

JEJUNUMDA LOKALİZE CROHN HASTALIĞI VE DİABETES MELLİTUS

Dr. Suat EFE - Dr. Halis KARSU

İleitis terminalis 1940-50 yıllarının çok teşhis edilen hastalıklarındandı. Sonraları buna karşı ilgi azalmış ise de son yıllarda lokalizasyon ve tedavi konusunda bazı yenilikler ortaya atılmış bulunuyor. Vak'amızın ağır bir diabetik oluşu nedeniyle, steroid tedavisi yönünden ciddi bir durumla karşı karşıya kalınmıştır. Hastalığın jejunumda lokalize oluşu dolayısıyla takdiminde fayda görülmüştür.

Bu hastalık 1932 de Crohn tarafından Terminal ileitis adı ile tarif edilmiştir. Çoğunlukla ileumun terminal kısmında görülürse de mideden rektuma kadar bütün sindirim kanalında rastlanabildiği için Terminal ileitis adı bırakılarak Enteritis regionalis veya Crohn hastalığı adı ile anılmaya başlanmıştır.

Regional enteritis nonspesifik, kronik, çok defa akut hecmeler halinde seyreden, mahdut, granülomatöz iltihabî bir barsak hastalığıdır. Barsağın bütün tabakaları özellikle submukoza, lenfositer infiltrasyon nedeniyle kalınlaşmıştır. Histolojik olarak hasta barsak duvarının % 60 ında, çevresindeki lenf bezlerinin ise % 25 inde epitel ve dev hücrelerinden ibaret kazeifiye olmayan ve basil ihtiva etmeyen tüberküloid nodüller tesbit edilir.

Bu süreç sık olarak stenoz, ülserasyon ve fistül teşekkülüne yol açar. Sıklık sırasına göre terminal ileum, kolon, anüs, preterminal ileum, jejunum rektum, appendiks, duodenum ve nadir olarak da mide antrumu, dudakların ve ağız mukozası da hastalanır. Bazan muhtelif barsak segmentleri aynı zamanda hastalanmış bulunur. Hastalanan barsak kısmını «Skip lesions», sağlam kısımlar «Skip areas» izler. Hastalık çok defa keskin çizgilerle sağlam dokudan ayrılır ve proksimal bir ilerleme göstermeksizin, yıllarca başlangıç yerinde kalır.

Hastalık dünyanın her yerinde, her ırkta, her yaşta ve her cinste görülür, genellikle 15-35 yaşları arasında başlamaktadır.

(*) Şişli Çocuk Hastanesi 3. Dahiliye Servisi (Şef: Doç. Dr. Suat EFE)

Etyoloji ve Patogenez :

Hastalığın spesifik bir sebebi bulunamamıştır. Bakteriye ve viral orijinli olduğu düşünülürse de ispat edilememiştir. Bazı vak'alarda mezenter arterlerinde lezyon tesbit edilmişse de vak'aların çoğunda böyle bir arteriyel lezyona raslanmamıştır. Vak'aların yarısında barsağın submukoza ve serozasında kazeifikasyon göstermeyen tüberküllerin tüberküloz ve Boeck sarkoidi ile bir ilgisi olmadığı kesinlikle anlaşılmıştır. Son zamanlarda vak'aların % 9,6 sında eritrositlerin glüköz - 6 - fosfat - dehidrogenazının az olduğu tesbit edilmiş ve böylece herediter bir patogenez üzerinde durulmağa başlanmıştır (1). Bazı vak'alarda lokal travmalar, bazılarında besin allerjisi üzerinde durulmuştur. Fakat bu güne kadar fikse veya sirküle eden antikorların mevcudiyeti gösterilememiştir. Bunu, barsaktan menşeyi alan veya absorbe olan çeşitli ajanların yaptığı lenfatik blokaj sonucu meydana gelen granümatöz bir süreç veya psikosomatik bir hastalık olarak kabul edenler de vardır (5).

Patoloji :

Terminal ileumda görülen en erken lezyon, barsağın 5-20 cm uzunluğunu işgal eden şişmiş, morumsu, bazan da kırmızı bir barsak kısmıdır. Seroza ödemlidir. Mezenter yakınlarında büyük lenf nodülleri bulunur. Submukoza hipertrojisinden dolayı lümen daralmıştır. Erken devrelerde yüzeysel mukoza ülserasyonları görülür.

Regional enteritis için karakteristik histolojik bir yapı yoktur. Barsak duvarında yer yer lenfositler, plazma hücreleri ve lökosit kümeleri ile karakterli çeşitli derecede akut, subakut ve kronik iltihabi odaklar görülür.

Semptomatoloji :

Şu triadın mevcudiyetinde Enteritis regionalis düşünülmalıdır:

- 1 — Genel durum bozukluğu
- 2 — Karın ağrıları
- 3 — Diyareler

Ağrılar daha çok karnın alt sağ ve orta kısmında lokalizedir. Ağrılar ya kramp tipindedir ve subileus'u düşündürür, yahut akut iltihabi hecmdeki ödematöz şişliğe bağlı olarak, yahut ta mezanteryumu içine alan kronik bir iltihabi olayın sonucu olarak devamlı bir karakter

terdedir. Diyare vak'aların 3/4 ünde görülür. Geri kalan vak'alarda barsak fonksiyonu normal olabilir, hatta konstipasyon dahi görülebilir. Perforasyon, abse, fistül gibi komplikasyonlar ilerlemiş durumlarda görülür. İltihabî süreç daha derin tabakalara inerse ateş çıkabilir. Abse teşekkül ederse frisson görülür. Fakat bu vak'alarda esasen subfebril bir ateş vardır. Hastalar kendilerini halsiz hissederler ve çabuk yorulurlar. Kanamalar çok defa gizlidir, nâdiren masif kanamalar görülür.

Kronik ileitis, ya akut şeklin kronikleşmesi ile veya doğrudan doğruya kronik olarak başlar. Subfebril ateş, diyare, karın ağrısı, zayıflama ve anemi yıllarca sürebilir. Diyare günde 5-10 defa müküslü, püre kıvamında, kanlı ve cerahatlıdır. Genellikle sağ alt kadranda kolik tarzında ağrı vardır.

Muayenede sağ alt kadranda ve pubis üstünde, sigmoid bölgesinde ağrılı ve fikse bir kitle palpe edilebilir. Uzun süren ülserasyonlar neticesinde sikatrisler ve barsak obstrüksiyonları meydana gelir. Hastalarda sür'atli kilo kaybı ve genel durum bozukluğu olduğu için kolaylıkla malinyiteden şüphe edilir.

Röntgen bulguları :

Radyolojik olarak enteritli barsaklarda iki bölge tesbit edilir.

a — Distal bölge: Burada barsak lümeni 5-30 cm boyunca bir kurşun kalem kadar incelmıştır (İp belirtisi). Mukoza röliyefi bozulmuştur, konturlar gergindir, simetriktir ve düz veya sathî çöküntülüdür. Bu çöküntülü görünümü veren ise polipoid dolma defektleridir. Bunlardan fistül yolları başlayabilir.

b — Proksimal bölge genişlemiş, asimetric anslar meydana gelmiştir. Bu ans, mezanterial kenarının longitudinal ülserasyona bağlı olarak tek taraflı büzüşmesi sonucu kavis biçimini almıştır. Karşısında bulunan antizemanterial kenar ise infiltre değildir. Buradan itibaren parmak biçiminde girintiler meydana gelir ve genişlemiş lümeni bir kaç segmente ayırır. Proksimal bölgenin oral hududunda lümen biraz genişlemiştir ve mukozaya röliyefi infiltrasyon nedeni ile silik görünümlüdür. İçinde bazan izole ülser nişleri fark edilir.

Kolonları tutan Crohn hastalığında diken tarzında radyer çıkıntılar karakteristiktir. Bunlar, barsak duvarı derinliklerine inen fistüllerdir.

Laboratuvar bulguları :

Akut ağrılı devrede sedimantasyon hızlanması, lökositoz olur. Remisyon esnasında bunlar normalleşir. Vak'aların çoğunda orta decede hipokrom bir anemi bulunur. 500.000-1.500.000 arasında trombositoz görülür. Ağır vak'alarda hipoproteinemi görülür. Bu malabsorbsiyondan dolayı değil hasta barsak kısımlarındaki iltihabî değişikliklerin yaptığı artmış eksüstasyondan ileri gelir. Buna (enteral protein kaybı) deniyor. Bu gibi vak'alarda çok defa protrombin, potasyum, kalsiyum azalması da görülür ve steatore bulunur. Alfa 2 ve beta globulinler artmıştır.

Komplikasyonlar :

Komplikasyonlar sık görülür. Akut febril eksaserbasyonlarda apseleşme ve ona bağlı olarak fistül teşekkülü müşahade edilebilir. Fistüller çevreye, komşu barsak anslarına, kolona, mesaneye veya iskiorektal mesafeye açılabilir. Postoperatif olarak da karın duvarı fistülleri teşekkül edebilir. Karın duvarı dışına fistülizasyon, perirektal apse ve fistüller hastanın beslenmesini bozar. Serbest karın boşluğuna perforasyonlar nadirdir. Çok defa iltihabî bir tümör teşekkül eder ve bu da sürecin bir türlü iyileşmemesine sebep olur. İlerlemiş devrelerde steatore vardır. Sağ alt kadranda lokalize peritonit ile birlikte perforasyonlar ölümle sonuçlanır. Erken devrede gelip geçici obstrüksiyon görülebilir. Sebebi lenfödem ve iltihabî infiltrasyonlardır. Geç devrede ise fibröz büzüşme sonucu kronik bir subileusun akut oklüzyonlara sebep olduğu görülür. Terminal ileitis'te sağ üreter üzerine kompresyon vâki olur. Akış gücünü yaratır, hattâ idrar yollarına fistülleşme bile olabilir. Böyle bir şüphe varsa ürografi yapılmalıdır.

Sık olarak karaciğer değişiklikleri (perikolangitis, yağlı karaciğer, reaktif hepatit ve bazan siroz) görülür. Yaygın vak'alarda aktif devrede tambur çomağı parmaklar teşekkül edebilir ve remisyon safhasında geriler (1).

Seyir :

Seyir süreklidir. Bazan yavaş ilerleyici, çok defa ise hecmeler halindedir. Hastalanan kısım veya kısımlar ne kadar diffüz ise karansemptomları da o kadar belirgindir. Lümen ne kadar daralmışsa obstrüksiyona eğilimi o kadar fazla olacağı gibi, iltihabî hecmeler de o

kadar sık görülecektir. Tıkanma, çok defa stenozdan değil, hasta segmentteki peristaltizmin bozulmasından ve potasyum eksikliğinden ileri gelir.

Karsinomatöz dejenerasyon kolitis ülseroza'ya nazaran çok daha seyrekdir. 1968'e kadar yıllardır süren Crohn hastalığı vak'alarından 24 ünde ince barsak adenokarsinomu tesbit edilmiştir (2).

Gebelik hastalığın seyri üzerinde çok kez kötü etki yapar.

Diferansiyel Diyagnoz :

Akut apandisit ile karışabilir. Kronik formu ise barsak tüberkülozu ile, ileumun da katıldığı colitis ulcerosa ile, amöbiyazis ile, tümörle (karsinom, lenfoblastom, karsinoid sendrom) karışabilir.

Tedavi :

Tedavi 1945 e kadar operatif idi. Ameliyatla alınan erken sonuçlar daima parlaktı, fakat daha sonraları çok sık residivler görülmesi nedeni ile son yıllarda cerrahî tedaviye ancak tıkanma, fistül gibi komplikasyonların bulunduğu vak'alarda başvurulmaktadır.

Diyet :

Kaloriden zengin koruyucu bir diyet verilir. Yağlı besinler tercih edilir. Subileus belirtileri varsa selülozlu besinlerden kaçınılmalıdır.

Semptomatik Tedavi :

Enterovioform, antikolinergikler, akut hecmelerde sülfamidler, penisilin, streptomisin, salazopyrin, trankilizanlar, vitaminler ve steroidler kullanılır. Salazopyrin'in etkisi şüphelidir. Steroitler ise ödem giderilmesi ve iltihabî enfiltrasyonun gerilemesi bakımından çok defa gayet parlak sonuçlar verir ve semptomlar hızla geriler. İdame dozu 10 mg. prednizolonun altına düşürüldüğünde rezidivler görülmesi siktir. Steroidler apse, fistül ve iltihabî tümörlerin teşekkülü halinde kontrendikedir. Nadir de olsa steroid tedavisi esnasında barsak perforasyonu olabilir.

Radyoterapinin sonuçları tatminkâr değildir. Terapiye inatçı vak'alarda azotiopirin (İmurel) gibi immünosupressif ajanların ve-

rilmesi düşünölmektedir. Bazı vak'alarda dramatik bir düzelme sağlanabilir. Fakat ilaç kesilmesi halinde hemen nüksler görülür.

Cerrahî tedavi endikasyonları :

Ostriksiyon, perforasyon, fistül teşekkülü, iltihabî tümör, kanama anemisi ve terapiye rezistan karans semptomları. Hasta mümkün mertebe akut hecme esnasında değil, düzelme safhasında iken ameliyat edilmelidir.

İki ameliyat metodu denenmektedir.

1 — Hasta ansın fonksiyon dışı bırakılarak anastomoz yapılması. Operasyon mortalitesi çok düşük basit bir ameliyat metodudur.

2 — Rezeksiyon: Hastalanmış barsak kısmını, üstten ve alttan 15-20 cm normal barsak kısımları, mezanteriyumu ve lenf bezleri ile birlikte çıkarmaktan ibarettir. İnce barsağın 2/3 sine kadar kısmı rezeke edilebilir. Rezeksiyondan sonra B 12 vitamini verilmesi ve buna her ay devam olunması gerekir. Rezeksiyonlardan sonra da neoterminal ileumda rezidivler görülür.

Prognoz :

Kronik ileitisin gidişi yavaştır. Spontan iyileşme nâdirdir. Teşhis koymada dikkatli olmak gerekir. Spontan remisyonlar her an ortaya çıkabilir. Semptomlar ne kadar az ise prognoz da okadar iyidir. 50 yaşından sonra rezidivler pek görülmez.

Vak'a: İ.K. 32 yaşında. Aydınlı Prot. No: 4575/71.

Şikâyetleri :

Halsizlik, çok su içme, zayıflama, baş dönmesi, göz kararması, karın ağrısı, bel ve bacaklarındaki ağrı, uykusuzluk ve ishal.

Hikâyesi :

Üç yıldır diyabetik olan hastamız iki defa hastane tedavisi görmüş. Kan şekeri % 600 mgr.a kadar yükseliyormuş. Oral antidiyabetikler almış, 15 gün öncesine kadar günde 40 ünite NPH insülin yaptırmış. Bir buçuk yıldır karın ağrısı varmış. Günde 5-15 defa açık

renkli defekasyon tarif ediyor. Çeşitli antispazmodik ve antidiyareik ilâçlar kullanmış, fakat şikâyetleri geçmemiş. Şikâyetlerinin devamı üzerine servisimize yatırıldı.

Özgeçmişi :

Evlü ve üç çocuklu. Annesi bilmediği bir hastalıktan ölmüş. Babası sağ ve sıhhatte. Dayısı şeker hastalığından vefat etmiş.

Fena alışkanlıkları : Yok

Genel Durum : Hasta aktif, şuurü açık, etrafı ile ilgili, turgor, tonus ve deri altı yağ dokusu normal. Ödem, ikter, siyanoz ve adenopati yok. Miksiyon ve defekasyon artmış.

Solunum Sistemi :

Her iki akciğer solunuma eşit olarak katılıyor. Perküsyonla matite alınmıyor. Vibrasyon torasik normal. Ödem, ikter, siyanoz ve adenopati yok. Miksiyon ve defekasyon artmış.

Dolaşım Sistemi :

T.A. 90/70 mm. Hg. Nabız 78/dak. ritmik. Apeks 5. İnterkostal aralıkta ve medioklaviküler çizgi üzerinde, patolojik ve ilave ses yok.

Sindirim Sistemi :

Dil kuru ve paslı, dişler bakımsız ve eksik, batın bombeliği ve yumuşaklığı normal. Karaciğer ve dalak ele gelmiyor. Palpasyonla sağ fossa iliakada lokalize bir ağrı mevcut. Defans yok.

Merkezî Sinir Sistemi :

Refleksler normal. Patolojik refleks alınmıyor. Sathi ve derin hissiyet normal.

Ürogenital Sistem :

Her iki lomber bölgede hassasiyet yok. Üreter noktaları normal. Bimanüel muayene ile böbrekler ele gelmiyor.

Laboratuvar Bulguları :

Hgb: % 90	Lökosit Formülü
Erit: 4 200 000	Çomak : % 1
Renk ind: 1,1	Parçalı : % 64
Lökosit: 4800	Lenfosit : % 31
	Monosit : % 4

Sedimentasyon :

1. Saatte : 22 mm.
2. Saatte : 46 mm.

İdrar Bulguları :

Renk : Sarı
Görünüm : Berrak
Dansite : 1025
Alb. : Müsbet (Esbach 1,5/lit.gr.)
Şeker : Müsbet
Sediment : Her sahada 7-8 Lökosit, 1-2 Eritrosit ve 1-2 Ca. Oksalat Krist.

Kan Şekeri : % 385 mgr.

Kan Elektrolitleri :

	2.4.1971 de:	7.4.1971 de:	15.4.1971 de:
Na: %	333 mgr.-144,8 mEq.	325 mgr.-141,7 mEq.	315 mgr.-137 mEq
K : %	19 mgr.- 4,87 mEq.	18 mgr.-4,61 mEq.	186 mgr.-4,77 mEq
Cl : %	348 mgr.- 98 mEq.	291 mgr.- 82 mEq.	362 mgr.-102 mEq

Kan Proteinleri :

T. Prot : % 5,3 gr.
Alb.: % 4 gr.
Glob.: % 1,3 gr.
Gastro-Test: Hipoasidite görüldü.
Alkalı Fosfataz: 7 ünite Bodansky.
Kanda Ca: % 12 mgr.
Kanda P.: % 4 mgr.

Kanda Diastaz: 64 Wohlgemuth ünitesi

İdrarda Diastaz: 128 Wahlgemuth ünitesi.

Protrombin Aktivitesi: % 81

Azotemi: % 50 mgr.

Rie grafisi: Normal

Mide - Duodenum grafisi: Gastrit bulguları ve hipotonik megabulbus tesbit edildi.

Duodenum, jejunum ve ileum'un radyolojik tetkiki :

Opak madde ileon'un son kısmına kadar gelmiş, iki saat sonra fleksura lienalise, üç saat sonra inen kolon orta kısmına ve 4 saat sonra rekto-sigmoidien köşeye gelmiştir. Jejunum pililerinde kabalıktan başka radyolojik değişiklik görülüyor. İleon pilileri normal görülmemiştir, İleitis bulguları göstermektedir.

Opak - lavmanla kolonların radyolojik tetkiki:

Sigma ve inen kolon uzamış ve kıvrımlı olup, sigmada kolit bulguları tesbit edilmiştir.

Lomber Vertebra grafisinde:

Sakralizasyondan başka radyolojik değişiklik görülüyor.

Kolesistografi: Normal hudutlarda bulundu.

Gaita tetkiki: Yağ damlacıkları görüldü. Nişasta görülmedi. Ada-
le lifleri görüldü. Gaitada parazit yumurtası görülmedi.

Seyir :

Gastro-kolik fistül ihtimali üzerinde durularak mide-barsak pa-sajı istendi. Fistül bulunmadı. Belindeki ağrı sebebi ile radikülit düşünülerek lumbosakral grafi yapıldı. Nörolojik konsültasyonda bel ağrısının sakralizasyona bağlı olabileceği belirtildi.

Hastadaki hipoasiditeyi telâfi için Acidol - pepsin verildi. Diya-beti 40 ü. NPH insülin ve Glycophage ile kontrol altına alındı.

Bütün bunlardan sonra ileitis terminalis üstünde durularak tet-kikler bu yönde ilerletildi. 13/5/1971 günü yapılan cerrahî konsültas-yonda ileitis terminalis kabul edilerek ameliyat için cerrahi servisine nakline karar verildi. Hasta hariciyeye nakledildi.

Ameliyat Protokolu:

Ameliyat Tarihi: 21/5/1971 No: 436

Dr. Medih EGEMEN :

«Gerekli ameliyat hazırlığından sonra göbeği soldan dolaşmak üzere göbek üstü ve göbek altı median insizyon yapıldı. Eksplorasyonda mide normal görünümde ve patolojik bulgu tesbit edilmedi. Duodenumun 4. kıt'ası ve jejunumun 2 metre kısmının iltihabî görünümde olduğu (jejunitis) görüldü. Treitz'dan itibaren takriben 10-15 cm lik jejunum kısmının Winslov deliğine U şeklinde girmiş olduğu yani herni intern durumunda olduğu görüldü. Buraya takviye sütürleri kondu. Eksplorasyona devamla ileumun salim görünümde olduğu tesbit edildi. Sigmada barsak ile karın duvarı arasında bir brid mevcut idi. Usulü veçhile bridektomi yapıldı. Sigmada mesoitis durumunun mevcut olduğu ve sigmanın 180 derece torsiyone olduğu görüldü. Mesohitis'in yapmış olduğu bridler usulü veçhile bridektomi yapılarak sigmanın torsiyone durumu düzeltildi. Bu esnada bütün barsakların ileri derecede spazmlar geçirdiği tesbit edildi. Bu durumda mevcut hastalığın Crohn hastalığı olduğu kanaatine varıldı. Batında başka patolojik bulgu tesbit edilmedi. Hemostaz kontrolünü müteakip batın tabakavî olarak kapatıldı. Ameliyata son verildi. Peroperatoire 500 cc. izogurup kan transfüze edildi.»

Hasta 26/5/1971 tarihinde cerrahi servisinden ikinci defa servimize nakledildi. NPH insülin'in günlük dozu 80 üniteye yükseltilecek diyabetine rağmen yüksek doz prednisolon verilmeye başlandı. Ayrıca majör ve minör tranquilizanlar uygulandı. Hastanın diyaresi düzeldi, ağrıları azaldı kilo aldı ve salâh ile taburcu edildi.

Tartışma

Vak'amızın kardinal bulguları diyare, zayıflama, abdominaljdir. Eski bir diyabetik olduğu dikkati çekmektedir. Burada ilk akla gelen ihtimal, gastro-kolik bir fistül olmuştur. Bunun araştırılması amacıyla yapılan radyolojik tetkik, böyle bir fistülün bulunmadığını göstermiştir.

Bunun dışında *barsak tüberkülozu* düşünülmüşse de, akciğer grafisinde, diyabete rağmen eski veya taze bir tüberküloz bulgusuna rastlanmadığı için bu ihtimal üzerinde fazla durulmamıştır. Bilindiği üzere, intestinal tüberküloz daima sekonderdir ve lokalizasyon daha

ziyade ileo-çekal bölgededir. Röntgen tetkikinde ileo-çekal bölge normal görülmüştür.

Radyolojik mide, barsak pasajında herhangi bir tümör bulgusuna rastlanmamış olması da hastamızda bir *barsak kanseri* ihtimalini kolayca ekarte ettirmiştir. Hastalığın seyrinde kanama, tıkanma semptomları, palpasyon bulgusu bulunmaması da zaten bir barsak kanseri ihtimalini çok zayıflatmaktaydı.

Vak'amızda *Colitis ulcerose* ihtimali üzerinde durulmuştur. Fakat hastamızdaki diyarelerin kanlı ve mukuslu olmayışı, tenezmlerin bulunmayışı ve hastanın psişik yapısında kolitis ülserozaya has stigmatların tesbit edilmeyışı, bu ihtimali ekarte etmeğe yetmiştir. Bindiği gibi bu hastalar egosantriktirler, sevgi ve şefkate fazla ihtiyaç duyan zeki kimselerdir. Akut kolitis hecmelerinde de hemen daima psişik bir konflikt sitüasyonu tesbit edilir. Vak'amızda bunlar yoktu.

Böyle vak'alarda *akut apandisit* te hatıra getirilmelidir. Müsküller defansın bulunmayışı, lökositozun olmayışı, akut abdomen bulgularının tesbit edilemeyışı ve hastalığını kronik seyri nedeniyle bu ihtimal üzerinde durulmamıştır.

Bütün bu ihtimaller klinik ve laboratuvar tetkikleriyle ekarte edildikten sonra hariciye servisiyle yapılan konsültasyonda Crohn hastalığı kanaatine varıldığı için ameliyat endikasyonu konu ve operasyonda gerçekten jejunumun 2 metre kadar bir kısmının eksüdatif anlamda ödemli ve özel görünümlü olduğu tesbit edilmekle teşhis verifiye edilebildi. Bu kadar uzun bir barsak kısmının ekstirpe edilmesinden, çok ağır karans semptomlarına yol açacağı düşüncesiyle, sarfı nazar olundu.

Hastanın müteakip tedavisi medikal yoldan yapılmak üzere tekrar servisimize nakledildi. Vak'anın insuline ihtiyaç duyan diyabetli oluşu, kortizon verilmesi yönünden bir handikap yaratmaktaydı. Kısa bir tereddüitten sonra buna karar verildi. İnsulin dozu yükseltilecek, kortizon verilmeğe başlandı. Bu tedavi enerjik ve biraz da cesur bir şekilde uygulanmış ve başarılı sonuç alınmıştır. Diyareler kaybolmuş ve beslenme olanağı doğmuş, kilo almıştır.

Ameliyat esnasında, hamur kıvamındaki jejunumdan biyopsi yapılması mümkün olmamıştır. Teşhisimizi doğrulayan esas bulgu jejunumdaki ameliyatta görülen rejyonal enteritis bulgusudur.

Özet

Genç bir diyabetik hastada uzunca zamandır süre gelmekte olan diyarelerin Crohn hastalığına bağlanabilmiş olması, hastalığın ileumda değil, jejunumun 2 metrelik bir kısmında lokalize olması, diyabet nedeniyle kortizon tedavisinin yapılmasında karşılaşılan güçlük ve nihayet hastalığın çok seyrek görülebilmesi nedeniyle bu vak'anın yayınlanmasında fayda düşünülmüştür.

Summary

A young male diabetic patient presenting signs of regional enteritis (Crohn's disease) is presented. At the operating table the enteritis was found to be localized to jejunum.

LİTERATÜR

- 1 — Bockus, H.L.: Regional enteritis, Chap. 50, in «Gastroenterology,» Vol. 2, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1964.
- 2 — Crohn, B.B. and H. Yarnis: «Regional ileitis,» Zd. ed., New York, Grune Stratton, Inc., 1958.
- 3 — Ernst Hafter: Praktische Gastroenterologie. 5. Aufl. 1973. Georg Thieme-Stuttgart.
- 4 — Morowitz, D.A. et al: Adenocarcinoma of the ileum complicating chronic regional enteritis. Gastroenterology 55 (1968), 397.
- 5 — Stahlgren, L.H., and L.K. Ferguson: The Results of Surgical Treatment of chronic Regional Enteritis, J.A.M.A., 175:986, 1961.