

# Birinci Basamakta İshalli Hastaya Yaklaşım

A. Ömer ÖZÜTEMİZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

**İ**shal, sulu bir dışkının (hızla) boşaltılmasıdır. Normalde dışkılama; günde 2-3 ile 3 günde bir gerçekleşir. Günlük dışkının ağırlığı 100-250 gr/gün olup, kıvamlı ve şekillidir. Her kişi ve toplumun dışkılama özellikleri farklıdır. Dışkının %70-85'i sudur, dışkının sıvı içeriği "ishali" belirler. Çok kullanılan bir tanıma göre ishal; sayı ve miktar ne olursa olsun "sulu dışkılama" veya "bulunduğu kabın şeklini alan dışkı"dır. Sindirim sistemi yoluyla vücuda günde yaklaşık olarak 10 litre sıvı girerken bunun sadece %1'i dışkı ile atılır. Bu fizyolojik denge aşağıda özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Gastrointestinal sisteme giren ve çıkan sıvı dengesi

(Litre olarak)	Giren sıvılar	Emilen	Çıkan
İçilen su	2	İnce Barsak 8,5	Dışkı 0.1
Tükrük	1	Kolon 1,4	
Mide	2		
Pankreas	2		
Safra	1		
Üst İB sekresyonu	2		
Toplam	10	9.9	0.1

## İshal değişik şekillerde sınıflandırılabilir:

Süresine göre;

- Akut ishal: 2 haftadan kısa süre süren.
- Kronik ishal: 4 haftadan uzun süren.
- (Persisten ishal: 2-4 hafta.)

*Fizyopatolojik mekanizmaya göre;*

- Osmotik
- Sekretuar
- İnflamatuvar (mukozal hasara bağlı)
- Motilite bozukluğuna bağlı ishal

**Osmotik ishal**, sindirim sisteminde aktif osmotik bir etki yapan emilemeyen bir maddenin neden olduğu ishaldir. Bir çok laksatifler bu yolla etki gösterirler. Açlıkta durur. **Sekretuar ishalde** ise, dışkı büyük hacimli ve bol suludur, dışkı kan, yağ ve cerahat (lokosit) içermez. Emilim normal olduğu için yemek yenmesi ishali arttırmaz, açlıkta da devam eder.

## AKUT İSHALLER

Belli başlı nedenler aşağıda özetlenmiştir.

### Bakteriler

**İnvazif:** *Shigella spp*, *Campylobacter spp*, *Salmonella typhi*, *Non-typhi Salmonella*, *Enteroinvasive Echerichia coli (EIEC)*, *Plesiomonas shigelloides*, *Aeromonas spp*, *Edwardsiella tarda*, *Clostridium perfringens*, *Yersinia enterocolitica*, *Staphylococcus aureus* (enterokolit), *Tropheryma whipplei*

**Toksijenik:** Önceden yapılmış toksin: *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus* (enterotoksin), *Clostridium perfringens*

**Enterotoksin:** Enterotoxigenic *Escherichia coli (ETEC)*, *Vibrio cholerae*, *Aeromonas spp*

**Sitotoksin:** *Clostridium difficile*, *Enterohemorrhagic Escherichia coli* (EHEC)

**Virüsler:** Rotavirus, Adenovirus (tip 40 ve 41), Norovirus, Astrovirus, Entero virusler, Torovirus, Cytomegalovirus

### Parazitler

**Protozoonlar:** *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Cyclospora*, *Isospora belli*, *Sarcocystis hominis*, *Blastocystis hominis*, *Balantidium coli*, *Dientomoeba fragilis*, *Microsporidia* (*Enterocytozoon*, *Encephalitozoon*)

**Helmintler:** *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Hymenolepis nana*, *Taenia saginata*, *Taenia solium*, *Strongyloides stercoralis*, *Trichinella spiralis*, *Schistosoma mansoni*, *Capillaria philippinensis*

**Mantar:** *Candida albicans*

Klinik yönden bakteri toksinleri şöyle sınıflanabilirler:

**Emetik toksinler (nörotoksin):** *Clostridium botulinum*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*

**Sekretuar enterotoksinler:** *ETEC* (cAMP ve cGMP), *V. cholerae*, *Bacillus cereus* (ishal toksini), *Salmonella spp*, *Clostridium perfringens*

**Sitotoksinler:** *Shigella*, *EHEC*, *Clostridium difficile*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium perfringens*

### Akut infeksiyöz ishallerde en önemli risk faktörleri

Aşırı kalabalık, yetersiz sanitasyon, yetersiz hijyen (temizlik eksikliği), su kaynaklarının kirlenmesi/emniyetli su/gıda yetersizliği, bağışıklık yetmezliği (hastalıklar, ilaçlar), antibiyotik/antiasit kullanılmasıdır. Anamnezde yenilen besin türü bazı ip uçları verebilir. Örneğin; kremalı pasta, dondurma, sütlaç, mayonezli patates salatası (*S. aureus*), pirinç pilavı, makarna (*B. cereus*), et ve et ürünleri (*C. perfringens*), endemik alanlarda su ile bulaş (*V. cholerae*, *ETEC*) gibi. İyi pişirilmemiş et-kümes hayvanı (*Campylobacter*), iyi pişirilmemiş deniz ürünleri (Parahaemolyticus, Norwalk virus), antibiyotik kullanım öyküsü (*C. difficile*), immünsüpre hastada (CMV, MAİC, *Cryptosporidium*) akla gelmelidir.

Ateş olması, *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *EHEC*, *EIEC*, *V. parahaemolyticus* düşündürür. İnce barsak tipi ishallerde sıklıkça az, miktarca bol dışkılama varken, kalın barsak tipi ishal (dizanteri tablosu-kramplı karın ağrısı, kanlı, müküslü, tenezimli) sık sık az dışkılama ile seyredir. Akut bir

ishal 10 günden fazla devam ediyorsa parazitler akla gelmelidir (*E. histolytica*, *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Mycobacterium*...)

Akut ishallerde bir hastada dehidratasyonun değerlendirilmesi tedavi açısından büyük önem taşır.

Dehidratasyon kaybedilen vücut ağırlığına göre üçe ayrılır:

**1. Hafif derecede dehidratasyon:** Vücut ağırlığının %5'inden azı kaybedilmiştir. Yakınmalar asgari düzeyde olup, ağız kuruluğu, azalmış aksiller terleme, idrar atımında azalma saptanır; taşikardi ve hipotansiyon bulguları yoktur

**2. Orta derecede dehidratasyon:** Vücut ağırlığının %5-10 kadarı kaybedilmiştir. Hastanın yakınıyor olmasına ek olarak halsizlik, ortostatik hipotansiyon gibi objektif değişiklikler vardır. Orta derecede dehidratasyon çocuklarda susama hissi, huzursuzluk, ağlarken göz yaşı bulunmaması, çökük gözler ve çökük fontanel ile karakterizedir.

**3. İleri derecede dehidratasyon:** Vücut ağırlığının %10'undan fazlası kaybedilmiştir. Hastanın hayatı tehdit altındadır. Orta derece dehidratasyon belirtileri iyice şiddetlenmiştir ve ek olarak şuur bozulması, idrar azalması, soğuk ve nemli ekstremiteler, hızlı ve zayıf nabızlar, hipotansiyon ve periferel siyanoz gibi hipovolemik şok belirtileri vardır.

Her hastada ileri laboratuvar tetkiklerinin yapılması gerekmez. Akut ishallerde hastada laboratuvar değerlendirmeyi gerektiren durumlar:

- Hipovolemi bulgularıyla birlikte ileri derecede ishal,
- Kan ve mukus içeren, az miktarda sık sık kanlı dışkılama,
- Günde  $\geq 6$  kez dışkılama veya  $> 48$  saat devam eden ishal,
- Ateş  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ , ciddi karın ağrısı,
- Hastaneye yatırılan hastalar veya yeni antibiyotik kullanımı olanlar,
- $\geq 70$  yaş veya bağışıklık yetmezliği olanlar,
- İshallerde birlikte sistemik hastalığı olanlar.

Eğer gerek görülürse yapılması gereken tetkikler: Tam kan sayımı, lökosit formülü (sola kayma, eozinofili), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), kan üre nitrojen (BUN), elektrolitler. Dışkının incelenmesi ile makroskopik olarak kıvam, mukus, kan; mikroskopik olarak da lökosit, eritrosit, helmint yumurtası, protozoon kist ve trofozoiti aranabilir. Bakteriyolojik analiz için örnek alınabilir.

## Akut İshal Tedavisi

Hastanın hemodinamik durumu belirlenir, sıvı açığı karşılanır (oral/ parenteral rehidratasyon), beslenmenin devam ettirilmesi ve endikasyon varsa antimikrobik madde kullanılması temel prensiplerdir. Antimotiliter ilaçlar tartışmalı olup kullanılması önerilmez.

### Hafif derecede dehidratasyon

Hastanın hastaneye yatırılması gerekmez. Evde elektrolitli ve elektrolitsiz su alımı ve özellikle çocuklarda beslenmenin devamı önerilir. Oral Rehidratasyon Sıvısı, tuzlu ayran ve tuzlu çorba, ayrıca bol su ve şekerli çay önerilir. Meyve suyu ve şekerli çay gibi tuz içermeyip, şeker içeriği yüksek sıvılar hiperosmolariteye yol açarak ishali şiddetlendirir. Erişkin bir hastanın alacağı sıvı miktarı 'ishal geçene kadar istediğin kadar sıvı ve su iç' şeklinde tarif edilmelidir. Çocuklara içtikleri kadar içirilmelidir. B R A T diyeti batı dünyasında kolay uygulanabilirliği nedeni ile tavsiye edilmektedir (Muz ezmesi, prunç lapası, elma ezmesi-suyu, tost).

### Orta derecede dehidratasyon

Oral sıvılar ile yerine koyma yapılır. Tedavi, hastanede gözlem altında yapılmalıdır. Vücut ağırlığının %7.5'ü kadar sıvı verilir. Yerine koyma ağız yoluyla yapılıyorsa bu miktar 4 saatte, intravenöz (İV) yoldan yapılıyorsa üçte biri 2-3 saatte, geri kalanı 8-10 saatte verilmelidir. Yaşlılarda ve kalp, akciğer, böbrek hastalığı olanlarda kardiyovasküler yüklenme bakımından dikkatli olunmalıdır. Hasta hafif derecede dehidratasyon durumuna gelince bunun gereğine göre tedavi edilir.

### İleri derecede dehidratasyon

Hastalar mutlaka hastaneye yatırılmalı, yakın takip ve İV sıvılarıyla yerine koyma yapılmalıdır; hastalar erkenden oral alıma teşvik edilirler. Tedavide Ringer Lakat solüsyonu tercih edilir; yoksa izotonik NaCl solüsyonu kullanılabilir, sıvı 100 ml/kg İV verilir (üçte biri yarım-bir saatte, geri kalanı 2.5-3 saatte).

**Ampirik antibiyotik tedavisi gereken ishalleri şöyle sıralayabiliriz:** Günde 8 defadan fazla dışkılaması olanlar, ileri derecede dehidratasyona yol açan ishali olanlar (kole- ra?) veya bir haftadan uzun süren dehidratasyon bulguları, inflamatauvar ishali olup (dışkıda lökosit var), genel durumu bozuk (ateş, karın ağrısı) olanlar (*Shigella*, *Salmonella*, *C. jejuni*?). İshalin başlamasından önceki bir ay içinde herhangi

bir sebeple antimikrobiyal bir ilaç kullanan veya kullanırken ishali başlayan (*C. difficile*?) hastalar. Bağışıklık yetmezliği olan kişide gelişen ishal.

Toplumda kazanılan akut infeksiyöz ishale ampirik antimikrobik tedavi aşağıdaki şekilde yapılır. Ateş, akut, dizanterili ishal (dışkıda makroskopik kan ve mukus) ve/veya mikroskopik incelemede lökositlerin varlığı, ciddi dehidratasyon durumunda; akut, ciddi ishali olanlara (erişkinde günde 4'den fazla dışkılama) siprofloksasin 500 mg günde 2 kez, ofloksasin 200-300 mg günde 2 kez, norfloksasin 400 mg günde 2 kez, 5 gün süreyle verilebilir. Alternatif olarak direncin düşük olduğu bölgelerde ko-trimoksazol (fort tab 2x1) tek başına veya eritromisin ile (250-500 mg, günde 2 kez) birlikte verilebilir.

**Shigella:** Siprofloksasin 500 mg x2, 3-5 gün veya ko-trimoksazol 160/800 mg x5 gün

**Salmonella:** Siprofloksasin 500 mgx2, 3-7 gün veya ko-trimoksazol 160/800 mg x2, 10 gün, seftriakson gerekirse

**Campylobacter jejuni:** Eritromisin stearat 250 mg x 4, 5 gün veya siprofloksasin 500 mgx2, 5 gün

**Clostridium difficile:** Metronidazol 250 mg, pox4, 7-10 gün veya vankomisin 125-250 mg, pox4, 7 gün

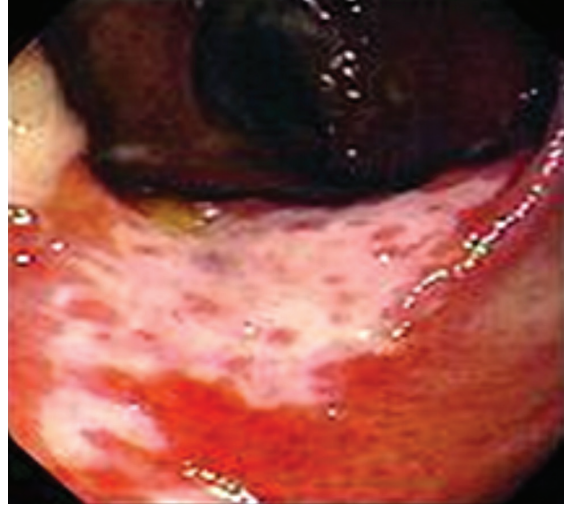
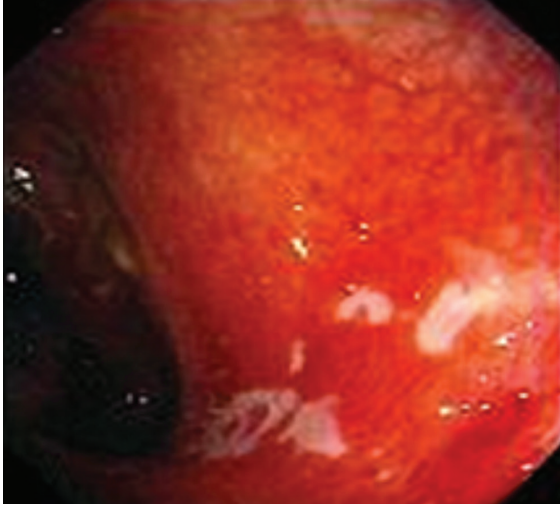
**ETEC:** Siprofloksasin 500 mgx2, 5 gün veya levofloksasin 500 mg 1 doz, ko-trimoksazol 160/800 mgx2, 5 gün veya doksisisiklin 2 x100 mg, 3 gün

**Vibrio cholerae:** Azitromisin 1 g veya/ko-trimoksazol (160/800 mg) x2, 3 gün veya siprofloksasin 250 mgx2, 3 gün

**Giardia intestinalis:** Metronidazol 250 mg, po,x3, 5-7 gün veya tinidazol 2 gx1

**Entamoeba histolytica:** Metronidazol 750 mg, po x3, 10 gün veya diloksanid furoat (500 mg, pox3, 10 gün) + diiyodohidroksikinolin 650 mg, pox3, 20 gün

**Turist ishali:** Orta ve ciddi seyirli ishale (3 kez veya daha sık dışkılama, ateş ve kanlı dışkılama) antimikrobik kullanımı endikedir. Loperamid (<8- 16 mg/gün) kullanılabilir. Orta seyirli ishale tek doz norfloksasin 800 mg, siprofloksasin 1 g, ofloksasin 600 mg yeterlidir. Ciddi seyirli ishal; norfloksasin 800 mg verilir, sonra günde 2 kez 400 mg, 3 gün süreyle veya siprofloksasin 1 g verilip ardından 500 mgx2, 3 gün süreyle kullanılır. Rifaksimine 400 mgx3/gün, 5 gün kullanılabilir.

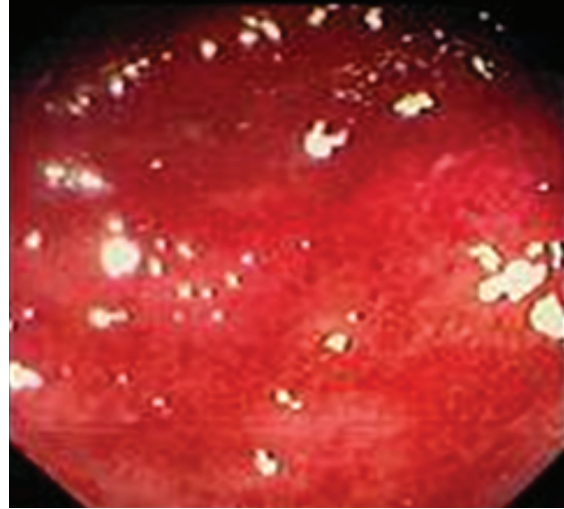


**Resim 1-A,B.** İskemik Kolit

## KANLI İSHALLER

### Akut kanlı ishal

1. Amipli dizanteri
2. Basilli dizanteri
3. Kolitis ülseroza (akut başlangıç)
4. İlaç, iskemik barsak, kolon tümörü, pseudo-membranöz kolit, divertiküler hastalık.



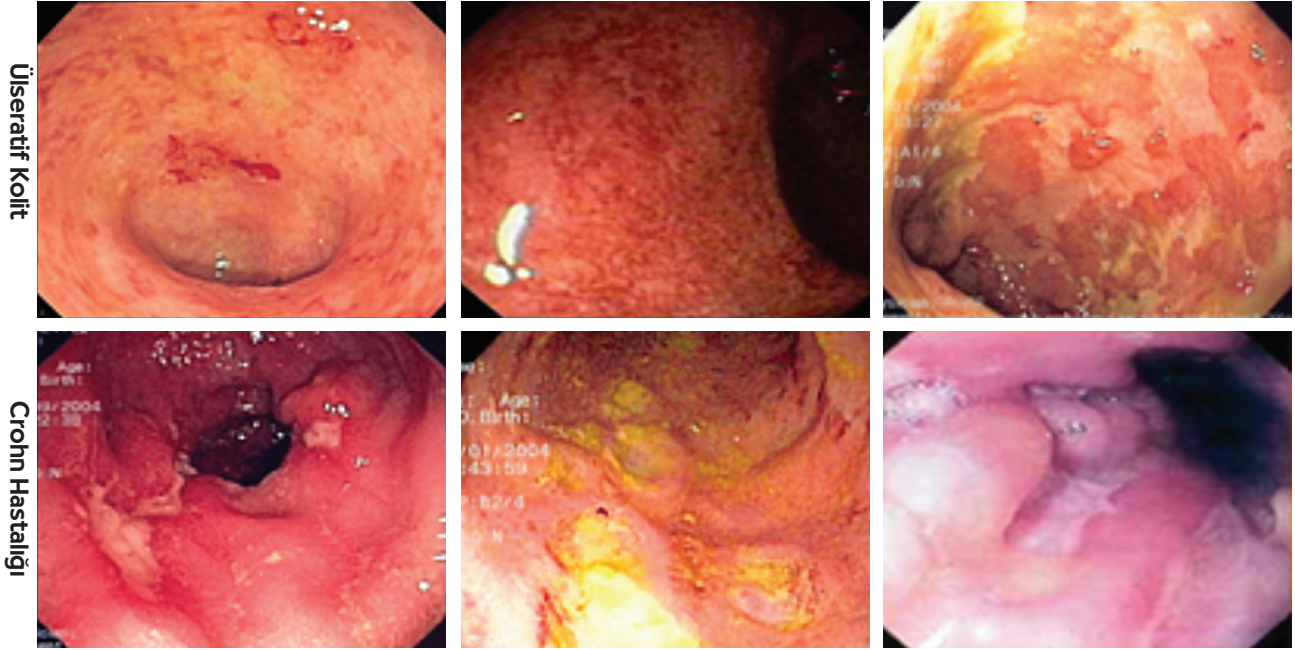
**Resim 2.** Salmonella koliti

**Tablo 2.** İnfeksiyöz kolit ile inflamatuvar barsak hastalıkları (İBH) ayırıcı tanısı

Belirti-Bulgu	İnfeksiyöz Kolit	İBH
• Başlangıç	Akut	Sinsi, kronik
• Erken Ateş	Çok sık	Nadir
• Defekasyon sayısı	>12	<10
• Karın ağrısı	Sık	Seyrek
• Kusma	Sık	Nadir
• Makroskopik kan	Nadir	Sık
• Gaita kültür üremesi	Sık	Bazen
• Relaps	Olmaz	Sık
• Uzamış tablo	Olmaz	Sık
• Histoloji	Pleomorfik infiltrasyon	Kript distorsiyonu, atrofisi ve apsesi



**Resim 3.** Amip Koliti



Resim 4. Endoskopi

### Kronik kanlı ishal

1. İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) (Ülseratif kolit (ÜK), Crohn hastalığı (CH))
2. Kronik amip, basilli dizanteri
3. Kolon tümörü, polip, divertiküler hastalık

Ülseratif kolit ile karışabilen infeksiyöz kolitler:

*Campylobacter jejuni*, *Salmonella*, *Shigella*, *E. coli*, *Yersinia enterocolitica*, *Clostridium difficile*, *Entamoeba histolytica*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia*, *Cytomegalovirus (CMV)*, *Herpes simplex virus (HSV)*, *Schistosomiasis*.

### İLAÇ İLE İLİŞKİLİ KOLİTLER

1. **Etki mekanizması bilinmeyenler:** Salisilat, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), penisilamin, altın preparatları, metildopa, flucytosin
2. **İskemik etki yapanlar:** Estrojen, progesteron, vasopressin, ergotamin
3. **Antibiyotikler:** (*Clostridium difficile* ilişkili)
4. **Kemoterapötikler:** Cytosine arabinoside, cyclophosphamide, 5-fluorouracil, methotrexate.

### KRONİK İSHALLİ HASTA

Birinci basamakta kronik ishali için başvuran bir hasta diyare baskın İBS hastası olabileceği gibi, tanı almamış bir çölyak hastası da olabilir. Kronik ishal çoğu zaman ileri merkezlerde bile tanı konulmasında zorluklar olan bir durumdur. O nedenle bu hastalarda iyi bir anamnez alınmalı, alkol ve laksatif kullanımı (gizli gizli !!) mutlaka sorgulanmalı, **kolon kanseri açısından alarm semptomları** sorgulanmalı, inkontinans kendine ve yakınlarına sorulmalı, iyi bir fizik muayeneyi takiben basit laboratuvar testleri yaptırıldıktan sonra, gerekirse gastroenterolojiye sevk edilmelidirler! Kronik kanlı ishallere de hiç vakit geçirmeden gastroenterolojiye sevk gereken durumlardır.

*Dışkı şekline göre bu ishallere 3'e ayrılabilir:*

1. **Sulu ishal:** Motilite bozuklukları, sekretuar ve osmotik bazı ishallere, hipertiroidi, bazı kolon tümörleri, polipler, nadir görülen hormonal hastalıklar, laksatif kullanımı bu gruba girer.
2. **İnflamatuvar ishallere:** Kanlı veya kansız cerahatli kronik ishallere. İnflamatuvar barsak hastalığı, divertiküler kolon hastalığı, iskemik kolit, radyasyon koliti, tümörler akla gelmelidir.

**3. Yağlı ishal:** Malabsorbsiyon sendromları ve pankreatik enzim eksikliğinin yol açtığı maldijesyon hastalıkları bu grupta yer alır.

Kronik ishallerde tanıya yardımcı bazı ip uçları:

- Devamlı ishal; ÜK, CH, barsak fistülleri, aşırı laksatif kullanılması
- Aralıklı ishal: İBS, allerji?, bazı malabsorbsiyon sendromları ve divertiküler. Sıkıntı, stres ile şikayetleriniz alevlenir mi?
- Hastanın yaşı?
- *Ergenlik ve erken erişkinlik:* ÜK, CH, barsak tüberkülozu, irritabl barsak sendromu
- *Orta ve ileri yaşlarda:* Kolon CA, divertikülit, aşırı laksatif kullanımı

Önemli bir SORU: Gece uyanıp büyük tuvaletinizi yapmaya gidermisiniz?

Gece uyandıran ishal hemen daima organik bir hastalığa bağlıdır.

Fonksiyonel bozuklukta ise, genelde gece uyanma yoktur.

Kilo kaybı ise ALARM semptomudur.

Malabsorbsiyon sendromlarında klinik tablo:

1. Kronik ishal; bol miktarda, yağlı ve pis kokulu
2. Kilo kaybı
3. Malnütrisyon

Şeklinde özetlenebilir. Fizik muayene bulguları normal olabilir. Barsak seslerinde artış ve gaz, karın şişkinliği bulunabilir. Solukluk (anemi), ağır vakalarda kaşeksiye varan zayıflama, ödem, asit saptanabilir. Vitamin noksanlığına bağlı; hemorajik diyatez (vit K), gece körlüğü (vit A), glossit, periferik nörit vb (vit B) görülür. Protein ve elektrolit noksanlığına bağlı olarak; halsizlik, tetani, kemik ağrıları ve kırıklar, iskelet anomalileri, kifoz vb görülür. Amenore ile karşımıza çıkabilir. Aşkar bir laboratuvar bulgusu olmayabilir. Anemi bulguları, protrombin zamanı uzaması, serum proteini ve albümini düşüktür. Hipokalsemi, hipofosfatemi, alkalin fosfataz yüksekliği (kemik kökenli), hiponatremi, hipopotasemi olabilir.

Steatore tanısı için, gözle görmeyi takiben:

Dışkı örneği + Etil Alkol + Sudan III boyası ile yapılan kalitatif yağ tayini önemlidir. Mikroskopta bakılarak yağ globül-

leri izlenir. Kantitatif yağ analizinde, 24 saatlik dışkıda gram olarak yağ tayini yapılır. Günlük yağ miktarı 7 gr'dan fazla ise steatore varlığından bahsedilir. Ancak maalesef günümüzde ülkemizde bu tetkik hiç bir merkezde yapılamamaktadır. D-Xylose testi, Bentiromid testi, serum tripsin düzeyi ölçümü (RIA ile) pratik olarak uygulanması güç testlerdir.



## **STEATORE**



Gaitada günlük yağ atılımı 5 gr üzeri (Normal diyetle alım 100-120 gr/gün)

**Çoğu zaman ağrıdan yıllar sonra başlar**

## **AYIRICI TANI**

	<b>PANKREATİK</b>	<b>İNCE BARSAK (En Sık ÇÖLYAK)</b>
Miktar	Fazla (20-50 gr)	Daha az (10-20 gr (gün yağ))
Kıvam	Koyu, Yağ çok Daha az ve susuz	Daha sulu ve sık
Yandaş	A, D, E, K vitamin eksikliği ender! Fe eksikliği ender	Yağda eriyen vitaminler eksik Fe eksikliği sık

## **Kronik pankreatit tedavisi:**

- ağrı tedavisi
- steatore tedavisi
- diabet mellitus tedavisi
- komplikasyonların tedavisi

**Gluten enteropatisi;** [Çölyak hastalığı, gluten sensitif enteropati (GSE), Non-Tropikal Sprue]: Çevresel tetikleyicisi ve otoantijeni bilinen tek otoimmün hastalıktır. Otoantijen ince bağırsak epitel hücresi enterosite ait doku transglutaminaz (tTG) enzimi'dir. Diğer otoimmün hastalıklardan farklı olarak tetikleyicinin (gluten) ortadan kaldırılması (glutensiz diyet) tam düzelme sağlar. Erişkinde klinik olarak irritabl bağırsak hastalığı (İBS) ve genellikle ciddi kilo kaybı olmaksızın kronik ishal varlığıdır.

Oral demir tedavisine yanıtız anemi, tedaviye yanıtız, ancak kısa sürede nüks olan anemilerde ishal olmasa bile çölyak hastalığı akla gelmelidir. Gastrointestinal sistem (GİS) dışında infertilite, prematüre doğum yapma ve erken menapozda yine akla gelmelidir. Menapoz öncesi osteoporoz, gençlerde

osteoporoz, artrit, artralji atakları, ağır ve erken artroz ile belirti verebilir. Türkiye’de ilköğretim çağında sıklık 1/110 kadar yüksek bildirilmiştir. HLA-DQ2 ve/veya DQ8 negatif olanlarda çölyak hastalığı görülmez.

Çölyak hastalığının, tip I diabetes mellitus, Haşimato tiroiditi, şizofreni, IBS, Sjögren hastalığı, sistemik lupus eritematozis (SLE), juvenil romatoit artrit (JRA), immün yetmezlikler, Down sendromu, Crohn hastalığı, kistik fibrozis, sarkoidoz ile birlikte bulunma sıklığı artmıştır. Bir ailede çölyak tanısı konduğunda tüm bireyler TARANMALIDIR.

Çölyak hastalığı şüphesinde; Serum Total IgA, Fe, DBK, Ferritin (hemogram), EMA IgA / IgG, tTG IgA / IgG taranmalıdır. serolojide antikorlar; antidoku transglutaminaz antikor (anti TG) IgA, antiendomisyum antikor (EMA) IgA, antideamide glutenpeptid antikor (DGP) bakılır. Antigliadin antikorunun (AGA) tanıda yeri yoktur.

Üst GIS endoskopisi yapılarak, duodenal biopsiler alındıktan sonra , histopatolojik olarak çölyak tanısı konulabilir!. Çünkü, hastanın tüm yaşam tarzı tanıdan etkilenecektir.

Tanı kesinleştikten sonra YAŞAM BOYUNCA GLUTENSİZ DİYET uygulanmalıdır. Ayrıca çölyaklı hastalar aşağıdaki konularda izlenmelidir.

- Vitamin-mineral eksiklikleri (FA, B12, vit D, Fe, Ferritin, Cu, Zn)
- Laktaz eksikliği?
- Kemik metabolizması (Ca, PTH, Kemik Min. Dens.)
- Nörolojik değerlendirme
- Otoimmün tiroidit taraması
- İzlemde otoimmün hastalıklara dikkat (IDDM)
- İzlemde transaminaz yüksekliklerini araştır
- İzlemde belirtiler, fizik gelişim değerlendirilmeli, diyetle uyum sorgulanmalı
- Glutensiz diyetle uyum açısından ilk 6 ay, daha sonra yılda bir seroloji ile izlem
- Çölyak derneği ile ilişkiler, SGK’dan glutensiz diet için sağlık kurulu raporu

Normal bir diyet 10-40 gr gluten içerir. Bir dilim ekmekte 4.800 mg gluten var. Günlük gluten sınırı 100 mg olarak alınır, bir çölyaklı için bir dilim ekmeğin 48’de biri, 50 mg alınır, 96’da biri güvenlidir.

## KAYNAKLAR

1. İ. Bahis. İshal. In: Menteş NK, Editor. Klinik Gastroenteroloji. 4. Baskı, İzmir. 1982;19:290-304.
2. Brito GA, Alcantara C, Carneiro-Filho BA, Guerrant RL. Pathophysiology and impact of enteric bacterial and protozoal infections: new approaches to therapy. Chemotherapy 2005;51:23-35.
3. Karanis P, Kourenti C, Smith H. Waterborne transmission of protozoan parasites: a worldwide review of outbreaks and lessons learnt. J Water Health 2007;5:1-38.
4. Petri WA Jr, Haque R, Iyerly D, Vines RR. Estimating the impact of amebiasis on health. Parasitol Today 2000;16:320-1.
5. Gorbach SL. How to hit the runs for fifty million travelers at risk. Ann Intern Med 2005;142:861-2.
6. Gikas A, Kritsotakis EI, Maraki S, et al. A nosocomial, foodborne outbreak of Salmonella Enterica serovar Enteritidis in a university hospital in Greece: the importance of establishing HACCP systems in hospital catering. J Hosp Infect 2007;66:194-6.
7. Murphy MS. Management of bloody diarrhoea in children in primary care. BMJ 2008;336:1010-5.
8. Gore JI, Surawicz C. Severe acute diarrhea. Gastroenterol ClinNorth Am 2003;32:1249-67.
9. Bennett WE Jr, Tarr P. Enteric infections and diagnostic testing. Curr Opin Gastroenterol 2009;25:1-7.
10. Guerrant RL, Kosek M, Lima AA, et al. Updating the DALYs for diarrhoeal disease. Trends Parasitol 2002;18:191-3.
11. Bahis İ. İshal. In: Menteş NK, Editor. Klinik Gastroenteroloji. 4. Baskı, İzmir. 1982;19:290-304.
12. Powell D. Approach to the patient with diarrrhea. In: Textbook of Gastroenterology. Eds. Yamada, Alpers, Laine, Owyang, Powell. Vol.2 Thrid Ed. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia. 1999:858-910.
13. Aktan B. Malabsorbsiyon Sendromları. In: Gastroenteroloji. Ed. Aktan H, 1. Baskı, Ankara., S:130-58.
14. <http://www.colyak.org.tr>