

Kronik Ülseratif Kolitte Cerrahi Değerlendirme

Kronik ülseratif kolit nedeni ile tedavi görmekte olan hastaların yaklaşık yarısı hastalığın ilk on yılı içinde cerrahi girişime gereksinim duyarlar. Cerrahi girişimin başlıca nedeni hastalığın doğasında varolan kronikleşme özelliği ve tekrarlamaya olan yatkınlığıdır. Kronik ülseratif kolit ile birlikte görülen fulminan komplikasyonlar ve yüksek malignite riski de cerrahi girişim kararı verdiren nedenlerdir. Cerrahi girişim endikasyonları değişkendir. Her endikasyon için cerrahi girişimin zamanlaması ve uygulanacak operasyonun biçimi ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Cerrahi girişim endikasyonları şunlardır;

- 1) Masif ve şiddeti azalmayan kanama
- 2) Perforasyon riski taşıyan, ya da perfore olmuş toksik megakolon
- 3) Steroid tedavisine yanıt vermeyen fulminan akut ülseratif kolit
- 4) Darlığa bağlı barsak tıkanıklığı
- 5) Kolon kanseri varlığı veya şüphesi
- 6) Sistemik komplikasyonlar
- 7) Hastalığın kontrol altına alınamaması

Bunlara ek olarak çocuk hastalarda görülen gelişme geriliği de cerrahi girişim için endikasyon oluşturmaktadır. Çoğu ülseratif kolit olgusunda kolektomi, hastalığın tedaviye yanıtız döneminde, hasta için fiziksel ve sosyal kısıtlanmaya neden olduğu zaman gerçekleştirilmektedir. Sfinkter koruyucu ameliyatların gelişimi sonrasında standart proktektomiden mümkün olduğunca kaçınılmaya başlanmış ve Crohn hastalığı ile ülseratif kolit ayrımı daha da önemli hale gelmiştir.

Hastalığın kontrol altına alınamaması

Kronik ülseratif kolitli olgularda tıbbi tedavide yetersizlik kendini fiziksel ve fizyolojik disfonksiyon ile gösterir. Ameliyat nedenleri içinde ilk sırayı alan bu endikasyon aynı zamanda tarifi en güç olanıdır. Hastalığın kontrol altına alınamamasının en iyi tanımı; hastalığın kendisinden veya tedavi yönteminden kaynaklanan nedenlerle, yaşam kalitesinin şiddetle ve kalıcı olarak olumsuz yönde etkilenmesidir. Bu olgular için seçilen elektif operasyon yöntemleri Brooke ileostomi veya Kock poşu ile birlikte total proktokolektomi, subtotal kolektomi ile birlikte ileostomi veya ileorektal anastomoz, kolektomi ile mukozal proktektomi ve ileoanal anastomozdur. Total proktokolektomi-ileostominin alternatifi olmayan eski günlerde, hastalar genel durumları ve yaşam tarzları iyiden iyiye kötüleşene kadar ameliyatı ertelemekteydi. Günümüzde yeni teknik alternatiflerinin varlığı ile hem hastalar hem de doktorlar daha erken cerrahi uygulama yönünde karar verebilmektedir. Cerrahi girişiminin endikasyonları ve zamanlamasında kayda değer değişiklikler göze çarpmaktadır.

Ekstrakolonik tutulum

Kronik ülseratif kolitin sistemik ekstrakolonik bulgularının kolektomi ile tam olarak açıklanabilmiş bağlantısı yoktur. Ekstrakolonik komplikasyonlar, ileri derecede gelişme geriliği ile seyreden olgular dışında, tek başına ameliyat endikasyonu değildir. Kronik ülseratif kolite bağlı artrit ve cilt lezyonları kolektomi sonrasında gerileyebilmektedir. Bunun yanında ankilozan spondilit ve karaciğer yetmezliği tablosundaki olgularda kolektominin ardından düzelme olmayabilir. Kolon mukozasındaki inflamatuvar reaksiyonun derecesi ve hastalıklı kolonun çıkarılmamış olması sklerozan kolanjitin ilerleyişi ile ilişkili bulunmamıştır. Pyoderma gangenosum için de bazı durumlarda kolektomi düşünülebilir. Kronik ülseratif kolitli olguların yaklaşık yarısında kolektomi sonrasında cilt lezyonları belirgin olarak gerilemektedir. Steroid ve diğer immunsupresif ajanlar ile kontrol altına alınamayan, Coombs' pozitif masif hemolitik anemi de kolektomi endikasyonu koyduran nadir, ancak önemli bir ekstrakolonik komplikasyondur. Bu olgularda kolektomiye genellikle splenektomi de eklenmektedir. Cerrahi girişim kararverdiren en sık ekstraintestinal komplikasyon adölesan çağındaki olgularda görülen gelişme geriliğidir. Ülseratif kolitli çocuk hastalarda kolektomi çok yararlı olabilmektedir.

Kolon kanseri profilaksisi

Şiddetli displazi, displaziye bağlı lezyonların veya kitlelerin varlığı veya kanserden şüphelenildiğinde kolektomi yapılması birçok yazarın ortak görüşüdür. Kanser profilaksisi için yapılacak cerrahi girişimin zamanlaması konusunda ise fikir birliği yoktur. Kanser profilaksisinin başlı başına ameliyat endikasyonu olarak kabul edilebileceği hastaların sayısı fazla değildir. Rektum ve kolon biopsilerinin de kolektomi kararındaki etkisi tartışmalıdır. Hastaların %20'den fazlasında rektum biopsisi ile şiddetli displazi saptandığında, kolonun daha proksimalinde yerleşmiş malignite tabloya eşlik etmektedir. Uzun yıllardır kolit tedavisi alan olgularda, akut inflamasyon olmamasına rağmen yüksek dereceli displazinin varlığı kolektomi endikasyonudur. İnflamatuvar reaksiyonun tabloya eşlik etmediği düşük dereceli displazilerde bile kolektominin gerekliliği tartışılmaktadır.

Acil cerrahi girişimler

Ülseratif kolitli olguların yalnızca %15'i ölümcül tabloda karşımıza gelir. Acil cerrahi girişim gerektiren birkaç

durum;

- 1) Masif ve şiddeti azalmayan kanama,
- 2) Perforasyon riski taşıyan, ya da perfore olmuş toksik megakolon,
- 3) Steroid tedavisine yanıt vermeyen fulminan akut ülseratif kolit,
- 4) Darlığa bağlı akut barsak tıkanması,
- 5) Kolon kanseri varlığı veya şüphesi.

Akut perforasyon nadirdir, atağın şiddetine ve hastalığın kolondaki yaygınlığına bağlı ortaya çıkar. İlk atakta perforasyon riski %4'ün altında olsa da, şiddetli ataklarda bu oran %10'lara ulaşmaktadır. Pankoliti olan hastalarda perforasyon riski %15, pankolite klinik olarak şiddetli atağın eşlik ettiği durumlarda %20'dir. Perforasyon akut kolitin en ölümcül komplikasyonudur ve mortalitesi %40 ile %50 arasındadır. Kolon perforasyonu toksik megakolon ile birlikte daha sık görülse de, perforasyon oluşumu için toksik megakolon varlığı zorunlu değildir. Kolon perforasyonuna yönelik olarak seçilecek ameliyat kolektomi, ileostomi ve rektumun Hartmann yöntemi ile kapatılmasıdır.

Benign darlık nedeni ile hastaların %11'inde obstrüksiyon oluşur ve obstrüksiyonların %34'ü rektum kökenlidir. Darlıklar en sık submukozal fibrozis, daha nadir olarak da mukozal hiperplazi nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Bu lezyonlar genellikle akut obstrüksiyon nedeni değildirler, ancak Crohn hastalığı ve maligniteyi ekarte etmek için biopsi yapılması şarttır.

Kronik ülseratif kolite bağlı masif kanama nadirdir. Hastaların %1'den azında görülür ve acil kolektomi sebeplerinin yaklaşık %10'unu oluşturur. Hemodinamik stabilizasyon sağlandıktan sonra hasta cerrahi yönden tam olarak değerlendirilmelidir. Tüm kolorektal mukozayı kapsayan ve kontrol edilemeyen kanama acil proktokolektomi için kesin endikasyon olarak kabul edilebilir. Eğer mümkünse rektum, diğer bir seansta mukozal proktokolektomi-ileoanal anastomoz uygulanması için bırakılmalıdır. Hastaların %12'sinde geride bırakılan rektal güdükte kanamanın devam ettiği unutulmamalıdır.

Kronik ülseratif kolitin anorektal komplikasyonları sanıldan daha fazladır ve hastalığın Crohn kolitinden ayrımını güçleştirir. Rektal semptomların çoğu hastalığın ilk bir yılında, kısmen atakların şiddetine bağlı olarak ortaya çıkar. Hastaların %18 kadarında anal fistül ile birlikte perirektal ve iskiorektal abse de vardır.

Ülseratif kolite bağlı akut toksik megakolon hastaların %6-13'ünde görülmektedir. İyi bir tıbbi tedavi ile acil cerrahi girişim yapılmadan gerileyebilir. Ancak tıbbi tedavi ile tamamen gerilese bile, olguların yarısında ilk bir yıl içinde çoğunlukla kolektomi olmak üzere operasyona gereksinim duyulur. Akut toksik megakolona yönelik olarak yapılan cerrahi girişimlerin mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Hastaların yaklaşık %50'sinde sepsis, yara enfeksiyonu, abse, fistül ve yara iyileşmesinde gecikme gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Postoperatif mortalite oranları %11-16 arasındadır, perforasyon ile birlikte olan durumlarda ise bu oran %27-44'e çıkmaktadır. Acil cerrahi girişim sonrası toplam mortalite %8.7, total kolektomi sonrası %6.1 ve proktokolektomi sonrası %14.7'dir. Bu oranlar akut ataklarda olabildiğince konservatif davranılması gerektiğini düşündürmektedir. Anal sfinkteri koruyucu işlemlerin güncelliği anımsanmalı ve diğer bir seansta kontinansın sağlanması için hastaya şans tanınmalıdır. Özellikle rektumun korunduğu olgulara diğer bir seansta mukozal proktokolektomi ve ileoanal anastomoz uygulanabilir.

Proktokolektomi ve ileostomi

Kolon ve rektumun çıkarılması ile kronik ülseratif kolit iyileşmektedir. Bu nedenle total proktokolektomi ve ileostomi geçmişte en çok yeğlenen elektif cerrahi yöntemlerden biridir. Hastalıklı dokunun tamamen çıkarılmasına ve malignite riskinin ortadan kalkmasına rağmen hastalar ve hekimler bu yöntemi benimsememişlerdir. Bunun başlıca nedeni standart proktokolektomi sonrasında kalıcı ileostomi oluşturulma zorunluluğudur. Stomanın geciktirilmeden, rezeksiyon ile aynı seansta yapılması, ileostomi ile ilgili mekanik problemleri engellemektedir. Titizlikle oluşturulan ileostomilerden sonra bile gaz ve gayta tutulamayacağı için hasta günün her saatinde torba ile dolaşmak zorunda kalacaktır. Brooke ileostomili hastaların %90'ı ileostomi ile yaşamaya uyum sağlamışlardır, ancak %25-50 hastanın gereçsel uygulamalara ait yakınmaları vardır. Bu yakınmalar cilt irritasyonu ve değişiklikleri, rahatsızlık, sıvı kaçağı ve koku, modern gereçler kullanılarak ileostomi bakımı yapmanın getirdiği mali yük, bakım için harcanan zaman ve enerjidir. Genç hastalarda bunların önünde gelen diğer bir problem, kalıcı ileostomi ile yaşamının getirdiği psikolojik ve sosyal sorunlardır. Cerrahlar yukarıda sözedilen nedenlerle, total proktokolektomi ve ileostomi için her zaman alternatif arayışındadırlar.

Elektif proktokolektomi ile birlikte %20, yarı acil şartlarda yapılan operasyonlar ile %30, acil şartlarda yapılan operasyonlar ile de %40 oranında toplam morbidite bildirilmiştir. Komplikeasyonlardan bazıları kanama, kontaminasyon, sepsis ve sinir yaralanmalarıdır. Hastaların %10-25'i yaşamın ilerideki dönemlerinde stoma revizyonuna gereksinim duyarlar. Standart abdominoperineal proktokolektominin ardından hastaların %10-20'sinde perineal yara problemleri ortaya çıkar. %15-20 olguda postoperatif dönemde barsak obstrüksiyonu görülür. Benign hastalıklar nedeni ile yapılan proktokolektominin ardından erkek hastalarda %5 oranında impotans bildirilmiştir.

Subtotal kolektomi

Subtotal kolektomi, Brooke ileostomi, rektumun Hartmann yöntemi ile kapatılması veya ileorektal anastomoz uygulanması ülseratif kolit tedavisinde yıllarca uygulanmış cerrahi tedavi yöntemleridir. İleorektal anastomoz ile stomanın getirdiği dezavantajlar ortadan kalkar. Bu olgularda sinir yaralanmasına bağlı mesane disfonksiyonu ve impotans gibi komplikasyonlardan da korunulur. Ülseratif kolitin acil cerrahi tedavisinde, özellikle Crohn hastalığı ile net ayrımı yapılamamışsa, subtotal kolektomi-ileostomi tercih edilmesi gereken yöntemdir. Hastalar kolektomi-ileorektal anastomozu daha kolay tolere ederler, ancak bu yöntem küratif değildir ve bu nedenle yaygın kabul görmemektedir. Subtotal kolektominin ardından rektum güdüğünde inflamatuvar olay devam etmektedir. Rezeksiyon-anastomoz sonrası 20 yıllık izlem sürecinde malignite gelişme riski %17'ye kadar çıkmaktadır. Subtotal kolektomi uygulanmış hastaların en az %10'u kontrol altına alınamayan proktit nedeni ile proktektomi adaydır. Diğer bir %10'unda da fonksiyonel sonuçların yetersizliği nedeni ile proktektomi uygulanır. İyi sonuç alındığı kabul edilen hasta grubunda bile günlük dışkılama sayısı 4-5'ten az değildir. İleum ve hastalıklı rektum arasında oluşturulan anastomozda kaçak riski olduğu da bilinmelidir. Bu operasyon anal sfinkter disfonksiyonunda, şiddetli rektum tutulumunda, rektal displazi veya kanser tanısı konmuş olgularda kontrendikedir.

Kontinent ileostomi=rezervuar ileostomi (Kock poşu)

Kock 1969 yılında, tamamen terminal ileum ile oluşturulan ve gayta için rezervuar görevini üstlenen, stoma ile bağlantılı poşu tanımladı. Birkaç yıl sonra yapılan modifikasyon ile stoma ile poş arasında valf mekanizması oluşturuldu. Hastalar poşu valfden geçirilen yumuşak bir dren aracılığı ile boşaltmaktaydı. Bu operasyonun avantajları küratif özellikte olması ve hastanın sürekli üzerinde taşıyacağı enstrümanlardan kısmen kurtulmasıydı.

Rezervuar ileostomi birçok komplikasyonu da beraberinde getirdi. En sık görülen komplikasyonlar, fekal inkontinansa yol açacak biçimde valf mekanizmasının yer değiştirmesi ve poşun boşaltılması ile ilgili problemlerdi. Hastaların %4-40 'ında valf mekanizmasında sorunlar ortaya çıktı. %10-20 hastada barsak obstrüksiyonu tablosu gelişti. İleostomi disfonksiyonu ile ilişkili olarak hareketsiz loop sendromu, enterit, nonspesifik ileit ve poşit meydana geldi. Bu hastalarda aynı zamanda diare, yağ ve vitamin B12 malabsorpsiyonu, anaerobik bakteri proliferasyonu, poşa yangı ve inkontinansa bağlı klinik semptomlar görüldü. Poş ile cilt veya batin içi organlar arasında fistüller gelişti.

Kock poşunun Brooke ileostomiye göre avantajlı yönleri vardır. Buna rağmen mekanik, fonksiyonel ve metabolik komplikasyonları nedeni ile klinik kullanımı sınırlıdır. Günümüzde, kronik ülseratif kolitli hastalara tüm cerrahi alternatifleri sunabilen merkezlerde bile Kock poşu az sayıda uygulanmaktadır. Rezervuar ileostomi, total proktokolektomi geçirmiş, kontinans sağlayan girişimlere gereksinim duyan ileostomili hastalara seçerek uygulanmalıdır.

İleoanal anastomoz

Kronik ülseratif kolitin mukozayı ilgilendiren bir hastalıktır. Bu mantıkla rektum, anüs ve anal sfinkteri koruyucu girişimler yaygınlık kazanmıştır. Rektal mukozaya linea dentata'ya kadar disseke edilerek çıkarılabilir. Rektal kaslar cuff ve anal sfinkterin korunmasını sağlayan bu yaklaşımda intestinal kanalın devamlılığı, ileumun pelvise endorektal olarak yaklaştırılması ve anüs ile arasında uç uca anastomoz gerçekleştirilmesi ile sağlanır. Total proktokolektomide olduğu gibi tüm hastalıklı dokunun uzaklaştırılması bu operasyonun avantajlı tarafıdır. Diseksiyon endorektal planda yapıldığı için mesane ve genital bölgenin parasempatik innervasyonu ile ilgili komplikasyonlar da görülmemektedir.

Geçtiğimiz 20 yıl içinde ileoanal pull-through ameliyatına duyulan ilgi artmıştır. Bu ilginin nedeni Kock poşu gibi alternatiflerin beklenen iyi sonuçları verememiş olmasıdır. Yıllar içinde cerrahi teknik gelişmiş ve morbidite cesaret verici oranlara düşmüştür. Bununla birlikte ileoanal anastomozun fonksiyonel sonuçları ile ilgili öngörü hala yapılamamaktadır. Pull-through ameliyatının olası sonuçları için hasta seçiminde yararlı olabilecek bazı parametrelerin üzerinde durulmaktadır. Ameliyat sonrası yeterli kontinansın sağlanması için hastaların preoperatif anal sfinkter fonksiyonunun yeterli olması şarttır. Ameliyat öncesi sfinkter fonksiyonunu belirleyecek manometrik ölçümler bu nedenle büyük önem taşır. Uç uca ileoanal anastomoz uygulanan hastalarda ileal komplians ve kapasite ile dışkılama sayısı arasında ters orantı olduğu görülmüştür. İleal komplians ve kapasite artışı ileoanal anastomozun proksimalinde oluşturulacak bir ileal rezervuar ile artırılabilir. J-poş, S-poş, W-poş ve lateral yan yana izoperistaltik poş bu amaçla uygulanan yöntemlerdir. Poş oluşturulmuş erişkin hastalarda postoperatif dışkılama sayısında belirgin azalma görülmüştür.

Ameliyata eklenebilecek önemli bir girişim de diversiyon oluşturan geçici loop ileostomidir. Ameliyat sonrası birkaç haftada fekal diversiyon böylelikle sağlanır, pelvik sepsis ve anastomoz kaçağı riski azalır. Bazı cerrahlar yüksek risk içermeyen olgularda loop ileostomi uygulamamaktadırlar.

Hastaların çoğunda operasyon iki aşamada gerçekleştirilir. İlk aşamada abdominal kolektomi ve mukozal proktektomi yapılır, endorektal ileal poş-anal anastomoz ve diversiyon loop ileostomi oluşturulur. İkinci aşama ilk operasyondan yaklaşık 8 hafta sonra loop ileostominin kapatılmasıdır. Acil şartlarda operasyona alınan olgularda

durum farklıdır. Total kolektomi ve ileostomi yapılır, rektum Hartmann yöntemi ile kapatılır. İkinci aşamada rektum mukozası disseke edilerek çıkarılır, ileoanal anastomoz ve diversiyon amaçlı loop ileostomi oluşturulur. Üçüncü ve son aşamada loop ileostomi kapatılır.

Tek aşamada kolektomi, mukozal proktektomi ve ileal anastomoz uygulanan olgular ile mukozektomi ve ileoanal anastomozun diğer bir seansa bırakıldığı olgular kıyaslandığında; tek aşamada girişimin tamamlanması morbidite riski, hastanede kalış süresi, maliyet ve fonksiyonel sonuçlar yönünden avantajlı bulunmuştur. Agresif tıbbi tedavi (siklosporin kullanımı da dahil olmak üzere) yarı acil girişimlerin sayısını ve çok aşamalı operasyona duyulacak gereksinimi arttırmaktadır. Bu yüzden, göreceli acil cerrahi girişim endikasyonu olan hastalarda (kanama, tedaviye yanıtızlık, toksik megakolon) tek aşamalı cerrahi girişime olanak tanıyacak bir tıbbi tedavi yöntemi belirlenmelidir.

Gaytanın sulu kıvamda olması, dışkılama sayısında artış ve uykuda gayta kaçırma ileoanal anastomozun en rahatsız edici komplikasyonlarıdır. Dışkılama ile ilgili düzensizliği kontrol altına almak için sentetik bir opioid antidiareik ajan olan loperamide hidroklorid kullanılır. Hastanın diyeti yüksek oranda fiber içerecek şekilde düzenlenir.

Mukozal proktektomi ve ileal poş - anal anastomozun sonuçları iyi olmakla birlikte, ameliyat tekniği ile ilgili, distal mukozal proktektomiye alternatif getiren tartışmalar sürmektedir. Anal kanalın bütünüyle bırakıldığı bu teknikte ileal poş stapler ile anal kanala anastomoz edilmektedir. Amaç anal transizyon bölgesinin ve anal kanalın anatomik bütünlüğünün korunması, dolayısıyla fekal inkontinansın kontrol altına alınmasıdır. Bazı serilerde bu amaca ulaşıldığı bildirilmekle birlikte bu sonuçlar henüz prospektif, kontrollü çalışmalarla desteklenmemiştir. Anal kanal mukozasının yerinde bırakılmasının bir sonucu olarak, hastalar yaşamları boyunca nüks ve malignite riski ile karşı karşıya kalabilirler. Mayo kliniğinde opere edilmiş 50 proktokolektomi olgusu histolojik olara incelenmiş ve %90 olguda linea dentata'nın komşuluğundaki 1 cm'lik mukozada hastalığa rastlanmıştır. Kronik ülseratif kolitli olgularda proksimal anal kanal mukozasından köken alan displazi ve adenokarsinom bildirilmiştir. İleal poş-distal rektal anastomoz tekniği uygulanan hastalar bu yüzden yaşam boyu izlemde olmalıdır. Rektal displazi, proksimal rektal kanser, diffüz kolonik displazi ve famillial polipozis olgularında mukozektomi tercih edilmelidir.

İleal poş - anal anastomoz uygulanan olgularda proksimal diversiyon ileostomisinin gerekliliğini sorgulayan yayınlar vardır. Diversiyon loop ileostomi uygulanmamasının birkaç teorik avantajı vardır. İleostomi kapatılması için başka bir cerrahi girişime gerek kalmaz, ileostomi kapatılması sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan ve diversiyon enteritinden korunulur. Anastomoz kaçığı ileal poş-anal anastomoz sonrasında poşun kaybedilmesine neden olabilecek ciddi bir morbiditedir ve tüm olumsuzluklarının yanında diversiyon amaçlı loop ileostominin anastomozu koruyucu özelliği de vardır. Prospektif, randomize çalışmalar bu konuya açıklık getirecektir.

İleoanal anastomoz sonrası fonksiyonel sonuçlar uzun süreli izlem verileri ile elde edilebilmiştir. Bu sonuçlara göre 24 saatte dışkılama sayısı 4 ile 9 arasındadır (ortalama 6). Gece dışkılama sayısı ise genellikle bir, nadiren ikidir. Uykuda gayta kaçırma ameliyattan sonraki bir yıl içinde hastaların %20'sinde görülmüştür. Bir yıldan sonra daha nadir olarak görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda hastaların Brooke ileostomiye kıyasla ileoanal anastomozu daha kolay tolere ettikleri ortaya çıkmaktadır.

Poşit

İleoanal anastomoz sonrası en sık karşılaşılan geç komplikasyonlar %10-50 oranında görülen ileal poş disfonksiyonu ve poşittir. Poşit iyi tanımlanamamış ve tam anlaşılammamış bir klinik sendromdur. Klinik bulguları dışkılama sayısında artış, kramplar, uykuda gayta kaçırma, artralji ve ateştir. Bu bulgular Kock rezervuar ileostomi poşu olan hastalarla benzerlik gösterir. Poşitin nedenleri ile ilgili spekülasyonlar Crohn hastalığının erken döneminin tabloya eşlik etmesi, bakterial overgrowth ve disbiozis, primer veya sekonder malabsorbsiyon, staz, iskemi ve nütrisyonel, immünolojik disfonksiyondur. Kronik poşiti olan olguların küçük bir kısmında altta yatan hastalığın gerçekte Crohn hastalığı olduğu ortaya çıkmıştır.

Staz önemli bir poşit nedeni olarak belirtilmekle birlikte poşun işlevini yerine getirmesi için bir miktar staz gereklidir. Birçok yazar poşit ile poş disfonksiyonunu birbirine karıştırmaktadır. Kanıtlar stazın direkt olarak poşite neden olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte klinik olarak poşun boşalması sintigrafi ile denetlenmeli, poş fonksiyonunda bozukluk olan hastalar belirlenmelidir. Bakterial floradaki değişikliklerin de etkili olduğu düşünülmekle birlikte poşit herhangi bir mikrobiyolojik etkenle ilişkilendirilmemiştir. Neden sonuç ilişkisi tam olarak kurulamasa da kısa zincirli yağ asitlerinin poş içerisindeki yoğunluğunda azalma saptanmıştır. Bütirik asid konsantrasyonunda azalma villüs atrofi ile ilişkilidir. Poşitin diğer bir nedeni glutamin eksikliği olabilir. Poşitin önlenmesi ve tedavisinde glutamin ve bütirat ile verilen nütrisyonel desteğin yararlı olduğuna dair bulgular vardır. İskemi de poşite yolaçabilir. Perfüzyonun azaldığı durumlarda, ksantin oksidaz aktivitesine bağlı olarak dokuda artan serbest oksijen radikalleri hasarlanmaya neden olabilir.

Kronik ülseratif kolitin ekstraintestinal tutulumu ile birlikte %40 olguda poşit görülmektedir. Bu oran ekstraintestinal tutulumu olmayan olgular için %20'dir. Sklerozan kolanjit ve poşitin birlikteliği daha da fazladır.

Günümüze kadar poşit klinik olarak tarif edilen bir sendrom olarak kalmıştır. Fikir ayrılıklarının nedeni tanı kriterlerinin kesin olmamasındandır. Bazı yazarlar tanıyı endoskopik kriterlere dayandırmaya çalışmaktadır. Hafif şiddette poşitin mukozada ödem, frajilite ve eritemle karakterize olduğu bildirilmektedir. Hafif olgularda ülserler yüzeyledir, şiddetli poşitte ise difüz eritem, eksudasyon, yaygın yüzeysel ülserler, hatta nekroz görülebilir. Endoskopik bulgular, klinik semptomlar ve histolojik değişiklikler arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır.

Poşit olguların üçte ikisi kısa süreli metronidazol ve siprofloksasin tedavisine yanıt verir. Diğer olgularda, tekrarlanan metronidazol tedavilerine yanıt veren veya kronik yanıtız formda poşit vardır.