

AKUT İSHALLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: 2 YILLIK İZLEM

Neşe DEMİRTÜRK

Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, AFYON

ÖZET

Nisan 2001- Nisan 2003 tarihleri arasında Kocatepe Üniversitesi Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine akut ishal nedeni ile başvuran 90 olgu epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar özellikleri göz önüne alınarak retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların % 15'inde ishal öncesinde şüpheli su ve/veya besin tüketimi öyküsü ve % 85'inde karın ağrısı, % 32'sinde ateş yüksekliği saptanmıştır. En sık karşılaşılan etkenler Shigella ve Entamoeba histolytica olarak bulunmuştur. Hastaların % 53'üne antimikrobik tedavi verilmiştir.

Anahtar sözcükler: akut ishal, ishalde etiyoloji, ishalde tedavi

SUMMARY

Evaluation of the Cases of Acute Diarrhea : a Two Years Follow-up

Ninety patients who applied to the Department of Infectious Diseases of Kocatepe University Hospital between April 2001 and April 2003 with acute diarrhea were evaluated retrospectively by considering their epidemiology, clinical and laboratory features. 15 % of cases had suspicious water and food consuming before the start of diarrhea. 85 % of patients had abdominal pain and 32 % had fever. Most frequent etiological agents were Shigella and Entamoeba histolytica. 53 % of the cases were given antimicrobial treatment.

Key words: acute diarrhea, etiology in diarrhea, treatment in diarrhea

GİRİŞ

Bulaşıcı hastalıklar dünyanın birçok yöresinde olduğu gibi ülkemizde de devam eden engelleme çalışmaları ve sağlık hedeflerine rağmen önemli bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Birçok değişik bakteri, parazit, virus ve mantarın neden olduğu infeksiyöz ishaller (Tablo 1) bu grupta önemli yer tutar⁽⁵⁾. Özellikle alt yapı ve kanalizasyon sistemlerinin uygun olmadığı bölgelerde, fekal-oral yolla bulaşan infeksiyöz ishal etkenlerinin kolay yayılmasına bağlı

olarak infeksiyöz ishallerle sıklıkla rastlanmakta, bu da ekonomik ve iş gücü kayıplarına neden olmaktadır^(10,13). Bölgesel olarak ishal etkenlerinin saptanması, o bölge için önemli olan patojenlerin belirlenmesi, alınması gereken önlemler ve uygulanacak tedaviler konusunda yol gösterici olabilir.

Bu çalışma iki yıl süresince polikliniğimize başvuran ishalleri hastaların değerlendirilmesi ve etken spektrumunun belirlenmesi amacı ile düzenlenmiştir.

Tablo 1: İnfeksiyöz ishal etkenleri.

Bakteriyel	Viral	Paraziter	Mantar
Aeromonas türleri	Rotavirus	Entamoeba histolytica	Candida
Bacillus cereus	Norwalk virus	Balantidium coli	Absidia
Campylobacter türleri	Enterik adenovirus	Paracoccidioides brasiliensis	Rhizopus
Clostridium difficile	Calicivirus	Schistosoma mansoni	Mucor
Clostridium perfringens	Astrovirus	Schistosoma japonicum	Histoplasma capsulatum
Escherichia coli	Coronavirus	Trichinella spiralis	
EPEC, ETEC, EIEC,	Parvovirus	Giardia intestinalis	
EHEC, EaggEC	Pestivirus	Isospora belli	
Plesiomonas shigelloides	Bredavirus	Cryptosporidium	
Salmonella (tifo dışı)			
Shigella türleri			
Staphylococcus aureus			
Vibrio türleri			
Yersinia enterocolitica			

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Nisan 2001-Nisan 2003 arasında Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine ishal yakınması ile başvuran, yaşları 17 – 85 (ortalama yaş 53) arasında değişen, 58'i (% 64) kadın, 32'si (% 36) erkek 90 hasta dahil edilmiştir. Hastaların tümü anamnezde ateş yüksekliği, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal başlamadan önce antibiyotik kullanımı ve şüpheli su ve/veya besin tüketimi açısından sorgulanmıştır. Tümüne mikroskopik dışkı incelemesi ve dışkı kültürü yapılmıştır. 50 yaşın üzerinde, ateşi 38^o.5C ya da daha yüksek veya dehidratasyon bulguları olan hastalar hastaneye yatırılarak, diğerleri ayaktan tedavi edilmiştir. Hastalara ağızdan ya da parenteral sıvı desteği verilmiş ve aşırı şeker içeren meyve suları ve kolalı içecekler kısıtlanmıştır. Tablo 2'de sayılan kriterlerden herhangi biri olan hastalara destek tedavi yanında antimikrobik tedavi de verilmiştir.

Tablo 2: Hastalara destek tedavi yanında antimikrobik tedavi verilme kriterleri.

• Etiyolojik etkenin tanımlanması
• Dehidratasyona bağlı olmayan 38 ^o .5 C ve üzerinde ateş yüksekliğinin olması
• Günde 8 kezden fazla dışkılama sayısı
• Hasta yaşının 50'nin üzerinde olması

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 90 hastadan alınan anamnez ile % 85'inde karın ağrısı, % 60'ında bulantı, % 45'inde kusma, % 32'sinde ateş yüksekliği saptanmıştır. Yine anamnez bulguları ile % 25'inin ishal başlamadan önce antibiyotik kullandığı, % 15'inin şüpheli su ve/veya besin tüketiminin olduğu tesbit edilmiştir. Etiyolojii belirlemeye yönelik olarak hastalardan alınan dışkı örneklerinin incelenmesi ile elde edilen sonuçlar tablo 3'de, uygulanan tedaviler tablo 4'de toplu olarak gösterilmiştir.

Tablo 3: Hastalardan alınan dışkı örneklerinin mikroskopik inceleme ve kültür sonuçları.

Dışkı incelemesi	Hasta sayısı	%
Kültürde üreme yok	67	73
Kültürde üreme var	23	27
Salmonella	2	2
Shigella	21	25
Mikroskopik incelemede özellik yok	61	68
Mikroskopik incelemede;		
Entamoeba histolytica trofozoitleri	14	15
Giardia intestinalis trofozoitleri	6	7
Helmint yumurtası (Tenia saginata,	2	2
Enterobius vermicularis)		
Sadece konak hücre (eritrosit ya da lökosit)	5	6
Mikroskopik incelemede Entamoeba	2	2
histolytica trofozoitleri + kültürde Shigella		

Tablo 4: Hastalara uygulanan tedaviler.

Tedavi	Hasta sayısı	%
Ayaktan tedavi		
1. Oral sıvı tedavisi	42	47
2. Antimikrobik tedavi	39	43
Yatarak tedavi		
Parenteral sıvı tedavisi ve antimikrobik tedavi	9	10

TARTIŞMA

İshalle seyreden enterik infeksiyonlar, infeksiyon hastalıkları içinde solunum yolu infeksiyonlarından sonra ikinci sırada yer almakta ve dünyanın her yerinde hâlâ morbidite ve doktor başvurularının en sık nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde ise özellikle çocuk yaş grubunda önemli bir mortalite nedenidir. Yol açtıkları ekonomik ve iş gücü kayıplarının yanında önlenemez olmaları nedeni ile de önem taşır⁽¹³⁾.

İnfeksiyöz ishalleri hastalarda etken olan mikroorganizmanın yol açtığı özgül fizyopatolojik değişikliklere bağlı olarak sıklığı değişmek üzere, karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş yüksekliği bulguları da vardır⁽¹⁵⁾. Hastalarımızın da tümünde bu bulgulardan bir ya da birkaç tanesi ishale eşlik etmiş, % 85’inde saptanan karın ağrısı ve tenezm ishalleri birlikte bulunan en sık bulgu olmuştur. Hastalarımızda etiyojik ajan olarak en sık, kalın barsak tipi ishale neden olan *E.histolytica* ve *Shigella*’nın saptandığı göz önüne alındığında bu klinik bulgu etiyojik spektrumu ile de uyumlu bulunmuştur⁽⁷⁾.

İshale eşlik eden bulgular arasında, tedavide antimikrobik kullanımının belirlenmesinde de etken olan ateş yüksekliği hastalarımızın % 32’sinde (29 hasta) saptanmıştır. Bunların % 22’sinde (18 hastada *Shigella*, 2 hastada *Salmonella*) etiyojide bakteri saptanırken, % 6’sında (5 hastada *E.histolytica*) parazit gösterilmiştir. Genel olarak barsak duvarına invazyonla ishale yol açan ishal etkenleri klinikte ateş cevabına yol açarlar⁽¹⁵⁾. Sonuçlarımız da bu genel bilgiyi destekler niteliktedir.

Antibiyotik kullanımı barsak florasını bozarak enterik infeksiyonlara yol açan etkenlerin barsak içinde çoğalmasını kolaylaştırmakta ve böylece ishal oluşumunda etkili olmaktadır⁽¹²⁾. Antibiyotiğe bağlı ishallerin % 10-20’sinden *Clostridium difficile*, geri kalanından ise *Clostridium perfringens*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella oxytoca*, *Candida* ve *Salmonella* türleri sorumludur^(4,6,16). Hastalarımızın da % 25’inde ishal başlamadan önce antibiyotik kullanımı öyküsü vardı. En sık kullanılan antibiyotikler azitromisin ve ampi-

silin/sulbaktam olarak belirlenmiştir. Ancak çalışmamızda *C.difficile* toksinlerine yönelik bir araştırma yapılamamıştır. Bununla birlikte ishalden önce antibiyotik öyküsü veren hastaların hiçbirinde bakteriyel ya da parazitik bir etken gösterilememiş ve tümünde ishal sadece sıvı replasmanı ile gerilemiştir.

İnfeksiyöz ishale neden olan etkenler su ve besinler aracılığı ile ağız yolundan bulaşır. Bu nedenle temiz içme suyu, hijyen kurallarına uygun hazırlanmış besin tüketimi ve uygun kanalizasyon sistemleri etkenlerin bulaş zincirini kırmakta önem taşır^(3,14). Hastalarımızın 13’ünde (%14) şüpheli su ve/veya besin tüketimi belirlenmiştir. Bunların yedisinde (% 54) dışkı kültüründe *Shigella* üretilirken, dördünde (% 31) dışkı mikroskopisinde *E.histolytica* trofozoitleri görülmüştür. Geri kalan ikisinde (% 15) etiyojik saptanamamıştır. Şüpheli su ve/veya besin tüketimi olan hastaların çoğunda (% 85), sıklıkla kontamine su ve besinler aracılığı ile bulaşan etkenlerin saptandığı göz önüne alındığında bölgemizde çevresel hijyen koşullarının çok iyi olmadığı düşünülebilir⁽¹⁴⁾.

Çoğu kez, özellikle viral etkenlerin saptanması için çalışılan yerdeki laboratuvar olanaklarının yetersiz olması, dışkı örneğinin uzun süre bekletildikten sonra laboratuvara ulaştırılması, etken bakterilerin üretilme güçlükleri ve hastaların doktora başvurmadan önce antimikrobik kullanmış olması gibi nedenlerle ishale sebep olan etkenin belirlenmesi mümkün olmamaktadır⁽¹⁾. Çalışmamızda viral etiyojijiyi belirlemeye yönelik araştırma yapılmamakta birlikte hastaların % 50’sinde etken gösterilememiştir.

Çalışmamızda en sık karşılaşılan etkenler *Shigella* (% 25) ve *E. histolytica* (% 15) olarak belirlenmiştir. Bu sonucu desteklemek amacı ile yaptığımız literatür taramaları sonucunda bölgemizde bu konuda yapılmış başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ulaşılabilen literatür bilgilerine göre ülkemizde *E.histolytica* sıklığını sağlıklı olarak gösterebilecek klinik çalışmalar olmamakla birlikte yayınlanan laboratuvar çalışmalarının sonuçlarına göre amöbiyazis Ege Bölgesinde % 0.7 – % 5.3, İç Anadolu Bölgesinde % 0.1 - % 4.3 oranında görülmektedir⁽²⁾. Bizim oranımız yakın çevremizde saptanan bu oranlara göre daha yüksek görünmektedir. Ancak hasta sayımızın kısıtlı olması da dikkate alınır ise bölgemizde infeksiyöz ishale en sık neden olan etkenleri daha kesin olarak belirleyebilmek için yeni çalışmalara gereksinim vardır. Bakteri ya da virusların neden olduğu ishallerin çoğunda destek tedavi dışında tedavi gerekmemekte, uygun beslenme ve sıvı desteği ile hastalık kendi kendini sınırlamaktadır. Bu nedenle ishalleri hastalarda her zaman antimikrobik tedavi gerekli değildir. Hatta bazı durumlarda antimikrobikler, mikroorganizmada direnç gelişimine yol açmakta, dışkı ile mikroorganizma atılım süresini uzatmakta ve bu nedenlerle etkenlerin yayılmasını kolaylaştırarak yarardan çok zarar vermektedir^(8,9,11). Çalışmamızda, hastaların % 53’üne antimikrobik verilmiştir.

Genel olarak infeksiyöz ishallerde % 15 - 20 oranında antibiyotik kullanıldığı düşünülürse oranımız yüksek görünmektedir⁽¹¹⁾. Ancak hastalarımızın çoğu 50 yaşın üzerinde ve büyük bir kısmı daha önceden diğer sağlık kurumlarına başvurup antibiyotiksiz tedaviden yarar görmeyen hastalardı. Ayrıca hasta sayımızın düşük olması da antimikrobik tedavi verilme oranının yüksek olmasına neden olabilir.

Sonuç olarak bölgemiz için *Shigella* ve *E.histolytica* patojenlerinin önemli olduğu, ishalle başvuran hastalarda bu etkenlerin araştırılmasının yararlı olacağı anlaşılmaktadır. Etken gösterilemeyen, kliniği uzamış hastalarda ampirik tedavi başlarken bu etkenlerin göz önüne alınmasının gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca bölgesel hijyen koşullarının iyileştirilmesi bu etkenlerin yol açtığı ishal sıklığını da azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akgün Y: İnfeksiyöz ishallerde tanı zorlukları, VIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi, Kongre kitabı s.212, Antalya (1997).
2. Alkan Z: İntestinal ve ürogenital protozoonlar, "Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (eds): İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 2. baskı" kitabında s.1901, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul (2002).
3. Baert D, De Man M, Ooseterbosch L, Duyck MC, Van der Spek P, Lepoutre L: Infectious gastroenteritis: are they all the same? Acta Clin Belg 1995;50:269.
4. Bergogne-Berezin E: Treatment and prevention of antibiotic associated diarrhea, Int J Antimicrob Agents 2000;16:521.
5. Haşçelik G: İnfektif ishallerde etyoloji, VIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi, Kongre kitabı s.204, Antalya (1997).
6. Hogenauer C, Hammer HF, Krejs GJ, Reisinger EC: Mechanisms and management of antibiotic-associated diarrhea, Clin Infect Dis 1998; 27:702.
7. Kanra G, Kara A: İshal patogenezi, Katkı Ped Derg 2000;21:6.
8. Kanra G, Kara A: İshal ve antibakteriyel tedavi, Katkı Ped Derg 2000;21:114.
9. Mamikoğlu L: İnfeksiyöz ishallerde direnç sorunu ve tedavi yaklaşımları, VIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi, Kongre kitabı s.220, Antalya (1997).
10. Mathan VI: Diarrhoeal disease, Br Med Bull 1998;54:407.
11. Murphy MS: Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systematic review of published research, Arch Dis Child 1998;79:297.
12. Mülazımoğlu L: Antibiyotiğe bağlı ishal, Klimik Derg 1996;9:13.
13. Özmert E, Yurdakök K: Dünyada ve Türkiye'de ishaller hastalıkları, Katkı Ped Derg 2000;21:1.
14. Söyletir G, Topçu AW: Bakteriyel ishaller, "Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (eds): İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 2. baskı" kitabında s.750, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul (2002).
15. Ulutan F: Akut ishaller hastaya yaklaşım, "Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (eds): İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 2. baskı" kitabında s.745, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul (2002).
16. Vogel LC: Antibiotic induced diarrhea, Orthop Nurs 1995;14:38.