

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı 68 çocuk hastamızın retrospektif olarak değerlendirilmesi

Retrospective evaluation of our 68 pediatric patients diagnosed with inflammatory bowel disease

Ahmet Baştürk, Aygen Yılmaz, Reha Artan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Gastroenteroloji Bilim Dalı, Antalya

Özet

Amaç: İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) tanısı ile izlenen hastalarımızı retrospektif olarak değerlendirip hastalarımızın demografik, klinik, laboratuvar, tedaviye yanıt özelliklerini belirlemek ve İBH alt grupları arasındaki farklılıkları belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma, Mart 2014 – Mart 2016 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Pediatrik Gastroenteroloji Polikliniğinde İBH tanısı alan 0-18 yaş arasındaki 68 çocuğun dosya kayıtları incelenerek yapılmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, endoskopi ve histopatoloji bulguları, tanı esnasında ve izlem süresince laboratuvar verileri, şikayetleri, almış oldukları ve halen devam etmekte oldukları tedaviler ile eşlik eden hastalıklar incelenmiş ve karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızı oluşturan İBH tanılı 68 olgunun yaş ortalaması 11.53 ± 2.32 yıl olup ve % 58.82'sini erkek, % 41.18'ini kızlar oluşturmuş olup, erkek/kız 1.45 idi. Tüm olguların 33'ü (%48.52) Crohn Hastalığı (CH), 27'si (%39.70) ülseratif kolit (ÜK) ve 8'i (%11.76) İndetermine kolit (İK) tanılı hastalardan oluşuyordu. Tanı esnasında ve tedavi sonrasında hastalarımızın laboratuvar parametrelerinden c-reaktif protein (CRP), hemoglobin (Hb), lökosit (WBC), trombosit (PLT) ve albümin verileri incelendiğinde Hb dışındaki tüm parametrelerde düzelme olduğu görülmüş olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($p < 0.05$). CH, ÜK ve İK tanılı hastalarımızın büyük çoğunluğu remisyonda izlenmektedir.

Sonuç: Bölgemizde, batılı ülkelerde olduğu gibi çocukluk yaş grubunda CH'nin, ÜK'dan daha sık görüldüğü saptanmıştır. Aynı zamanda İBH'li hastalarda zamanında ve uygun tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabileceği görülmüştür.

Pam Tıp Derg 2018;11(1):11-17

Anahtar sözcükler: Crohn hastalığı, çocuk, inflamatuvar bağırsak hastalığı, ülseratif kolit

Abstract

Purpose: The purpose of our study is to determine demographic, clinical and laboratory, result and response to the treatment qualities by evaluating our patients followed-up due to IBD diagnosis retrospectively and determine the differences regarding IBD subgroups.

Materials and methods: This study was carried out by examining the file records of 68 children between 0-18 years of age diagnosed with IBD in the Pediatric Gastroenterology Polyclinic of Akdeniz University between March 2014 and March 2016. Patients' age, gender, endoscopy findings, histopathology findings, laboratory results during the diagnosis and follow-up, complaints, treatments that they have received and are still continuing, and accompanying disease presence have been examined and compared.

Results: The mean age of 68 patients with IBD diagnosed was 11.53 ± 2.32 and M / F was 1.45. Thirty three (48.52%) are patients diagnosed with Crohn Disease (CD), 27 (39.70%) are diagnosed with ulcerative colitis (UC) and 8 (11.76%) are diagnosed with indeterminate colitis (IC). During initial diagnosis and after treatment, it is seen that there is improvement in all parameters except Hb including CRP, Hb, WBC, PLT albumin and the difference is statistically significant ($p < 0.05$). Most of our patients diagnosed with CD, UC and IC are monitored in remission.

Conclusion: It is found out that CD is seen more frequently in our region in pediatric age group than UC is seen in western countries. At the same time in patients with IBD timely and appropriate treatment could effectively control the disease activity.

Pam Med J 2018;11(1):11-17

Key words: Crohn's disease, child, inflammatory bowel disease, ulcerative colitis

Ahmet Baştürk

Yazışma Adresi: Akdeniz Üniversitesi Pediatrik Gastroenteroloji Bilim Dalı, Antalya
e-mail: drahmetbasturk@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 07.04.2017

Kabul tarihi: 14.08.2017

Giriş

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH), intestinal kanalın yaşam boyu süren kontrolsüz inflamasyonudur. Genel olarak ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH) iki önemli alt grubunu oluşturur. Sınıflandırılmayan kolit veya indetermine kolit (İK) klinik, endoskopik, histolojik hatta kolektomi sonrasında bile herhangi bir gruba dahil edilemeyen olguları kapsar. İK, İBH'nin yaklaşık %1-15'ini oluşturur [1-3]. Yoğun araştırmalara rağmen hastalığın etiyojisi bilinmemekte, genetik olarak yatkın bireylerde çevresel faktörlere bağlı olarak bağırsak bariyer fonksiyonlarının bozulması sonucu oluşan kontrolsüz, denetlenemeyen inflamasyon suçlanmaktadır [4]. Ülseratif kolit primer olarak kolon ve rektumu tutarken, CH tüm gastrointestinal sistemi etkilemekle beraber; çoğunlukla, terminal ileum, çekum, perianal bölge ve kolonu tutmaktadır [5, 6]. İBH'nin insidans ve prevalansı coğrafi bölgeler, ırklar ve etnik gruplara göre önemli farklılıklar göstermektedir. Beyaz ırkta, endüstrilemiş Kuzey Avrupa ülkeleri ve Yahudi ırkında daha sık görülmektedir. Sosyoekonomik durumu iyi olanlarda, şehirde yaşayanlarda daha sık görülmektedir. Hastalık kadın ve erkekte aynı sıklıkta görülmektedir. Hastalığın en sık görüldüğü yaş dönemi 2-3. dekat olup, ikinci pikini 6-7. dekatta yapmaktadır [7].

İBH tanısı anamnez, fizik muayene, laboratuvar, endoskopik, radyolojik ve histopatolojik verilere dayandırılarak konur. Kilitli hastaların %10 kadarında tüm bu tetkiklere rağmen ÜK ile CH ayırımı yapılamaz ki bu grup İK olarak adlandırılır. Serolojik göstergelerden perinükleer antinötrofilik antikor (p-ANCA) ÜK'lı hastaların %70'inde, anti saccharomyces cerevisiae antikorları (ASCA) ise CH'nin 50'sinde bulunması ayırıcı tanıda yararlı olabilir [8, 9].

Çocukluk çağı İBH'nin tedavisinde amaç, en az yan etki ile hastalığı tedavi edebilmenin yanı sıra, hastaliksiz yaşam süresini arttırmak, çocukların fiziksel ve mental gelişimi sürdürmek ve hastalığa bağlı meydana gelen komplikasyonları önlemektir [5].

Çalışmamızın amacı, İBH tanısı ile kliniğimizde izlenen çocuk hastaları retrospektif olarak değerlendirerek hastalarımızın demografik ve klinik özelliklerini, laboratuvar

sonuçlarını, tedaviye yanıt durumlarını belirlemek ve İBH alt grupları arasındaki farklılıkları saptamaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Mart 2014 – Mart 2016 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Pediatrik Gastroenteroloji Polikliniğinde İBH tanısı alan 0-18 yaş arasındaki 68 çocuğun dosya kayıtları incelenerek yapıldı. Çalışma Helsinki Deklarasyon'una uygun olarak yapıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, endoskopi bulguları, histopatoloji bulguları, tanı esnasındaki ve tedavi sonrasındaki laboratuvar sonuçları, şikayetleri, almış oldukları ve halen devam etmekte olan tedaviler ve eşlik eden hastalıklar incelendi. Tanı ve izlemdeki boy ve vücut ağırlığı ve persantilleri, fizik muayene bulguları, ailede İBH ve otoimmün hastalık varlığı dosyalardan incelenerek elde edildi. Hastaların laboratuvar testleri c-reaktif protein (CRP), hemoglobin (Hb), lökosit (WBC), trombosit (PLT), albümin, p-ANCA, ASCA, dışkıda human hemoglobin (hHb), testlerinden oluşmuştur. Girişimsel işlemlerimiz kolonoskopi ve üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopilerinden oluşmuştur. Görüntüleme yöntemleri ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) enterografi kullanılmıştır. Hastaların tedavileri gruplar arasında değişmekle birlikte tedavide metilprednizolon, azathiopurin (AZA), mesalazin, tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) blokerleri ve enteral nutrisyon desteği kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, ABD) versiyon paket programı ve Microsoft Office Excel 2010 sürümü kullanılarak yapıldı. Verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi, Ki-Kare Testi ve Fisher exact testi kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiksel analizinde: sayısal değişkenler için medyan (minimum-maksimum); kategorik veriler için sayı ve yüzde oranları kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Yaş ortalaması 11.53 ± 2.32 yıl olan 68 hastanın % 41.18'ini kızlar oluşturmuş olup, erkek/kız oranı 1.45 olarak saptandı. Hastaların tanı aldıktan sonraki ortalama izlem süresi 12.36 ± 1.42 ay idi. Yedi hastanın (%10.29)

birinci, ikinci veya üçüncü derece akrabalarından birinde İBH tanılı bir hasta bulunmaktaydı. On yedi hastada (%25.0) ebeveynler arası akraba evliliği söz konusuydu. CH en sık görülen (%48.52) İBH idi. En sık başvuru yakınması karın ağrısı olarak kaydedildi. Hastalarımızın demografik özellikleri, başvuru yakınmaları, eşlik eden hastalıklar ve antikörlere göre dağılımı Tablo 1'de gösterildi.

Tanıda ve tedavi sonrasında hastaların laboratuvar parametrelerinden CRP, Hb, WBC,

PLT ve albümin verileri incelendiğinde Hb dışındaki tüm parametrelerde anlamlı düzelme saptandı (Tablo 2).

Tedavide 33 CH tanılı hastanın remisyon indüksiyon tedavisinde tümüne parsiyel enteral nutrisyon desteği ile birlikte metilprednisolon (1-2 mg/kg/gün başlanıp toplamda 6 haftada azaltılarak kesilecek şekilde, p.o.) uygulandı ve idame tedavisi mesalazin (50 mg/kg/gün p.o.) ile sağlandı. Yirmi üç (% 69.69) hastada kortikosteroid ile remisyon sağlanmış iken 10

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, başvuru yakınmaları, eşlik eden hastalıklar ve antikörlere göre dağılımı

Hastalar	İBH n, 68 (%)	CH n, 33 (%)	ÜK n, 27 (%)	İK n, 8 (%)	p1	p2	p3	p4
Yaş	11.5±2.32	8.7±3.41	12.8±1.89	11.4±2.26	0.965*	0.610*	0.606*	0.556*
Cinsiyet	40(59.2) Erkek	21(62.6)	15(56.8)	4(50)	0.774**	0.527**	0.409**	0.431**
	28(40.8) Kız	12(37.4)	12(43.2)	4(50)				
Karın ağrısı	42(61.2)	23(69.7)	15(55.5)	4(50)	0.429	0.426	0.972**	0.616**
İshal	39(58.4)	23(69.7)	12(43.8)	4(50)	0.416	0.093**	0.431**	0.155**
Hematokezya	50(73.8)	21(63.6)	24(89.6)	5(34.5)	0.183	0.103**	0.011	0.015
Kilo kaybı	7(10.6)	4(12.1)	2(7.4)	1(12.5)	0.429	0.261	0.879	0.408
Büyüme geriliği	22(32.7)	19(57.5)	0(0)	3(3.7)	<0.001**	<0.001**	-	0.003
Perianal abse	6(8.3)	5(15.1)	1(3.7)	0(0)	0.448	0.285	1.000	0.328
Ailevi akdeniz ateşi	7(10.29)	5(15.1)	2(7.4)	0(0)	0.519**	-	-	-
Çölyak hastalığı	4(5.88)	3(9.1)	1(3.7)	0(0)	0.147**	-	-	-
p-ANCA	18(26.47)	3(9.1)	13(48.14)	2(25)	0.028	0.273	0.182	0.934
ASCA	13(19.11)	12(36.36)	1(3.7)	0(0)	0.003	-	-	-

CH: Crohn Hastalığı, ÜK: Ülseratif kolit, İBH: İnflamatuvar barsak hastalığı, İK: İndetermine kolit
p-ANCA: perinükleer-aninötrofilik sitoplazmik antikor, ASCA: anti saccharomyces cerevisiae antikörları
p1 CH-ÜK, p2 CH-İK, p3 ÜK-İK, p4 İBH-İK
*. Mann Whitney U Testi, **. Ki-Kare Testi, Diğerleri için F

Tablo 2. İnflamatuvar bağırsak hastalıklı hastalarımızın laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

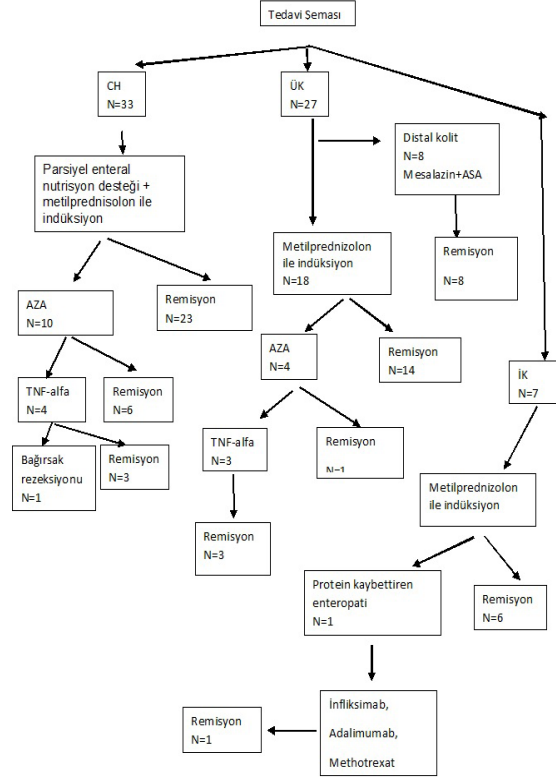
	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p*
Hb (g/dL)	10.741±3.7	10.862±4.8	0.192
WBC (sayı/mm³)	12132.671±3270.26	10250.426±4350.53	0.032
PLT (sayı/mm³)	378628.28±318.627	247690.31±313.531	0.018
CRP (mg/dL)	3.461±2.9	0.257±0.25	0.041
Albümin (g/dL)	3.621±1.2	4.927±0.71	0.019

Hb: Hemoglobin, WBC: Lökosit, PLT: Trombosit, CRP: C-reaktif protein, *Ki-Kare Testi

(%30.3) hastada kortikosteroid ile remisyona sağlanamadığından tedaviye AZA (0.5 mg/kg/gün başlanıp 2 mg/kg/gün'e artırılmıştır) eklenip kortikosteroid kesildi. Ancak 4 (%12.12) hasta AZA tedavisine yanıt vermemiş olup tedaviye infliksimab eklendi. İnfliksimab ile 3 (%9.09) hasta remisyona girdi. Bir hastada ince bağırsak perforasyonu sonrası geçirdiği bağırsak rezeksiyonu sonrası aktif şikayeti olmadığından infliksimab kesildi. Mesalazinin idamesindeki 8 (%24.24) hastada tamamen remisyona sağlanarak mesalazinin tedavisi sonlandırıldı. Enteral nutrisyon desteği, uyum problemleri nedeni ile hastalar tarafından düzgün kullanılmadığından tedavideki etkisi değerlendirilemedi.

ÜK tanılı 27 hastanın 9'da (%33.33) sadece distal kolit saptandığından tedavide mesalazinin (30 mg/kg/gün p.o) ve lokal aminosalisik asit (ASA) uygulandı. Geriye kalan 18 (%66.66) hastada pankolit olduğundan tedavide metilprednizolon (1-2 mg/kg/gün başlanıp toplamda 6 haftada azaltılarak kesilecek şekilde, p.o.) başlanmış olup idamede mesalazinin (30 mg/kg/gün p.o) eklendi. Ancak 4 (%14.81) hastada kortikosteroid ile remisyona sağlanamadığından tedaviye AZA (0.5 mg/kg/gün başlanıp 2 mg/kg/gün'e çıkılmıştır) eklendi ve sonrasında kortikosteroid kesildi. AZA ve mesalazinin tedavisine yanıt alınamayan kortikosteroid bağımlı 2 (%7.4) hastada infliksimab başlandı. Bir (%3.7) hastada AZA'ya bağlı pankreatit gelişti ve aynı zamanda kortikosteroid bağımlısı olan hastada infliksimab başlandı. Her 3 (%11.11) hasta da infliksimab altında remisyona girdi. ÜK tanılı hastalarda tamamen remisyona giren 11'nin (%40.74) tedavisi sonlandırıldı.

İK tanılı hastalara kortikosteroid, AZA ve mesalazinin tedavileri uygulanmış olup 6 (%85.71) hastanın remisyona sağlandığından tedavisi sonlandırıldı. Ancak 1 (%14.28) hastada ince bağırsak tutulumu olup protein kaybettiren enteropati ile geliştiği için tedaviye infliksimab eklendi. Ancak anafaksi gelişmesi nedeni ile tedavisi adalimumab'a değiştirildi. Protein kaybının devam etmesi nedeni ile tedaviye methotrexat (15 mg/hafta) eklenerek remisyona sağlandı. Hastalarımızın tedavi şeması Şekil-1'de gösterildi.



Şekil 1. Hastaların tedavi şeması

Ortalama remisyona süreleri CH'da 4.2 hafta, ÜK'de 2.8 hafta ve İK'de 3.5 hafta olduğu görüldü.

Tartışma

İBH ile ilgili son zamanlarda yapılan çalışmalarda CH'nin ÜK'ye nazaran daha fazla görüldüğü saptanmıştır [10, 11]. Özellikle kuzey ülkelerinde Kuzey Amerika, Kuzey Batı Avrupa'da (İngiltere, İskandinavya) bu artış Güney Avrupa, Güney Afrika ve Avustralya'ya oranla daha çarpıcıdır. Fransa'da yapılan bir çalışmada her yeni ÜK olgusuna karşın dört CH tespit edilmiştir [12]. Çalışmamızın sonucu da yukarıdaki veriler ile uyumlu olup hastalarımızın büyük çoğunluğunu CH tanılı hastalar oluşturmaktaydı.

Ülkemizde yapılan 702 İBH olgusunun epidemiyolojik verilerinin araştırıldığı bir çalışmada, erkeklerin kadınlara oranı ÜK'de 1.2 CH olgularında 1.6 olarak saptanmıştır [13]. Çalışmamızda CH'de 1.61 ve ÜK'de 1.3 olarak bulduğumuz oranlar yukarıdaki çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

ÜK'li hastalarda en sık görülen bulgu kanlı, mukuslu diyaredir. Karın ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı ve tenezm görülebilir. CH'de ise yaygın

karın ağrısı olur. Yumuşak sık dışkılama ve kilo kaybı olabilir. Kolon tutulumunda diyare ve karın ağrısı ön planda olup rektum tutulumu nadir olduğundan tenezm çok nadir bir semptomdur. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ÜK’li hastalarda en çok kanlı diyare veya hematokezya, karın ağrısı, kilo kaybı ve ateş görülürken; CH tanılı olgularda karın ağrısı, kilo kaybı, kanlı diyare ve ateş en çok başvuru nedeni olmuştur [13]. Bizim çalışmamızda yukarıdaki çalışmanın sonucu ile uyumlu olup ÜK grubunda en sık başvuru nedeni hematokezya iken CH grubunda karın ağrısı, ishal ve kilo kaybı daha fazla gözlemlendi.

Ülkemizde Beşer ve ark. [14] İBH’li hastalarda %26.4 oranında AAA’nın eşlik ettiğini saptamışlardır. Çalışmamızda da hastalarımızın %10.2’sine AAA eşlik etmiştir.

Moran ve ark. [15]. İBH’li çocuklarda laboratuvar tetkikleri ile yaptıkları çalışmada ESR artışı, albümin düşüklüğü, CRP yüksekliği, trombositöz değerlerinin anlamlı olduğunu saptamış olup Hb’de anlamlı düşüş saptamadılar. Mack ve ark. [16] ise yaptıkları çalışmada ÜK’li hastalarda laboratuvar değerlerinin anlamlı olduğunu gözlemlemiş iken CH tanılı hastalarda ise anlamlı ilişki gözlemediler. Çalışmamızda Moran ve ark.’nın [15] yaptıkları çalışması ile uyumlu olarak albümin, trombosit, CRP ve lökosit da düzeyleri ile anlamlı ilişki saptandı.

ASCA, CH’li hastaların %40-80’inde, P-ANCA ÜK’li çocuk ve erişkin hastaların % 60-80’inde pozitifdir [17, 18]. Çalışmamızda ÜK’li hastaların %48.3’de P-ANCA pozitif iken CH’li hastaların %36.3’de ASCA pozitifliği saptandı.

Orta ve ağır tutulumlu İBH’li hastalarda tedavide 1-2 mg/kg/gün kortikosteroidler kullanılmakta olup çalışmamızda da orta ve ağır tüm olguların tedavisinde kortikosteroid kullanıldı [19].

Ciddi CH’li hastalarda 5-ASA preparatlarının indüksiyon ve remisyon tedavisinde etkinlikleri yoktur. Mesalaminin distal ince bağırsak ve kalın bağırsak hastalarında etkisi doza bağlıdır, çocuklarda dozu 50 mg/kg’dır. Distal kolon tutulumlarında lavman tarzı etkin olmaktadır. İdame tedavisinde steroidin bırakılmasını kolaylaştırmaktadır [20]. Çalışmamızda CH’li hastaların remisyon tedavisinde kullanılmış olup hastaların büyük çoğunluğunda kortikosteroidin kesilmesini sağladı.

5-ASA hafif ÜK olgularının %50-90’ında hastalığı kontrol etmekte; %70-90’ında da remisyonu sağlamakta olup çalışmamızda da hafif ÜK’li tüm olgularda remisyonu sağlandı. [20].

İmmünomodülatör ilaçlar kortizona bağımlı hastalarda giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Kortikosteroidlere dirençli olgularda 6-mercaptopurine (1-1.5 mg/kg/gün) ya da AZA 2-2.5 mg/kg /gün kullanılmaktadır. Bu tedavilerin etkisinin başlaması 3-6 ay alacağından dolayı primer tedavi olarak başlanmaktadır. Steroidle birlikte kullanıldıklarında steroidin daha erken dönemde bırakılmasına yaramaktadır ve remisyon süresi ilk 18 aya uzamaktadır [21, 22]. Çalışmamızda da kortikosteroid ile remisyon sağlanamayan hastalarımıza ilave başlanan AZA sonrası büyük çoğunluğunda remisyon sağlanmış olup kortikosteroid kesildi.

Dirençli olgularda anti-TNF antikoru (infliximab) kullanılmaktadır. Çocuklarda yapılan çok merkezli bir çalışmada steroidle birlikte ya da steroidsiz tedavi altında olan orta ve ağır CH’li hastalara infliximab tedavisi uygulanmıştır. İnfliximab alan hastaların %88’inde 10. haftada Pediatrik Crohn Aktivitesi İndeksi (PCAI)’de 15 puanlık bir düşüş tespit edilmiş. Elli dördüncü haftada 8 haftada bir tedavi gören hastaların %56’sında, 12 haftada bir tedavi görenlerin ise %24’ünde klinik remisyon tespit edilmiş olup bizim çalışmamızda da tedaviye yanıtız olgularımızda 1’i dışında etkili olmuş ve remisyon sağlanmıştır [23, 24].

Steroidle dirençli olgularda metotrexat kullanılmakta olup bizim de bir olgumuzda metotrexat ile remisyon sağlandı [23, 25].

ABD’de Crohn hastalığında enteral nutrisyonun remisyon indüksiyonunda kortikosteroidler kadar etkin olmadığı, bu nedenle de hastalara standart enteral nutrisyon tedavisi önerilemeyeceği görüşü hakim iken, WGO özellikle çocuklarda enteral nutrisyonun remisyon indüksiyonunda öncelikli olarak göz önünde tutulması gerektiği belirtilmektedir. Dziechciarz ve ark.’nın [26] 11 çalışmanın verilerini değerlendirdikleri meta-analizde çocuk hastalarda enteral nutrisyonun remisyon indüksiyonunda kortikosteroid kadar etkin olduğu bildirilmektedir. Matsui ve ark. [27] enteral nutrisyon tedavisi alan hastalarda almayanlara göre cerrahi ihtiyacı ve mortalite

hızını daha düşük olarak saptanmışlardır. CH'li olgularımızın büyük çoğunluğunda remisyona indüksiyonunda kortikosteroid ile birlikte enteral nutriyon desteğinde bulunuldu. Ancak hastalarımızın enteral nutrisyona uyum problemlerinden dolayı düzenli kullanmadığından tedavideki etkisi değerlendirilemedi.

Çalışmamızın sadece bölgesel olarak yapılmış olmasından dolayı ülkemiz verilerini yansıtmaması ve enteral nutrisyon desteğinin düzenli uygulanamamış olmasından dolayı tedavideki yanıtın belirlenememesi çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

Sonuç olarak bölgemizde, batılı ülkelerde olduğu gibi çocukluk yaş grubunda CH'nin, ÜK'dan daha sık görüldüğü saptanmıştır. Aynı zamanda İBH'li hastalarda zamanında ve uygun tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabileceği görülmüştür.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Kaynaklar

- Guindi M, Riddell RH. Indeterminate colitis. *J Clin Pathol* 2004;57:1233-1244.
- Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006;55:749-753.
- Hadithi M, Cazemier M, Meijer GA, et al. Retrospective analysis of old-age colitis in the Dutch inflammatory bowel disease population. *World J Gastroenterol* 2008;14:3183-3187.
- Blumberg RS, Strober W. Prospects for research in inflammatory bowel disease. *JAMA* 2001;285:643-647.
- Baumgart DC. What's new inflammatory bowel disease in 2008? *World J Gastroenterol* 2008;14:329-330.
- Shanahan F. Crohn's disease. *Lancet* 2002;359:62-69.
- Scott MM, Ekbohm A. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Curr Opin iGastroenterol* 2002;18:416-420.
- Saxon A, Shanahan F, Landers C, Ganz T, Targan S. A distinct subset of antineutrophil cytoplasmic antibodies is associated with inflammatory bowel disease. *J Allergy Clin Immunol* 1990;86:202-210.
- Rigaud D, Cosnes J, Le Quintrec Y, Rene E, Gendre JP, Mignon M. Controlled trial comparing two types of enteral nutrition in treatment of active Crohn's disease: elemental versus polymeric diet. *Gut* 1991;32:1492-1497.
- Vernier-Massouille G, Balde M, Salleron J, et al. Natural history of pediatric Crohn's disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 2008;135:1106-1113.
- Benchimol EI, Guttman A, Griffiths AM, et al. Increasing incidence of paediatric inflammatory bowel disease in Ontario, Canada: evidence from health administrative data. *Gut* 2009;58:1490-1497.
- Gottrand F, Colombel JF, Moreno L, Salomez JL, Farriaux JP, Cortot A. Incidence of inflammatory bowel diseases in children in the Nord Pas de Calais region. *Arch Fr Pediatr* 1991;48:25-28.
- Ozin Y, Kilic MZ, Nadir I, et al. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey. *J Gastrointestin Liver Dis* 2009;18:157-162.
- Beşer ÖF, Kutlu T, Çokuğraş FÇ, Erkan T. İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanılı Çocukların Uzun Süreli İzlemi: 53 Olgunun Değerlendirilmesi. *J Curr Pediatr* 2015; 13: 81-88.
- Moran CJ, Kaplan JL, Winter HS, Masiakos PT. Occult blood and perianal examination: value added in pediatric inflammatory bowel disease screening. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;61:52-55.
- Mack DR, Langton C, Markowitz J, et al. Laboratory values for children with newly diagnosed inflammatory bowel disease. *Pediatrics.* 2007;119:1113-1119.
- Ruemmele FM, Targan SR, Levy G, Dubinsky M, Braun J, Seidman EG. Diagnostic accuracy of serological assays in pediatric inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1998;115:822-829.
- Winter HS, Landers CJ, Winkelstein A, Vidrich A, Targan SR. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in children with ulcerative colitis. *J Pediatr* 1994;125:707-711.
- Leichtner AM, Higuchi L. Ulcerative colitis. In: Walker WA, Goulet O, Kleinman RE, Sherman PM, Schneider BL, Sanderson IR (ed) s. *Pediatric Gastrointestinal Disease.* Fourth ed. Canada: BC Decker, 2004;825-849.
- Marchowitz J, Grancher K, Kohn N, Daum F. Immunomodulatory therapy for pediatric inflammatory bowel disease: changing patterns of use 1990-200. *Am J Gastroenterol* 2002;97:928-932.
- Marchowitz J, Grancher K, Kohn N, Lesser M, Daum F. A multicenter trial of 6 mercaptopurine and prednisone in children with newly diagnosed Crohn's disease. *Gastroenterology* 2000;119:895-902.
- Mamula P, Mascarenhas MR, Baldassano RN. Biological and novel therapies for inflammatory bowel disease in children. *Pediatr Clin Noth Am* 2002;49:1-25.
- Markowitz J. Current treatment of inflammatory bowel disease in children. *Dig Liver Dis* 2008;40:16-21.
- Borelli O, Bascietto C, Viola F, et al. Infliximab heals intestinal inflammatory lesions and restores growth in children with Crohn's disease. *Dig Liver Dis* 2004;36:342-347.

25. Noble A, Baldassano R, Mamula P. Novel therapeutic options in the inflammatory bowel disease world. *Dig Liver Dis* 2008;40:22-31.
26. Dziechciarz P, Horvath A, Shamir R, Szajewska H. Meta-analysis: enteral nutrition in active Crohn's disease in children. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:795-806.
27. Matsui T, Sakurai T, Yao T. Nutritional therapy for Crohn's disease in Japan. *J Gastroenterol* 2005;40(Suppl 16):25-31.