10). Özel diet uygulanmadan yapılan bu muayenelerde hiç bir olguda (++) veya daha yüksek değerlerde kan saptanmamıştır. Dışkıda (+) kan bulunan 4 olgu daha sora 3 gün arayla 2 kez daha dışkıda kan yönünden kontrol edilmiş, organik lezyon yönünden yeniden ileri tetkik yapılarak denetlenmişlerdir. Olguların dışkılarında parazit, parazit yumurtası, kist bulunmamıştır. Yapılan dışkı kültürlerinde patojen bakteri ürememiştir. Olguların laboratuvar bulguları Tablo 5'te özetlenmiştir.

Olgularda zorunlu olarak gerçekleştirilen gastrointestinal sistemin radyolojik ve/veya endoskopik muayene bulgularına göre 20 olgunun radyolojik mide-duodenum muayenesinde 17 olguda normal bulgu saptanmış, 2 olguda radyolojik olarak gastro-duodeni, bir olguda gastroptoz tanıları konmuştur. 30 olgunun radyolojik kolon muayenesinde 21 olguda normal bulgu, 5 olguda radyolojik olarak sigma-elongatum, 4 olguda kolon spazmı gösterilmiştir. 7 ince barsak, 6 safra kesesi radyolojik muayenesinde özellik gösterilememiştir. Endoskopik muayenelerde 5 özofago-gastro-duodenoskopi, 8 rekto-sigmoidoskopi ve 2 kolonoskopi muayenesinde organik neden saptanamamıştır.

Tablo 5
Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalığı Olgularında Saptanan
Laboratuvar Sonuçlarının Ortalama (\pm Standart Sapma) Değerleri

Tanı	Olgu Sayısı	Ortalama Lökosit Sayısı/mm ³ \pm SD	Ortalama Hct Değeri (%) \pm SD	Ortalama Sedimentasyon Hızı mm/saat \pm SD	Dışkıda Kan	
					Var (%)	Yok (%)
Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalığı	40	4800 \pm 1100	41 \pm 3	11 \pm 9	4 (% 10)	36 (% 90)

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların öğrenim durumları değerlendirildiğinde 38 olgunun 11'inin (% 29) ilköğretim, 11'inin (% 29) orta öğrenim, 5'inin (% 13) yüksek öğrenim düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır. Olguların 11'inin (% 29) ise herhangi bir eğitim görmediği belirlenmiştir.

Organik neden saptanamayan ve diagnostik program sonrası yakınmalarının fonksiyonel olduğu belirlenen 40 olgudan 48'inde uygulanan Rorschach kişilik testi ve yapılan psikiyatrik muayene sonunda 38 olgunun 30'unda (% 79) tetik olay, 34'ünde (% 89) aktüel stres varlığı saptanmıştır. Olgulardan 3'ünde (% 8) stres saptanamamıştır. Bu hasta grubunun 31'inde (% 81) çeşitli psiko-patoloji varlığı belirlenmiştir.

Psikiyatrik muayene sonuçlarına göre 17 olguda depresif sendrom, 5 olguda depressif nörotik reaksiyon, 7 olguda obsesif kompulsif nöroz, 2 olguda hafif nörotik reaksiyon saptanmıştır. Rorschach kişilik testi ve psikiyatrik muayene sonuçlarını içeren bulgular Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6

Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalığı Tanımlanan
38 Olgunun Psikometrik ve Psikiyatrik
Muayene Sonuçlarının Sayısal Dağılımı

Tanı	Olgu Sayısı	Tetik Olay		Aktüel Stress		Psiko-Patoloji	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Fonksiyonel Mide-Barsak Hastalığı	38	30 (% 79)	8 (% 21)	34 (% 89)	4 (% 11)	31 (% 82)	7 (% 18)

Mide-barsak sistemi non-spesifik semptomlarını tanımlayan 44 olgudan 4'ünde (% 9) ise yakınmalarına esas teşkil edebilecek organik düzensizlik bulunmuştur. Bu olguların klinik özellikleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7
Mide-Barsak Hastalığı Nonspesifik Semptom Kompleksi Nedeniyle
İncelenen Olgulardan, Organik Neden Saptanan 4 Olgunun
Klinik Özellikleri

Olgular	Adı- Soyadı	Yaş (Yıl)	Cins	Yakınma Süresi	Semptomlar*	Ek Semptomlar	Tanı Araçları	Bulgular
41	M.L.	41	E	3 yıl	2,4	Bulantı	Anamnez, Radyolojik Muayene	Safra Kese- sinde Taş.
42	Y.M.	42	K	6 yıl	1,2	Düzensiz Aylık Kanama	Anamnez, Fizik mua- yene	Miyom (uterus)
43	E.B.	44	E	6 yıl	1,2,4	Kusma, Zayıflama	Anamnez, Endoskopi	Pilor Stenozu, Duodenal Ulkus
44	H.A.	73	E	10 yıl	1,4	Soluk Darlığı	Anamnez, Fi- zik Muayene	Kronik Bronşit

1- Karın ağrısı, 2- Kabız, 3- İshal, 4- Şişkinlik, gaz.

Organik neden saptanan 4 olgunun 3'ü erkek, biri kadın olup yaş ortalaması 43 (medyan), yaş sınırı 41-73'dür. Olguların yakınma süreleri ortalama 6 yıl (medyan) olarak saptanmıştır. Bu 4 olguluk hasta grubunda, her hasta, fonksiyonel, mide-barsak hastalığında da sıklıkla görülen semptom kompleksi dışında, diğer hastalıklara özgü ek semptom tanımlamaktadır. Tüm olgularda anamnez, iki olguda objektif fizik muayene bulguları, 1'er olguda radyolojik ve endoskopik muayeneler organik bozukluğun saptanmasında tanı aracı olarak kullanılmıştır.



T A R T I Ő M A

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olguları, tanımladıkları heterojen ve nonspesifik semptomlar nedeniyle, pratisyen hekim, gastroenterolog ve cerrah için büyük problem oluştururlar.

Mide-barsak sisteminin klasik fonksiyonel hastalığı literatürde sıklıkla "irritable bowel syndrome" olarak adlandırılan, bizim bu çalışmamızda irritabl barsak sendromu olarak tanımladığımız ve genellikle üç klinik varyant gösteren bir sendromdur. Fonksiyonel terimi, sistemin fonksiyonunda değişme olmasına rağmen, organik hastalıkların makroskopik yada histopatolojik değişmelerini göstermeyen halleri ifade etmektedir. Hastalardan bir bölümü özellikle kronik karın ağrısı ve kabızlıktan yakınırılar. Spastik kolit olarak nitelebilen bu hastalar irritabl barsak sendromunun birinci tipini oluşturmaktadır (İrritabl barsak sendromu I. Tip). İkinci tip kronik intermittant, ağrısız, diareden yakınan gruptur (İrritabl barsak sendromu II. Tip). Bazı hastalarda ise her iki semptom beraber bulunur. Hastalar değişmeli olarak bazı günlerde kabızlıktan, bazı günlerde ise diareden yakınırılar. Bunlarda üçüncü tipi oluştururlar (İrritabl barsak sendromu III. Tip). Bu hastalarda ana patofizyolojik bozukluk yada anormallik, barsakların motilitesindeki değişmedir. İrritabl barsak sendromu semptomları sadece kolona inhisar etmez. Hastaların bir kısmı da karınlarının yukarı bölgelerinin ağrısından, şişkinlik ve gazdan yakınırılar. Yediklerini iyi sin-

diremedikleri sanısını ifade edebilmek için "hazımsızlık"tan yakınırırlar. Lasser ve arkadaşlarına göre(8) bunların barsaklarındaki gaz miktarı fazla da değildir. Ancak barsak gazlarının mideye geri akımı sözkonusu olup, bu hal motilite bozukluğu nedeniyle oluşan semptomları meydana getirir. Buna karşın bir çok klinisyen barsak fonksiyonları bozukluğu göstermeyen kronik karın ağrılarında irritable barsak tanısı koymamaktadır.

İrritable barsak sendromunda ağrı, kabız ve/veya ishal ile seyreden bir semptom kompleksi tanımlanmışsa da gastroduodenal bölüm için dörtbaşı mamur hakiki bir sendrom tanımlanmamıştır. Buna karşın bazı hastalar emosyonel bozukluklarla beraber veya dokunduğunu ifade ettikleri yiyeceklerden sonra, ağrı, bası, epigastriyumda yanma, şişkinlik gibi semptomları tanımlamaktadırlar(9). Bu çoğunlukla hazımsızlık olarak tarif edilmektedir. Bu olgularda radyolojik, endoskopik muayeneler ve motilite, basınç, sekresyon araştırmaları semptomları açıklayabilecek nitelikte anlamlı bulunmamaktadır. Ancak piloru barsaklardan salgılanan hormonlara duyarlı, tonik bir sfinkter(10), nikotin gibi drogulara ve muhtemelen nonadrenerjik ve nonkolinerjik nöral kontrole hassas olan veya gastroduodenal birleşme bölümü boyunca distalde oluşan kontraksiyonlara cevap olarak kapanan bir açık kıapı olarak düşündüğümüzde gastrik motilite ve eğer varsa sfinkter bir çok ağrılı durumda ve emosyonel stres hallerinde, kompleks refleks yollarla fonksiyonunu değiştirmekte, fonksiyon bozuklukları ve buna bağlı semptom yada semptom kompleksi oluşmaktadır(11). Lasser ve arkadaşlarının çalışmalarında(8) karın ağrısı, şişkinlik, gaz yakınmaları olan hastaların barsaklarına verilen gazın incebarsaklardan retrograd olarak mideye geçtikleri ve bu hastalarda artmış ağrı cevabı oluşturdukları gözlenmiştir.

Epigastriyum da ağrı, şişkinlik, gaz, hazımsızlık gibi dispeptik yakınmaları olan, ancak muayene ve laboratuvar bul-

guları hazım sisteminde bir patoloji göstermeyen bu hasta grubunda, psikolojik çalışmalar, daha çok depressif kişilik yapısı gösten genç erişkinlerde, episodlar halinde ortaya çıkan bozukluklar göstermiştir. Bu hasta grubu "Funktionelle gastropathie" yada "Gastropathia nervosa" olarak değerlendirilmektedir(12). Biz de çalışmamızda bu hasta grubunda "Fonksiyonel mide hastalığı" tanımını kullandık. Bu grubu oluşturan hastalarda, hastalığın oluş nedenini; irritabl barsak hastalığını ve buna bağlı semptomları oluşturan, mekanizmadan ve bu hastaları, irritabl barsak sendromlu hastalardan, ayrı tutmamak gerektiği ve bu hastaları da aynı hastalık grubu içinde değerlendirme zorunluluğu olduğu kanısındayız. Böylece fonksiyonel mide hastalığı ve irritabl barsak hastalığı beraberce fonksiyonel mide-barsak hastalığı, ana başlığı altında incelenmiştir. Literatürde de birçok araştırmacı bu terminolojiyi benimsemiştir.

Ferguson ve arkadaşları da(2) araştırmalarında, sadece yukarı karın bölgelerinin ağrısından yakınan, yakınmaları büyük bir olasılıkla motilite bozukluğuna bağlı olduğu düşünülen hastaları, irritabl barsak sendromlu hastaların oluşturduğu grupla birleştirerek, olguları "fonksiyonel mide-barsak hastalıkları" adı altında toplamışlardır.

Lasser ve arkadaşları(8) çalışmalarında, irritabl barsak hastalığının, yalnız kolonun fonksiyon bozukluğu olmadığını saptamışlardır. Hastaların, barsaklarındaki gaz miktarı artmamış olmasına rağmen karınlarının yukarı bölgesinde ağrı ve gazdan yakınan hastalarda, motilite bozukluğu nedeniyle, barsak gazlarının mideye kaçıışı gösterilmiştir. Bu karın ağrısı araştırmacılarca "fonksiyonel" olarak nitelendirilmiştir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklarında karın ağrısı, kabız ve/veya diare, dispepsi ana semptom kompleksini oluşturmaktadır. Bu semptomlar organik nedenli mide-barsak hasta-

lıklarında da sıklıkla bulunabildiğinden bu semptomların oluşturduğu kompleks nonspesifiktir. Mannig ve arkadaşları(13) gastroenteroloji ve cerrahi kliniği polikliniklerinde hiç bir ön seçim yapmadan sadece karın ağrısı, kabız ve/veya ishal yakınması olan 65 hastanın 32'sinde (% 49) irritable barsak sendromu saptamışlardır. Anne Ferguson ve arkadaşlarının(2) 92 olguyu içeren çalışmalarında ise 23 irritable barsak sendromu ve 4 olguda yukarı gastrointestinal bölümün motilite bozukluğunu düşündüren karın ağrısı saptamışlardır. Bu çalışmada da fonksiyonel mide-barsak hastalığı olguları içinde irritable barsak hastalığı oranı % 85, fonksiyonel mide hastalığı oranı ise % 15 bulunmuştur. Her iki değerde bu çalışmadaki bulgularla uyumludur. Anne Ferguson ve arkadaşları(2) bu çalışmalarında gastrointestinal sistemi ilgilendiren semptomlarla başvuran tüm poliklinik hastalarında toplam % 31 olguda gastrointestinal sistemin fonksiyonel olarak nitelenen hastalıklarını saptamış oldular. Bu araştırmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi fonksiyonel mide hastalığı ve irritable barsak hastalığı beraberce "fonksiyonel mide-barsak hastalığı" olarak değerlendirilmişlerdir.

Marzuk ve arkadaşları(3), çalışmalarında gastroenteroloji polikliniklerindeki olguların % 40'ında ve herhangi bir zamanda populasyonun % 8-14'ünde irritable barsak sendromunun varlığını göstermişlerdir. Kirsner ve arkadaşlarının çalışmalarında mide-barsak sistemi hastalıklarından yakınan vakaların % 70'inde irritable barsak sendromu saptanmıştır. Thompson ve Heaton'un(4) çalışmalarında ise, bizim araştırmamızın esasını oluşturan ana semptomlardan yakınanlar genel populasyonun % 14-22'sini oluşturmaktadır. Ancak bu şahısların bir çoğu sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadır(5).

Bzım 44 olguyu içeren, ancak sadece İç Hastalıkları polikliniklerinde gerçekleştirdiğimiz bu araştırmada tüm hastalar yerine, fonksiyonel mide-barsak hastalıklarında, ana semptomlar olarak görülen: "Üç aydan daha uzun bir süredir

devam eden kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, dispepsi"den oluşan semptom kompleksini oluşturan semptomlardan bir yada bir kaçını tanımlayan hastalar arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda irritabl barsak sendromlu hastalar çoğunlukta olup, olguların % 73'ünü oluşturmaktadır. Fonksiyonel mide hastalıkları ise olguların % 18'ini oluşturmuştur. Bu iki grup "fonksiyonel mide-barsak hastalığı" adı altında birleştirildiğinde, bu semptom kompleksini tanımlayarak polikliniklere başvuran hastaların, olguların % 91'ini oluşturdukları görülmektedir.

Drossman ve arkadaşlarının çalışmalarında(14) pratisyen hekimlerin hastaları arasında "fonksiyonel mide-barsak hastalıklı" olanların oranı çok yüksek olup, gastroenterologlara sevk edilen hastaların % 40-70'ini oluşturdukları belirtilmektedir. Üniversite hastanelerine başvurmadan önce, pratisyen hekimlerce veya diğer bölgesel tedavi birimlerince, ön muayene zorunluluğu olmayan ülkemizde; toplumda çok yaygın olduğuna inandığımız bu hastalıktan yakınanlar, dolaysız olarak üniversite hastanelerine ulaşabilmektedir. Hastalığın hecmelerle kronik seyri düşünülürse ve bu hastaların bir çoğunun her hecmeye yeniden üniversite hastanelerine başvurabildikleri dikkate alınır konunun, ülkemiz açısından, ekonomik ve sosyal önemi daha belirginleşir. Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların çoğunlukla hospitalize edilmeleri gerekmiyorsa da 1976 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eyalet hastanelerinde, yapılan araştırmaya göre(15) 100.000 hastanın irritabl barsak sendromu tanısıyla yatırılarak tedavi edildiği bildirilmektedir. Bu hastaların ortalama yatış süresinin 5,5 gün olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamızda ise 40 olgunun 11'i (% 28) hastanede yatırılarak tedavi edilmiş olup yatış süreleri 7-48 gün arasında değişmiş ve ortalama yatış süresi 17 gün (median) olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi, toplumda çok yaygın olan ve ülkenin sağlık kurumlarının çalışmalarını etkileme açısından son derece önemli olduğunu düşündüğümüz, fonksiyonel mide-barsak hastalıkları, hem has-

talara, hem de ülkemiz sağlık sistemine ekonomik yönden büyük bir yük getirmektedir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olguları cinsliklerine göre değerlendirildiklerinde kadın hastaların, erkek olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir. 13 değişik çalışmada kadın, erkek oranı 1,5:1 ile 5,7:1 arasında değişmekte ve tüm çalışmalar dikkate alındığında kadın, erkek oranı 2,3 :1 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da kadın erkek oranı 1,5:1 dir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı saptanan olguların yaşları 17-69 arasında değişmekte olup ortalama 45 olarak bulunmuştur. Literatürdeki tüm çalışmalarda semptomların ilk başladığı yaş daha anlamlı olarak kabul edilmektedir. Fielding ve arkadaşlarının çalışmalarında(16) semptomların ilk başladığı yaş ortalaması 28,5 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda da başlangıç yaşı en sık olarak 20-30 yaşları arasında bulunmuştur. Olguların % 58'inde hastalığın ilk semptomlarının 20-40 yaşlar arasında başladığı saptanmıştır. Fielding'e göre karakteristik olan semptomları ve bulguları en az üç ayır tanımlayan hastaların irritabl barsak sendrom'lu hastalar olarak nitelendirilmeleri haklılık kazanmaktadır. Bizim araştırmamızdaki olguların yakınma süreleri, 3 ay ile 30 yıl arasında değişmekte, ortalama 6 yıl (median) olarak hesaplanmaktadır. Dawson ve arkadaşlarının çalışmalarında(17) semptomların görülme süresi 1 ile 24 yıl arasında değişmekte olup ortalama 4 yıl (median) olarak bulunmuştur. Yakınma süreleri 2 yıldan daha uzun süren olguların araştırmamızdaki sayısı 29 olup olguların (% 73)'ünü oluşturmaktadır. Bu orandaki yükseklik hasta grubumuzdaki fonksiyonel mide-barsak hastalığı tanısının güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Nitekim Kruis ve arkadaşlarının çalışmalarında(6) semptomların 2 yıldan daha uzun sümüş olması, hastaların organik hastalığı olanlardan ayrılmasında kullanılan skor sisteminde, pozitif kriter olarak kullanılmıştır. Kruis ve arkadaşlarının

bu araştırmalarında 108 fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgusundan 76'sında (% 70) yakınma süresi 2 yılın üzerinde bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki değerlerde bu çalışmadaki değerlere uygundur.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklarının ana, karakteristik semptom şekli: Semptomları açıklayacak yapı bozukluğu olmadan barsak disfonksiyonuna eşlik eden karın ağrısıdır(18). Yemeklerden sonra artan karın ağrısı intestinal motor cevabın aşırılığındandır(19). Olguların 35'inde (% 88) kronik karın ağrısı ana semptom olarak bulunmuştur. Dawson ve arkadaşlarının(17) kronik karın ağrısından yakınan 48 hastada gerçekteştirdikleri araştırmada, kolonoskop ucunda şişirilebilen balonla, kolonun her bölümüne bası uygulanmış ve sonunda karnın herbölümünde oluşabilen ve uzak organlara da yansıyabilen ağrı olabileceği gösterilmiştir. Bu hastalarda kolon ağrısı, sadece balonun şişirilerek, kolonun uyarıldığı bölgede değil, karnın muhtelif bölgelerinde ve karnın her bölgesinde duyulabilmektedir. Hiç beklenmedik şekilde Lomber vertebra, sakroiliak eklem, kaburga alt bölümleri, sağ omuz, her iki kasık, her iki ön uylukta da ağrı duyulabilmektedir. Kolon ve barsak ağrısının uzak birçok organa yansıyabileceği özelliğinin bilinmesi, bir çok gereksiz ve hastada viseral nöroz gelişmesine sebep olabilecek araştırmaların yapılmasını, yada yersiz veya yanlış tedavi yoluna gidilmesini önleyebilecektir. Nitekim Dawson'un bu 48 hastalık araştırma grubundan 18 olguda (% 37,5) ağrı yakınmasının tanı ve tedavisi amacıyla cerrahi girişimde bulunulmuş ve bu girişimler sonrasında belli bir tanıya varılmayan ve yakınmaları cerrahi girişim sonrası da devam eden bu hastalar daha sonra irritable barsak sendromu olarak değerlendirilmişlerdir. Bizim araştırmamızda fonksiyonel mide-barsak hastalığı saptanan olgulardan 9'unda (% 23) daha önce bu yakınmalarının tanı ve tedavisi amacıyla cerrahi girişim uygulanmış olması da bu savı destekler mahiyettedir.

Bu araştırmada barsak disfonksiyonu ve buna bağlı

semptomların görülme sıklığı % 80 bulunmuştur. Olguların 25'inde (% 60) kabızlık, 9'unda (% 23) ishal, 2 olguda ise (% 5) değişmeli kabız ve ishal belirlenmiştir. Kumar ve arkadaşları(20) irritabl barsak sendromlu 22 hastada 30 saat süreyle ince barsak motilitesini kaydetmişlerdir. Uzun süre aralıklı olarak mental stres altında tutulan hastalardan 19'unda paroksizmal motor bozukluk olduğunu saptamışlardır. Stres altında itici propulsif motor kompleksin azaldığı, spontan yada uyarıyla oluşan anormal, irregüler kontraktıl aktivitenin oluştuğu belirlenmiştir. Bu hal paroksizmal motor bozukluk olarak tanımlanmıştır. Almy ve arkadaşları(21,22,23) ise stres altında kolon motilitesinin düzensiz olduğunu göstermişlerdir. Kruis ve arkadaşlarının(6) inceledikleri 108 hastadan 88'inde (% 81) düzensiz barsak hareketleri bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da 32 olguda (% 80) düzensiz barsak hareketi ve dışkılama saptanmıştır.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı kimselerde gaz ve şişkinlik gibi yakınmalar oldukça sıktır. Bu çalışmada olguların 23'ünde (% 58) gaz-şişkinlik gibi dispeptik yakınmaların varlığı saptanmıştır. Hastalar geğirme yada anal yolla gaz pasajının fazlalığını, mide ve barsaklarında gaz biriktiğini, şiştiklerini, bazı kerelerde geğirme ve anal gaz pasajı yapamadıklarını ve rahatlayamadıklarını belirtirler(24). Bu durum genellikle şişkinlik, gerginlik olarak tanımlanır. Mide-barsak sistemindeki gaz ekzojen (yutulan hava) ve endojen (özellikle bakteriyel fermentasyon) kaynaklı olup gaz kromotografisi ile yapılan çalışmalarda oksijen, nitrojen, karbon-dioksit, hidrojen, metan gazlarının mide-barsak gazının % 99'unu oluşturduğu saptanmıştır(25).

Lasser ve arkadaşları çalışmalarında fazla gazdan yakınan hastaların, mide-barsak gazlarının normal kontrol olgularından daha fazla olmadığını ve barsak gazlarının bileşimindedey bir fazlalık bulunmadığını saptamışlardır. Ancak bu hastalarda gaz akışı anormal ve ağırlı bulunmuştur(8). Karın

ağrısı, şişkinlik ve gaz'dan yakınan hastaların barsaklarına verilen gazın incebarsaklardan retrograd mideye geçtikleri ve bunlarda artmış ağrı cevabı oluşturdukları saptanmıştır. Bizim 23 hastamızda (% 58) gaz-şişkinlik yakınması bulunmuştur. Bu 23 olgunun 22'sinde (% 96) semptomlar arasında ağrı da mevcuttur. Bu bulgular gaz pasajının bu hastalarda ağrılı olduğu savını doğrulamakta olup Lasser ve arkadaşlarının çalışmalarına uygunluk göstermektedir.

Mannig ve arkadaşları(13) çalışmalarında bu ana semptomlara ilave olarak bu semptom kompleksinin tanı değerini çok güçlendiren klinik ve istatistik yönden anlamlı dört önemli yan semptom tanımlamışlardır. Bu dört semptom karında gerginlik, dışkılamadan sonra rahatlama, ağrıya beraber dışkının yumuşaması ve sıklaşması gibi hasta yakınması ve hikayesinde araştırılması gereken önemli noktalaradır.

Kronik ve tekrarlayan barsak disfonksiyonu bulunan hastalarda tanı koyarken fonksiyonel hastalıkların en sık hastalık grubu olduğu unutulmamalı ve bu çalışmada ana semptomlar olarak değerlendirdiğimiz, kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, şişkinlik yakınmalı hastalarda, bu hastalık grubu öncelikle akla gelmelidir(26).

Organik yapı bozukluğunun saptanamadığı fonksiyonel mide-barsak hastalıklarında fizik muayene bulguları da non-spesifiktir. Ancak diğer hastalıkların ayırıldılması açısından tam bir fizik muayene çok yararlıdır. Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularında objektif fizik muayene bulgusu bulunmamaktadır. Bu olgular karın muayenesi sırasında palpasyonla ağrı tanımlarsalar da periton inflamasyonu gösteren lokalize "rebound" hassasiyet, ateş, karın sertliği, ileus bulguları yoktur. İshali olan hastalarda barsak sesleri artmış olsada obstruksiyonu belirten yüksek tınılı timpani, peristaltik, şiddetli barsak hareketleri bulunmaz. Bu çalışmada objektif fizik muayene bulgusu fonksiyonel hastalık için nega-

tif tanı kriteri olarak kullanılmıştır. Araştırmamızda fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularının ikisinde hasta yakınmalarıyla ilişkisi saptanmamış hepatomegali dışında objektif fizik muayene bulgusu saptanmamıştır. Ancak organik neden saptanan 4 olgunun 2'sinde objektif fizik muayene bulgusu tanıya götürücü nitelikte bulunmuştur.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı tanısı koyduğumuz olgularda hiç bir hastada lökositoz'un bulunmaması, hematokrit değerlerinin, normalin çok az altında olan 4 olgu dışında, normal sınırlarda bulunması, eritrosit sedimentasyon hızlarının yaş ve cinse göre normal sınırlarda olması, özel diet uygulanmadan yapılan dışkı muayenelerinde 4 olguda bulunan (+) gizli kan dışında, hiç bir olguda (++) veya daha fazla değerlerde gizli kanama bulunmaması tanı yönünden özellik göstermektedir. Kruis ve arkadaşlarının(6) irritable barsak sendromunu organik nedenli hastalıklardan ayırmada geliştirdikleri skor sisteminde, hastalarda anormal fizik muayene bulgusu ve başka tanıları için patognomonik anamnez bulunmaması yanında kan sedimentasyon hızının normal sınırlarda olması, lökositozun olmaması, anemi saptanmaması, dışkıda kan anamnezinin olmaması fonksiyonel hastalık lehine ana kriterler olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmalar konunun diğer uzmanlarıncaya yayınlanan makalelerde de kabul görmüştür.

Dispeptik yakınmalı hastaların özofagogastroduodenoskopla yapılan muayenelerinde ve radyolojik tetkiklerde % 45-75 olguda belirgin bir patoloji saptanamayan dispepsi yakınmalı hastalar belirlenmiştir(27). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji bölümünde 1986 yılında herhangi bir nedenle yapılan 425 gastroskopinin 144'ünde (% 34), 124 rektosigmoidoskopiden 80'inde (% 65), 23 kolonoskopiden 14'ünde (% 61) belirgin patoloji saptanmamış yine 1964 yılında 906 rektosigmoidoskopi ve kolonoskopiden 569'unda (% 63) fonksiyonel hastalık yada normal bulgu olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmamızda da organik hastalıkların ta-

nınabilmesi amacıyla yapılan 80 radyolojik yada endoskopik muayenenin 66'sı (% 83) tamamen normal bulunmuş, 2 olguda (% 3) hasta yakınmalarının temel nedeni olabilecek organik bulgu saptanabilmiştir(28). Ancak literatürde barsak disfonksiyonu düşünülen olgularda rektosigmoidoskopi tanı aracı ve hastanın güvenini arttırıcı bir muayene metodu olarak önerilmektedir. Bu girişimin ekonomik yükü olmaması, komplikasyonlarının hemen yok denecek kadar az olması, kolay yapılabilirliği, diğer hastalıkların ayırımında oldukça yararlı olması da rektosigmoidoskopinin önemini arttırmaktadır.

Sindirim sisteminin merkez sinir sistemi ve psişik durumla olan ilgisi incelendiğinde sindirim sisteminin sadece başlangıcında ve sonunda merkez sinir sisteminin dolaysız denetimi altındadır. Geri kalan bölümlerde merkez sinir sistemi, nervus vagus ve nervi splankniki yoluyla mide-barsak sisteminden sensoriyel informasyonlar alarak barsak sinir sistemi çalışmasını düzenler, tamamlar. Forniks, nukleus amigdale, girus singuli ve hipotalamus bu denetimde rol alırlar. Bunların Limbik sistemle yakın beraberliği ve emosyonların sistemle ilişkisi güçlü emosyonların mide-barsak sistemi üzerine olan etkilerini açıklar. Mide barsak sistemi fonksiyonlarında fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler önemli bir rol oynamaktadır(29). Young ve arkadaşları(30) irritable barsak sendromu tanısı konan 29 hastanın % 72'sinde psikiyatrik rahatsızlık ve % 45'inde depresyon, % 38'inde histeri saptamışlardır. Barlas ve Eker(3), gastroenteroloji servisinde yatarak tedavi edilen gerek klinik, gerekse çeşitli laboratuvar incelemeleri, radyolojik ve endoskopik tetkikler sonucu organik bir bulgu tesbit edilemeyen, yada bulguların, hastaların yakınmalarıyla, orantılı olmadığı 14 olguda psikopatolojik bulgular ve psikososyal sebepler saptamışlardır. Koptagel(32) gastrokolit şikayet ve belirtileri bulunan 51 hastadan hemen hepsinde dış uyaran olarak kabul edilebilecek bir faktörün varlığını ve hepsinin stres altında olduklarını, ayrıca sosyal konflikt içinde bulduklarını saptamıştır. Bizim çalış-

mamızda hastaların % 58'inin eğitim görmemiş yada ilkokul düzeyinde eğitim görmüş oldukları, yüksek öğrenim görmüş olanların ise % 13 dolaylarında olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük bir bölümünde (% 82) psikopatoloji saptanmıştır. Olguların % 89'unda stresin varlığı belirlenmiştir. Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularının % 58'inde depressif sendromların bulunması oldukça ilgi çekicidir. Pearson ve arkadaşlarının(33) çalışmalarında da irritabl barsak sendromlu hastalarda saptanan psikiyatrik hastalık prevalansı % 86 olarak bulunmuş ve Goldberg'in de(34) belirttiği gibi birçok araştırmacı, psikiyatrik bulguların, hastaların tanımladıkları ishal, ağrı gibi semptomlardan ayrı olarak bu sendroma özgü olarak, yüksek oranda olduğunu ve irritabl barsak sendromu semptomlarının oluşmasında psikolojik faktörlerin rolünü belirtmişlerdir(35,36). Bizim bu araştırmamızdaki bulgularımız diğer çalışmalarla uyumlu olup, hastanemiz iç hastalıkları polikliniklerine başvuran bu hasta grubunun tanımlayıcı profili açısından oldukça önemlidir. Hislop ve arkadaşlarının çalışmalarında(37) fonksiyonel mide-barsak hastalığı olguları arasında intihar riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca depresyonun en korkulu yanının "suicide" olduğu(38) ve bu hasta grubunda depresyon sıklığının yüksek olduğu düşünüldüğünde konunun ehemmiyeti ve psikiyatrik muayene ve hasta takibinin, iç hastalıkları kliniklerindeki çalışmaları tamamlaması gereği ortaya çıkar. Hekim hastadaki stresin azalmasına yada strese karşı uygun savunma yapabilmesine yardımcı olur. Özellikle bizim olgularımızda da görüldüğü gibi depresyon barsak disfonksiyonu ile beraberdir. Klinik belirtilerin bulunması halinde erken tanı ve depresyonun uygun farmakolojik tedavisi ile çok iyi klinik sonuçlar alınabilmektedir. Literatürde trisiklik antidepressiflerle, psikoterapi ve hipnoz tedavisiyle iyi sonuçlar alındığı belirtilmektedir(39,40). Ayrıca sosyal çevrenin değiştirilmesi, banyolar, uygun ortam hastalarda rahatlatma meydana getirmektedir.

Organik neden saptanan hastaların tanınmasında bu has-

taların hepsinin fonksiyonel mide-barsak hastalıkları semptom kompleksi dışında tanıya götürebilecek ek semptomlar tanımladıkları ve tüm bu olgularda anamnezin tanıya yardımcı olduğu görülmüştür. İki olguda fizik muayene bulgusu, birer olguda da radyolojik ve endoskopik muayene bulguları hastaların yakınmalarının kaynağı olması mümkün olan organik nedenlerin tanınmasını sağlamışlardır. Gastrointestinal sistemin hastalıklarının araştırılmasında hasta yakınmalarının organik nedenlere dayalı hastalıklar yada fonksiyonel olarak nitelenen hastalıklar olarak ayrılmasında böylece anamnezin ve ek semptomların önemi ortaya çıkmaktadır.

Mide-barsak sistemini ilgilendiren ve sık görülen karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, gaz, şişkinlik, hazımsızlık gibi dispeptik semptomların bir veya bir kaçından yakınan ve yakınmaları çoğunlukla fonksiyonel olan hastalarda organik nedenli hastalıkların elimine edilebilmesi için üretken olmayan birçok araştırma yapılmakta ve geçen süre içinde tanı konamamasından ötürü hastanın korkusu artmakta ve hastalar hayal kırıklığına uğramakta, hekim ve sağlık kuruluşlarına güvenlerini yitirmektedirler. Bu konuyla ilgili literatür araştırıldığında dikkatler, hasta yakınmalarının dikkatlice incelenmesiyle uygun tanıya ulaşılması üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığına bağlı yakınmaları olan hastalar strese karşı artmış fizyolojik cevap vermekte ve ağrı eşikleri de düşük olmaktadır. Uygun tanı için üç eleman üzerinde durmak gerekmektedir. Birincisi, hastada artmış ve değişme göstermiş fizyolojik barsak cevabını yansıtan ağrı, kabız, ishal, gaz gibi semptom kompleksi bulunmalıdır. İkincisi, hekim hastada kişisel stres faktörlerini ve kültürel belirleyici özellikleri sorgulamalıdır. Üçüncü olarak da, diğer hastalık ihtimallerini saf dışı bırakmalıdır. Hekim, ancak ilk iki elemandaki başarılı tesbitlerle tanı için gerekli tetkikleri çok daha azaltarak daha pozitif tanıya ula -

şabilir(41). Anamnezde fonksiyonel mide-barsak hastalıkları için karakteristik olan yakınmalar dışında başka yakınmalarında varlığı, diğer hastalıkların araştırılmasını gerektirir. Bizim çalışmamızda organik nedenlerin saptandığı olgularda anamnez tanıya götürmede önde gelen belirleyici öge olmuştur. Yaşlı hastalarda semptomların kısa bir süre önce başlamasının belirlenmesi, barsak fonksiyonlarında değişme olmadan ağrı, semptomlar nedeniyle gece uykudan uyanma, ateş, görülebilen yada gizli rektal kanama, dışkıda yağ, belirgin kilo kaybı, anormal kan muayeneleri (anemi, lökositoz, yüksek eritrosit sedimantasyon hızı, anormal karaciğer biyokimyası, elektrolit düzensizliği) fonksiyonel mide-barsak hastalıkları dışında sebep aramaya yöneltmelidir.

Yukarıdaki tanı yöntemlerine uygun olarak incelenen olgularda bir kere organik nedene dayalı hastalık saf dışı bırakıldı mı gelecekte de yeni ve farklı bir tanı olasılığı da çok düşüktür. Holmes ve arkadaşlarının(42) çalışmalarında bu hastaların uzun süreli takiplerinde ancak % 3 hastada ileride başka bir hastalık nedeniyle tanı değişmiş olup bu düşük frekans herhangi bir popülasyonun uzun süreli takibi sonucu elde edilen bulgulardan pek farklı olmadığı belirtilmiştir . Fonksiyonel mide-barsak hastalarının çok sık hekim ve hastane değiştirdikleri dikkate alınırsa, zaten toplumda oldukça sık görülen bu hastalıktan yakınanların başvurdukları sağlık kuruluşlarının özellikle referans hastanesi olmaları gerektiği halde, hastaların dolaysız ve bir ön sağlık kuruluşuna başvurmadan ulaşabildikleri üniversite hastanelerinde çalışmalarını nasıl olumsuz yönde etkiledikleri; bu hastalık grubunun yapısı hekimlerce tam bilinmemesi halinde bir çok gereksiz tetkik ve tedavi uygulamalarıyla nasıl bir kısır döngü oluşarak, büyük sosyal ve ekonomik problemler ortaya çıktığı anlaşılabilir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı tanısı konduktan sonra, bu hastalığın kronik olduğu bilinerek sık, sık röntgen

ve endoskopi istemlerinden kaçınılmalıdır. Periodik olarak genel fizik muayene, kan sayımı ve dışkı muayeneleri yapılarak hasta izlenmelidir. Fonksiyonel mide-barsak hastalığı prevalansının yüksek olduğu popülasyondaki olgularda, kronik karın ağrısı, gaz, şişkinlik ve barsak hareketlerinin kabız yada ishal gibi bozukluğu semptomlarının bulunması, olguların bunun dışında ek semptom tanımlamamaları, fizik muayene sonuçlarının normal bulunması, lökositöz yüksek sedimantasyon hızı, anemi, dışkıda kan, ateş, kısa sürede anormal kilo kaybı gibi organik hastalık belirleyici özelliklerin bulunmaması ile yoğun, ekonomik olmayan, hasta için riskli olabilen, invaziv ileri tetkiklere gerek kalmadan uygun tanı konulabilmektedir(43).

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı saptanan olgularda psiko-patolojik bulgular, psiko-sosyal sebepler araştırılmalıdır. Bu hasta grubunda depressif sendromların sıklığı oldukça yüksektir. Depresyonlu hastalarda "suicide" riski yüksek olduğundan bu hastalar psikiyatrik muayene için cesaretlendirilmeli ve gerekirse hasta iç hastalıkları uzmanı ve psikiyatrist ile beraber takip edilmelidir.

S O N U Ç

Mide-barsak sisteminin kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, hazımsızlık, şişkinlik, gaz gibi nonspesifik semptomları nedeniyle araştırılan, 25'i kadın, 19'u erkek, yaş sınırı 17-73 ve yaş ortalaması 45 olan, 44 olgudan 40'ında (% 91) fonksiyonel mide-barsak hastalığı saptanmıştır. Olgulardan 32'sinde (% 73) irritable barsak sendromu, 8'inde (% 18) fonksiyonel mide hastalığı saptanırken, 4 olguda (% 9) organik nedenler bulunmuştur. İritable barsak sendromu saptanan olgulardan 23'ünde I. Tip (% 72), 7'sinde % 22) II. Tip, 2'sinde (% 6) III. Tip irritable barsak sendromu olduğu belirlenmiştir. Fonksiyonel mide barsak hastalığına poliklinik çalışmalarında bu sıklıkta rastlanmasında hastaların, dolaysız ve bir ön sağlık kuruluşuna başvurma zorunluluğu olmadan, üniversite hastanelerine ulaşabilmelerinin de rolü büyüktür.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularında kadın-erkek oranı 1,5 olup, hastalığın ilk başladığı yaş en sık 20-30 yaşları arasında olmaktadır. Olguların % 58'inde ilk semptomların 20-40 yaşları arasında başladığı belirlenmiştir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklarının karakteristik semptom şekli barsak disfonksiyonuna eşlik eden karın ağrısıdır. Olguların 35'inde (% 88) kronik karın ağrısı, ana semptom olarak bulunmuştur. Hastalarda gaz akışının anormal ve ağrılı olduğu, karının her bölgesinde duyulabileceği, kolon ve ince barsak ağrısının uzak bir çok organa yansiyabileceği-

nin bilinmesi, bir çok gereksiz ve hastada viseral nöroz gelişmesine sebep olabilecek araştırmaların yapılmasını engelleyecek ve bu çalışmadaki olguların 9'unda (% 24), saptandığı gibi hastalık seyri sırasında tanı ve tedavi amacıyla gerçekleştirilen, hasta için riskli, ekonomik açıdan verimsiz, cerrahi girişim gereğini önleyebilecektir. Diğer ana semptomu oluşturan barsak disfonksiyonunun görülme sıklığı ise % 80'dir. Olguların 25'inde (% 60) kabız, 9'unda (% 23) ishal, 2 olguda ise (% 5) değişmeli kabız ve ishal belirlenmiştir. Olguların 23'ünde ise (% 58) gaz-şişkinlik gibi dispepsi yakınmaları mevcuttur. Bu olguların 22'sinde (% 96), semptomlara ağrı da eşlik etmektedir. Bu durum olgularda gaz pasajının ağırlı olduğu savını doğrular niteliktedir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı prevalansının yüksek olduğu popülasyondaki olgularda tanıya varmada hasta yakınmaları ve hikayeleri öncelikle değerlendirilmelidir. Hastaların kronik karın ağrısı, gaz ve şişkinlik, düzensiz barsak hareketlerinden yakınmaları, değişmeli kabız ve ishal yakınmalarının olması, bunun dışında diğer bir hastalık için patognomonik hasta hikayesinin olmaması, fonksiyonel mide-barsak hastalığı lehine pozitif kriterlerdendir. Bu çalışmada, hastalık nedeni olabilecek birbirinden farklı organik nedenlerin saptandığı 4 olgunun (tüm olguların % 9'u), hastalığı fonksiyonel olan olgulardan ayılmasında, anamnez ve diğer hastalıklar için patognomonik olan zayıflama, kusma, bulantı, soluk darlığı, düzensiz aylık kanama gibi ek semptomların bulunması tanı belirleyici olmuştur.

Kronik ve hecmelerle seyreden fonksiyonel mide-barsak hastalarında hastalığın süresi de tanı yönünden önemlidir. Bu çalışmada olguların yakınma süreleri 3 ay ile 30 yıl arasında değişmektedir. Yakınmaların iki yıldan daha uzun süredir devam etmiş olması fonksiyonel mide-barsak hastalıkları lehine pozitif kriter olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmadaki fonksiyonel mide-barsak hastalıklı 40 olgunun 29'unda

(% 73) hastalığın iki yıldan daha uzun süredir varlığı belirlenmiş ve bu anamnez verisi hastanın tanısal değerlendirilmesinde hastalığın fonksiyonel olduğu yönünde pozitif kriter olarak dikkate alınmıştır. Tüm olgularda ise ortalama yakınma süresi 6 yıl (median) olarak hesaplanmıştır. Hastalığın hecmelerle, kronik seyri düşünülürse ve hastaların her hecmeye yeniden, referans hastaneleri olmaları gereken, üniversite hastanelerine başvurabildikleri hesaba katılırsa, konunun ülke ve üniversite hastaneleri açısından ekonomik ve sosyal önemi daha da belirginleşir. Nitekim fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların çoğunlukla hospitalize edilmeleri gerekmiyorsa da, bu çalışmadaki olguların 11'i (% 25) tanı ve tedavi amacıyla hospitalize edilmiştir. Olguların hastanede yatış süreleri 7-48 gün arasında değişmiş ve ortalama yatış süreleri 17 gün (median) olarak bulunmuştur. Toplumda oldukça yaygın olan fonksiyonel mide-barsak hastalığı, hastalara ve ülke sağlık sistemine ekonomik yönden de büyük bir yük getirmektedir.

Organik yapı bozukluğunun saptanamadığı fonksiyonel mide-barsak hastalığı grubunda fizik muayene bulguları da nonspesifiktir. Ancak diğer hastalıkların ayırıldılması açısından tam bir fizik muayene çok yararlıdır. Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularında objektif fizik muayene bulgusu bulunmamaktadır. Bu olgular karın muayenesi sırasında palpasyonla ağrı tanımlarsalarda, periton inflamasyonunu gösteren lokalize "rebound" hassasiyet, ateş, karın sertliği, ileus bulguları yoktur. İshali olan hastalarda barsak sesleri artmış olsa da obstruksiyonu belirten yüksek tınılı timpani, şiddetli peristaltik barsak hareketleri, bulunmaz. Bu çalışmada objektif fizik muayene bulgusu, fonksiyonel hastalık için negatif tanı kriteri olarak kullanılmıştır. Araştırmamızda fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularının ikisinde hasta yakınmalarıyla ilişkisi saptanmamış hepatomegali dışında objektif fizik muayene bulgusu saptanmamıştır. Ancak organik neden saptanan 4 olgunun 2'sinde objektif fizik muayene

bulgusu tanıya götürücü nitelikte bulunmuştur.

Fonksiyonel mide-barsak hastalarının tanınmasında ve hastaların takibinde kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, dışkıda kanamanın araştırılması gibi basit, her yerde, kolaylıkla ve ucuz olarak yapılabilecek laboratuvar muayene bulgularının normal sınırlarda olması önemli kriterlerdir. Çalışmamızdaki fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların ortalama lökosit sayısı $4800 \pm 1100/\text{mm}^3$ (\pm SD), ortalama eritrosit sedimentasyon hızı 11 ± 9 mm/saat (\pm SD), ortalama hematokrit değeri % 41 ± 3 (\pm SD) olarak bulunmuştur. Özel diet uygulanmadan yapılan muayenelerde 4 olguda (% 10) (+) gizli kan saptanmış, 36 olgunun (% 90) dışkısında gizli kan bulunmamıştır. Hastaların hiç birisi dışkılarında kan tanımlamamıştır.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı saptanan 40 olgudan 38'inde yapılan psikometrik ve psikiyatrik muayene sonuçlarına göre olguların % 58'inin hiç eğitim görmemiş yada ilkökul düzeyinde eğitim görmüş oldukları belirlenmiştir. Olguların % 89'unun stres altında olduğu ve % 82'sinde psikopatolojinin varlığı saptanmıştır. Muayene sonuçlarına göre psikopatoloji saptanan olguların % 58'inde depressif sendromların varlığı belirlenmiştir. Bu grup hastada intihar sıklığının yüksek olması da dikkate alındığında hastaların iç hastalıkları uzmanı ve psikiyatrist ile beraber takip edilmeleri gereği ortaya çıkmaktadır.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı prevalansının yüksek olduğu popülasyondaki olgularda, kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, şişkinlik, gaz gibi mide-barsak sisteminin nonspesifik semptomlarıyla başvuran hastalarda, bu semptom kompleksi dışında diğer hastalıklara özgü ek semptom ve fizik muayene bulgusu olmaması, hastalığın iki yıldan daha uzun sürmüş olması, olgularda lökositoz, anemi, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı bulunmaması, dışkıda kan tanımlanmaması ve dışkı muayenelerinde patolojik bulgu saptanmaması halinde,

yoğun, ekonomik olmayan, hasta için riskli olabilen ileri ve invaziv tetkiklere gerek kalmadan, yakınmaların fonksiyonel olduğu belirlenip uygun tanı ve tedavi gerçekleştirilebilir.



Ö Z E T

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde Eylül 1986 - Nisan 1987 tarihleri arasında, mide barsak sisteminin nonspesifik semptomlarıyla polikliniklere başvuran hastalarda, fonksiyonel mide-barsak hastalıklarının sıklığının saptanması ve bu hastalık grubunun daha iyi tanınıp, hastaların daha rasyonel, daha ekonomik bir şekilde takip ve tedavi edilebilmelerinin sağlanması ve bu hasta grubunun klinik, laboratuvar özelliklerinin tanımlanması amacıyla mide-barsak sisteminin nonspesifik semptomlarından kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal ile şişkinlik, gaz gibi dispeptik yakınmalardan bir yada birkaçı nedeniyle polikliniklere başvuran ve 14'ü yatırılarak, 30'u polikliniklerde ve yatırılmadan izlenen 44 olguda, ileri dönük olarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmada olguların 25'i kadın, 19'u erkek olup, yaş sınırı 17-73 ve yaş ortalaması 45'dir. Tüm olgular anamnez ve tam bir fizik muayeneyi de içeren yüklü tanı programıyla organik nedenli hastalıklar yönünden araştırılmıştır. Olgularda, kronik karın ağrısı, gaz, şişkinlik, düzensiz barsak hareketleri yanında semptomların iki yıldan daha uzun sürmüş olması, değişmeli kabızlık ve ishalin bulunması fonksiyonel mide-barsak hastalıkları için pozitif tanı kriterleri olarak değerlendirilmiştir. Diğer hastalıklar için patognomonik fizik muayene bulgusu yada anamnez verisi, lökositoz, anemi, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı, dışkıda kan anamnezi, ateş, aşırı kilo kaybı ise fonksiyonel mide-barsak hastalığı için negatif kriterler ola-

rak kabul edilmiştir. Fonksiyonel mide-barsak hastalığı saptanan olgularda Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Rorschach kişilik testi uygulanmış, psikometrik inceleme sonuçları psikiyatrik muayene ile irdelenmiş, psiko-sosyal ve psikopatolojik bulgular belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan 44 olgudan 40'ında (% 91) yakınmaların fonksiyonel olduğu saptanmıştır. 32 olguda (% 73) irritable barsak sendromu, 8 olguda (% 18) fonksiyonel mide hastalığı, 4 olguda (% 9) birbirinden farklı organik bozukluklar bulunmuştur. İrritable barsak sendromu saptanan olgulardan 23'ünde (% 72) I. Tip, 7'sinde (% 22) II. Tip, 2'sinde (% 6) III. Tip irritable barsak sendromu olduğu belirlenmiştir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı olgularınının 24'ü kadın, 16'sı erkek olup kadın-erkek oranı 1,5 olarak belirlenmiştir. Hastalığın en sık 20-30 yaşlar arasında başladığı ve olguların % 58'inde semptomların başlangıç yaşınının 20-40 yaşlar arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların yakınma süreleri 3 ay ile 30 yıl arasında değişirken ortalama 6 yıl (median) olarak hesaplanmıştır. Hastaların 29'unda (% 73) hastalığın 2 yıldan daha uzun süredir devam etmekte olduğu belirlenmiştir.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı tanısı konan 9 olguda (% 24) daha önce bu yakınmalarından ötürü tanı ve tedavi amacıyla niteliği belirlenemeyen cerrahi girişime gerek görüldüğü saptanmıştır.

Araştırmadaki olguların 35'inde (% 88) kronik karın ağrısı, 25'inde (% 60) kabızlık, 9'unda (% 23) ishal, 2'sinde (% 5) değişmeli kabız ve ishal, 23'ünde (% 58) gaz-şişkinlik gibi dispepsi yakınmalarınının olduğu belirlenmiştir.

Olguların 11'i (% 25) hastanede yatırılarak tetkik ve

tedavi edilmiştir. Bu olguların yatış süreleri 7-48 gün arasında değişmiş olup ortalama 17 gün (median) olarak bulunmuştur.

Fonksiyonel mide-barsak hastalığı saptanan olgularda fizik muayene bulguları nonspesifiktir. Olgularda hastalığa özgü objektif fizik muayene bulgusu bulunmamıştır.

Olguların laboratuvar muayene bulguları yaş ve cinse uygun olarak normal sınırlardadır. Olguların lökosit sayısı $4800 \pm 1100/\text{mm}^3$ (\pm SD), ortalama eritrosit sedimentasyon hızı 11 ± 9 mm/saat (\pm SD) olarak bulunmuştur. Olguların hiçbirisinin anemnezinde dışkıda kan tanımlanmamıştır. Özel diet uygulanmadan yapılan dışkının gizli kan muayenesinde 4 olguda (+) kan saptanmış, 36 olguda (% 90) dışkıda gizli kan bulunmamıştır.

Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı 38 olgunun % 58'inin hiç eğitim görmemiş yada ilkokul düzeyinde eğitim görmüş oldukları belirlenmiştir. Psikometrik ve psikiyatrik muayene sonuçlarına göre olguların % 89'unun stres altında olduğu, % 82'sinde psikopatolojinin varlığı saptanmıştır. Psikopatoloji bulunan olguların % 58'inde depressif sendromların ön planda olduğu gözlenmiştir.

Ananevi bir prensip olan, "psikososyal demeden önce, organik olanın bertaraf edilmesi", bilimsel olarak sağlıklı olmayan, ekonomik olarak büyük israfı gerektiren ve hasta açısından da büyük güçlükler arzeden, birçok ileri incelemeyi gerektirmektedir. Fonksiyonel mide-barsak hastalığı prevalansının yüksek olduğu popülasyondaki olgularda, kronik karın ağrısı, kabız ve/veya ishal, şişkinlik, gaz gibi mide-barsak sisteminin nonspesifik semptomlarıyla başvuran hastalarda; bu semptom kompleksi dışında diğer hastalıklara özgü ek semptom ve fizik muayene bulgusu olmaması; hastalığın iki yıldan daha uzun süredir varlığı; hastaların dışkılarında kan tanımlanması -

. maları; lökositoz, anemi, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı bulunmaması; dışkı muayenelerinde patolojik bulgu olmaması halinde; yoğun, ekonomik olmayan, hasta için riskli olabilen ileri ve invaziv tetkiklere gerek kalmadan yakınmaların fonksiyonel olduğu saptanıp, uygun tanı konabilmektedir. Fonksiyonel mide-barsak hastalıklı olguların uzun süreli poliklinik takiplerinde de aynı prensiplerin uygulanması yararlı olmaktadır. Hastalarda psikososyal sebeplerin araştırılarak, psikopatolojik bulguların ortadan kaldırılması halinde de tam bir iyilik hali sağlanabilecektir.



KAYNAKLAR

- 1- Kirsner, J.B., Palmer, W.L.: The irritable colon. Gastroenterology, 34:491-501, 1958.
- 2- Ferguson, A., Sircus, W., Eastwood, M.A.: Frequency of "functional" gastrointestinal disorders. Lancet, ii:613-614, 1977.
- 3- Marzuk, M.: Biofeedback for gastrointestinal Disorders. Ann. Intern. Med., 103:291-293, 1985.
- 4- Thompson, W.G., Heaton, K.W.: Functional bowel disorders in apparently healthy people. Gastroenterology, 79:283-288, 1980.
- 5- Drossman, D.A., Sandler, R.S., McKee, D.C., and Lovitz, A.J.: Bowel patterns among subjects not seeking health care. Gastroenterology 83:529, 1982.
- 6- Kruis, W., Thieme, C.H., Weinzierl, M., et al.: A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. Gastroenterology, 87:1-7, 1984.
- 7- Braunwald, E., Isselbacher, K.J., Petersdorf, R.G., Wilson, J.D., Martin, J.B., Fauci, A.S., eds.: Harrison's principles of internal medicine 2. 11th ed., McGraw-Hill Book Company, New York, s.1294-1295, 1987.

- 8- Lasser,R.B., Band,J.H., Levitt,M.D.: The role of intestinal gas in functional abdominal pain. New England Journal of Medicine, 293:524-526, 1975.
- 9- Chapman,M.L., Janawitz,H.D.: Pyloroduodenal dysfunction and dyspepsia in relation to gastritis and ulcer. Clinics in Gastroenterology, Vol 6, No 3, 581-596, 1977.
- 10- Fisher,R.S., Lipshultz,W., Cohen,S.: The hormonal regulation of pyloric sphincter function. Journal of Clinical Investigation, 52:1289-1296, 1973.
- 11- Fisher,R.S., Cohen,S.: Physiological characteristics of the human pyloric sphincter. Gastroenterology, 64:67-75, 1973.
- 12- Schettler,G.: Innere Medizin, Band I. 6.Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart, s.213, 1984.
- 13- Manning,A.P., Thompson,W.G., Heaton,K.W., Morris,A.F.: Towards positive diagnosis of the irritable bowel. British Medical Journal, 2:653-654, 1978.
- 14- Drossman,D.A., Powell,D.W., Sessions,S.T.: The irritable bowel syndrome. Gastroenterology, 73:811, 1977.
- 15- Mendeloff,A.I.: Epidemiology of the irritable bowel syndrome. Practical Gastroenterology, 3(3):12, 1979.
- 16- Fielding,J.F.: The irritable bowel syndrome. Clinics in Gastroenterology, 6:3; 607-622, 1977.
- 17- Dawson,A.M., Swarbrick,E.T., Bat,L., et al.: Site of Pain from the irritable bowel. Lancet 30:443-446, 1980.

- 18- Alpers,D.H.: Irritabl bowel-still more questions than answers. Gastroenterology 80:1068-1068, 1981.
- 19- Harvey,R.F., Read,A.E.: Effect of cholecystokinin on colonic motility and symptoms in patients with the irritable bowel syndrome. Lancet, i:1-3, 1973.
- 20- Kumar,D., Wingate,D.L.: The irritable bowel syndrome: a paroxysmal motor disorder. Lancet, 2:973-977, 1985.
- 21- Almy,T.P.: Experimental studies on the irritable colon. Am.J.Med., 10:60-67, 1951.
- 22- Almy,T.P., Kern,F., Tulin,M.: Alteration in colonic function in man under stress II: Experimental production of sigmoidspasm in healthy persons. Gastroenterology 12:425-436, 1949.
- 23- Almy,T.P., Tulin,M.: Alteration in colonic function in man under stress. Gastroenterology 8:616-626, 1949.
- 24- Hightower,N.C.: Intestinal gas and gaseousness Clinics in Gastroenterology 6:3; 597-606, 1977.
- 25- Naresh,K., Patel,V.P., Pitchumoni,C.S.: Activated charcoal, simethicone and intestinal gas; A double-blind study. Ann. Intern. Med., 105:61-62, 1986.
- 26- Drossman,D.A., Lowman,B.C.: Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis, and treatment. Clinics in Gastroenterology, 4:3; 559-573, 1985.
- 27- Health and Public Policy Committee: Endoscopy in the evaluation of dypepsia. Ann. Intern. Med., 102:266-269, 1985.

- 28- Çelik,S.: Kolon nörozları, kolitler, refleks kolopatiler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kürsüsü, İstanbul,u 1977.
- 29- Stacher,G., Baverfeind,A., Blum,A.L.: Psyche, zentrales Nerven system und Gastrointestinal trakt 1. Teil: Physiologie Dtsch. Med. Wschr. 111:791-796, 1986.
- 30- Young,S.J., Alpers,D.H., Norland,C.C.: Woodruff,R.A.: Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: Practical implications for the primary physician. Gastroenterology, 70:162-166, 1976.
- 31- Barlas,O., Eker,E.: Gastroenteroloji servisinde yatan hastaların organopsikiyatrik açıdan gözden geçirilmesi. Sempozyum, 15:(2); 16-21, 1977.
- 32- Koptagel,G.: Gastrokolit hastaların psikoanalitik ve nörovegetatif açıdan incelenmesi. İ.Ü. Tıp Fak. Nöro-Psikiyatri Kliniği Monografi serisi: 53, İstanbul, 1972.
- 33- Pearson,D.J., Bently,S.J., Rix,K.J.B.: Food hypersensitivity in irritable bowel syndrome. Lancet, ii:295-297, 1983.
- 34- Goldberg,D.: A psychiatric study of patients with disease of the small intestine. Gut, 11:459-65, 1970.
- 35- Esler,M.D., Goulston,J.K.: Levels of anxiety in colonic disorders. N.Engl.J.Med., 288:16-20, 1973.
- 36- Stacher,G., und Blum,A.L.: Psyche, Zentrales Nerven system und Gastrointestinaltrakt: 2. Teil: Pathophysiologie. Dtsch. Med. Wschr. 111:828-833, 1986.

- 37- Hislop, I.G.: Psychological significance of the irritable colon syndrome. Gut, 12:452-457, 1971.
- 38- Wyngarden, J.B., Smith, L.H.: Cecil textbook of medicine Vol 2. 17th ed., W.B. Saunders Company Philadelphia. s. 2006, 1985.
- 39- Greenbaum, D.S.: Preliminary report on antidepressant treatment of irritable bowel syndrome: Comments on comparison with anxiolytic therapy. Psychopharmacology Bulletin 20(4):622-628, 1984.
- 40- Bueno-Miranda, F., Cerulli, M., Schuster, M.M.: Operant conditioning of colonic motility in irritable bowel syndrome. Gastroenterology 70:867 (abstract), 1976.
- 41- Drossman, D.A.: diagnosis of the irritable bowel syndrome. Ann. Intern. Med., 90:3, 431-432, 1979.
- 42- Holmes, K.M., Stater, R.H.: Irritable bowel syndrome - a safe diagnosis? Br. Med. J., 285:1533-1534, 1982.
- 43- Drossman, D.A.: Diagnosis of the irritable bowel syndrome. A simple solution (editorial). Gastroenterology, 87:224-225, 1984.

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi