

İskemik Crohn Hastalığı, Cerrahisiz Remisyon; Olgu Sunumu

Ischemic Crohn's Disease; Nonsurgical Remission; Case Report
Genel Cerrahi

Başvuru: 27.02.2018
Kabul: 06.05.2018
Yayın: 13.06.2018

Bartu Badak¹, Mustafa Başpınar², Necdet Fatih Yaşar¹

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
² Ankara Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi

Özet

Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin, ağızdan anüse kadar, herhangi bir yerini tutabilen, iyileşme ve alevlenme dönemleri ile seyreden en sık 15-35 yaş ve 55-65 yaşları arasında görülen etyolojisinde genetik faktörlerin, defektif immün regülasyonun, infeksiyon ajanlarının ve sigaranın suçlandığı bağırsağın inflamatuvar hastalığıdır. Komplikasyonlarla karşılaşılmaması durumunda tedavi cerrahidir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, Bağırsak, İnflamatuvar

Abstract

Crohn's disease is an inflammatory disease of the gastrointestinal tract accompanied by occasional intestinal manifestations characterized by transmural inflammation, healing and exacerbations, which can involve more than one part of the gastrointestinal tract.

Keywords: surgery, intestinal, inflammatory

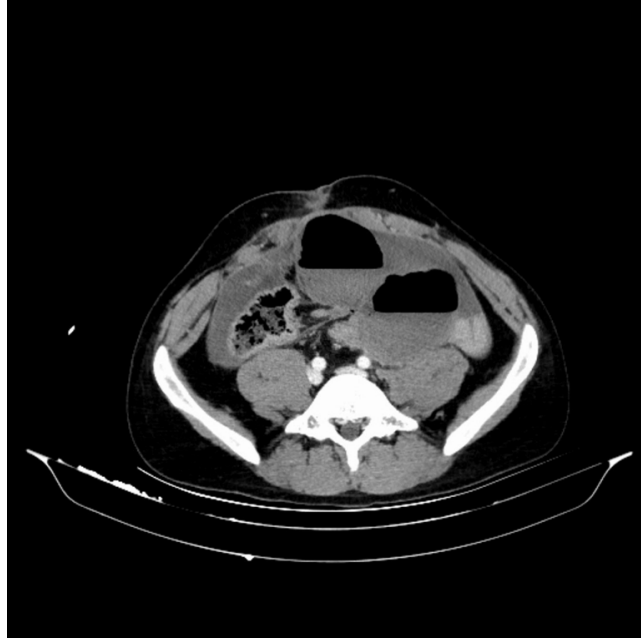
Giriş

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (IBH) tanımı, ince bağırsak ya da kalın bağırsakta hasarın etkilediği bağırsak duvarında derinlik ve lokalizasyona göre iki tip idiyopatik bağırsak hastalığını kapsar. Ülseratif kolit (ÜK), kolonik mukozanın yaygın iltihabıdır. Çoğu zaman rektumu (proktit) tutmakla beraber, sigmoid kolon içine uzanabildiği (proktosigmoidit) ve hatta ötesini tutabildiği (distal ülseratif kolit), veya tüm kolonu tutabildiği (pankolit) tablolar da olabilmektedir. Ayrıca, çekum tutulumunun olduğu durumda 'back wash ileitis' olarak da tanımlanan nadir durumda ileumu da tutabilmektedir. İnflamatuvar bağırsak hastalığının patogenezinde intestinal immün sistem anahtar rol oynamaktadır¹.

Olgu Sunumu

Bu yazıda, Crohn hastalığı tanısını , Crohn hastalığı komplikasyonu olan toksik kolon ile almış olan 36 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Hasta, 2001 yılında bağırsak alışkanlığında düzensizlik , kabızlık ve ishal dönemlerinin olması nedeni ile değerlendirilmiş, ancak yapılan üst ve alt gastrointestinal endoskopilerde ve yapılan görüntüleme tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmamış. Hastaya ilk operasyonu 2006 yılında (24 yaşında) masif kanlı diyare ve akut karın tanısı ile yapılmış. Toksik kolon nedeni ile totale yakın kolektomi ileal uç ileostomi prosedürü uygulanmış. Kolektomi materyali ve sonrasında yapılan endoskopik biyopsi materyallerinin patolojik incelemesinde 'Crohn hastalığı' tanısı almış. Takip eden yıl içerisinde uç ileostomi ileoanal J-poş tekniği ile onarılmış. Daha sonra brid ileus nedeni ile 6 kez, insizyonel herni nedeni ile bir kez ve enterokutanöz fistül nedeni ile bir kez ameliyat edilmiş. Yapılan mükerrer ameliyatlarda ince bağırsak rezeksiyonu uygulanmak durumunda kalmamış. Ancak, yapılan ince bağırsak rezeksiyonları kısa bağırsak sendromuna neden olacak düzeyde olmamış. Son ameliyatını ise servisimizde akut karın tanısı ile 2017 yılı Mart ayında olan hastaya preoperatif etyoloji araştırma amaçlı bilgisayarlı tomografi kullanıldı. Alınan raporlarda ince bağırsak segmentlerinin nekrotik olduğu görülmesi üzerine (Şekil 1-2-3-4) ameliyata alınan hastanın eksplorasyonunda tüm ince bağırsak anslarının

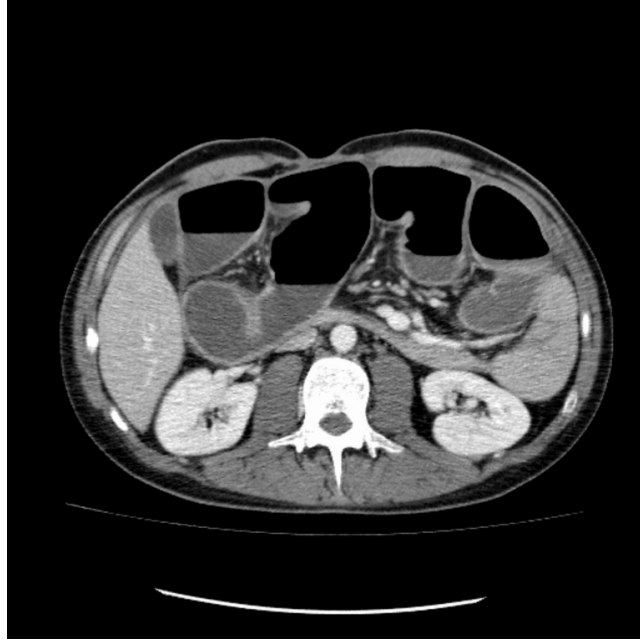
beslenmesinin nekroz derecesinde bozuk olduğu görüldü.



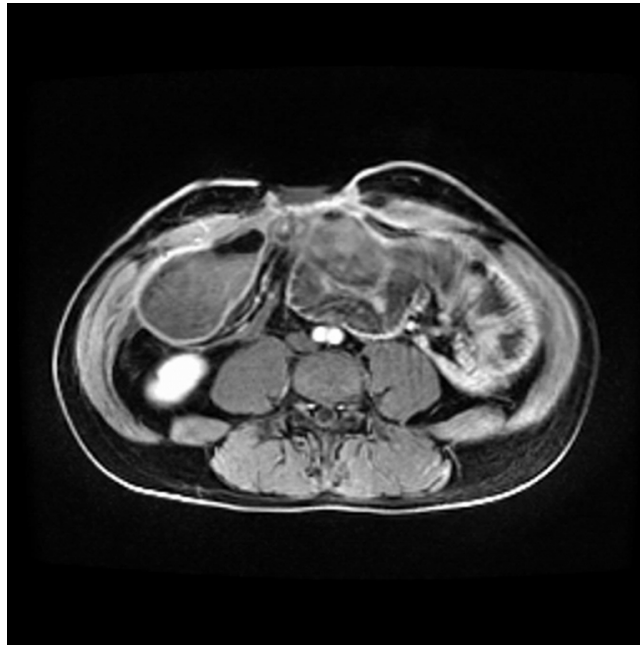
Şekil 1 : ameliyat öncesi iskemik bağırsak segmentleri (APCT)



Şekil 2 : eksplorasyon görüntüsü



Şekil 3 : ameliyat sonrası 3.ay kontrol tomografisi (normal barsak segmentleri)



Şekil 4 : ameliyat sonrası 6.ay MR görüntüleme (normal barsak segmentleri)

Hastaya yapılacak olan rezeksiyonun masif rezeksiyona gireceği ve yaşamla bağdaşmayacak düzeyde olacağı öngörüldü ve operasyona herhangi bir işlem yapmaksızın son verildi. Operasyondan sonra yoğun bakım takibine alınan hastaya mayi desteği dışında ek tedavi uygulanmadı. Klinik sıkıntı yaşanmayan hastaya ameliyat sonrası 7. günde oral besleme başlanıp şikayetlerinin gerilemesi üzerine hasta taburcu edildi. Ameliyattan yaklaşık 3 ay sonra yapılan karın ultrasonografisinde, bilgisayarlı tomografisinde ve manyetik rezonans görüntülemelerinde karın içi herhangi patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Ameliyattan 5 ay sonra ince bağırsak incelemesi yapılmış ve 400 cc kontrast madde (baryum sülfat) verilmesinden sonra alınan grafilerde, işleme başladıktan yaklaşık 3 dakika sonra duodenuma geçiş gerçekleşmiş olup distale geçiş yaklaşık olarak 83 dakika sonra gerçekleşmiştir. İnce bağırsak konfigürasyonu normal izlenmekte olup, mukoza yapıları ve peristaltizm normal olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma

Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin ağızdan anüse herhangi bir yerinde bir ya da birden fazla kısmını tutabilen, transmural inflamasyonla karakterize, iyileşme ve alevlenme dönemleri ile seyreden, zaman zaman bağırsak dışı bulguların (artrit, üveit, ankilozan spondilit, hepatik komplikasyonlar, cilt bulguları) eşlik ettiği iltihabi bir hastalıktır. Makroskopik olarak aralarında normal yapıda bağırsak alanlarının bulunduğu yama tarzında hastalıklı alanlar saptanması Crohn hastalığı için tipik görünümüdür. Klinik olarak darlık ve tıkanmalara yol açan fibrostenotik tip, inflamasyonun ön planda olduğu tip ve serbest ya da kapalı perforasyona neden olup peritonit veya fistüllere neden olan tip olarak karşımıza çıkabilmektedir². Fibrostenotik tip en yaygın görülen tiptir. Crohn hastalarının yaklaşık %75'inde ince bağırsak tutulumu gözlenmiştir. Bunların da yarısında etkilenen bölge ise terminal ileumdur².

Son yirmi yılda, Crohn hastalığının tedavisi için tıbbi enstrumanlar önemli ölçüde genişlemiş durumdadır³⁻⁵. Bununla birlikte, özellikle agresif penetrasyon fenotipi, fibrostenotik tıkanıklıklar veya tıbbi tedaviye dirençli hastalar için cerrahi seçenek Chron hastalığının tedavisinde önemli bir rol oynamaya devam etmektedir⁶.

Medikal tedavide immun sistemi baskılayıcı steroid ve steroid dışı ajanlar, salisilat türevleri ile ve gerekli olgularda (perforasyon , fistül , apse gibi) cerrahi tedavi uygulanmakla beraber Crohn hastalığının bugün için bilinen, ne medikal ne de cerrahi küratif bir tedavi yöntemi yoktur⁷.

Her yaşta görülmekle beraber en sık 15-35 yaş ve 55-65 yaşları arasında görülmektedir. Etyolojisinde genetik faktörler, defektif immün regülasyon, infeksiyon ajanları veya sigara yer almaktadır. Medikal tedaviler küratif olmamakla birlikte hastalığı baskılamak için kullanılır. Cerrahi tedavi ise sadece komplikasyonlar geliştiğinde gündeme gelir. En sık cerrahi gerektiren durumlarsa medikal tedaviye cevapsız striktür veya obstrüksiyon, masif kanama, refrakter fistül, apse, displazi, kanser sayılabilir. En sık ameliyat nedeni ince bağırsak tıkanıklığı veya perforasyondur. Crohn kolitinde ise tedaviye cevap vermeyen hastalarda ve özellikle toksik kolon varlığında cerrahi tedavi değerlendirilmelidir. Bunun dışında fistülizan hastalıkta fistül kapatılması ve perkütan yolla drene edilemeyen veya sık tekrarlayan apse oluşumu cerrahi tedavi gerektirebilir. Crohn hastalığı komplikasyonlarında cerrahi uygulanacaksa bağırsakların semptomlara neden olan bölgesine sınırlı cerrahi girişim yapılmalıdır. Laparotomi yanında özellikle laparoskopik cerrahi ve rezeksiyon uygulanabilir. Yapılan çalışmalarda, laparotomi ve laparoskopi teknikleri arasında karşılaştırma yapılmış ve morbidite, hastanede kalış süresi ve maliyet açısından laparoskopi tekniği üstün bulunmuş ancak 3 aylık takipte iki yöntem arasında yaşam kalitesi açısından fark saptanmamıştır⁸. Fistül komplikasyonu gelişen hastalarda infliksimab medikal tedavide bir seçenek olarak ortaya çıkmıştır. Ancak, bu tedavinin hastaların çoğunda ameliyat gereksinimini ortadan kaldırmadığı görülmüştür⁹.

Sunduğumuz bu vakada ilk tanısı total kolon rezeksiyonu ile alan ve sonrasında mükerrer kez ameliyat olan hastanın son olarak akut karın nedeni ile yapılan ameliyatında nekrotik olan tüm ince bağırsak kısımlarının laparotomi esnasında müdahale edilmeden operasyonun sonlandırılması, ameliyat sonrası bakım döneminde nekrotik bağırsak kısımlarına yönelik özellikli bir tedavi almadan bağırsakların normal fonksiyonuna tekrar dönmesi ameliyat ve görüntüleme yöntemleri ile ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu nedenle nekroz olduğu düşünülen ve yapılacak rezeksiyonun kısa bağırsak sendromuna yolaçacağı muhtemel hastalarda bağırsak anslarının rezeksiyon yapılmaksızın medikal tedavi ile takip edilerek bu ve benzeri hastaların değerlendirilmesi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Referanslar

1. McDowell C, Bhimji S S. Bowel, Inflammatory Disease (IBD). StatPearls. Last Update: December 5, 2017.
2. Dietz D, et al. Safety and long-term efficacy of stricturoplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. J Am Coll Surg. 2001; 192:330-7.
3. Devociođlu S, Savařan MK, Kaya M. Granülopatöz kolit. 2. baskı. Sayek I, editör. Temel Cerrahi. Ankara:Güneř Kitabevi; 1996;1118-23.
4. Maartense S, et al. Laparoscopic-assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease: a randomized trial. Ann Surg. 2006;243:143-9.
5. Poritz LS, Rowe WA, Koltun WA. Remicade does not abolish the need for surgery in fistulizing Crohn's disease. Dis Colon Rectum. 2002;45:771-5.
6. Hazlewood GS, et al. Comparative effectiveness of immunosuppressants and biologics for inducing and maintaining remission in Crohn's disease: a network meta-analysis. Gastroenterology. 2015;148:344–54.
7. Singh S, et al. Postoperative mortality among patients with inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. Gastroenterology. 2015;149:928–37.
8. Kaplan GG, Ng SC. Understanding and preventing the global increase of inflammatory bowel disease. Gastroenterology. 2016;152:313–21.e2.
9. Fichera A, Michelassi F. Surgical treatment of Crohn's disease. J Gastrointest Surg. 2007;11:791–803.