



GİRİŞ

İnflamatuar barsak hastalıkları (İBH) etiyolojileri tam olarak bilinmeyen kronik, immün aracılı inflammatuar gastrointestinal hastalıklardır. Ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH) İBH'nın ana alt tipleridir. Her iki hastalığın klinik özellikleri ve patofizyolojileri farklı olsa da tekrarlayan akut atak epizodları ile karakterize hastalıklardır.

İBH'nın küresel insidansı ve prevalansı ortalama 100000 kişide 147 vaka olarak bildirilse de incelenen farklı toplumlara göre değişkenlik göstermektedir. İBH sıklığı Asya, Güney Amerika ve Orta Doğu'daki yeni sanayileşmiş ülkelerde hızlı artışlar gösterdi ve her kıtada yaygınlaşan küresel bir hastalığa dönüştü. Dünya çapında en yüksek İBH prevalansı Avrupa'da bulunmaktadır. Avrupa'da CH 100000 kişide 322 ve ÜK 100000 kişide 505 prevalansa sahiptir.

İBH kronik bir hastalıktır ve sürekli tedavi gerektirir. Hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve genellikle ömür boyu takip gerektirir. Göz ile ilgili bulgular hastalığın ekstraintestinal belirtisi (EİB) olarak ortaya çıkabilir veya hastanın kullandığı ilaçlara bağlı olarak gelişebilir. Göz bulguları spesifik olmayabilir ancak hastalığın seyri sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar içerisinde yer alır. Bu sebeple olumsuz sonuçları önlemek için erken teşhis ve tedavi gereklidir.

EKSTRAİNTESTİNEL BULGULAR

Altta yatan hastalık göz önüne alındığında, EİB prevalansı değişkendir ve ÜK'de % 12 ile % 35 ve CH'da % 25 ile % 70 arasında değişmektedir. İBH'lı hastaların % 6-40'ında yaşam kalitesini bozan bir veya birden fazla EİB mevcuttur. Bunlar hastayı primer hastalığından bile daha fazla olumsuz yönde etkileyebilmektedir. EİB'ların patogenezi multifaktöriyeldir ve tam olarak an-

¹ Doç. Dr., Aksaray Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD. Gastroenteroloji BD., mehmetkuatyalcin@gmail.com

SONUÇ VE ÖNERİLER

Doktorlar, oküler tutulumun CH'da ve aktif IBH'de, özellikle de diğer extraintestinal bulguların varlığında daha yaygın olduğunu unutmamalıdır. IBH'deki oftalmik semptomlar esas olarak spesifik değildir ve bunların önemi klinisyen tarafından anlaşılmayabilir. Ayrıca, oküler dokularda asemptomatik inflamasyon meydana gelebilir, bu nedenle tüm IBH hastalarında (oküler semptomları olan veya olmayan), özellikle IBH tedavisindeki değişikliklerden önce rutin bir oftalmik takip önerilir, çünkü bazı ilaçlar oküler yan etkilere neden olabilir. Çoğu oftalmik belirtinin, erken fark edilirse sekelsiz tedavi edilebileceğini unutmamak önemlidir.

Oftalmologlar, IBH'nin oftalmik belirtilerinin sistemik hastalıktan önce ortaya çıkabileceğini ve etiyolojisi bilinmeyen kronik üveitte sistematik anamnez yapılması gerektiğini dikkate almalıdır. Burada etyolojiyi araştırmaya yönelik gastrointestinal sistem ile ilgili yakınmaları sorgulamak faydalı olacaktır. Bu amaçla hastanın kronik karın ağrısı, kilo kaybı, kabızlık veya kronik ishal yakınmalarının sorgulanması ve şüpheli bir durumda IBH açısından değerlendirilmek üzere gastroenteroloji görüşü alınması önerilir. Aynı şekilde üveiti olan bir hastada dermatolojik bulgular saptanması veya hastanın öyküsünde cilt lezyonlarından yakınması durumunda hasta IBH açısından değerlendirilmelidir. Kronik veya tekrarlayan sistemik kortikosteroid kullanan hastalar, katarakt ve glokom riskine karşı uyarılmalıdır.

IBH hastasının yönetimi esnasında gastroenterologlar ve oftalmologlar ile işbirliği içinde bulunmalıdır. Hastaların takibi esnasında periyodik göz muayeneleri yapılmalı ayrıca kullanılan ilaçların göz ile ilgili yan etkileri açısından uyanık olunmalı ve klinikler arası işbirliğine önem verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ye Y, Pang Z, Chen W, Ju S, Zhou C. The epidemiology and risk factors of inflammatory bowel disease. *Int J Clin Exp Med* 2015; 8: 22529-22542.
2. Lakatos L, Pandur T, David G, Balogh Z, Kuronya P, Tollas A, et al. Association of extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary with disease phenotype: results of a 25-year follow-up study. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2300-2307.
3. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet* 2017; 389: 1756-1770.
4. Silva FA, Rodrigues BL, Ayrizono ML, Leal RF. The Immunological Basis of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Res Pract* 2016; 2016: 2097274.
5. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F, et al. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *Rev Gastroenterol Mex* 2017; 82: 46-84.

6. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* 2017; 389: 1741-1755.
7. Malik TA. Inflammatory Bowel Disease: Historical Perspective, Epidemiology, and Risk Factors. *Surg Clin North Am* 2015; 95: 1105-1122.
8. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 12: 720-727.
9. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Yu N. The prevalence of extraintestinal diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1116-1122.
10. Vavricka SR, Brun L, Ballabeni P, Pittet V, Prinz Vavricka BM, Zeitz J, et al. Frequency and risk factors for extraintestinal manifestations in the Swiss inflammatory bowel disease cohort. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 110-119.
11. Lanna CC, Ferrari Mde L, Rocha SL, Nascimento E, de Carvalho MA, da Cunha AS. A cross-sectional study of 130 Brazilian patients with Crohn's disease and ulcerative colitis: analysis of articular and ophthalmologic manifestations. *Clin Rheumatol* 2008; 27: 503-509.
12. Bandyopadhyay D, Bandyopadhyay S, Ghosh P, De A, Bhattacharya A, Dhali GK, et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease: Prevalence and predictors in Indian patients. *Indian J Gastroenterol* 2015; 34: 387-394.
13. D, Paoluzi P, Vernia P. Extraintestinal manifestations in a large series of Italian inflammatory bowel disease patients. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 17463-17467.
14. Pham M, Chow CC, Badawi D, Tu EY. Use of infliximab in the treatment of peripheral ulcerative keratitis in Crohn disease. *Am J Ophthalmol* 2011; 152: 183-188.e2
15. Yilmaz S, Aydemir S, Maden A, Unsal B. The prevalence of ocular involvement in patients with inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 1027-1030.
16. Crohn BB. Ocular lesions complicating ulcerative colitis. *Am J Med Sci* 1925; 169: 260-267.
17. Santeford A, Wiley LA, Park S, Bamba S, Nakamura R, Gdoura A, et al. Impaired autophagy in macrophages promotes inflammatory eye disease. *Autophagy* 2016; 12: 1876-1885.
18. Lin P, Tessler HH, Goldstein DA. Family history of inflammatory bowel disease in patients with idiopathic ocular inflammation. *Am J Ophthalmol* 2006; 141: 1097-1104.
19. Karmiris K, Avgerinos A, Tavernaraki A, Zeglinas C, Karatzas P, Koukouratos T, et al. Prevalence and Characteristics of Extra-intestinal Manifestations in a Large Cohort of Greek Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2016; 10: 429-436.
20. Manser CN, Borovicka J, Seibold F, Vavricka SR, Lakatos PL, Fried M, et al. Investigators of the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study. Risk factors for complications in patients with ulcerative colitis. *United European Gastroenterol J* 2016; 4: 281-287.
21. Cloché V, Buisson A, Tréchet F, Batta B, Locatelli A, Favel C, et al. Ocular symptoms are not predictive of ophthalmologic inflammation in inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis* 2013; 45: 195-199.
22. Loftus EV Jr. Management of extraintestinal manifestations and other complications of inflammatory bowel disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2004; 6: 506-513.
23. Williams H, Walker D, Orchard TR. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2008; 10: 597-605.
24. Cury DB, Moss AC. Ocular manifestations in a communitybased cohort of patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16: 1393-1396.
25. Mady R, Grover W, Butrus S. Ocular complications of inflammatory bowel disease. *ScientificWorldJournal* 2015; 2015: 438402.