

İleal Ülserlerde Crohn Hastalığı Dışında Olası Tanılar The Diagnosis of Ileal Ulcers Except Crohn Disease

Serkan Yalaki¹, Mehmet Suat Yalçın¹, Aysu İlhan³

¹ Uzm.Dr., Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Mersin, Türkiye

² Uzm.Dr., Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Aksaray, Türkiye

³ Uzm.Dr., Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Mersin, Türkiye

Özet

Terminal ileumun 1972 yılında ilk intübasyonundan beri bu işlem hemen hemen rutin hale gelmiştir. Ayrıca teknolojik ilerlemeye paralel; enteroklizis, bilgisayarlı tomografi enterografi ve kapsül endoskopideki gelişmeler ile ileum daha ulaşılabilir hale gelmiştir. Tüm bunların neticesinde önceleri tanı zorluğu olan ince barsak hastalıklarında tanı kolaylığı sağlanmış ancak kaçınılmaz olarak klinisyenler daha fazla ileal ülserler ile karşılaşmışlardır. Bu bağlamda ileal inflamasyona sebep olabilecek çok sayıda neden arasında ayırıcı tanı önem kazanmaktadır. İleitis veya ileum iltihabı, genellikle chron hastalığı yüzünden olur. Gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz diğer önemli bir nedendir. Bununla birlikte, ileit nedenleri çok çeşitli olabilir. Bunlar arasında diğer enfeksiyon hastalıkları, spondiloartropatiler, vaskülitler, iskemi, neoplazmalar, ilaç-kaynaklı, eozinofilik enterit diğer sık nedenlerdir.

Anahtar Kelimeler: Chron hastalığı, ileal ülserler, ileitis

Summary

After the first intubation of terminal ileum in 1972, this process is a routine application. It is much more easy to reach ileum after tecnologic improvement of enteroclysis, computed tomography enterography and capsul endoscopy. As a result of all this improvements, putting diagnosis of small bowl diseases is easier than before. Contrarory clinicans see much more ileal ulcers. That is because differantial diagnosis are much more important and difficult than before. The most known reason of ileitis is chron disease. In developing countries tuberculosis is an other reason of ileitis. However, ileitis may have various reasons like enfection diseases, vasculitis, iscemic reasons, neoplasms, eosinofilic enteritis and drug-induced ileitis.

Key Words: Chron disease, ileitis, ileal ulcers

Kabul tarihi: 27.12.2018

Giriş

Terminal ileumun 1972 yılında ilk intübasyonundan (1) beri bu işlem hemen hemen rutin hale gelmiştir. Ayrıca teknolojik ilerlemeye paralel; enteroklizis, bilgisayarlı tomografi (BT) enterografi ve kapsül endoskopideki gelişmeler ile ileum daha ulaşılabilir hale gelmiştir. Tüm bunların neticesinde önceleri tanı zorluğu olan ince barsak hastalıklarında tanı kolaylığı sağlanmış ancak kaçınılmaz olarak klinisyenler daha fazla ileal ülserler ile karşılaşmışlardır. Bu bağlamda ileal inflamasyona sebep olabilecek çok sayıda neden arasında ayırıcı tanı önem kazanmaktadır. Bu amaçla sunulan yazıda, olası etyolojik nedenlere kısaca değinilmiş ve en sık neden olan Crohn hastalığı (CH) ile olan farklılıklar gözden geçirilmiştir.

İleitis veya ileum iltihabı, genellikle CH yüzünden olur. Gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz diğer önemli bir nedendir. Bununla birlikte, ileit nedenleri çok çeşitli olabilir. Bunlar arasında diğer enfeksiyon hastalıkları, spondiloartropatiler, vaskülitler, iskemi, neoplazmalar, ilaç-kaynaklı, eozinofilik enterit diğer sık nedenlerdir. Etyolojik nedenler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (tablo 1) (2).

Enfeksiyöz Nedenler

Enfeksiyonlar hem klinik hem de endoskopik olarak CH taklit edebilirler. Yine bu ajanların neden olabileceği barsak dışı bulgular (eritema nodosum, reaktif artritler) kafa karışıklığına sebep olabilir. Ayrıca Crohn hastalığının etyolojisinde olası enfeksiyöz nedenlerin bulunması, olayı iyice karmaşık hale getirebilir (3).

Tablo 1. İleitin etiyolojik nedenleri.

İnflamatuvar barsak hastalıkları <i>Crohn hastalığı (en sık)</i> <i>Ülseratif kolitte back wash ileit</i>
Enfeksiyonlar <i>Yersinia spp.</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Yersinia pseudotuberculosis</i> <i>Salmonella spp.</i> <i>Clostridium difficile</i> <i>Tiflitis (Nötropenik enterokolit)</i> <i>Mycobacterial spp</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Mycobacterium avium</i> <i>Actinomyces</i> <i>Anisakiasis</i> <i>Cytomegalovirus</i> <i>Histoplasma capsulatum</i>
Spondiloartropatiler <i>Ankilozan spondilit</i> <i>Reaktif artritler</i> <i>Psoriasis</i>
Vasküler nedenler <i>İnce barsak iskemisi</i> <i>Vaskülitler</i> <i>Sistemik lupus eritematozus (SLE)</i> <i>Polyarteritis nodosa (PAN)</i> <i>Henoch-Schönlein purpura</i> <i>Behçet hastalığı</i> <i>Diğer vaskülitler:</i> <i>Churg Strauss sendromu</i> <i>Romatooid artrit</i> <i>Wegener granulomatosis,</i> <i>Lemfomatooid granülomatosis</i> <i>Dev hücreli arterit</i> <i>Takayasu arteritis,</i> <i>Thromboangiitis obliterans</i>
İnce barsak maligniteleri <i>Adenokarsinomalar</i> <i>Lenfomalar</i> <i>Karsinoid tümörler</i> <i>Metastatik kanserler</i>
İlaç ilişkili <i>NSAID ilişkili enteropati</i> <i>Diğer ilaçlar: KCL tabletleri, parenteral altın preparatları, oral kontraseptifler, ergotamine, digoxin, diuretikler, antihipertansifler</i>
İnfiltratif hastalıklar <i>Eosinofilik enteritis</i> <i>Sarcoidosis</i> <i>Amyloidosis</i> <i>Systemic mastocytosis</i> <i>Endometriosis</i>
Radyasyon enteritis Lenfoid nodüler hiperplazi Nonspesifik ileal ülserler

Gelişmekte olan ülkelerde halen ciddi bir sorun olan tüberküloz, CH dışında ileal ülserlerin diğer bir sık nedenidir. Human immunodeficiency virüs (HIV) epidemisi ve immünsüpresif ilaç kullanımının artmasıyla gelişmiş ülkelerde de sıklığı artmaktadır. Tüberküloz, genellikle akciğerleri etkilemekle birlikte pek çok organı tutabilir. Bağırsaklarda en fazla distal ileum ve çekuma yerleşir, bu bölgeleri jejunum, ileum, kolon ve rektum izler (4). İleal lenfoid dokunun fazla olması, ortamın nötr pH'da olması, fizyolojik staz, sıvı ve elektrolit absorpsiyonun fazla olması yüzünden bu bölge sık tutulmaktadır (5). Hastalar karın ağrısı, kilo kaybı, sağ alt kadranda kitle kliniği ile başvururlar. Endoskopik olarak normal mukoza, nodüler polipoid görünüm, yaygın ülserasyonlar, obstrüksiyon ve fistüle neden olabilen ülserohipertrofik ve fibrotik oluşumlar görülebilir. Radyolojik olarak artmış duvar kalınlığı, mezenterik lenfoadenopatiler, kitleler tespit edilebilir. Mukozal irritabiliteye bağlı hızlı kontrast boşalımı görülebilir. Tanı kültür ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile konulur. Özellikle kültür negatif durumlarda intestinal tüberkülozu CH'dan ayırmak oldukça güçtür; dahası bu iki hastalık birlikte de var olabilir. Ayırıcı tanıda santral nekroz gösteren bölgesel lenf nodu tutulumu tbc için, kaldırım taşı görünümü ve skip lezyonlar CH için daha spesifiktir. Sunulan bir çalışmada anorektal lezyonlar, aftöz ülserasyonlar, longitudinal ülserler CH'da daha sık; açık ileoçekal valv, transvers ülserler ve psodopolipler tbc'da daha sık izlenmiştir (6).

Enfekte gıdalarla bulaşan Yersinia suşları en sık ileum ve çekumu tutar. Karın ağrısı, ishal ve ateş kliniği ile enterokolit tablosuna neden olur. Ciddi enfeksiyonlarda kanama ve perforasyon görülebilir. Diğer klinik tablolar reaktif artropatiler, septisemidir. Klinik organizmanın mukozayı geçip submukozal lenfoid dokuya invazyonu sonucu olmaktadır. Radyolojik olarak artmış duvar kalınlığı, bölgesel lenf nodu tutulumu, nodüler mukozal görünüm vardır. CH aksine fistül ve stenoz gözlenmez. Endoskopik olarak CH'dan farklı olarak eşit boyut ve şekilde yuvarlak aftöz ülserler izlenir. Tanı kültür ile konulur (7).

Nontifoid Salmonella suşları enfekte gıdalarla bulaşır iken, enterik ateş nedeni S typhi kişiden kişiye bulaşır. Bu suşlar genelde kendini sınırlayan gastroenterit tablosuna neden olurlar. Septisemi, vasküler lezyonlar ve taşıyıcılık

gelişebilir. Bölgesel lenf nodlarını etkilediğinden adenit ve ileit tablosu gelişebilir. Radyolojik olarak 10-15 cm.lik ileal segmenti tutan dairesel homojenöz duvar kalınlığı izlenir (8). Biyopside aktif ileit olması önemli bir bulgudur. Tanı kültür ile konulur.

C.difficile antibiyotik ilişkili kolit sebebidir. Nadiren ileal tutulum olabilir. Tanı öykü, endoskopik olarak pseudomembranların görülmesi, dışkıda toksin araştırılması ile konabilir.

M. avium intracellulare complex immünesupresiflerde karın ağrısı, ishal, kilo kaybı, malabsorpsiyona neden olan sistemik bir enfeksiyon yapar. Tanı biyopsi kültürleri ile konur.

Tifilit genellikle ciddi nötropeniklerde çekum ve çıkan kolonu tutan hayatı tehdit edici bir tablodur. Ateş, sağ alt kadran ağrısı, ishal, kanama, ciddi olgularda perforasyon ve peritonite neden olur. Endoskopi nötropeni nedeniyle kontrendikedir. Radyolojik olarak artmış duvar kalınlığı, periçekal sıvı, pnmatozis intestinalis saptanabilir.

Bunların dışında bakteriyel (actinomyces), viral (CMV), mantar (histoplazma), parazit (anisakiazis) gibi ajanlarla ileal tutulum görülebilir.

Spondiloartropatiler

Spondiloartropatiler (Spa) aksiyal eklem tutulumu, oligoartrit ve entezitis ile karakterize romatolojik hastalıklardır. Eklem dışında göz, genital, cilt ve barsak tutumlu olabilir. Spa'lerin üçte ikisinde barsak tutulumu vardır ve en sık ileum etkilenir. Çoğu vaka asemptomatik olduğundan gözden kaçır. Semptomatik hastalıkta kolonoskopi yapıldığında lezyonlar görülebilir. Biyopsilerde akut ya da kronik inflamasyon görülebilir. Reaktif artritlerde daha çok akut değişiklikler (korunmuş mimari ve nötrofil hakimiyeti) izlenirken, ankilozan spondilite CH ile karışan kronik değişiklikler (bozulmuş mukozal yapı, kript distorsiyonu, mikrovililerde küntleşme, lenfosit hakimiyeti) görülür. Bazı vakalarda granuloimler görülebilir (9,10).

CH ile en önemli farkı spa'lerde klinik olarak eklem bulguları daima önce başlamıştır. Barsak tutulumu çoğunlukla asemptomatiktir ve radyolojik olarak deformasyon izlenmez. HLA pozitifliği %80 kadarken bu oran CH için %10-30 kadardır.

Vasküler Nedenler

GİS tutulumunun en yaygın olabileceği vaskülit tabloları; orta boy damar tutulumunun olduğu sistemik lupus eritematozis (SLE) ve poliarteritis nodosa (PAN), küçük damar tutulumunun olduğu Henoch Schonlein ve Behçet hastalığıdır. Küçük damar tutulumu mukozal iskemiye neden olurken daha büyük damar tutulumu transmural iskemiye ve perforasyona neden olabilir.

Ayırıcı tanıda sistemik hastalığın diğer bölgelerdeki bulguları önemlidir (CH'da mukokütanöz lezyonlar, Henoch-Schönlein Purpurası'nda palpabl purpura ve böbrek tutulumu, Behçet hastalığında aftöz genital ülserasyonlar gibi). Radyolojik çalışmalar nonspesifik değişiklikleri gösterir (Segmental dilatasyon, parmak izi belirtisi, hava-sıvı seviyeleri gibi). BT görüntüleme ile mesenterik damarlarda tıkanıklık, artmış duvar kalınlığı, hedef tahtası işareti, asit tespit edilebilir (11).

Diğer vasküler nedenler, mesenter arter/ven oklüzyonuna neden olan durumlar ve nonoklüziv mesenter arter iskemisidir. Bunlarda genelde altta yatan hiperkoagülabl bir durum ya da ciddi kardiyak hastalık ve/ya ilaç kullanımı öyküsü vardır.

Maligniteler

Primer ince barsak kanserleri oldukça nadirdir. Tüm intestinal sistemin %90'dan fazlasını oluşturmasına karşın gastrointestinal sistem malignitelerinin %2'den azı buradan gelişir. İnce barsak malignitelerinin -hem az rastlanılmaları hem de nonspesifik semptomlara sahip olmaları nedeniyle teşhisleri geç olmaktadır. Lenfoma, adenokanser, karsinoid tümörler en sık gözlenen tümörlerdir. Bunlar sporadik olabilecekleri gibi genetik hastalıklarla (FAP, Peutz Jegher) ya da bağırsağın kronik inflamasyonu (Çölyak, CH) ilişkili olabilirler.

Adenokanserlerin BT görünümü kısa bir segmentte dairesel ve daraltıcı lezyon şeklindedir.

Karsinoid tümörlerin %90'ı ileum ve apendiksten köken alır. BT'de yıldızvari kalsifikasyonlar içeren kötü tanımlanmış kitle şeklinde olabilir. Lenfomalar submukozal lenfoid dokudan köken alır. Soliter yada diffüz olabilirler. Soliter form lümeni çepeçevre saran, obstrüksiyona neden olan klinik ve endoskopik olarak CH'dan ayrılamayan bir tabloya neden olur. Diffüz form ise ileumda yaygın polipoid oluşumlar şeklindedir (12).

CH ile esas olarak karışan lenfomalar ve leiyomyosarkomlardır. CH'da genelde daha uzun segment tutulumu ve kaldırım taşı görünümü vardır. Malignitelerde ise geniş ve yumuşak oluşumlar olarak görülebilir (13). Biyopsi en değerli tanı yöntemidir.

Unutulmaması gereken bir nokta da, inflamatuvar hastalıklarda artmış malignite riski olduğudur. CH seyri adenokanser, lenfoma ve karsinoid tümör gelişimleri bildirilmiştir.

İlaç İlişkili İleit

Non-steroid antienflamatuarların (NSAİ) gastrointestinal sistem (GİS) üzerine çok sayıda olumsuz etkisi vardır. Mide ve duodonal ülserlere benzer ülserler ince bağırsağın diğer kısımlarında da olabilir. Bunlar çoğunlukla asemptomatik lezyonlarken bazen anemi, striktür veya perforasyona neden olabilirler. NSAİ ilişkili hasar hücresel düzeyde artmış permeabilitenin yanı sıra makroskopik olarak saptanan ülserasyonlar ve diyafragmatik striktürler şeklinde olabilir. Bu diyafragmatik striktürler NSAİ'ler için patognomoniktir. 2-3 mm kalınlıkta, multipl, lümeni daraltan lezyonlardır. Diyaframlar arası mukoza normaldir (14).

NSAİ'lerin CH alevlenmelerinde olası bir ajan olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

İnflamatuvar Hastalıklar

Eosinofilik gastroenterit, eosinofiliye sebep olası bir neden yokken GİS'in herhangi bir yerinde eosinofilik infiltrasyon olmasıdır. En sık mide ve ince bağırsaklar tutulur. İnfiltrasyon bağırsak duvarının herhangi bir tabakasını tutabilir. Klinik, tutulan tabakaya ve tutulan segmentin uzunluğuna bağlı olarak değişir. Ailede atopi öyküsü olabilir. Periferik eosinofili saptanabilir. Endoskopik görünüm normal mukozadan hafif eritem, nodülasyon ve ülserasyona kadar değişken

olabilir. Yamalı tutulum nedeniyle multipl biyopsiler alınmalıdır; muskuler tutulum düşünülüyorsa tam kat biyopsiler gerekebilir (15). Biyopsilerde CH tipik bulguları gözlenmez, daha yoğun eosinofilik infiltrasyon saptanır.

CH'da da nadiren periferik eosinofili ve hafif bir eosinofilik infiltrasyon saptanabilir.

Sistemik mastositoz, farklı prognoz ve tedavileri olan çeşitli klinik tablolara neden olur. GIS'de karaciğer, pankreas ve bağırsakların mast hücreleriyle infiltrasyonu söz konusudur. Mast hücre infiltrasyonu ve bunlardan salınan biyolojik ajanlar ülserasyonlara ve motilite değişikliklerine sebep olur. Endoskopik olarak ince bağırsaklar ödemli olabilir; nodüller ve polipoid oluşumlar izlenebilir. Biyopside tümoral mast hücre infiltrasyonu izlenir (16).

Sarkoidoz; cilt, akciğer, lenf nodları ve dalak tutulumunun olduğu, kronik, multisistemik, granülamatöz bir hastalıktır. GIS'de en sık mide daha nadir ince bağırsaklar tutulur. İnce barsak tutulumu olanlarda kansız ishal, kilo kaybı, kolik tarzı karın ağrıları görülebilir. Sarkoidoz hastasında ileal tutulum düşünülerek biyopsi yapılanlarda multinükleer dev hücre içeren nonkazefiye granülomlar neredeyse tanı koyucudur. İleal biyopsilerin doğru yorumlanması granülamatöz diğer hastalıklarla (CH, tbc, histoplazmozis, lenfoma) ayırıcı tanı açısından kritik öneme sahiptir (17).

Amiloidozis, anormal fibriler proteinin ekstra sellüler birikimi ile karakterizedir. Primer olarak plazma hücre diskrazisi; sekonder olarak inflamatuvar durumlar ve diyaliz ile ilişkili olabilir. GIS'de en sık ince barsaklar tutulur. Tutulum mukozal ve nöromuskülerdir ve ilişkili olarak dismotilite, kanama ve malabsorbsiyona sebep olur. Endoskopik bulgular ince granüler görünümünden, polipoid oluşumlar, erozyon ve ülserasyonlara kadar değişken olabilir. Nadiren amiloidoma olarak adlandırılan tümoral oluşum olarak da karşımıza çıkabilir. Tanı biyopsi ile konur (18).

Genç nullipar bayanlarda akla gelebilecek diğer bir tanı endometriyozistir. En sık rektal tutulum olsa da ileum vakaların %1-7'sinde tutulabilir. Aralıklı obstrüksiyon en yaygın tablodur. Tanı çoğunlukla postoperatif konulur.

Diğer Durumlar

Bağırsak lenfoid hiperplazisi; psödolenfoma, lenfonodüler hiperplazi veya terminal lenfoid ileit olarak bilinen benign reaktif bir süreçtir. Bu tüm yaş gruplarında oluşur, ama en iyi çocuklarda tarif edilmektedir. Fizyolojik nodüler hiperplazi ile patolojik hiperplazi arasındaki ayrım çizgisi çok belirgin değildir. Lenfoid hiperplazi tanısı kolonoskopi ile tesadüfen keşfedilen lezyonlardan alınan biyopsilerde ya da özellikle terminal ileumun son birkaç santimetresini de içeren kolektomi sonrasında konulmaktadır. Altta yatan sebep olarak Giardia intestinalis çoğunlukla suçlanmıştır. Vakaların az bir kısmında immün yetmezlik durumları (Ig A, M, G eksikliği vb.) saptanmıştır. Çocuklarda, lenfoid hiperplazi genellikle viral enfeksiyon ile ilişkilidir. Lenfoid hiperplazi patolojik olarak mukoza ve submukozada bulunan aktif germinal merkez içeren lenfoid follikül oluşumu, oldukça karakteristiktir (19).

Backwash ileitis, ülseratif kolitli (ÜK) hastalarda distal ileumda inflamasyon varlığını ifade eder; çekal inflamasyon ile devamlılık gösterir şekilde bulunur. Backwash ileitis, inflamasyonun ileoçekal valv yetersizliği ve intestinal içeriğin reflüsü nedeni ile oluştuğu düşüncesinden doğmuş bir terimdir; ancak kesin patogenezi tam anlaşılamamıştır. Backwash ileiti, genellikle kolektomi sonrası düzelir. Makroskopik olarak, CH'daki aftöz veya derin ülserasyon varlığına ters olarak, ÜK'da backwash ileitinde ülserasyon sık değildir; sadece diffüz olarak inflamasyon görünümü izlenir. Backwash ileit prevalansı yaklaşık %15-17'dir; pankolit tutulumu, agresif hastalık seyri ve primer sklerozan kolanjit varlığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Endoskopide pankolit nonspesifik ileal ülserler ve distal ileumda inflamatuvar değişimler ile birlikte gözlemlendiğinde, Crohn ileokoliti ve backwash ileitli ülseratif pankoliti ayırmak amacı ile yeterince mukozal biyopsi alınmalıdır. Histolojide granülom varlığı bu ayırmada faydalı olacaktır. Granülom yokluğunda üst GİS ve ince bağırsak görüntülemesi ve serolojik belirteçlerin kullanımı faydalı olabilir (20).

Nonspesifik ileal ülserler altta yatan hiçbir sebep bulunamayan ülserlerdir. Histopatolojik incelemelerinde villöz atrofi olmadan nonspesifik inflamasyon vardır. Ancak granülom oluşumu, eosinofilik infiltrasyon, viral

inklüzyonlar yoktur. Bu ülserler uzun süreli takiplerinde kaybolabilirler, sebat edebilirler, tekrarlayabilirler. Ancak ciddi komplikasyon gelişimi ya da cerrahi gereklilik söz konusu değildir. Etkin bir tedavileri de yoktur (21).

Kaynaklar

1. Nagasako K, Yazawa C, Takemoto T, Biopsy of the terminal ileum. *Gastrointest Endosc* 1972;19:7-10.
2. Weerakkody Y. et al. [www.radiopedia.org] internet adresinden 03.08.2018 tarihinde erişilmiştir.
3. De Hertogh G, Geboes K. Crohns disease and infections: a complex relationship. *Med Gen Med* 2004;6:14.
4. Wong WM, Lai KC, Yiu WC. Intestinal tuberculosis mimicking fistulizing Crohn's disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2007;22:137-9.
5. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004;120:305-15.
6. Lee YJ, Yang SK, Byeon JS, et al. Analysis of colonoscopic findings in the differential diagnosis between intestinal tuberculosis and Crohns disease. *Endoscopy* 2006;38:592-7.
7. Matsumoto T, Iida M, Matsui T, et al. Endoscopic findings in Yersinia enterocolitica enterocolitis. *Gastrointest Endosc* 1990;36:583-7.
8. Balthazar EJ, Charles HW, Megibow AJ. Salmonella and Shigella-induced ileitis: CT findings in four patients. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20:375-8.
9. Mielants H, Veys EM., De Vos M, et al. The evolution of spondyloarthropathies in relation to gut histology. I. Clinical aspects. *J Rheumatol* 1995;22:2266-72.
10. Mielants H, Veys EM, Cuvelier C, et al. The evolution of spondyloarthropathies in relation to gut histology. II. Histological aspects. *J Rheumatol* 1995;22:2273-8.
11. Byun JY, Ha HK, Yu SY, et al. CT features of systemic lupus erythematosus in patients with acute abdominal pain: emphasis on ischemic bowel disease. *Radiology* 1999;211:203-9.
12. Hoeffel C, Crema MD, Belkacem A, et al. Multi-detector row CT: spectrum of diseases involving the ileocecal area. *Radiographics* 2006;26:1373-90.
13. Posner MC, Vokes EE, Weichselbaum RR. American Cancer Society. Atlas of clinical oncology cancer of the upper gastrointestinal tract. Hamilton, London: BC Decker Inc; 2002.

14. Lang J, Price AB, Levi AJ, et al. Diaphragm disease: the pathology of non-steroidal anti-inflammatory drug induced small intestinal strictures. *J Clin Pathol* 1988;41:516-26.
15. Dilauro S, Crum-Cianflone NF. Ileitis: when it is not Crohn's disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2010;12:249-58.
16. Johnson AC, Johnson S, Lester PD, et al. Systemic mastocytosis and mastocytosis-like syndrome - radiologic features of gastrointestinal manifestations. *South Med J* 1988;81:729-33.
17. Ebert EC, Kierson M, Hagspiel KD. Gastrointestinal and hepatic manifestations of sarcoidosis. *Am J Gastroenterol* 2008;103:3184-92.
18. Ebert EC, Nagar M. Gastrointestinal manifestations of amyloidosis. *Am J Gastroenterol* 2008;103:776-87.
19. Mukhopadhyay S, Harbol T, Floyd FD, et al. Polypoid nodular lymphoid hyperplasia of the terminal ileum. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128:1186-7.
20. Atuğ Ö, Güneş E. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Ayırıcı Tanısı. [www.tkred.org.tr] internet adresinden 09.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
21. Wang X, Zuo D, Chen Y, Li W, Liu R, He Y, et al. Shed Syndecan-1 is involved in chemotherapy resistance via the EGFR pathway in colorectal cancer. *Br J Cancer* 2014;111(10):1965-76.

İletişim:

Uzm.Dr. Serkan Yalaki
Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gastroenteroloji Kliniği
Korukent Mah. 96015 Sok. Mersin Entegre
Sağlık Kampüsü, Toroslar, Mersin, Türkiye
Tel: +90.506.4027978
E-mail: serkanyalaki@hotmail.com