

ERİSKİNDE AKUT İNFEKSİYÖZ İSHALLER VE TEDAVİLERİ

Filiz GÜNSEREN

GİRİŞ

İnfeksiyöz ishaller tüm dünyada başta gelen morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Dünyada bir yıl boyunca 3-5 milyarı aşan ishal olgusu ortaya çıkmakta ve çoğunluğun 5 yaşın altındaki çocukların oluşturduğu 5-10 milyon kişi ishale bağlı nedenlerden ölmektedir.

Ishal, akut dönemdeki etkilerinin yanısıra STEC'nin (enterohemorajik *E.coli*) neden olduğu böbrek yetmezliği ile seyreden hemolitik üremik sendrom (HUS) ve *C.jejuni* infeksiyonu sonrası gelişen Guillain-Barré sendromu gibi uzun dönemli sekellere de neden olabilmektedir. Günümüzde çocukların yanı sıra ishali hastalıkların neden olduğu komplikasyonlar açısından risk altında bulunan diğer bir grup ileri yaşlardaki populasyondur.

KLİNİK TANIMLAMALAR

Ishal genel olarak dışkı su içeriğinin, hacminin veya dışkılama sayısının artışı ile karakterli, normal barsak hareketlerinde ortaya çıkan değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Yaş ve beslenme alışkanlığı ile değişebilse de günlük normal dışkı ağırlığı 200-300 g, su miktarı 250 ml, sayısı günde 3'ten azdır.

Ishaller infeksiyöz ve infeksiyöz olmayan çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. İnfeksiyöz ishal, etyolojisinde infeksiyon etkenlerinin rol oynadığı, klinik tabloya bulantı, kusma, karın ağrısı ve kimi kez de ateş gibi sistemik belirtilerin eşlik ettiği ishal olarak kabul edilmektedir.

Ishaller akut ve persistan olarak da sınıflandırılabilirler. Akut ishaller 14 günden kısa süren ishallerdir. Ishallerin çoğu bu süreyi aşmadan iyileşmektedir ve sıklıkla infeksiyon etkenlerine veya aşırı miktarda tüketilen alkol, lifli ya da yağlı gıdalara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Persistan ishaller 14 günü aşan ve çoğunlukla infeksiyon dışı nedenlerle meydana gelen ishallerdir. Bazı araştırmacılar 30 günden daha uzun süren ishalleri kronik ishaller olarak sınıflandırmaktadır.

Ishaller sürelerinin dışında klinik özellikleri ya da eşlik eden sistemik belirti ve bulgulara göre de çeşitli adlar altında incelenebilmektedir.

Gastroenterit mide ve ince barsağın birlikte etkilendiği, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı gibi yakınmalarla seyreden klinik tablodur.

Enterokolit ise ince ve kalın barsak mukozasını aynı anda tutan, ağırlıklı olarak ateş, karın ağrısı ve ishalin görüldüğü klinik tablodur.

Dizanteri sendromu, kolon ve distal ince barsak segmentlerinin tutulduğu, kramp biçiminde karın ağrısı, kanlı ve muküslü ishal ve tenezmle karakterli bir hastalıktır. Dizante-

rı sendromu infeksiyöz ve infeksiyöz olmayan değişik etyolojilere bağlı olarak oluşabildiğinden bu şekilde isimlendirilmiştir. Tenezm ise, sık sık ve ağrılı dışkılama ya da dışkılama hissiderdir. Tenezmli hasta boşalamadığını ya da rahatlayamadığını hisseder.

Bu klinik tanımlamaların dışında dışkinin ve dışkılamanın şekline göre de ishaller ince barsak tipi (bol ve sulu dışkılama) ve kalınbarsak tipi (az az ve sık dışkılama) olarak da ayrılabilmektedir.

YAKLAŞIM

Günümüzde ishali hastalıklara neden olan etkenlerin sayısı, artan nüfus, sosyoekonomik düzeydeki düşüşler, hijyen koşullarının sağlanamaması, gıda üretiminin sanayileşmesi ve küreselleşmenin de etkisiyle giderek artmaktadır. Ishali hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesi için optimal tanı, tedavi ve korunma metodlarının belirlenmesi gerekmektedir. Ishaller ayrıca akılç olmayan antibiyotik kullanımının da başlıca nedenleri arasındadır. Oysa ki ateşin ve dışkıda lökosit varlığının olmadığı durumlarda sıklıkla antibiyotik kullanılmamasına gerek yoktur.

Başa Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere çeşitli sağlık örgütleri ve kuruluşlar tarafından konuya ilgili kılavuzlar yayılmış olarak korunma, tanı ve tedavi alanlarında akılç yaklaşım hedeflenmeye çalışılmıştır.

Enterik infeksiyonların sıklığı, tipi ve ciddiyeti, kim olduğunuz, ne zaman, nerede olduğunuzla çok yakından ilgilidir. Bu nedenle akut ishali bir olguya akılç yaklaşımında epidemiyolojik ve klinik özelliklerin ayrıntılı olarak sorgulanması ilk ve en önemli basamağı oluşturmaktadır.

Ishali bir olguda şu soruların yanıtları aranmalıdır: (1) riskli bölgelere seyahat; (2) güvenilir olmayan gıdaların tüketimi (çig etler, yumurta, kabuklu deniz ürünleri, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri veya meyve suları) ve işlenmemiş su tüketimi (nehir, göl, kuyu vb. sularının içilmesi); (4) hasta hayvanlarla temas; (5) çocuk yuvalarında bulunma veya çalışma; (6) toplu çalışan/yaşanan yerlerde diğer hasta kişilerin varlığı; (7) ilaç kullanımı (antibiyotik, laksatifler, alkol ve antineoplastik ilaçlar); (8) kişide infeksiyöz ishaller açısından risk oluşturabilecek altta yatan hastalıkların varlığı (malignansi, AIDS, geçirilmiş gastrektomi, ileri yaş) ve eğer uygunsa anal, anal-oral cinsel ilişki varlığı; (9) gıda sektöründe ya da bakım evlerinde çalışma.

Yaklaşımda önemli olabilecek başlıca klinik özellikler ise şunlardır: (1) hastalığın ne zaman ve nasıl başladığı (ani veya tedrici başlangıç, semptomların süresi); (2) dışkinin özellikleri (sulu, kanlı, muküslü, pürülün, yağlı, vb.); (3) dışkılama sayısı ve çıkarılan dışkı miktarı; (4) dizanteri semptom-

larının varlığı (ateş, tenezm, dışkıda kan ve/veya cerahat varlığı; (5) dehidratasyon bulguları (susuzluk, taşikardi, ortostatik hipotansiyon, idrar çıkışının azalması, letarji, azalmış deri turgoru); (6) eşlik eden diğer semptomlar, sıklıklarını ve şiddeti (bulantı, kusma, karın ağrısı, kramplar, baş ağrısı, kas ağruları, biliç değişiklikleri).

Fizik bakıda özellikle vital bulguların (ateş, nabız ve kan basıncı), dehidratasyonun (mukozalarda kuruluk, deri turgorunda azalma), batında hassasiyet ve biliç değişikliklerinin değerlendirilmesi önem taşır. İshalli hastalıklara en sık neden olan etkenler ve klinik özelliklerini tablo 1'de gösterilmiştir. Birkaç istisna dışında klinik özelliklerin etkenin belirlenmesindeki prediktif değeri oldukça düşük bulunmuştur.

TEDAVİ

Halen rehidratasyonun sağlanması, uygun beslenme ve indikasyon varsa antimikrobiyal ilaçların kullanımı ishal-li olgulara yaklaşımda anahtar konuları oluşturmaktadır. Antidiyareik ilaçların kullanımı çoğunlukla önerilmez. Erişkin hastaların şiddetli kusmalarında antiemetik bir ilaç kullanılabilir.

Ishalli olgularda öncelikle dehidratasyon varlığının ve derecesinin belirlenmesi yaşamsal önem taşır. Dehidratasyon bulguları sıkılıkla fizik bakı ile değerlendirilir ve gerektiği miktarda ve içерikte oral veya parenteral yoldan kayıpların replasmanı sağlanır (Tablo 2, 3). Parenteral tedavi verilen olgularda alabildiği andan itibaren kontrollü olarak oral tedaviye geçilmeli ve beslenmenin sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Tablo 1. Akut infeksiyöz ishallerde kliniğe göre olası etyolojik tam (4'den değiştirilerek).

Klinik belirti ve bulgu	Olası etyoloji
* Ciddi bulantı ve kusma	Bakteriyel toksinlerin hazır bulunduğu besin zehirlenmeleri
* Pirinç suyu görünümünde bol sulu ishal (karın ağrılı ve ağrısız)	
* Dizanteri sendromu	Kolera veya turist ishalı Shigella, E.histolytica, C.difficile, infeksiyöz olmayan nedenler (ülseratif kolit gibi) STEC 0157 (Shiga-benzeri toksin üreten suş) STEC 0157, Shigella dysenteriae (tip 1) Y.enterocolitica S.flexneri
* Hemorajik kolit (düşük lökositler)	İnflamatuvlar ishal veya dizanteri
* Hemolitik üremik sendrom	Shigella (özellikle S.flexneri), Y.enterocolitica, C.jejuni
* Akut apendisit benzeri sendrom veya eritema nodozum	
* Konvülsyon	
* Yüksek ateş	
* Reaktif artrit (spondilitartropati)	

Tablo 2. Dehidratasyon derecelerine göre klinik ve laboratuvar bulguları (1).

	Hafif (24 saat ishal veya kusma)	Orta (48 saat ishal)	Ağır (10 dışkı/gün, 48 saat toksin ile ilişkili ishal)
Total vücut sıvı kaybı (%)	% 5'ten az	% 5-10	% 10'dan fazla
Kaybedilen sıvı miktarı			
Küçük çocuk (<2 yaş)	50 mL/kg	100 mL/kg	150 mL/kg
Büyük çocuk ve erişkin	1.0-2.0 L	2.0-4.5 L	4.5-8.5 L
Zayıf	40 mL/kg	80 mL/kg	120 mL/kg
Şişman	30 mL/kg	60 mL/kg	90 mL/kg
Na+ kaybı	2.5-5.0 mmol/kg	5.0-10.0 mmol/kg	10.0-20.0 mmol/kg
Bulgular	Halsızlık, iştahsızlık, bulantı, postüral hipotansiyon	Apati, yorgunluk, kuru dil, göz çukurlarında belirginleşme, kas krampları, baş ağrısı, cilt turgorunda azalma, soluk yüz, hipotansiyon (sistolik kan basıncı <90 mmHg), taşikardi, oligürü	Belirgin apati, konfüzyon, koma, şok, taşikardi, belirgin periferik vazokonstrüksiyon, hipotansiyon (sistolik kan basıncı <90 mmHg), üremi, oligo-anüri

İshalli bir hasta değerlendirilirken ileri laboratuvar tetkiklerine ve antimikrobiyal tedaviye gerek olup olmadığına karar verilmelidir. Akut infeksiyöz ishallerin % 85-90'ı kendini sınırlayıcıdır ve özgül antimikrobiyal tedaviyi gerektirmez. Bu olgularda destek tedavisi yeterlidir ve çoğunlukla laboratuvar tetkikleri gerekmeyez. Ayrıca halk sağlığı açısından bir salgın varlığının olup olmadığı araştırılmalıdır ve gerekli durumlarda salgına yönelik incelemeler de başlatılmalıdır.

İshal 24 saatten uzun sürmüse, yüksek ateş, kanlı ishal, dışkıda lökosit varlığı (veya laktotferrin pozitifliği), ciddi dehidratasyon ve alta yatan bir hastalık söz konusu ise kap-

samlı incelemelere gerek vardır (Şekil).

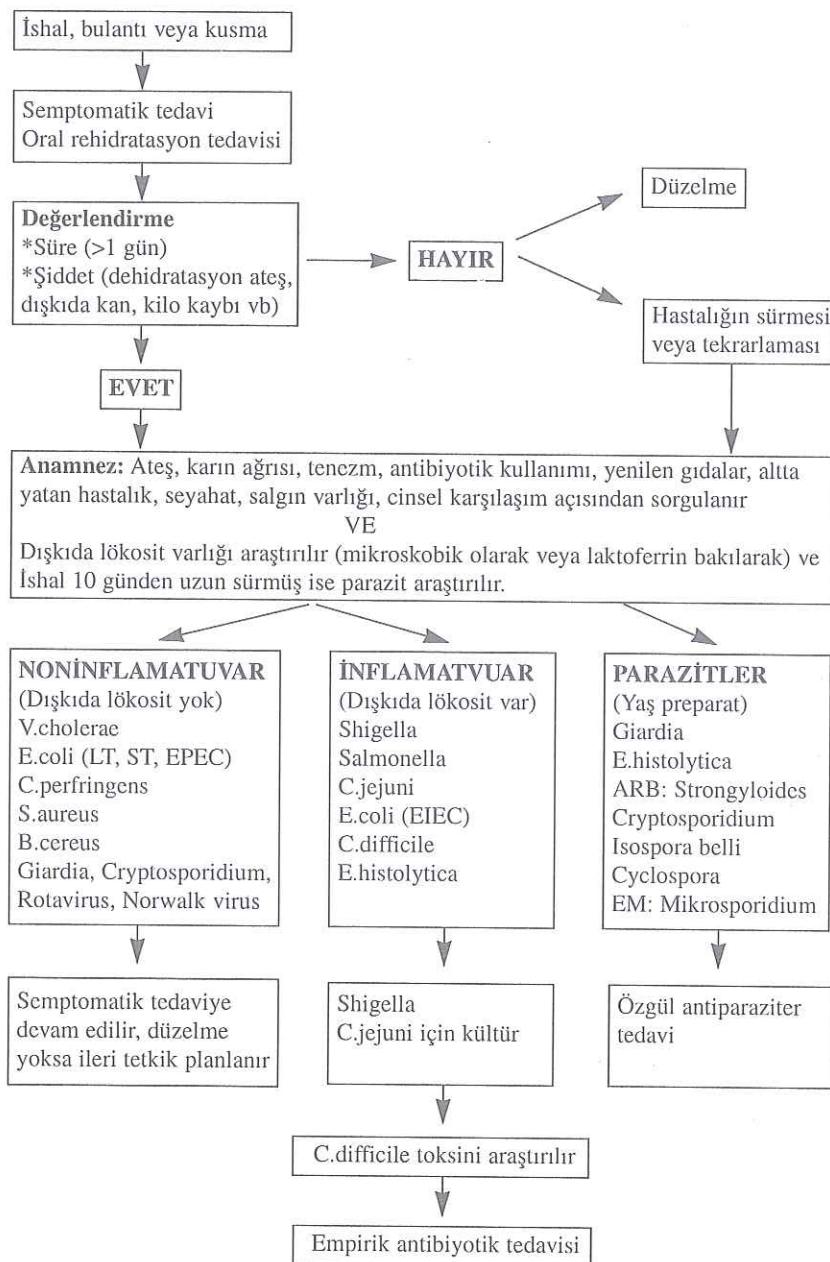
Yapılan incelemeler sonucunda belirlenen etkene göre uygun antimikrobiyal tedavi uygulanır (Tablo 4). Kimi olgularda ise daha önce antimikrobiyal tedavi uygulanması, dışkı incelemelerinin uygun şekilde yapılamaması gibi nedenlerle etken belirlenemeyebilir. Bu durumlarda hastanın epidemiolojik ve klinik özelliklerini dikkate alınarak olası etkene göre uygun antimikrobiyal tedavi başlanabilir. Empirik antibiyotik tedavisi başlanırken toplumda sıklıkla izole edilen etkenler ve direnç durumları göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 3. Oral rehidratasyon solüsyonları (1).

	Na ⁺ (mEq/L)	K ⁺ (mEq/L)	Cl ⁻ (mEq/L)	Sitrat / Bikarbonat	Karbonhidrat/ (mmol/L)	Ozmolarite (mOsm)
DSÖ-ORS (Standart)	90	20	80	110/30	Glikoz/111	311
DSÖ-hipotonik ORS	75	20	65	10/	Glikoz/75	245
Hipotonik ORS	60-75	20	80	10/	Glikoz/pirinç 75/89	224-249
Pirinç ORS	90	20	80	10/	Pirinç/50	280
“Pedialyt”	45	20	35		Glikoz	387
“Lytren”	50	25	45		Glikoz	656

Tablo 4. İshallerde etkene özgü antimikrobiyal tedavi (3).

Shigella spp.	Siprofloksasin 500 mg x 2/gün, 3 gün veya Ko-trimoksazol 160/800 mg x 2/gün, 3 gün (duyarlı ise)
Tifo dışı Salmonella	Tedavi rutin olarak önerilmez. Hasta <6 ay veya >50 yaş ise, protezi, valvuler kalp rahatsızlığı, ciddi aterosklerozu, böbrek yetmezliği veya immün yetmezliği varsa: Siprofloksasin 500 mg x 2/gün, 5-7 gün veya Ko-trimoksazol 160/800 mg x 2/gün, 5-7 gün (duyarlı ise) veya Seftriakson 1-2 g/gün, 5-7 gün
Campylobacter spp	Eritromisin 500 mg x 2/gün, 5 gün
C.difficile	Metronidazol 250 mg x 3/gün, 7 gün
ETEC	Siprofloksasin 500 mg x 2/gün, 3 gün veya Ko-trimoksazol, 160/800 mg x 2/gün, 3 gün (duyarlı ise)
V.cholerae	Doksisiklin 300 mg tek doz veya Ko-trimoksazol 160/800 mg x 2/gün, 3 gün veya Tek doz florokinolon
G.intestinalis	Metronidazol 250 mg x 4/gün, 10 gün
E.histolytica	Metronidazol 750 mg x 3/gün, 5-10 gün + Diiodohidroksikuin 650 mg x 3/gün, 20 gün veya Paromomisin 500 mg x 3/gün, 7 gün



Şekil. İshalli olguya genel yaklaşım (2).

KAYNAKLAR

- 1- Baykam N: Dehidratasyon ve tedavi yaklaşımları, "Arman D, Usluer G (eds): *İnfeksiyon Hastalıklarında Tedavi Dizisi*" kitabında s. 19, Bilimsel Tip Yayınevi, Ankara (2003).
- 2- Guerrant RL, Steiner ST: Principal and syndromes of enteric infection, "Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds): *Principles and Practice of Infectious Diseases*" 5. baskı kitabında s. 1076, Churchill Livingston, Philadelphia (2000).
- 3- Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner ST et al: Practice guidelines for the management of infectious diarrhea, *Clin Infect Dis* 32:331 (2001).
- 4- Mert A: Erişkinde akut infeksiyöz ishalli hastaya yaklaşım, "Öztürk R (ed): *İshal*" kitabında s. 50, İstanbul Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Derneği Yayımları, İstanbul (1998).
- 5- Ulutan F: Akut ishalli hastaya yaklaşım, "Topcu Wilke A, Söyletir G, Doğanay M (eds): *İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*, 2. baskı" kitabında s. 745, Nobel Tip Kitabevi, İstanbul (2002).