

14453

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

İNCE VE KALIN BARSAK YERLEŞİMLİ CROHN HASTALIĞINDA
CERRAHİ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI


(Uzmanlık Tezi)

Dr. Metin ERTEM

Dr. Metin Ertem

İstanbul - 1991

Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi



Kaybettiğimiz Cerrahi Anabilim Dalı Başkanımız Sayın **Prof.Dr.Selçuk Aybar**'ı saygıyla anarken, Tıp Fakültesi Dekanı ve Anabilim Dalı Başkanımız Sayın **Prof.Dr.Hürol İnel'e**, bana her konuda yol gösterici ve destek olan tez hocam Sayın **Prof.Dr.Ali Haydar Taşınar'a**, Tıbbın disiplin isteyen ve zor uzmanlık dallarından biri olan cerrahi sanatını öğrenmemi sağlayan değerli hocalarıma ve yardımcı olan tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GENEL BİLGİLER	1
TARİHÇE	1
EPİDEMİYOLOJİ	2
ETYOLOJİ	3
PATOLOJİ	7
KLİNİK ÖZELLİKLERİ	11
EKSTRAİNTESTİNAL KOMPLİKASYONLARI	17
TANI	21
AYIRICI TANI	28
MEDİKAL TEDAVİ	32
CERRAHİ TEDAVİ	35
Cerrahi Endikasyonlar	36
Barsak ve Mezenterik Rezeksiyon Sınırları	38
İnce Barsak Yerleşiminde Cerrahi Tedavi	41
Kalın Barsak Yerleşiminde Cerrahi Tedavi	48
Komplikasyonlarının Cerrahi Tedavisi	55
CERRAHİ SONRASI NÜKS	67
GEREÇ VE YÖNTEM	69
İRDELEME	80
ÖZET VE SONUÇ	97
KAYNAKLAR	99

GENEL BİLGİLER

TARİHÇE

Morgagni 1761 yılında yayınladığı "De Sedibus et Causis Morborum" adlı patolojik anatomi kitabında ilk defa ileumu tutan ve büyümüş lenf nodüllerinin eşlik ettiği inflamatuvar barsak lezyonlarından bahsetti (35,41). Fakat 1813'de Combe ve Saunders ileumda yerleşmiş olan muhtemel ilk Crohn olgusunu tarif ettiler. 1828'de Abercrombie postmortem olarak bir kaç olguda sadece ileumda yerleşmiş olan hastalıktan söz etti(35). 1853'de Bristow tüberkülozu ekarte ederek ileumda kalınlaşma, alt jejunum segmentinde striktür ve ileoçekal fistülün oluştuğu ve aynı zamanda kolonda ülserlerin bulunduğu bir hasta tarif etti. 1888'de Hale ve White ülseratif kolit olan 29 olgu sundular. Fakat sonradan yapılan araştırmalarda bunlardan biri duodenum yerleşimli olan 8 olgunun Crohn olduğu anlaşılmıştır(35). Yirminci yüzyılın başlarında (1919) Braun ileumda inflamatuvar kitle oluşturan birkaç olgu tarif etti. 1913'de Kennedy Dalziel tüberküloz olmayan kronik intestinal enteritis olarak değerlendirdikleri dokuz olguyu ameliyat etti(35,55). 1920'de Tietze kendi olgularıyla birlikte literatürdeki tüm selim granülomları toplayarak yayınladı(27). 1923'de Maschowitz ve Wilensky biri hem kolon hem ince barsağı tutan, diğer üçünün sadece ince barsakta yerleşmiş olduğu ve nonspesifik granülomların yer aldığı dört olgu tarif ettiler(27,41,55). Cerrahi girişimi takiben fistül oluşumu yine aynı yazarlar tarafından bildirilmiştir(55).

Bütün bu gelişime rağmen, hastalığın kesin tarifi Crohn tarafından yapıldı. New York'ta The Mount Sinai Hospital'de gastroenterolog olarak çalışan Dr.Burrill B.Crohn, yine aynı hastanede cerrah olarak çalışan Dr.A.A.Berg tarafından rezeke edilerek incelenen 14 olguyu 1932'de New Orleans'ta "Terminal İleitis" başlığı altında tarif etti(28, 41,55). Yine aynı sene içinde Mayo Klinik doktorlarından Dr.J.A.Bargen'in önerisiyle hastalığı "Regional İleitis" olarak değiştirerek Ginzberg ve oppenheimer ile birlikte detaylı olarak yayınladılar(27,28,41).

Türkiye'de ilk olgu,1945 yılında Ord.Prof.Dr.Kazım İsmail Gürkan tarafından Türk Tıp Cemiyeti mecmuasında "yarı ileus tablosu gösteren nadir bir barsak lezyonu" isimli makalede yayınlanmıştır(61).

Crohn'un bu tarifinden sonra benzer lezyonların kalın barsaklarda da görülmesi dikkati çekti. 1952'de ilk defa Wells segmenter koliti tarif etti. Bu tarif 1959'da Brooke tarafından da yayınlandı(41). Sonuçta, Morson 1960'da Crohn hastalığının sadece kolonda yerleşebileceğini belirterek yayınladı(106).

EPİDEMİYOLOJİ

Nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen gastrointestinal kanalın daima önemli problemlerinden biri olmuştur. Crohn'un tarifinden beri insidensinde belirginbir artma gözlenmiştir(18,41,95,116). ABD'de yapılan çalışmada insidens 1963'ten 1973'e, 1,8'den 3,7/100.000'ye yükselmiştir(96).

1980 yılında dünyada yapılan araştırmaların toplam sonuçlarında insidens 100.000'de 1-7, prevalans 10-100 olarak bulunmuştur(95,96). Sadece ABD'inde bu hastalıktan herhangi bir zamanda 50-100 bin kişi etkilenmektedir(116).

Her yaş grubunda görülürse de genç erişkin hastalığıdır, 10 yaşın altında nadiren görülür. Birinci pik 20-30 yaş civarındadır(24,37,41,97,116). Hastalığın başlangıcı % 62 oranında 30 yaşın altında görülmektedir(24). İkinci pik 55-60 yaşlarında görülür(41,116). 50 yaş üzerinde hastalık % 5-14 oranında görülür(116).

ABD, İngiltere ve Skandinav ülkelerinde, Japonya, USSR, Güney Amerika ve Orta Asya ülkelerine göre daha fazla görülmektedir(41,95).

Beyaz ırkta beyaz olmayan ırka göre daha fazla görülmektedir(95). Avrupa ve Amerika'da yaşayan musevilerde musevi olmayan ve İsrail'de yaşayan musevilere göre beş defa daha fazla hastalık görülmektedir(35,95,96,116).

Her iki cins eşit olarak hastalıktan etkilenmektedir(24,37,95,97).

ETYOLOJİ

Crohn hastalığının etyolojisi halen sorularla doludur. Bugüne kadar çeşitli teoriler ileri sürülmesine rağmen üzerinde en çok durulan, immünolojik ve infeksiyöz ajanlara bağlı olanlarıdır.

İnfeksiyöz Ajanlar

Hastalığın ilk tarifinden beri etyolojisinde muhtemel infeksiyöz bir ajanın olduğu düşünülmüş ve bu yönde çalışmalar yapılmıştır. İlk önceleri tüberküloz basillerinin buna neden olduğu düşünülmüşse de böyle olmadığı gösterilmiştir(27). Hastalığın granülomatöz özelliğinden dolayı Mycobacterium türleri üzerinde ısrarla durulmuştur. Lenf nodüllerinden elde edilen materyallerin uzun süreli kültürlerinde Mycobacterium Kansasii ajanının üretilmesine rağmen, elektron-

mikroskopik incelemeler ve cilt testleri neticesinde, etyolojide bu ajanın etkinliğinin olmadığı anlaşılmıştır(117). Yine son senelerde Mycobacterial antijenlere karşı serum antikor düzeyi tesbitlerinde kayda değer özellikler saptanmamıştır(78).

Crohn hastalığında barsak mikroflorası özellikle anaerob organizmaların üremesi ile karakterizedir(77). Çeşitli araştırmacılar Crohn hastalarında sporadik olarak elde ettikleri duvarsız mycobakteriaları, yine duvarsız psödomonas türü bakterileri, streptococcus fekalis'in L formunu, E.colinin sub gruplarını, lenfoganüloma venorum tipi chlamydiaları, mycoplasma, eubacterium ve peptostreptococları ve Epstein-Barr, Cytomegalovirus, rotavirus, reovirüs, ECHO-27 gibi RNA virüslerini araştırmışsalar da kesin bir noktaya ulaşamamışlardır(35,116,117). Bu virüslerin kültürde üretilmesi, elektron ve immun elektron mikroskopik çalışmalarda hasta dokuda gösterilmesi mümkün olmamıştır(31).

1970'de Mitchell ve Rees hastalığın iletilebilir bir etkene bağlı olabileceği düşüncesiyle, hasta dokunun santrifüjü ve 0,2 mikron filtreden geçirmek suretiyle elde ettikleri materyali farelerin ayaklarına vererek granülomların oluştuğunu gösterdiler(102). Yine benzer bir çalışma ile tavşanların barsaklarına bu materyalin injeksiyonu ile hayvanın barsaklarında granülomlar oluşturduklarını(30). Maalesef bu çalışmaların yapılan tekrarlarında aynı sonuçların alınamaması üzerine transmitted (iletilebilir) bir etkinin olup olmadığı sorusu cevapsız kaldı.

Yersinia enterocolitica akut terminal ileitis oluşmasına rağmen, genellikle kendiliğinden geçmekte ve Crohn oluşturmamaktadır(35,116). Campylobacter ve Clostridium difficile mevcut olan Crohn hastalığını alevlendirdiği bildirilmiştir(116).

Bugünkü veriler sonuçsuz kalmasına rağmen Crohn hastalığının etyolojisinde infeksiyöz bir mekanizma halâ bir olasılık olarak yerini korumaktadır. Belki de bu mekanizmada birden fazla infeksiyöz ajanın etkisiyle hassas kişilerde normal bakteri barsak ilişkisinin bozulması söz konusudur.

İmmünolojik Faktörler

İmmünolojik düzensizlikleri gösteren birçok kanıt olmasına rağmen, bunların hastalığın nedeni mi yoksa ikincil bir fenomen mi olduğu açık değildir. İlk ve basit düşünce barsak hücreleri yüzeyindeki antijenlerle dolaşımdaki anti-epitelyal antikorların reaksiyona girerek direkt hücre harabiyetine neden olmasıydı. Nitekim yapılan uzun araştırmalardan sonra hasta dokularında E.coli ile çapraz reaksiyona girmeyen spesifik bir antikolon antikor tanımlandı(117). Yine hasta barsak segmentindeki mukozal lenfoid hücrelerinde IgG sentezinin arttığı gösterildi(117). Bütün bunlara rağmen antikor düzeyi ile hastalığın aktivitesi arasında açık bir korelasyon gösterilememiştir. Yine yüksek antikolon antikor düzeyi sadece Crohn hastalığı için spesifik olmayıp üriner infeksiyon, siroz, poliposis koli, IgA yetersizliği ve agammaglobulineminin oluşturduğu inflamatuvar barsak hastalığında da yüksek bulunmuştur(117).

Dolaşımdaki immün kompleksler ile intestinal lezyonlar arasında bir ilgi kurmak çabaları hayal kırıklığı ile sonuçlanmıştır(35). Bu immün komplekslerin, hastalığın ekstra-intestinal lezyonlarının oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir(54).

IgE ile meydana gelen anaflaktik hipersensitivite reaksiyonunun, hücre duvarındaki mast hücrelerinden vazoaktif madde salgılattığı ve böylece mukozanın normal bariyer fonksiyonunu zayıflatan hücre duvarı ödeminin nedeni olabileceğine dikkat çekilmiştir(35,117). Lezyonlarda lenfosit ve

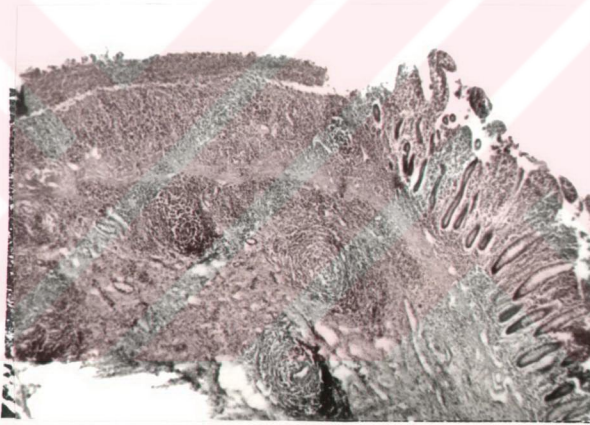
makrofajların çokluğundan dolayı hücre sel immünolojik bozukluk cazip bir hipotezdir. Dolaşımdaki T-lenfositlerinin, bir kısım kolon hücre ve bakteriyal antijenlere karşı duyarlaştığını gösteren çalışmalar yapılmış, ancak bu hücrelerin barsak epiteline sitotoksik olduğu kanıtlanamamıştır(117). Bir tür lenfosit olan K-hücrelerinin Fc reseptörleri hedef hücredeki Fc bölümü ile birleşerek sitotoksiteye neden olup, hücreyi öldürmektedir. K-hücreleri IgM varlığında in vitro olarak kolon epitel hücreleri için sitotoksiktir(117). Yine bu sitotoksitite ile hastalığın aktivitesi arasında çok zayıf bir korelasyon gösterilebilmiştir(26).

Biraz değişik bir yaklaşım ise, bazı immünolojik eksikliklerin, bazı barsak antijenlerine karşı gelişen ve kontrol edilemeyen reaksiyonlara ve dolayısıyla mukoza harabiyetine neden olduğudur. Gerçekte, Crohn hastalığında barsak mukozasında azalmış IgA sentezi ve makrofaj yetersizliği söz konusudur(15). Crohn hastalığının etyolojisinde immünolojinin rolünü en iyi Sachar'ın şu sözleri özetlemektedir. "İnflamatuar barsak hastalığı kişide immün sapmalara yol açmakta ve inflamatuvar reaksiyonlar belki de immün etkili yollarla oluşmaktadır. Ancak bugün immünolojinin patogenetik rolü halâ karanlıktır"(117).

Etyolojide rol oynadıkları düşünülen psikojenik ve gıdasal etkiler, genetik geçiş üzerinde daha az durulmaktadır. Özellikle genetik geçiş üzerinde geniş araştırmalar yapılmıştır. Farmer ve arkadaşları, 552 Crohn hastası üzerinde yapmış oldukları çalışma neticesinde 185 (% 35) hastada aile hikayesinde pozitif inflamatuvar hastalık tesbit etmişlerdir(40). Buna rağmen, genetik geçişte rol oynayabilecek kalıtsal bir protein ve enzimatik, metabolik veya kromozomal anomali henüz gösterilememiştir. Crohn hastalığı için henüz genetik bir marker yoktur(77).

PATOLOJİ

Crohn hastalığında, etyolojisinde yer alan immunité teorisini doğrularcasına lenfoid dokunun hastalığına ait patolojik bulgular mevcuttur. Gastrointestinal kanalda en fazla lenfoid dokunun yer aldığı terminal ileum en sık tutulmaktadır. Barsak duvarındaki lenfoid dokunun hiperplazisi hastalığın en önemli histopatolojik karakterlerinden biridir (Resim 1).

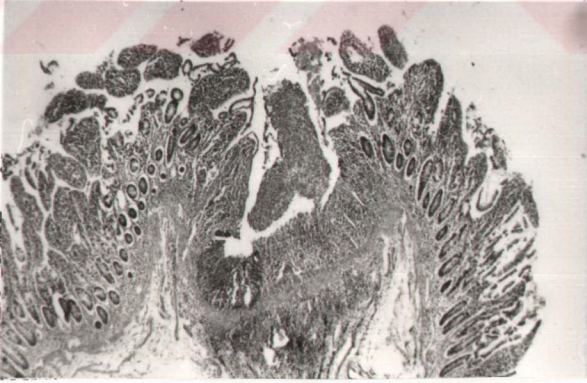


Resim 1: Barsak duvarında lenfoid doku hiperplazisi (lenfoid granülomlar) görülmektedir (H/E X 32).

Makroskopik görünümü: Hastalık gastrointestinal kanalın neresini etkilerse etkilesin patolojik görünüm temel olarak aynıdır. Erken dönemde mukoza kırmızımsı mor renkte ve aftoid ülser olarak bilinen tek tek küçük yüzeysel ülserler içerir(26,62,106,115) (Resim 2,3). Bu erken tip değişiklikler endoskopinin daha fazla kullanıma girmesi ile daha sık tanılabilmektedir(35). Geç devrede ülserler kalıcı olup, lineer, longitudinal, birbirlerine paralel ve kısa, transvers ülserler ile birleşim göstermektedirler. Muskularis propria'ya



Resim 2: Hastalığın erken döneminde, mukozada yer alan aftoid ülserin makroskopik görünümü



Resim 3: Mukozada yer alan aftoid ülserin mikroskopik görünümü (H/EX32)

kadar derinleşen ülserler ve aralarında yer alan normal mukozaya adacıkları kaldırım taşı görüntüsünü oluşturmaktadır(26, 106,115). Seroza, fokal veya diffüz olarak kalınlaşmış ve lenfoid agregasyonu veya granülomların birleşerek oluşturdukları multipl beyaz nodüller, genişlemiş damarlar, lenfatikler ve ödem içermektedir(35,115). Sonuçta fibrosis, devam eden ödem ve inflamasyon ile lümen daralmakta ve karakteristik "hose pipe" (bahçe hortumu) görüntüsü oluşmaktadır(106). Proksimal barsak genişlemiştir. Sıklıkla normal görünümde olan barsak segmentleri arasında hasta segmentler yer almaktadır (Skip area). Tek veya multipl striktür sık görülmekte ve kısmi veya komplet tıkanmalara neden olmaktadır. Hasta segmentin mezenterisi genellikle inflame, ödemli, kısalmış ve büyümüş lenf düğümleri içerir. Mezenter yağ tabakası barsağın serozal tabakasına doğru uzanma eğilimindedir ve bazen barsak duvarını tamamen sarmıştır(35,62) (Resim 4).



Resim 4: Mezenter yağ dokusunun serozaya doğru uzanması makroskopik olarak görülmektedir.

Derin fissürler barsak duvarına penetre olarak sinüs ve fistül oluşmasına neden olurlar. Bu sinüsler mezenter içine de uzanarak kör abse oluşturabilir. Bu olaya inflamasyonun eklenmesi ile kitle oluşmaktadır(35,106). Enflame barsak ansları mezenterin kısalması ile bir araya gelerek hastalığa tutulmamış barsak ansları ile yapışıklık gösterir. Böylece sıklıkla fistül oluştururlar. Fistüller barsaklar arasında olabildiği gibi diğer gastrointestinal organlara ve cilde de açılabilir(35). Hastalık fistülize olduğu organa komşuluk yolu ile yayılmamaktadır. Böylece hasta barsak ansları ve fistül ortadan kaldırılarak fistülize olan sağlam organ onarılabilir(35).

Hastalığın ileri devrelerinde retroperitoneal inflamasyonun olaya eklenmesi ile üreter tutulmakta ve hidroüreter, hidronefroz gelişmektedir.

Mikroskopik görünüm: Crohn hastalığı transmural granülamatöz inflamasyonla karakterizedir. Mikroskopik olarak en erken değişiklik submukozal lenfödemdir(115). Bu olaya, submukoza ve lamina propria da lenfoid hiperplazi ve plazma hücreleri (IgG, IgM, IgA içeren), lenfositler, eozinofiller, histiositler, mast hücrelerinden oluşan kronik inflamasyon hücreleri katılmıştır(35,115).

İlerlemiş Crohn hastalığında mikroskopik olarak Transmural tutulum daima vardır. Bu olay submukoza ve subserozada, muskuler tabakadan daha çok görülmektedir. Ödem, lenfatik genişleme, hiperemi, muskularis mukozada hiperplazi ve fibrosis ile barsak duvarı kalınlaşmıştır(26,106,115). Elektronmikroskopi ile yapılan incelemede arter ve venlerde inflamatuvar değişiklikler, intramural sinir plexuslarında ileri derecede akson nekrozları görülmüştür(32).

Çoğu tipik ülserler fissür olarak görülür. Bu fissürler olguların % 30'unda bulunmaktadır(115). Yarık şeklinde, keskin kenarlı, dar lümenli, submukoza ve bazen muskularis eksternaya kadar derinleşen ülserlerdir. Ülsere olmamış mukozada atrofi ve regeneratif hiperplazi birlikte görülür(115).

Diğer önemli mikroskopik değişiklik olguların % 60'ında görülen granülomlardır(26,62,106,115). Lenfoid follikülerin ortasından kaynaklanan, kazeifikasyon göstermeyen sarkoid benzeri oluşumlardır. Granülomlar epitelooid hücreler ve multinükleuslu dev hücrelerden oluşmuştur(115). Granülomlar barsak serozasında ve lenf düğümlerinde yer almaktadır. Granülomların ortasında nekroz görüldüğünde tüberküloz ve diğer inflamatuvar ihtimaller özel tekniklerle dışlanmalıdır.

Transmural tutulum, fissür ve granülomdan oluşan bu üç özellik tanıda önem taşır. Barsak biopsisinde bu karakteristik mikroskopik özellikler bulunsa bile Crohn tanısı, hasta barsağın mikroskopik görünümü ve klinik tablo ile konulmaktadır(35).

KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Semptom ve Bulgular

Ağrı: En sık görülen semptom alt abdomende yerleşen, özellikle ileit ve ileokolit ile seyreden olgularda görülen kramp tarzındaki ağrıdır. Duvar kalınlaşmasına bağlı olarak gelişen lümendeki parsiyel veya tam obstrüksiyonu yenmeye çalışan peristaltizm ile oluşmaktadır. Tam tıkanmalarda bulantı ve abdominal distansiyon gelişmektedir. Kusma oldukça az görülür. Ağrı genellikle yemeklerden sonra oluşmakta ve oldukça kötü seyretmektedir. Alt kadranslarda yerleşen çoğu inatçı ağrı perforasyonu düşündürmelidir. Bu sağ alt kadranda kitle palpe edilmesine neden olur. Nadir olarak perforasyon sonucunda reroperitoneal sepsis gelişmektedir. Alt kadranda ağrı

kitle, ateş ve kalçada fleksiyon deformitesi Crohn hastalığına bağlı psoas absesi tanısı koymaya yardımcıdır(30,41, 116).

Kolonik Crohn hastalığında (granüloamatöz kolit) da ağrı kolik tarzında olup ülseratif kolit ağrısından ayırt edilmelidir. Ağrı rektal tutulmalarda genellikle tenesmus ile birlikte. Anal ağrı perianal abse, fissür ve fistül nedeniyle oluşmaktadır.

Nadiren Crohn hastalığı akut abdomen bulguları vermektedir. Bu durumda akut apandisitinden ayırt edilmesi oldukça güçtür. Yine yanılmaya neden olabilecek peptik ülser Crohn'lu hastaların % 6-10'unda oluşmaktadır(41).

Diyare: Sulu, şekilsiz ve artmış sayıda dışkılama karakteristiktir. Dışkıda pü, mukus ve rektal tutulmalar hariç aşırı kan genellikle bulunmaz. Kötü kokulu dışkı hastalığın ileri safhalarında oluşmaktadır. Diyare genellikle geceleri daha fazla rahatsız edicidir. Steatore ince barsakların yaygın tutulmalarında görülür.

Diyarenin oluşmasında; Parsiyel tıkanmalarda proksimalde biriken sıvının oluşturduğu hidrostatik basınç nedeniyle ince barsaklardan sıvı emiliminin durması ve absorpsiyon kapasitesinin üzerindeki sıvının kolonlara geçmesi, hastalığın kolonları da tutması durumunda sigmoid kolona olan internal fistüllerin oluşması, barsak pasajındaki kısmi yavaşlaması neticesinde oluşan kör loop benzeri durum ile barsakta bakteriyel proliferasyona bağlı olarak safra tuzlarının terminal ileumdan emilemeyip safra asitlerine dönüşerek steatore oluşturması diyarenin fizyopatolojisini oluşturmaktadır.

Ciddi olgularda diyare incontinans ve dehidratasyon ile birlikte görülebilmektedir.

Malnütrisyon ve yetersiz beslenme: Hastalığa bağlı olarak barsaklardaki absorpsiyon mekanizmasında oluşan bozukluk ve kronik diyareler nedeniyle beslenme yetersizlikleri oluşmaktadır. Parsiyel obstrüksiyona uğramış olan segmentlerde artan bakteri sayısı safra tuzlarının yapısını bozarak yağ emilimini engellemekte ve steatorelere neden olmaktadır. Yine yağda eriyen A,D,E ve K vitaminlerinin emilimi olumsuz etkilenir. Normal barsak florası tarafından sentez edilen biotin, folik asit, B₁ ve B₂ gibi vitaminlerin sentezleri çoğalan bakteriler tarafından engellenmektedir. Genellikle ishallerle ilgili olarak magnezyum, kalsiyum, çinko ve potasyum eksikliği olmakta ve buna bağlı olarak hastalığın ileri safhalarında malaise ve laterji görülmektedir. İnce barsak tutulmalarında kolekalsiferol seviyesi düşmektedir. Diyareye ilave olarak oluşan D vitamini eksikliğine bağlı hipokalsemi artmaktadır(33,98).

Hipoproteinemi: Plazma protein eksikliği protein kaybıyla seyreden enteropati nedeniyle oluşmaktadır. İnflame dokudan yenilenmeyen artmış mukozal hücre kaybıyla oluşur. Aminoasit emiliminde kolon oldukça az rol oynar. Böylece ince barsakları içine alan hastalıkta hipoproteinemi görülecektir.

Anemi: Mikro ve makrositer anemi sıklıkla görülür. Bilinmeyen bir mekanizma ile toksinlere bağlı olarak kemik iliği depresyonu oluşmaktadır(30). Crohn'da aşikar bir kanama olmamasına rağmen gizli kanama olabilmektedir. Makrositer (megalolastik) anemi B₁₂ vitamini ve folik asit eksikliğinden oluşmaktadır. Folik asit eksikliği genellikle jejunum tutulmalarında hastaların % 25'inde görülür(33). B₁₂ eksikliği artan bakterilerin tüketimi ve terminal ileumdan emilme neticesinde oluşur.

Gelişme geriliği: Crohn hastalığı ve diğer metabolik etkenler ile birlikte büyüme ve seksüel gelişimde gerilik

olmaktadır. Bu çocukluk çağıında başlayan hastaların % 20'sinde görülür(41).

Ateş: Çoğu hastada intestinal belirtilerin başlamasından birkaç yıl önce ateş görülebilmektedir. Crohn nedeni bilinmeyen ateşlerde granüloamatöz enteritin düşünülmesi gerektiğini vurgulamıştır(27). Ateş bazen perianal, intramural veya abdominal abse gelişimini yansıtır.

Crohn hastalığında ve gelişen komplikasyonlarında görülen klinik bulguların hastalığın yerleşim yerlerine göre sıklığı Tablo 1'de gösterilmiştir.

TABLO 1
Semptomların Görülme Sıklığı

Semptom	Hastalığın Lokalizasyonu		
	İleitis	İleokolitis	Kolitis
İshal	tüm hastalarda mevcut		
Abdominal ağrı	% 65	% 62	% 55
Kanama	% 22	% 10	% 46
Kilo kaybı	% 12	% 19	% 22
Perianal hast.	% 14	% 38	% 36
İnternal fistül	% 17	% 34	% 16
Obstrüksiyon	% 35	% 44	% 17
Megakolon	0	% 2	% 11

Farmer ve arkadaşları(37)

Her olguda bütün gastrointestinal kanalın tutulduğunu düşündüren morfolojik ve fonksiyonel veriler mevcuttur(53, 98). Klinik veriler hastalığın en ileri olduğu lokalizasyonu yansıtmaktadır.

Hastalığın anatomik olarak başlangıçtaki yerleşim bölgeleri ve çeşitli klinisyenlere göre dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

TABLO 2
Hastalığın Başlangıçtaki Anatomik Yerleşimi

Rapor	Hasta Sayısı	Hastalığın Lokalizasyonu			
		Distal İnce Barsak	İnce Barsak ve Kolon	Kolon	Diğer*
Farmer ve ark.	615	168 (% 27)	252 (% 41)	166 (% 27)	29 (% 5)
Mekhyjion ve ark.	569	162 (% 28)	314 (% 55)	60 (% 10)	33 (% 5)
Admans ve ark.	140	61 (% 44)	30 (% 21)	40 (% 29)	9 (% 6)
Greenstein ve ark.	1.010	383 (% 37)	455 (% 45)	171 (% 18)	0

*Mide, duodenum, jejunum ve apandisit veya anarektal bölge.
(Samuel Meyers ve İlenry D.Janowitz, Bokus)(98).

İleal ve ileokolik hastalık: İleum ve kolon hastalığının en çok yerleştiği bölgedir(37,55,94). Hastalık başka bir bölgede yerleşmiş olsa bile ileum ve kolonda da hastalık mevcuttur(98). Bu bölgelerde yerleşen hastalık Crohn'un tipik bulgularını vermektedir. En iyi prognoz ince barsak tutulumlarında görülmektedir(98). Cerrahi girişim gereksinimi hastalığın başlangıçtaki yerleşimi ile ilişkilidir. İleokolitli olguların % 73'ü, sadece ileit veya sadece koliti olanların % 51'i cerrahi girişim gerektirmiştir(37).

Oral hastalık: Crohn'lu hastaların % 6-20'sinde görülmektedir(11). Genellikle aktif kolon veya ileokolik tutulumu olan hastalarda oluşmaktadır. Ağız içi mukozasında büyüklükleri 1-15 mm arasında değişen, tek veya multipl yüzeysel aftöz ülserler görülür. Artan inflamasyon ile dudak ve yanaklarda şişlik, ağız mukozasında kaldırım taşı görüntüsü oluşmaktadır(11). Hastalık nadiren farinks ve özefagusu tutmaktadır(98).

Gastroduodenal hastalık: Semptomatik gastroduodenal tutulum % 4 oranında görülmektedir(19). Mukoza kaldırım taşı görünümünde, ülser ve atrofik yapıdadır(92). Yaygın mide tutulumunda hypoklorhidri veya aklorhidri mevcuttur. Duodenumda kendini genellikle ikinci kıtada oluşturduğu obstrüksiyon ile belli eder(92). Tanı radyolojik, endoskopik ve biopsi ile konur. Malignite ve peptik ülserle karışmaktadır.

Diffüz ince barsak hastalığı: Esas problem hastalığın enflamatuar ve obstrüktif karakterinden kaynaklanmaktadır. Barsak permeabilitesindeki artma ve absorpsiyon fonksiyonlarındaki azalma ile zamanla tabloya anemi, vitamin ve mineral eksikliği, hipoalbumemi, steatore, safra ve böbrek taşları eklenmektedir(98).

Rektal hastalık: Olguların yaklaşık % 50'sinde kolonun diğer bölümleri ile birlikte, % 11 olguda sadece rektumda tutulma görülmektedir(98). En sık görülen semptom ishal ve kanamadır. % 57 olguda perianal lezyonlar olaya eşlik etmektedir. Striktür ve fibrosis diğer bölgelerde olduğu gibi burada da görülmektedir(98).

Apandiküler hastalık: İleal ve kolonik hastalıkta komşu olması nedeniyle olguların % 50'sinde apandisit tutulmaktadır(107). Apandisitte izole Crohn hastalığı çok enderdir. Olgular klinik olarak akut apandisit olarak kendilerini göstermektedir. Ancak operasyonda ileal Crohn'un tipik özelliklerini taşıyan apandisit görülebilmektedir(98).

Bazı cerrahlar tarafından hastalığın kliniği dört evrede incelenmiştir:

Birinci evre (hat evre): Bu evrede hastalık apandisit ile kolaylıkla karışmaktadır. Tutulmuş olan barsak bölümü canlı kırmızı ve parlak olup yer yer eksüdatif membran göstermektedir. Mezenterik ganglionlar büyümüştür.

İkinci evre: Mukozada müköz ülserler görülmektedir. Hastada kilo kaybı, ateş ve anemi gözlenir.

Üçüncü evre: Ülsere barsak bölgelerindeki fibrosis ile barsak obstrüksiyonu gelişmektedir.

Dördüncü evre: Barsak ansları arasında yapışıklık ve fistüller ile karakterizedir(123,124).

EKSTRAİNTESTİNAL KOMPLİKASYONLARI

Hastalığın seyri esnasında, birçok hastada ekstraintestinal semptomlardan biri veya birkaçı görülmektedir. Bu bulgulardan bir kısmı çok önemli iken bir kısmı fazla önem taşımamaktadır. Hastalığın tanınmasında yardımcı olan bu

bulgular, hastalığın bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu komplikasyonlar herhangi bir inflamatuvar barsak hastalığında da görülmesine rağmen Crohn'da görülme yüzdeleri ile tipiktir. Ekstraintestinal komplikasyonlar hastaların % 36'sında, bunların da % 42'si kolonik tutulmalarda, % 32'si ince barsak tutulmalarında görülmektedir(54). Yapılan çalışmalarda bu komplikasyonlar iki ana grupta incelenmiştir(54). Birinci grup kolitlere eşlik eden komplikasyonlardır. Bunlar eklemleri, cildi, ağız ve gözleri tutup sıklıkla barsaklara yönelik cerrahi ve medikal tedaviye olumlu cevap vermektedirler. İkinci grup ince barsak tutulmalarına eşlik eden malabsorbsiyon, safra taşı, böbrek taşı ve obstrüktif üropatidir. Çok az bulgunun yer aldığı bir diğer üçüncü grupta clobbing, osteoporosis, peptik ülser (% 10), amiloidosis (% 1), karaciğer hastalığı, vasküler hastalıklar ve psikolojik problemler gibi nonspesifik komplikasyonlar bulunmaktadır(35,99).

Crohn hastalığında görülebilen ekstraintestinal komplikasyonlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Mount Sinai Hospital'de yapılan bir çalışmada kolit olgularında eklemler % 39, cilt % 23, ağız % 11 ve göz % 13, ileit olgularında eklemler % 14, cilt % 9, ağız % 3 ve gözlerin de % 1 tutulduğu belirlenmiştir(54).

Crohn hastalığı olanların % 20'sinde periferyal artrit görülmektedir(54). Asimetrik olarak multipl eklem tutulması söz konusudur. Üst ekstremitelerden çok alt ekstremiteler, bunlar içinde de diz, kalça ve ayak bileği eklemleri tutulmaktadır. Artrit genellikle barsak hastalığının ilk atağında ve yine hastalığın ilk senesi içinde oluşmaktadır. Artritlerde alevlenme hastalığın aktive olduğunun göstergesidir(116).

TABLO 3
Ekstraintestinal Komplikasyonlar

Cilt	Ağızda aftöz ülser	Karaciğer	Amiloidozis
	Vaskülit		Biliyer siroz
	Eritema multiforme		Yağ infiltrasyonu
	Eritema nodosum		Hepatik abse
	Liken planus	Hepatit	Hepatit
	Pellegra		Perikolanjit
	Psoriasis		Portal hepatik fibrosis
	Pyoderma gangrenosum		Postnekrotiksiroz
	Stevens-Johnson send.		Sklerozan kolanjit
Göz	Konjktivit	Vasküler	Arteriyal tromboz
	Episklerit		Nekrotizan vaskülit
	İridosiklit		Takayasu arteriti
	İrit		Tromboflebit
	Orbital psödötümör	Renal	Glomerulonefrit
	Retrobülber		Hidroüreter, hidronefroz
	Sekonder glokom		Pyelonefrit
	Üveit		Taş oluşumu
Kemik ve eklem	Klabinj	Neoplazm	Üriner fistül
	İntestinal artrit		Karsinom (ince ve kalın barsakta)
	Osteoartropati		Fistül traktında
	Osteomalazi		Lösemi
	Osteomyelit		Lenfoma (ince ve kalın barsakta)
	Osteonekroz		İlaç komplikasyonları
	Osteopeni	Diğer	pankreatit, tiroidit, kardiyomiyopati.
	Osteoporoz		
	Polikondrit		
	Romatoit artrit		
Synovit			
Tenosynovit			

Fazio, V.W. Surgical Treatment of digestive Disease Moody(41)

Artrit genellikle başlangıcından birkaç hafta sonra kendiliğinden kaybolmaktadır(99,116). Kalıcı deformiteler sıklıkla görülmektedir. Non-steroidal antiinflamatuar ilaçlardan hasta fayda görürse de, barsak hastalığına yönelik tedavi artritleri geriletecektir(116).

Ankilozan spondilit olguların % 20'sinde görülmekte ve yine olguların yarısında semptom vermeyip, dikkatli incelenen radyografilerde tesadüfen saptanmaktadır(54). Ankilozan

spondilitli hastalarda inflamatuvar barsak hastalığı gelişmesi yönünde eğilim görülmüştür(35). Crohn hastalığı ve beraberinde ankilozan spondiliti olanlarda genetik faktör HLA B27 antijenini mevcuttur(103). Artritlerin hastalığın alevlenme döneminde görülmesine karşın ankilozan spondilit Crohn hastalığından yıllarca önce gelişmiş olabilir(35).

Cilt lezyonları içinde eritema nodosum (% 15) en sık görülenidir(54). Oval veya yuvarlak belirgin lezyonlardır. Alt ekstremitelerin ön yüzlerinde sık görülürler. Periferyal artritle birlikte sıklıkla görülüp hastalığın alevlenmesi ile artmaktadır.

Ağızda aftör lezyonlar olguların % 4'ünde oluşur(54). Ağız içinde yer alan tek veya multipl ağrısız ülserlerdir ve genellikle 0,5cm çapında düzgün kenarlı, sarı-gri membranlı, çevresi eritemli görünümüleriyle tipiktir. Crohn hastalığının kontrole alınması ile bu lezyonlar gerilemektedir.

Göz bulguları yine olguların % 4'ünde görülmektedir. Bunlar içinde en sık üveit görülür. Görme bozukluğu, göz ağrısı, fotofobi ve bazende körlüğe kadar gidebilen semptomlar mevcuttur.

Crohn hastalığına karaciğer disfonksiyonlarının eşlik ettiği bilinmektedir(99,116). Serum alkalin fosfataz düzeyindeki yükseklik dışında diğer karaciğer testleri değer taşımamaktadır. Yeterli araştırmalar yapılmadığından insidens belirtilememiştir(99). Crohn hastalığı olanlarda yapılan karaciğer biyopsileri neticesinde, olguların yarısında peri-kolanjit tesbit edilmiştir(34). Yine olguların üçte birinde karaciğer yağlanması söz konusudur(21,34). Ülseratif kolitte sık görülen sklerozan kolanjit Crohn'da çok nadiren görülür(9).

İnce barsak tutulumu neticesinde oluşan komplikasyonların başında malabsorbsiyon gelmektedir. Yaygın ileal tutulumaya bağlı veya tedavi için yapılan rezeksiyon neticesinde B₁₂, sıvı elektrolit ve safra tuzları emilimi bozulmaktadır. Bütün bunların neticesinde steatore, safra ve böbrek taşı oluşacaktır(54). İleal tutulmalarda safra taşı oluşumu % 12-35 oranında bildirilmektedir(21,54). Safra tuzu emilimindeki azalma ile safra tuzu/kolesterol oranındaki değişime bağlı olarak kolesterol presipitasyonu neticesinde safra taşları oluşmaktadır(35). Böbrek taşı oluşumu ise olguların % 5-10'unda gelişmektedir(54). Besinlerle alınan oksalat normalde kalsiyum-oksalat halinde feçes ile atılmaktadır. Yağ asitleri tarafından tutulan kalsiyum nedeniyle yalnız kalan oksalat kolonlardan emilecek ve hiperoksalatüriye neden olarak böbrek taşlarının oluşmasını kolaylaştıracaktır(35).

Greenstein tarafından Crohn hastalığında görülebilen osteoporozun tedavide kullanılan kortizon ile derinleştiği bildirilmiştir.

Çoğunlukla depresyon ile kendini gösteren psikiyatrik problemler ekstraintestinal Crohn komplikasyonları arasında yer almaktadır(6).

TANI

Yemeklerden sonra gelen ağrı,devamlı veya zaman zaman gelişen diyare, abdominal hassasiyet ve sağ alt kadranda ele gelen kitle mevcudiyetinde, genç hastalarda daha sık görülmesine rağmen her yaşta Crohn hastalığından şüphe edilmelidir. Crohn'un ekstraintestinal bulguları hastalık yerleşmeden yıllar önce görülebilmektedir.

Fizik muayenede yukarıda anlatılan Crohn'a ait semptomlar saptanacaktır. Crohn hastalığının belirgin bir diag-

nostik laboratuvar testi yoktur. Demir ve folat eksikliği veya kanamaya bağlı anemi oluşmaktadır. Genellikle sedimantasyon yüksek bulunur. Ciddi diyare ve steatoreye bağlı olarak serum Ca ve Mg seviyeleri düşecektir. Dışkıda gizli kan sıklıkla pozitif netice verir. Düşük albümin seviyesi malnutrasyonu göstermektedir. Anormal Schilling testi, yaygın hastalık ve ileum rezeksiyonu neticesinde gelişen B₁₂ vitamini yetersizliğine bağlıdır. Yine Xylose, laktoz testleri, dışkıda kantitatif yağ miktarının ölçülmesi gibi intestinal absorpsiyon testlerindeki bozukluklar hastalığın ciddiyeti ve yaygınlığını göstermektedir(116).

Radyoloji

Taniya ulaşmada konansiyonel baryum incelemesi halâ en geçerli yöntemlerdendir.

Ayakta direkt batın grafisinde intestinal obstrüksiyon, barsakların oluşmuş kitle ile yer değişikliği, nefrolitiasis, kolelitiasis, sacroiliac anomaliler tesbit edilebilir(35).

Baryum ile inceleme üst gastrointestinal ve ince barsak serilerini takiben lavman opak ile kolon grafisi çekilmesi ile yapılır (Resim 5). Özellikle terminal ileumun incelenmesi önemlidir. Terminal ileumu en iyi görüntüleme yöntemi lavman opakla yapılan incelemede baryumun ileuma reflü olması ile olur(35,41) (Resim 6).

En erken radyolojik bulgu ince barsaklardaki valvula Conniventes'lerdeki düzleşme, kalınlaşma ve distorsiyondur(91). Bu değişiklikler muhtemelen submukozayı tutan obstrüktif lenfödemdendir. Ülserasyon hastaların büyük çoğunluğunda mevcuttur(115). İki tip ülserasyon vardır. Birinci tip: Transludent ödemin çevrelediği küçük baryum takıntılarının görüldüğü ülserlerdir(35). Bunlar aftöz ülserler olup

Resim 5: Bir olgumuzda ince barsak pasaj grafisinde distal ileumdaki darlık görülmektedir.



Resim 6: Bir olgumuzda lavman opaklı kalın barsak grafilerinde, baryumun distal ileuma reflüsü ile distal ileumdaki darlık görülmektedir.

erken radyolojik görüntü oluştururlar(81). Glick ve arkadaşlarına göre çift kontras yöntemi ile yapılan incelemede lümen çeperinde diffüz granülitenin görülmesi erken bulgulardan biri olup tanı koydurucudur(47). İkinci tip ülserler: Oluşan fissürlerin baryumla dolmasıyla transers ve longitudinal yarıkların görülmesidir. Ödemli mukoza adaları bu yarıklar arasından yükselerek kaldırım taşı görüntüsünü oluştururlar. Bu görüntü Crohn hastalarının % 50'sinde radyolojik olarak tesbit edilir(48,91).

Oluşan submukozal ödem ve spazmdan veya fibröz striktürden dolayı lümen daralması görülmektedir. Stenotik barsak segmenti kısa veya uzun, tek veya multipl olabilir. Proksimalinde dilatasyon mevcuttur. Dilatasyon olmayan olgularda pasajda gecikme söz konusudur(48). Hastalığın geç döneminde lümen rigid bir tüp görünümünü alır.

Diğer karakteristik görüntü "skip lezyonlar"dır. Normal barsak segmentleri arasında hasta segmentler yer almaktadır. Skip lezyonlar obstrüksiyon oluşturduklarında sucuk benzeri deformite gelişmektedir(35). Barsak duvarında asimetrik tutulmada psödodivertiküller oluşmaktadır(91).

Sinüs ve fistüller radyolojik olarak sıklıkla obstrüktive barsağın proksimalinde görülür. Tek veya multipl olabilir. Fistül hastalığın geç döneminde oluşmakta ve genellikle komşu barsak kangallarına olmak üzere, mesaneye, vaginaya veya cilde açılmaktadır(91).

Radyolojik olarak terminal ileumda lümenin ip şeklinde daralması "Kantor bulgusu" olarak isimlendirilir(76). Crohn için diagnostiktir.

Crohn'un kolon tutulumlarında uygulanan çift kontras yöntemi ile yapılan inceleme erken lezyonların tanısı için

değerlidir. Kolonda da ince barsak görüntülerinin aynısı oluşmaktadır. Erken tanıda aftöz ülserlerin yanında haustral septalarda kalınlaşma, rijitite ve artmış sekresyon görüntüsü mevcuttur(91).

Yaygın barsak tutulumunda hastalığın kliniği ile radyolojik bulgular arasında korelasyon olmayabilir(48). Rezeksiyon sonrası nüks sıklıkla anastomoz bölgesinde oluşmaktadır(26).

Mide ve duodenal tutulumlarda üst gastrointestinal sistemin baryum ile incelenmesinde yine erken tanı aftöz ülserler ve kaldırım taşı görüntüsüdür(92). Obstrüksiyon en sık duodenum ikinci kıtasında görülmektedir. Fistül oluşumu yok denecek kadar azdır(92).

Ultrasonografi: İnce barsak lümenindeki ödeme bağlı daralma, hasta segmentte peristaltizmin olmaması, daralmanın proksimalindeki hiperperistaltizmin ve batin içi abselerin tesbitinde kolaylık sağlamaktadır(93) (Resim 7).



Resim 7: Ultrasonografik incelemede sağ alt kadranda kitle ve barsak duvarındaki kalınlaşma görülmektedir.

lerinde, kolonda olduğu gibi granülomların nadiren görüldüğü geniş, derin ve longitudinal ülserler olabilir(129). Duodenum yerleşiminde bulbusun yapısı bozulmuştur. Bu özellik gözle kolaylıkla peptik ülserden ayırt edilir(129).

Proktosigmoidoskopi distal ve rektal tutulmalarda değer kazanmaktadır. Crohn hastalığı klinik, radyolojik ve proktosigmoidoskopik inceleme sonucunda nadiren kolonoskopik tetkik gerektirmektedir. Kolonoskopi, biopsi ve sitolojik tetkik ile birlikte önem kazanır(100). Baryumlu lavman opakta dolma defektti, röntgende striktür görülmesi, pre ve postoperatif değerlendirme durumunda, kanama odağının tesbitinde, malignite şüphesinde erken tanı için kolonoskopik tetkik endikedir(129). Crohn hastalığının anatomik yayılımının saptanmasında ve preoperatif olarak optimal cerrahi rezeksiyonun planlanmasında yardımcıdır(100). Aynı zamanda cerrahi sonrası rekürrens söz konusu olduğunda yeterli bilgi sağlamaktadır(100).

Endoskopide, erken devrede küçük, multipl, iyi sınırlı, etrafı normal mukoza ile çevrili eritematöz plaklar görülür. Bu lezyonlardan yapılan biopsi sonrası fokal kanama, mukus ve belirgin granüloamatöz inflamasyon görülür. Daha sonra aftöz ülserler ve ileri devrede lineer, longitudinal ve geniş; 5 mm ve 3 cm uzunluğunda değişen, 0,5-1 cm genişliğinde, 1-5 mm derinliğinde ülserler oluşur. Ülser kenarları içeri kıvrılma eğiliminde olup bazılarının üzerleri nekrotik membranla örtülüdür(100). Olayın submukozaya kadar ilerlemesi ile kaldırım taşı görüntüsü oluşmaktadır(129). Hastalığın ileri devrelerinde ise birbirleri ile birleşen çok büyük ülserler görülmektedir(129). J.Waye'nin Mount Sinai Hospital'de 53 Crohn'lu hasta üzerinde yaptığı çalışmada, olguların 32'sinde aftöz ülser, 45'inde eritem, 21'inde skip lezyon, 15'inde kaldırım taşı, 9'unda striktür, 4'ünde granülite görmüştür(129).

Rektal ve kolonik biopsilerde granülomların tesbiti Crohn tanısı konmasında yardımcı olmaktadır. Crohn hastalarında normal görünen rektal mukozadan yapılan biopsilerde % 45 inflamasyon, %15-20 oranında granülomlar tesbit edilebilir(70,100). Korelitz ve Sommers'in yapmış oldukları rektal biopsi çalışmalarında % 45 inflamasyon % 30 tipik Crohn bulguları elde edilmiştir. Yine aynı çalışmada ileitlerin % 13'ünde, ileokolitlerin % 13'ünde, kolitlerin ise % 37'sinde granülom bulmuşlardır(79).

Granülomlar, lenf folikülleri, lenfanjiektazi ve düzensiz inflamasyon genellikle hastalığın aktif ve inaktif dönemlerinde mevcuttur. Fazla sayıda granülomların bulunması hastalığın aktif dönemde, mikrogranülomların bulunması ise inaktif dönemde olduğunu gösterir. Fakat istatistiksel değeri yoktur(79).

Sigmioskopi ile normal görülen mukozanın histopatolojik incelemesi Crohn hastalığında tanıyı doğrulamada ve klinik aktiviteyi saptamada yardımcıdır(35,79,100).

AYIRICI TANI

Karakteristik anamnez, sağ alt kadranda palpabl kitle ve tipik radyolojik bulgular ile Crohn hastalığının tanısı kolaylıkla konulabilmesine rağmen, klinik olarak çeşitlilik göstermesi tanıda problemler doğurmaktadır. Adams ve arkadaşlarının(35) yapmış oldukları çalışmada, anamnezden sonra % 21 olguda Crohn tanısı konulabildiği, en çok akut apandisit (% 26) ile karıştırıldığı görülmüştür. Crohn'un akut bir başlangıç göstermesi durumunda, lökositoz ve sağ alt kadranda rebaund veren genç bir hastada akut apandisit ile kolaylıkla karıştırılır. Buna karşın apandisitte ishal görülmesi hemen hemen yok denecek kadar azdır. Geçmişte ve akut ataklarda ishal tanifi Crohn'dan şüphelenilmesi için yeterlidir(35,98).

Hastalığın akut alevlenme dönemlerinde, akut apandisit ile ayırıcı tanı sadece cerrahi eksplorasyon ile yapılabilir. Laparotomi esnasında eğer inflamatuvar lezyonun rezeksiyonu kontrendike ise mezenterden alınan lenf nodülü ile tanı konulabilir(30). Apandiküler abselerin radyolojik olarak Crohn'un oluşturduğu kitleden ayırt edilmesi oldukça zordur. Tanı için laparotomi gereklidir.

Crohn'un ileoçekal tüberkülozdan klinik ve radyolojik olarak ayırt edilmesi her zaman mümkün olmayabilir. Hemoraji, perforasyon, obstrüksiyon ve eksternal fistül oluşumu her ikisinde de görülür. Gross patolojik görüntü olarak multipl striktür ve ülserler mevcuttur. Ülserler transvers yerleşimlidir ve kaldırım taşı görüntüsü oluşturmazlar(98). Regional lenf düğümlerinde granülomlar ve kazeöz nekrozların bulunması tbc'yi düşündürmelidir. Göğüs grafisi, tüberkülin testi ve kolonoskopideki tbc'ye has değişikliklere rağmen tanı, genellikle laparotomide, rezeke edilen barsak bölümünde asite renkli basil tesbiti ile olmaktadır(35).

Yersinia enterocolitica diyare, abdominal ağrı ve ateş oluşturarak akut veya subakut mezenterik adenite neden olmaktadır(50,98,116). Poliartirit ve eritema nodosum görülebilir. Klinik ve radyolojik olarak akut Crohn'un taklit eder. Tanı serolojik test ve kültür ile konur. *Campylobakter*, *salmonella* ve *shigella* infeksiyonları da ateş, ağrı ve diyare ile seyreden ileokolitlere neden olmaktadır. Tanı dışkı kültürü ile konur(98,116). Histoplazmosis ileoçekal bölge veya yaygın olarak kolonu tutması, ülserasyon ve granülasyon oluşturması ile ayırıcı tanıda önem taşır. Radyolojik tanı karışıklığa neden olursa da seroloji ve cilt testleri, tutulan mukozadan yapılan biopsi ile tanı konulabilir(98).

Çekal divertikül, amebiasis ve çekumda yerleşen aktinomikoz ileoçekal bölgede distorsiyona neden olarak, obstrük-

siyon bulguları ile Crohn'la karışabilir. Radyolojik ve serolojik testler bu hastalıkların ayırıcı tanısında yardımcıdır(35).

Dış gebelik, enfeksiyon, over kist ve tümörler gibi jinekolojik hastalıklarda tanıda zorluk çıkarmaktadır. İyi bir anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme teknikleri ile tanı kolaylıkla konur.

Karsinom, karsinoid, lenfoma, lenfosarkom ve metastatik lezyonlar ileit veya ileokolitten ayırt etmekte güçlük doğuran radyolojik değişikliklere ve obstrüksiyona neden olabilirler. Malign hastalıkların kliniği kolaylıkla tanıyı koyduracaktır(35).

Malabsorbsiyon ile seyreden Whipple, sprue, coeliac hastalık ve nongranümatöz ülseratif jejunoileitis'te kesin tanı yine intestinal biopsi ile konulabilmektedir(28,30,116).

Nodüler lenfoid hiperplazi bebeklerde ve çocuklarda görülmekte ve Crohn ile karışmaktadır. Sadece submukozada yer alan defektler ve serum immunglobulindeki defisit ile tanı konur(98).

Radyasyon enterokolitinde anamnez, eozinofilik gastroenteritte periferik eozinofili tesbiti, Zollinger Ellison'un ülseratif jejunit ile seyreden formunda yüksek gastrin seviyesi ile, rektumda yer alan soliter ülserlerde radyoloji ve kolonoskopi ile tanı konulabilmektedir.

Oral kontraseptif, idiyopatik vaskülitler, kollegen vaskülitler, cryoproteineminin etyolojisinde rol oynadığı vasküler hastalıklar özellikle genç yaşlarda oluştuğunda Crohn'u taklit etmektedir. Bu hastalıklar primer olabildiği gibi Crohn'un komplikasyonu olarak da karşımıza çıkabilmektedir(98,113).

Morson'un Crohn hastalığının sadece kolonda yerleşebileceğini belirtmesinden sonra diğer bir inflamatuvar barsak hastalığı olan ülseratif kolit ile ayırıcı tanı önem kazanmıştır(87). Bu iki hastalığın ayırıcı tanısı Tablo 4'te gösterilmiştir.

TABLO 4

Crohn ve Ülseratif Kolit Arasındaki Patolojik ve Klinik Ayırıcı Tanı

Özellikleri	Crohn	Ülseratif kolit
İntestinal		
Malazi, ateş	sık	seyrek
Rektal kanama	bazen	sık
Abdominal hassasiyet	oldukça sık	olabilir veya olmayabilir
Abdominal ağrı	oldukça sık	seyrek
Fistül	oldukça sık	oldukça seyrek
Endoskopik		
Rektal hastalık	bazen	oldukça sık
Diffüz, devamlı sistemik tutulum	seyrek	oldukça sık
Aftöz veya lineer ülser	sık	oldukça seyrek
Kaldırım taşı	sık	oldukça seyrek
Gevreklik	seyrek	oldukça sık
Radyolojik		
Yaygın hastalık	seyrek	oldukça sık
İleal tutulma	sık	geri taşma tarzında ileitis
Asimetri	oldukça sık	seyrek
Striktür	sık	seyrek
Fistül	oldukça sık	seyrek
Patoloji		
Yaygın hastalık	seyrek	sık
Rektal tutulum	seyrek	sık
Yoğun vaskülit	seyrek	
İleal tutulum	sık	yok
Aftöz ülser	sık	oldukça seyrek
Transmural tutulum	sık	oldukça seyrek
Lenfoid agregasyon	sık	oldukça seyrek
Kriptik abse	seyrek	oldukça sık
Granülom	sık	seyrek
Lineer yarıklar	sık	seyrek

Rosenberg, I.H. Cecil Textbook of Medicine(116).

MEDİKAL TEDAVİ

Crohn hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmediğinden belirli bir medikal tedavisi bugün için yoktur. Uygulanan medikal tedavi inflamasyonu azaltmayı, nutrüsyonel destek sağlamayı, intra ve ektraintestinal bulgulara yönelik semptomatik tedaviyi amaçlamaktadır. Bugün için tedavide esas olarak kullanılan birtakım ilaçlar aşağıda anlatılmıştır.

Sulphasalazine: Diazo bağlarında sulphapyridine bulunan 5-aminosalicylate'tan oluşmaktadır. Samuel Meyers ve Henry Janowitz kalın ve ince barsak tutulumlarında ve cerrahi girişim sonrası görülen nükslerde sulphasalazine kullanılmasını önermektedirler(100). Aynı zamanda kombine olarak kullanıldığında kortikosteroid dozunu düşürdüklerini vurgulamaktadırlar(100). Başlangıçta dispepsi oluşturması nedeniyle yemekler arasında 500 mgr dozla başlanarak tedricen arttırmaya gidilmelidir. 17 hafta süreyle 2-5 gr/gün vücut ağırlığına orantılı olarak verildiğinde kolonik tutulmalarda daha fazla olmak üzere semptomatik fayda sağladığı gösterilmiştir(122).

Son zamanlarda sadece 5-amino-salicylate içeren yeni preparatlar geliştirilmiştir(5). En az sulphasalazine kadar veya daha fazla etkili olduğu ve yan etkilerinin ise daha az ortaya çıktığı belirtilmektedir(5,100).

Kortikosteroid: Özellikle aktif dönemde % 75-90 oranında, ağrıyı ve ateşi düşürüp, iştahı ve iyileşme hissini arttırarak semptomatik düzelme sağlamaktadır(100). Yatırılarak tedavisi gereken ciddi hastalarda, intravenöz sıvılara ACTH'nın kristal forları ilave edilerek tedavi yapılmalıdır. Tercih edilen başlangıç dozu 1000 ml içine 40 ünite, 24 saatte 3 lt sıvıya 120 ünite şeklinde olmalıdır. Bu tedaviye potasyum ve vitaminler ilave edilmelidir(80,100). Klinik iyileşme gözlemlendiğinde doz azaltılarak ileri devrelerde sentetik

steroidlere (prednizolon) geçilir. Aktif dönemdeki orta ciddiyetteki hastalarda prednizolon oral olarak 60 mgr/gün maksimum doz olmak üzere, 0.25-0.75 mgr/kg 4 aydan daha uzun süre kullanıldığında faydalı olduğu gösterilmiştir(5,122). Bu etki özellikle kolon tutulumuna göre ileokolik ve ileal tutulmalarda daha belirgindir(5). Kortikosteroidlerin yalnız veya sulphasalazine ile birlikte kullanılmaları durumunda oluşturdukları etkide değişiklik olmadığı gösterilmiştir(5, 100,116). Proflaktik olarak Crohn'da steroid tedavisi önerilmemektedir(100).

İmmünosüpresif Ajanlar

Azathioprine: Azathioprine ve metaboliti 6-mercaptopurine aktif Crohn hastalığında halen kullanılmakta olup etkinliği üzerinde tartışmalar devam etmektedir(5,75). Burton Korelitz'nın yapmış olduğu çalışmalarda, 6-mercaptopurine'nin kullanımı ile uzun süre hastalığın remisyon döneminde kaldığı, ilacın kesilmesi ile hastalığın tekrarladığı, ilaç etkisi altında tekrarlama olsa bile hafif olarak geçirildiği bildirilmektedir(80). Steroid ile kontrol edilemeyen durumlarda 6-MP kullanımı önerilmektedir(80,100).

Cyclosporin: Akut alevlenmeleri sınırladığı, özellikle kronik aktif hastalıkta daha iyi cevap alındığı bildirilmiştir(5). Bu ilacın ileri derecede toksik olması en önemli dezavantajıdır(5).

Antibiyotik: Özellikle ateş ve abdominal hassasiyet gibi süpüratif komponentler söz konusu olduğunda ve cerrahi girişim sonrası geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı önerilmektedir(100). İnce barsaklarda bakteriyel florayı azaltarak emilimi arttırmaktadır.

Perianal ve perirektal komplikasyonların eşlik ettiği, sekonder infeksiyonu önlemede metranidazol'un özellikle et-

kili olduğunu söyleyenlerin yanında bunun tersini bildirenler de vardır(5,75,100,104). Crohn hastalığında bu ilacın antimikrobiyal etki mekanizması bilinmemektedir(100). İnce barsaklarda bakteri florasındaki azalma emilimi arttırmaktadır. Bu azalma ile belkide potansiyel antijen kaynakları ortadan kalkmaktadır. Yine metranidazol hücrel immünite ve granülom formasyonunu süprese etmektedir(100). 20 mgr/kg dozunda iyileşme gözleninceye kadar tedaviye devam edilir. Nörolojik komplikasyonlar sık görüldüğünden hasta haberdar edilmelidir(75). Enterik, veziküler ve cilt fistüllerinin tedavisinde etkili olduğuna dair olumlu yayınlar yoktur(75).

Medikal ve cerrahi tedavinin yanında nutrisyonel, metabolik ve psişik yönden hastanın desteklenmesi önemlidir. Erken yaşta görülen Crohn hastalığında steroid tedavinin etkisiyle de gelişme geriliği oluşmakta ve nutrisyonel destek gerektirmektedir(75). Laktozdan zengin gıdaların (süt vb.) kesilmesi semptomatik yarar sağlar(116). Tedavide diyet çok az rol oynamasına rağmen fibrin ve yağdan fakir besinler önerilmektedir(100,116). Hastaneye yatırılarak tedavisi gereken hastalarda daha karmaşık beslenme problemleri ile karşılaşılır. Bu hastalarda intestinal sekresyonu ve motiliteyi azaltmak amacıyla barsaklar kısmi dinlenmeye sevk edilir. İnce kalibreli nazogastrik sondalardan devamlı veya aralıklı olarak damla damla düşük posalı, özel formüllü diyetler ile semptomatik iyileşme gözlenir(75,116). Daha ciddi hastalarda total parenteral beslenme (TPN) gerekmektedir. Pre ve postoperatif dönemde, kısa barsaklı hastalarda ve fistüllü hastalarda bu beslenme şekli önemlidir. Fistüllü hastaların % 25-50'sinde TPN ile dinlendirilen barsaklarda fistüllerin kapandığı gözlenmektedir(5,75,116). Bütün bunlara ilave olarak mineral ve vitamin eksikliğinin yerine konulması önemlidir. Özellikle uzun süreli ishallerde çinko, kalsiyum, magnezyum, D-vitamini verilmelidir(75,116). Folik asit, demir ve B₁₂ vitamin eksikliği nedeniyle oluşan aneminin tedavisinde oral demir prepa-

ratları verilmeli ve gerektiğinde bozulmuş olan koagülasyonu da düzeltmek amacıyla kan transfüzyonu yapılmalıdır(100). Multipl kan transfüzyonlarının nüksü azalttığı bildirilmiştir(110).

Hafif ve orta şiddetteki hastalıklarda tedaviye sulfasalazin ile başlanır. Doz tedricen arttırılarak 2-5 gr/güne ulaşılır. Olguların yaklaşık % 60'ı bu tedaviye 6 hafta içinde cevap vermektedir(122). Başarılı olduğunda tedaviye devam edilir. Cevap alınmadığı durumda steroid başlanır. Prednisolon 45-60 mgr/gün bölünmüş dozda ilave olarak verilir ve 7 ile 14 gün süreyle bu dozda devam edilerek daha sonra tedricen azaltılır(100). Antidiyaretikler, antikolinergikler ve analjezikler semptomatik yarar sağlarlar. Orta dereceli ishallerde codein fosfat, diphenoxylate veya loperamide fayda sağlamaktadır(5). Aktif dönemde hastalara meyve ve sebze yemeleri önerilir. Böylece diyare ve intestinal obstrüksiyon atakları azaltılır. Ateş, abdominal ağrı, hassasiyet ve süppüratif komplikasyonlar söz konusu olduğunda antibiyotik, özellikle sulfasalazine kullanılır(100).

Ciddi hastalarda oral beslenme kesilerek intravenöz ACTH ve TPN başlanır. Bu tedavi 7 ile 14 gün sürdürülür, daha sonra oral prednizolona geçilir. Bu süre içinde antibiyotik, kombinasyonları kullanılabilir(80,100). Klinik olarak hastalığın aktif dönemi iyileştiğinde özellikle steroid olmak üzere diğer medikal tedavi ajanları kesilmelidir(100). Remisyon döneminde medikal tedavi gerekmemektedir. Uygulanacak tedavi hastalığın alevlenmesini önlemez(100).

CERRAHİ TEDAVİ

Crohn hastalığında uygulanan medikal ve cerrahi tedaviler küratif olmamaktadır. Yaşamı boyunca, çoğunlukla birden fazla cerrahi girişim gerektiren hastalarda oluşabilecek kısa

barsak sendromu da göz önüne alınarak günümüzde konservatif cerrahi yöntemler uygulanmaktadır.

Medikal tedaviye cevapsızlık yanında, cerrahi girişim sıklıkla Crohn'un zengin komplikasyonlarına yönelik olup, yine çeşitli tekniklerin doğmasına ve uygulanmasına neden olmuştur. Crohn'da görülen intestinal komplikasyonlar Tablo 5'de gösterilmiştir.

TABLO 5
İntestinal Komplikasyonlar

OBSTÜRSİYON	Kolonik Gastroduodenal Rektal striktür İnce barsak	FULMİNANT HASTALIK (Toksik megakolon)
SEPSİS	Perforasyon İleoçekal abse Parakolik Perianal/Pelvik Psoas Absesi	HEMORAJİ
FİSTÜL	Kolodekoenterik Kolokütanöz Enterokolik Enterokütanöz Enteroduodenal Enteroenterik Enteroperineal Enteroureterik Enteröüterin Enterovaginal Enterovesikal Gastrokolik Perineal Rektovaginal	KARSİNOM

Fazio, V.W. Surgical Treatment of Digestive Disease Moddy(41).

Cerrahi Endikasyon

Medikal tedavide olduğu gibi iyi planlanmış bir cerrahi girişim hastalığı tam olarak tedavi etmese de belirgin bir remisyon sağlamaktadır(35).

Farmer ve arkadaşları 500 olguluk serilerinde, hastalığın yerleşim yerine göre cerrahi endikasyon için çeşitli veriler elde etmişlerdir. İleokolik yerleşimlerde ilk sırayı % 44 ile internal fistül ve abseler, ikinci sırayı % 35 ile intestinal obstrüksiyon almıştır. Yalnız ince barsak yerleşimli olgularda ise ilk sırada % 55 ile intestinal obstrüksiyon, kolonik yerleşimlerde ise ilk sırayı % 26 ile medikal tedaviye cevapsızlık almıştır(38). Greenstein, Mount Sinai Hospital'daki 1124 olguluk çalışmasında, cerrahi endikasyonları fistül, abse ve akut perforasyonu içine alan perforasyon grubu ve intestinal obstrüksiyon, medikal tedaviye cevapsızlık, hemoraji ve toksik dilatasyonu içine alan non-perforasyon grubu olarak ikiye ayırmıştır. Non-perforasyon grubu % 64 oranında cerrahi endikasyon gerektirmiş ve bunların içinde ilk sırayı intestinal obstrüksiyon almıştır. Yine Farmer'ın verilerine benzer şekilde ileokolit olgularında % 53 ile fistül ve abse, kolit olgularında ise medikal tedaviye cevapsızlık % 56 ile ilk sırada bildirilmiştir(55).

Fazio tanı konulduktan sonraki on yıl içinde ileokolit olgularının % 90'nının, ileit ve kolit olgularının ise 2/3'sinin cerrahi girişim gerektirdiğini bildirmiştir(41). Mekhjian ve arkadaşları tarafından yapılan National Cooperative Crohn's Disease Study'de tüm Crohn'lu olguların ilk 20 yıl içinde % 78, 30 yıl içinde % 90 cerrahi girişim gerektirdiği belirtilmiştir(94). Cerrahi girişime gereksinim gösteren bu süre ileokolit olgularında en kısa olup, granülomatöz kolit olgularında en uzundur.

National Cooperative Crohn's Disease Study tarafından bildirilen cerrahi endikasyonlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

TABLO 6
Cerrahi Endikasyonlar

-
-
- Medikal tedavinin yetersizliği
 - İntestinal obstrüksiyon
 - Perianal komplikasyonlar
 - Fistül
 - Abdominal kitle, abse
 - Hemoraji
 - Kanser şüphesi
 - Serbest perforasyon
-
-

Medikal tedaviye cevapsızlık genellikle kolonik tutumlarda ön plandadır. Medikal tedavi görmekte olan hastalarda kilo kaybının devam etmesi, ateş, toksisite, steroid tedavisinin komplikasyonları ve antibiyoterapinin yan etkilerinin olduğu durumlarda cerrahi girişim düşünülmelidir(56). İleal veya ileokolik yerleşimlilerde medikal tedavi esnasında 3 veya 4 obstrüksiyon atağı geçiren hastalarda, Allan cerrahi girişim ile rezeksiyon veya kısa striktürlerde stiktüroplasti önermektedir(5). Yine ciddi akut kolitle seyreden yaygın kolonik tutulmalarda yüksek mortalite nedeniyle acil girişimin tehlikeli olduğunu vurgulamaktadır(5).

Barsak ve Mezenterik Rezeksiyon Sınırları

Uygulanacak rezeksiyonun uzunluğu ve sınırları açısından iki ayrı görüş mevcuttur. Birinci görüş, radikal olup, geniş bir şekilde lezyonu makroskopik olarak normal barsak segmenti ile birlikte çıkarmayı önermektedir. Bu görüşü savunanlar arasında yer alan Bergman ve Krause'nin(41) yapmış oldukları çalışmada radikal operasyon sonrası % 29, nonradikal operasyon sonrası % 84 oranında nüks bildirilmektedir. Yine bu görüşe yakın olarak Wollf ve arkadaşları rezeksiyon sınırlarında mikroskopik olarak hastalığın varlığında yüksek

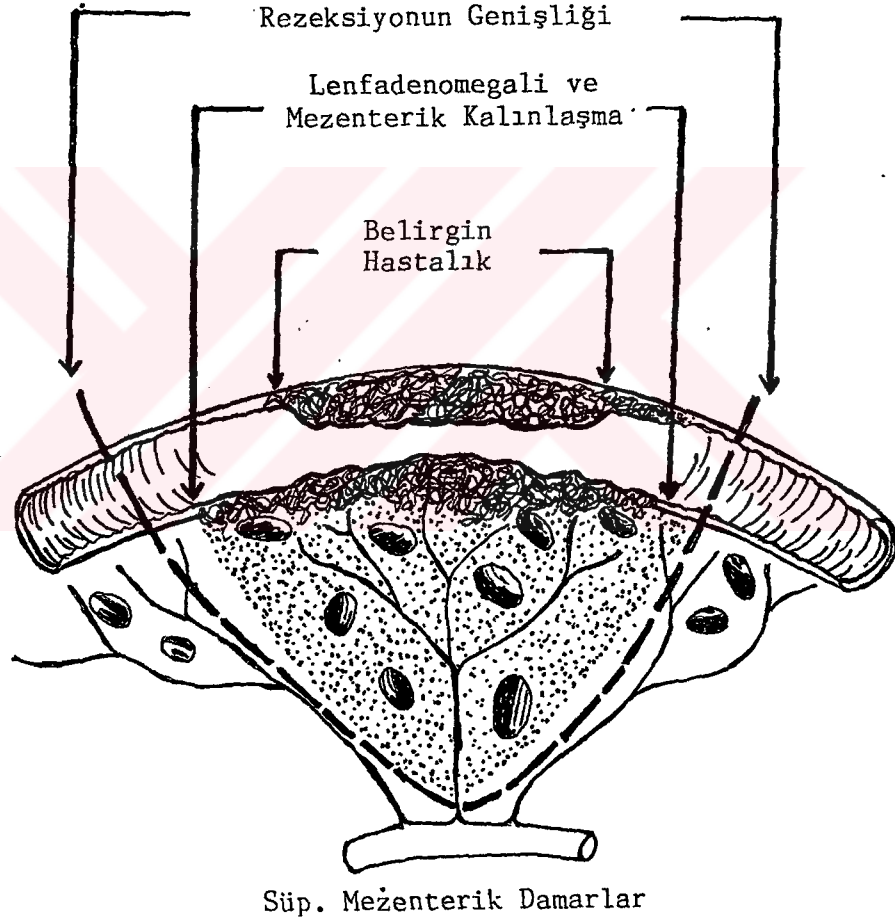
nüks oranı bildirmekte ve ameliyat esnasında frozen section ile rezeksiyon sınırlarının mikroskopik incelenmesini, gerektiğinde ilave rezeksiyon önermektedir(Buna karşın Crohn hastalığının nükslerle beraber seyrettiği ve bu işlemin tekrar rezeksiyon gerektirdiğinde kısa barsak sendromuna neden olabileceği belirtilmektedir(25,63).

İkinci görüş ise hastalığa tutulmuş olan bölümün makroskopik olarak sağlam segmentle oluşturduğu sınırlardan rezek edilmesidir(63,67,74,109). Pennington ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, rezeksiyon sınırında inflamatuvar değişikliklerin bulunmasının nüks için istatistiksel anlam taşımadığı vurgulanmıştır(109). Hastalıktan multipl alanlar etkilenmiş ise semptomlara neden olan segmente yönelik operasyon uygulanarak kısa barsak sendromundan kaçınılması önerilmektedir(67). Goliger'e göre hasta segmentin her iki tarafından 3-5 cm'lik sağlam barsak rezeksiyonu sonrası, anastomoz yapmadan önce lümenin açılarak makroskopik olarak sağlam mukozanın görülmesi önemlidir(50). Birçok cerrah konservatif kalmayı tercih edip, hasta segmentin proksimal ve distalinden yaklaşık 10 cm'lik sağlam barsak bölümünün rezek edilmesini yeterli görmektedir(41,50,74,109). İleum distalinde yer alan lezyonun ileoçekal valve 10 cm'den daha az yakınlığında çekumun da rezeksiyonu gereklidir(41). Çekumun minimal tutulması durumunda distal rezeksiyon çıkan kolon üzerine yapılarak pasaj ileo-asandan kolon anastomozu ile sürdürülür(28). Standard hemikolektomi hepatic fleksuraya kadar olan tutulumlarda endikedir(28).

Colcock'a göre hastalık lenfatik drenajdaki obstrüksiyondan başlayıp sekonder olarak barsak duvarında devam ettiğinden genişlemiş lenf düğümlerinin mümkün olduğunca çıkartılması gerekmektedir(25). Goliger daha fazla barsak rezeksiyonuna neden olmayacak şekilde derin mezenterik eksizyon ile genişlemiş lenf nodüllerinin çıkartılmasını önermek-

tedir(50) (Şekil 1). Buna karşın nükste bu lenf adenopatilerin fazla rol almadığı ve derin mezenterik disseksiyonun damarlanmayı bozarak beslenmeyi olumsuz etkileyeceği belirtilmektedir(35,41,74).

Bu iki zıt görüşün kesin sonuçları için randomize prospektif kontrol çalışmaları gerekmektedir(35,50).



Şekil 1: İleal Crohn'da rezeksiyonun genişliği
Cunningham, I.G.E. Colorectal Surgery(28).

Ameliyat öncesi hazırlık: Crohn hastaları, sıvı ve elektrolit dengesizliği, malnutrasyon, anemi ve görmekte oldukları medikal tedaviye bağlı olarak birtakım metabolik bozukluklar içindedir. Ameliyat öncesi bu dengelerin sağlanması esastır. Elektif olgularda Hct % 30'a çıkartılmalı, sıvı açığı özellikle izotonik kristaloidler ile intravenöz olarak

kapatılmalıdır. Son bir yıl içinde kısa süre de olsa kortikosteroid tedavisi görmüş olan hastalarda hipotalamik-pitiutary-adrenal süpresyon söz konusu olduğundan, bu hastalarda ameliyat öncesi intravenöz kortikosteroid uygulanması gereklidir. Preoperatif olarak aerobik ve anaerobik organizmalara etkili antibiotik kullanılması önerilmektedir. Acil girişim gerektiren obstrüksiyon gibi durumlarda barsak temizliğinden kaçınılmalı, bunun dışında mekanik barsak temizliği yapılmalıdır. uzun süre tetkike alınan hastalarda ve oral beslenme güçlüğü olanlarda ameliyat öncesi nutrusyonel destek için total parenteral beslenme uygulanmalıdır(35).

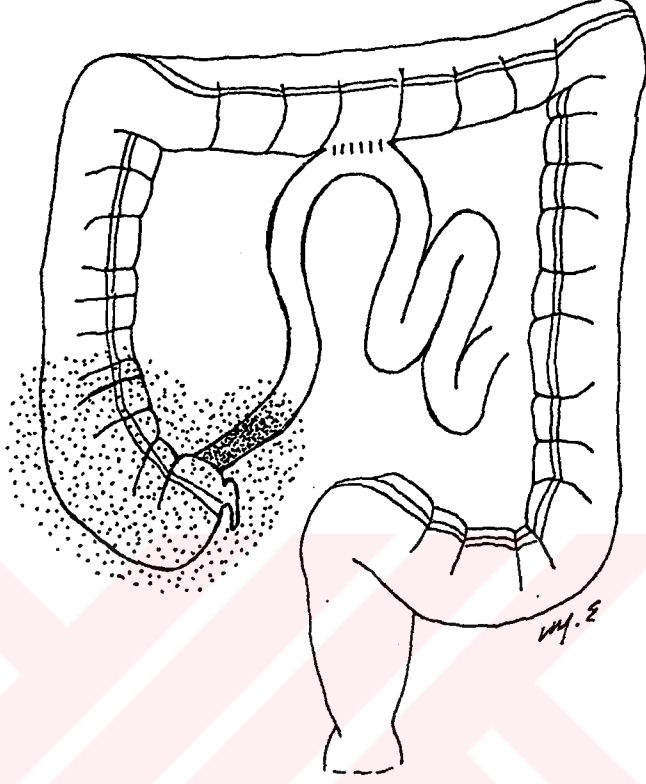
İnsizyon seçiminde ostomi de gözönüne alındığında, tüm kadranlarda kolaylıkla ekspozisyon sağlayan orta hat vertikal insizyon en idealidir(35).

İnce Barsak Yerleşiminde Cerrahi Tedavi

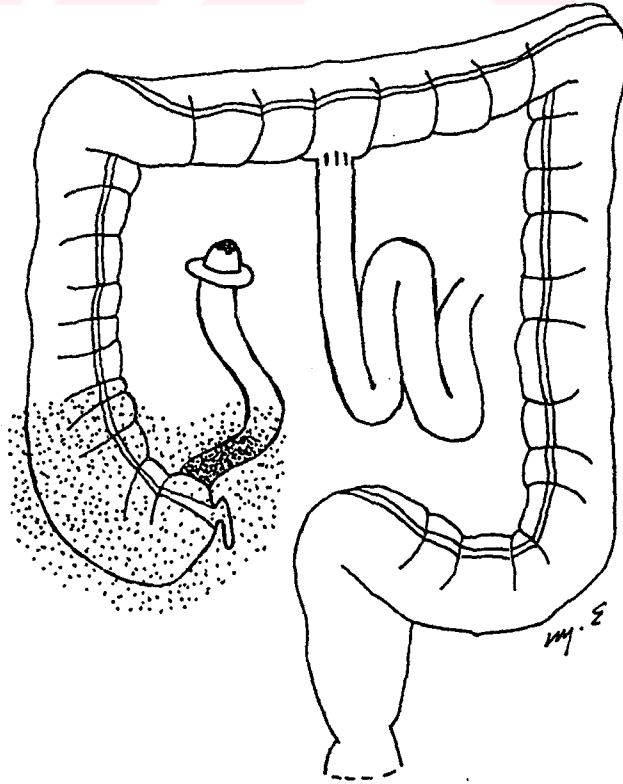
Homan ve Dineen uygulanacak cerrahi işlemi rezeksiyon, bypass ve eksklüzyon bypass olarak üç gruba ayırmışlar ve 115 hastada yapmış oldukları 15 yıllık takipte nüks oranlarını sırasıyla % 65, % 82, % 94 olarak bildirmişlerdir(35).

Basit Bypass

İlk önceleri Crohn'un tedavisinde kullanılmışsa da birkaç durum dışında artık uygulanmamaktadır(51) (Şekil 2). Eksklüzyonun dahi uygulanamadığı, multipl kapalı stenozun skip lezyonlarda veya duodenal Crohn'da vagatomili veya vagatomisiz olarak gastrojejunostomi şeklinde uygulanmaktadır. Prensipte bu yöntemin aynısı olan ve ilk defa Hindistan'da intestinal tüberkülozda uygulanan stritüroplasti yöntemi bugün kısa lezyonların tedavisinde uygulanmaktadır(2,35,41,42,51, 74) (Şekil 3).



Şekil 2: Basit Bypass



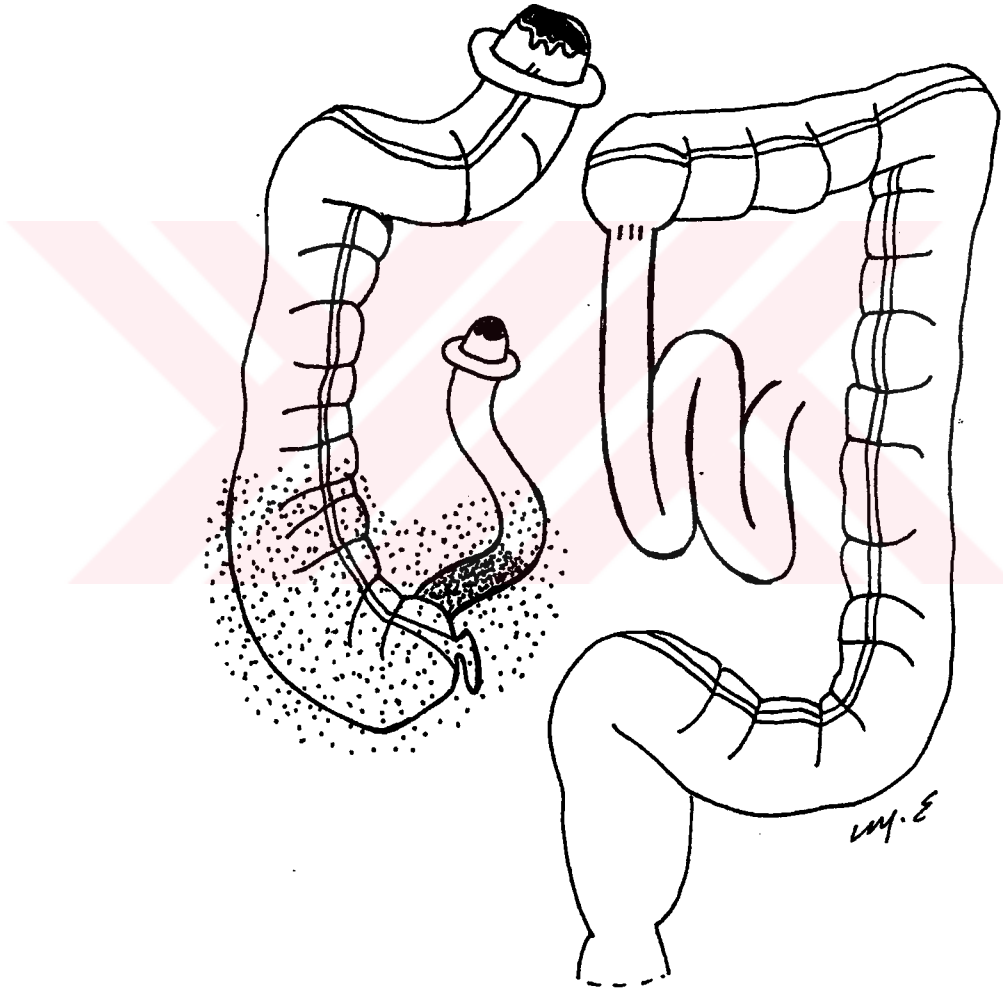
Şekil 3: Eksklüzyon ve Bypass

Bybass ve Unilateral Eksklüzyon

Bu operasyon 1950 yıllarında özellikle New York Mt.Sinai Hospital'de popülerdi(51). Terminal ileum veya ileoçekal bölgeye yerleşen hastalıkta, hasta kısmın devre dışı bırakılıp proksimal ağız kapatılarak ileum ile transvers kolon arasında end-to-side anastomoz uygulanmaktaydı. Birkaç yıl sonra devre dışı bırakılan barsak bölümünde karsinom geliştiği bildirilmesi üzerine uygulanması terk edildi(51,57). Yine de bazı özel durumlarda bu yöntem gereksinim olmaktadır. İleoçekal Crohn'a eşlik eden abse veya retroperitoneal bölgede ileri derecede yapışıklık ve ileri derecede genel durum bozukluğunda, ilk aşamada bypass ve eksklüzyon, daha sonra rezeksiyon düşünülmelidir(35,41,43). Eksklüzyonun gerektiği bu durumlarda devre dışı bırakılan kısmın proksimal ucunun cilde müköz fistül olarak ağızlaştırılması önerilmektedir(41) (Şekil 3). Böylece proksimal ucun kapatılmasında oluşabilecek perforasyon veya infekte mukosel önlenmiş olacaktır(41). Eğer komplet eksklüzyon düşünülüyorsa, hasta segmentin distal ve proksimal ağızlarının her ikisi de cilde ağızlaştırılarak müköz fistül oluşturulur ve ileri bir tarihte bu bölüme rezeksiyon uygulanır(35) (Şekil 4).

Rezeksiyon ve Anastomoz

İnce barsak ve ileoçekal Crohn'da bugün için standard operasyon rezeksiyon ve anastomozdur(38,51,74,109). Rezeksiyon sınırları ve mezenterik ganglion çıkartılması konusu halen tartışılmaktadır. Son görüşler konservatif olup sınırlı rezeksiyon ve anastomozu etkilemeyecek şekilde ganglion çıkartılmasıdır(41,50,74,109).

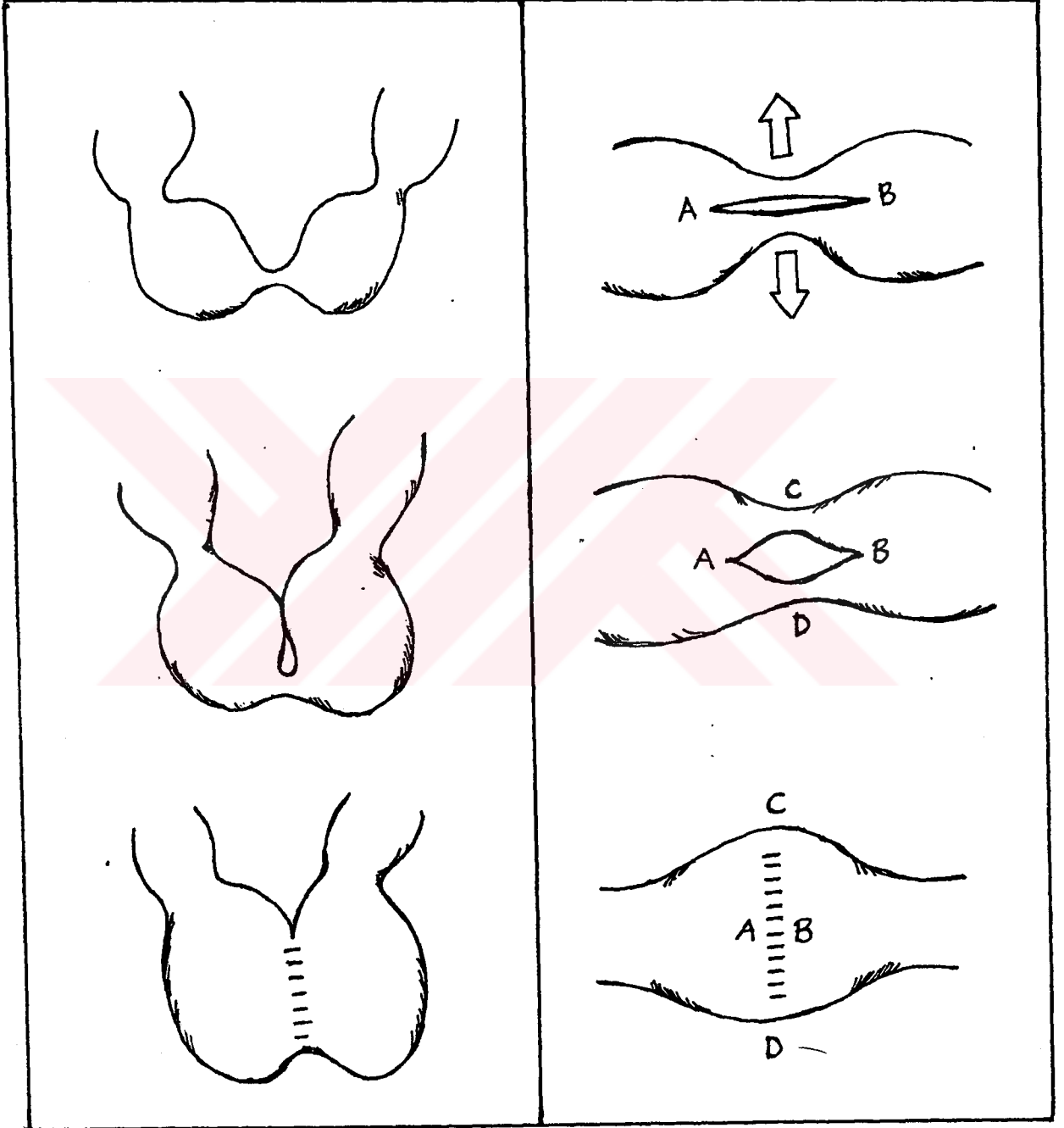


Şekil 4: Eksklüzyon ve Bypass (Distal ve proksimal uçların abdominal duvara müköz fistül olarak ağızlaştırılması)

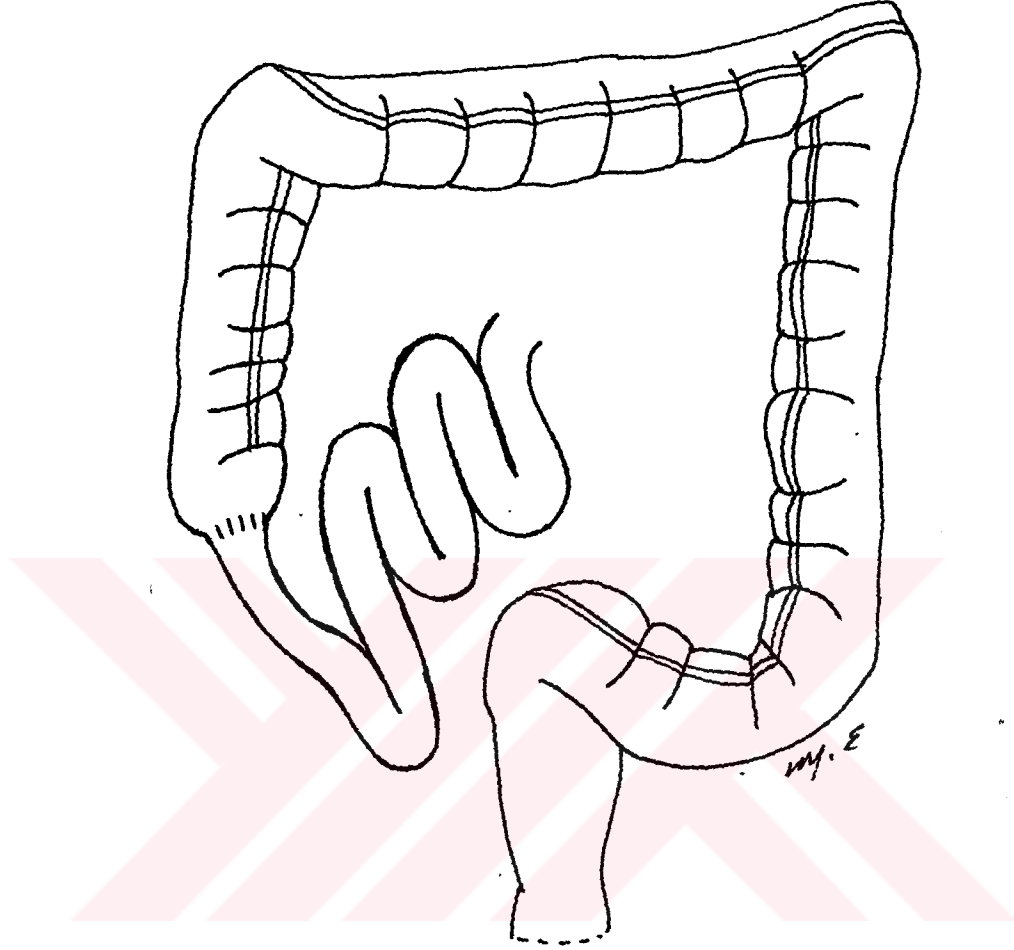
Cerrahi endikasyon oluştuğunda yaygın jejunoileitis olgularında, radyolojik incelemeler ile hastalığın yaygınlığı tesbit edilerek laparotomide uygulanacak yonteme karar verilmelidir. Genellikle en çok hasta olan segmentler parsiyel veya multipl sınırlı rezeksiyonlar ile çıkartılır. Uzun segmentlerin çıkartılması nutrusyonel yetersizliğe ve hiperkatabolizmaya neden olacaktır. Kısa striktürlerin tedavisinde herhangi bir piloroplasti tekniğinin uygulandığı striktüroplastiler alternatif yontemdir(2,35,41,42,51,74,98) (şekil 5).

İleoçekal tutulumlarda en sık karışan ve laparotomi endikasyonu doğuran apandisit tedavisi önemlidir. Colcock'un çalışmasında, Crohn hastalığı olanlarda uygulanacak apandektominin normale göre üç defa daha fazla fistül oluşturacağı belirtilmiştir(25). Buna rağmen Crohn hastalarında laparotomide apandisit çıkartılmasının, ileride oluşacak ataklarda yanılığı azaltacağı ve fistülün apandektomi stumpundan çok laparatomideki manipulasyonlara bağlı olarak hasta barsak bölümünden geliştiği vurgulanmıştır(30,98). Chenebaux apandisit güdüğünün mekanik bir pensle agrflanmasının fistül oluşmasını azalttığını düşünmektedir(20).

Hastalığın en sık görülen formu olan ileoçekal tutulumlarda yine her iki taraftan 4-8 cm'lik sınırlı rezeksiyon ile ileoasandan veya çıkan kolon hastalıktan etkilenmiş ise standard sağ hemikolektomi sonrası ileotransversostomi uygulanmalıdır(35,98) (şekil 6). Obstrüksiyon nedeniyle proksimal barsaktaki genişleme neticesinde lümen çapları arasında fark söz konusu ise end-to-side veya Side-to-side anastomoz uygulanabilir(98).



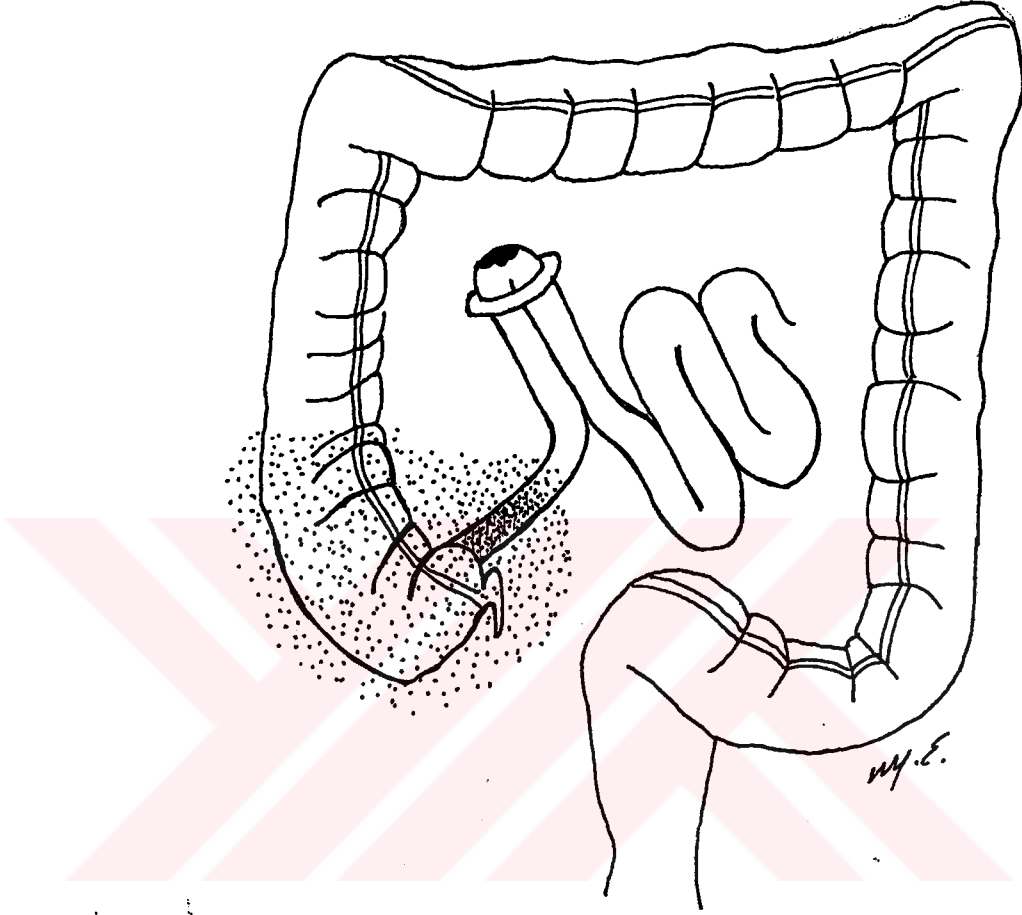
Şekil 5: Side-to-side anastomoz ve enteroplasti şeklinde uygulanan striktüroplasti yöntemleri



Şekil 6: Distal ileum ve çekum rezeksiyonu sonrası ileum ve çıkan kolon arasında end-to-end anastomoz

Geçici Loop İleostomi

Acil girişimin gerektiği bazı durumlarda fekal akımın saptırılması güvenli yöntemlerdendir. Geçici loop ileostomi uygulama endikasyonları eksklüzyon bypass yöntemi ile hemen hemen aynıdır(41,98). İnce barsak düzeyindeki obstrüksiyon nedeni ile barsak lümenleri arasında ileri derecede boyut dengesizliği olanlarda, ileri derecede genel durumu bozuk ve rezeksiyonu tolere edemeyecek hastalarda, yaygın peri-anal lezyonu olan hastalarda, şartların anastomozu riske düşereceği durumlarda geçici loop ileostomi uygulanmalıdır(35,41) (Şekil 7).



Şekil 7: Geçici Loop İleostomi

Kalın Barsak Yerleşiminde Cerrahi Tedavi

Granülatöz kolitte cerrahi endikasyon en sık medikal tedaviye cevapsızlık nedeniyle oluşmaktadır. Goliger'in(52) çalışmalarında granülatöz kolitli olguların % 71'i cerrahi girişim gerektirmiştir. Yine % 15 olgu acil olarak opere edilmiştir(52). Tedavide uygulanacak yöntemler çeşitlilik gösterip total proktokolektomiden segmenter rezeksiyon ve primer anastomoza kadar değişmektedir.

Geçici İleostomi

Oberhalman ve arkadaşları(108), ince barsakta uygulanan ünilateral eksklüzyon ve bypass düşüncesinden hareketle

yapmış oldukları çalışmada granülatöz kolitlerde geçici ileostomi, ileostomi ağzından topikal steroid uygulanması ve barsakların bir yıl dinlendirilmesi neticesinde hastalığın gerilediğini belirttiler. Fakat daha sonra yapılan çalışmalar neticesinde aynı sonuçların alınamaması üzerine bu uygulama terk edilmeye başlandı(52)

Yine de geçici ileostomi acil girişim düşünülen ve kolonun tutulduğu ciddi kolitli olgularda ilk aşama olarak uygulanmaktadır. Goliger(52) böyle olgularda bile ilk aşamada subtotal kolektomi ve ileostomi uygulama taraftarı olup ileride ileorektal veya ileosigmoid anastomoz şansını kullanmayı önermektedir(52). Acil operasyon gerektiren ve tanıda tereddütü olan olgularda kesin patolojik tanı gerekliliği nedeniyle total proktokolektomi ve ileostomi uygulanması hasta açısından oldukça ağır sonuç oluşturmaktadır. Goliger, acil opere ettiği 42 olgudan 32'sinde subtotal kolektomi ve ileostomi uygulamıştır(52).

Rezeksiyonlar

Kısa Segmental Kolektomi veya Sadece Rektal Eksizyon

Kolon ve rektumda sınırlı lezyonlar genellikle 10-20 cm'lik barsağı etkilemekte olup, diğer kolon bölgeleri normaldir. Goliger(50,51) kolonda yer alan sınırlı lezyonlarda sınırlı rezeksiyon ve kolokolonik anastomoz, rektumda yerleşen sınırlı lezyonlarda ise abdominoperineal rezeksiyon ve iliac kolostomi önermektedir. Buna karşın Fazio(41) rezeksiyonun proksimalinde oluşacak yüksek nüks oranını ileri sürerek lezyonun proksimalinde kalan tüm kolonun çıkartılması gerektiğini söylemektedir.

Allan ve arkadaşlarının 29 hastada uyguladıkları segmental kolon rezeksiyonu ve anastomoz sonuçlarının subtotal kolektomiye göre nüks oranlarının istatistiksel anlam taşı-

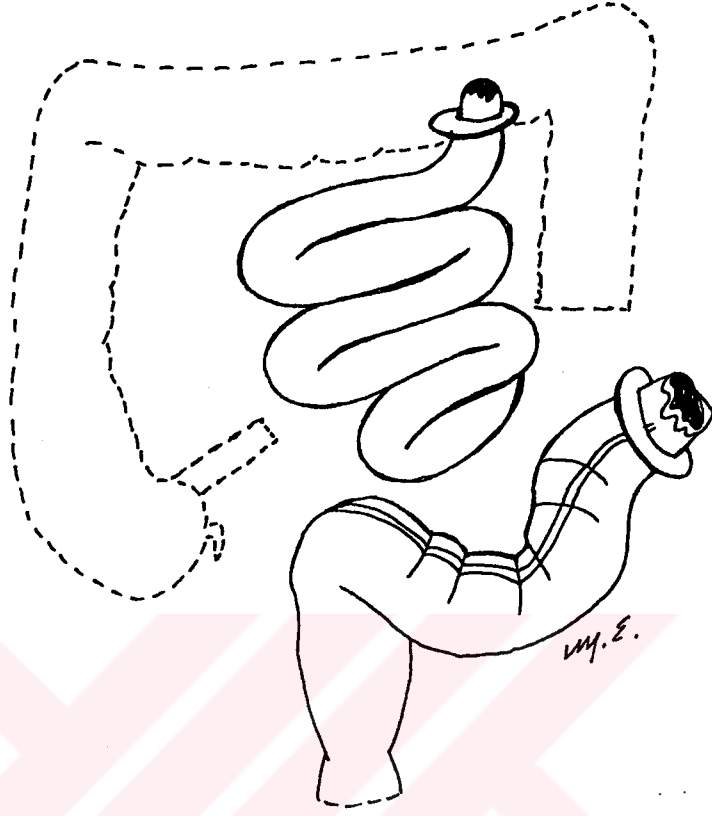
madığı ve segmental rezeksiyonların güvenle uygulanabileceğini vurgulamışlardır(4). Yine Sanfey ve arkadaşları kolon yerleşimli hastalığı olan 41 hastadan 29'unda sınırlı kalın barsak rezeksiyonu uygulamışlar ve neticelerini iyi olarak bildirmişlerdir(118).

İleostomi ve Total veya Subtotal Kolektomi

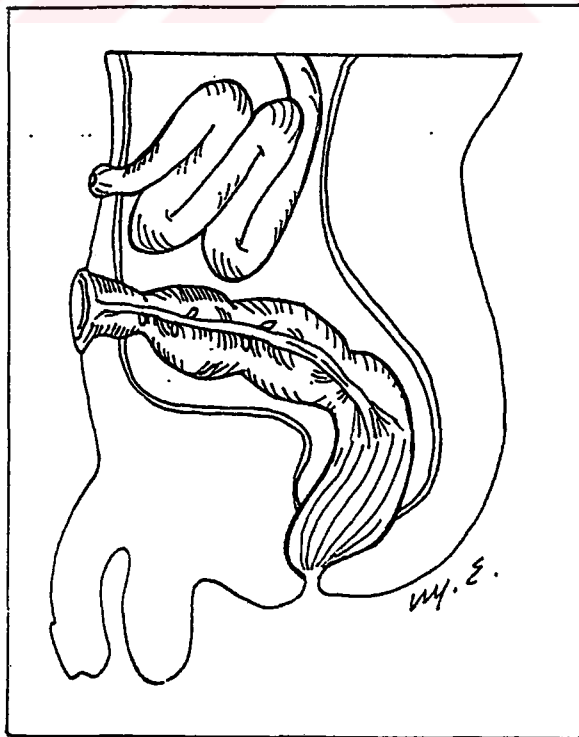
Bu yöntemde terminal ileostomi yapılarak rektal veya sigmoidorektal stump kapatılıp müköz fistül oluşturulmaktadır. Acil girişim gerektiren ileri derecede hasta şahıslarda, ileorektal anastomoz yapılması düşünülen fakat rektal hastalık şüphesi bulunan hastalarda, total proktokolektomi uygulanacak fakat ileri derecede anal sepsisi bulunan hastalarda ilk aşama olarak bu yöntem uygulanmaktadır(41,51,52). Goliger kolonda yerleşim gösteren olguların % 15-20'sinde bu işlemi uygulamış ve acil girişimlerde yine bu yöntemi önermektedir(52). Rektumun devre dışı bırakıldığı bu yöntemde 6-12 aylık süreden sonra uygulanabilecek üç olasılık doğmaktadır. Birincisinde proktitisin gerilemesi durumunda ileorektal anastomoz uygulanır. İkincisinde, proktitisin devamı durumunda hastanın bilgisi dahilinde proktektomi uygulanır. Üçüncüsünde, hiç bir işlem yapılmayarak rektum yerinde bırakılır(52). Rektumun yerinde bırakılması durumunda gelişebilecek displazi neticesinde oluşacak kanser daima akılda bulundurulmalı ve hasta düzenli takibe alınmalıdır(41).

Lock ve arkadaşları bu yöntemi uyguladıkları 101 hastanın 46'sında daha sonra proktektomi, 12'sinde ileorektal anastomoz uygulayıp, 33'ünde rektumu yerinde bıraktılar. İleorektal anastomoz uyguladıkları 12 hastadan 6'sında daha sonra rektal rezeksiyon gerekmiştir(86).

Fulminant kolit ve toksik megakolon gibi durumlarda rektosigmoid stumpun kapatılmayıp anterior abdominal duvara müköz fistül olarak ağızlaştırılmasını önerenler vardır(41) (Şekil 8,9).



Şekil 8: İleostomi ve Subtotal Kolektomi (Sigmoid stumpun müköz fistül olarak ağızlaştırılması)



Şekil 9: İleostomi ve Subtotal Kolektomi (Sigmoid stumpun kapatılmayıp abdominal duvara müköz fistül olarak ağızlaştırılması)

İleostomi ve Total Proktokolektomi

Kolonun yaygın Crohn hastalığında uygulanan ve nüks oranının en düşük olduğu yöntemdir(21,35,51,128). Tek aşamada veya önce subtotal kolektomi ve ileostomi uygulamak suretiyle iki aşamada yapılabilir. Goliger kolonda Crohn nedeniyle müraaat eden hastaların % 55-60'ında bu yöntemi uygulamıştır(52). Bu yöntemi uyguladığı ve 15 yıllık takibi sonucunda nüks oranını % 14.8 olarak bildirmiştir(52). Weterman bu oranı % 23 olarak bildirmektedir. Nüks görülen tüm olgularda, nüks ileostominin hemen altındaki terminal ileum bölümünde görülmektedir(128). İleostomiye uygulanan cerrahi işlem sonrası ikinci nüks oranı, birinci işlemden sonra görülenden düşüktür(51). İki aşamada yapılan girişimlerde subtotal kolektomi sonrası yapılan rektal incelemelerde hastalığın kısmen geçtiği görülürse, ikinci aşama 6-12 ay veya daha uzun bir süre sonra düşünülmelidir(50).

Bu yöntem sonrasında görülen problemlerden biri de perianal bölgedeki ameliyat yarasının iyileşmemesidir. Uygulanan abdominoperineal rezeksiyonlardan sonra perianal yarının iyileşmesi, kanser olgularında 2-3 ay sürebilmesine rağmen, inflamatuvar barsak hastalıklarında 6 aya kadar uzayabilmektedir(35). Oluşan perianal sinus tedavisinde transperitoneal veya transperineal drenaj yöntemleri, muskularis gracilis veya gluteus maksimus flapları ile rekonstrüksiyon işlemleri denenebilir(22,35,52). Mann ve Springall, 5 hasta üzerinde uyguladıkları semimembranöz adale grefti ile en iyi sonuçları bildirmişlerdir(90).

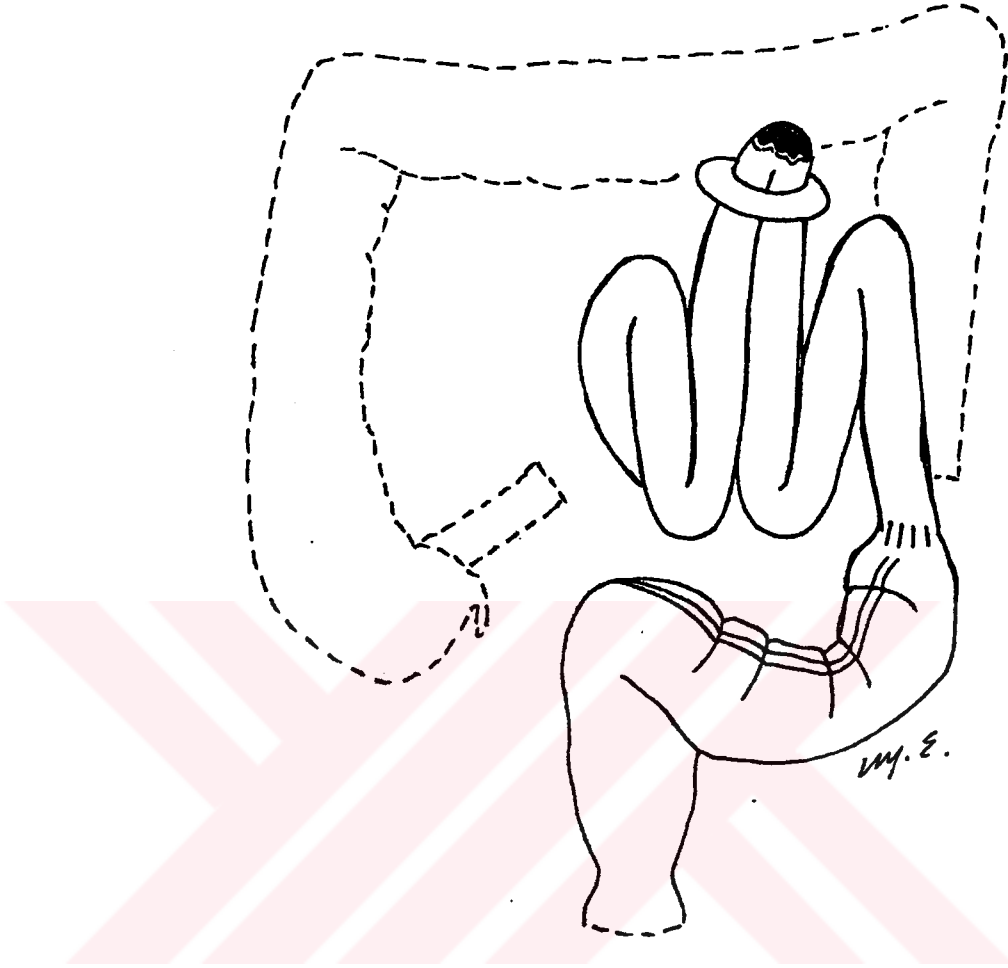
Perineal rezeksiyonlar sonrası görülebilecek seksüel disfonksiyonlar barsak duvarına yakın olarak yapılacak disseksiyonlar ile minimuma indirilmelidir(35,41). Yine bu operasyonun problemlerinden biri olan ileostomiden çok sayıdaki dışkılama hydrochloride (Lomotil) veya loperamide ile mükemmel bir şekilde düzeltilmektedir(51,52).

Goliger'in total proktokolektomi uyguladığı 144 hastasının % 62'sinde perianal yarada tam iyileşme olmasına rağmen, geri kalan hastalarda problem oluşmuş ve % 3'ünde kapanamayan kalıcı sinüs gelişmiştir(52).

Son senelerde ülseratif kolit için uygulanan ileal poş ve ileoanal anastomoz işlemleri Crohn'da taşıdıkları yüksek nüks nedeniyle kontrendikedir(20,52).

Total veya Subtotal Kolektomi ve İleorektal veya İleosigmoid Anastomoz

% 20 olguda, kolonun büyük bir kısmı tutulmuş olmasına rağmen, rektum ve distal sigmoid kolon tutulmamıştır(51). Bu durumda kolektomi sonrası ileorektal anastomoz en ideali gibi görülmesine rağmen, nüks oranı maalesef oldukça yüksektir. Literatürde nüks oranı % 50-71 arasında bildirilmektedir(17, 52,128). Rektal mukozada hastalıktan şüphelenilmesi durumunda veya minimal lezyon saptanırsa ameliyat iki aşamada yapılmalıdır. İlk önce uygulanacak subtotal kolektomi ve ileostomi sonrasında rektum yaklaşık 12 ay süreyle biopsi ve rektoskopi ile kontrol edilmeli, düzelme tesbit edilirse ikinci aşamada ileorektal anastomoz önerilmektedir(41,52). Buna rağmen Buchmann ve arkadaşları rektumdaki minimal lezyonlarda bile primer anastomoz uygulamaktadırlar(17). Goliger rektumda hiç lezyonun olmadığı veya minimal anal komplikasyonların olduğu durumlarda ileorektal anastomozu, yine anastomozdan oluşacak bir kaçağı ve hastanın genel durumunu da göz önüne alarak iki aşamalı operasyonu önermektedir(52). Lefton ve arkadaşları ileorektal anastomozdan muhtemel bir kaçağı önlemek için, anastomozun biraz proksimalinden geçici loop ileostomi uygulamaktadırlar(83) (Şekil 10).



Şekil 10: Subtotal Kolektomi-İleosigmoid Anastomoz ve Loop İleostomi

Buchmann ve arkadaşları ileorektal anastomoz ile % 70 oranında semptomatik iyileşme bildirmektedirler(17). Yüksek nüks oranına rağmen, minimal nükslü bazı hastalar ileorektal anastomozla hayatlarını sürdürmektedirler. Buna rağmen ileri derecedeki nükslerde konversiyon ile kalıcı ileostomiye dönmek gerekmektedir(52).

Weterman yapmış olduğu, 11,6 yıllık takip neticesinde, ileorektal anastomoz uyguladığı 62 hastadan 47'sinde başarı bildirmektedir(128).

Goliger olguların % 80'inde konversiyon ile kalıcı

ileostomiye dönmek gereğini duyduysa da anorektal kontinen-
sin devamlılığı ve kalıcı ileostomiden kaçınılmış olması ne-
deniyle ileorektal anastomozların hastalara teklif edilmek
koşuluyla halen uygulanabilirliğini savunmaktadır(52).

Komplikasyonlarının Cerrahi Tedavisi

Perianal Hastalık

Crohn hastalığında perianal lezyonların oluşması nede-
niyle rektal muayene mutlaka yapılmalıdır. Uzun süreli ishal-
lere bağlı perianal cilde maserasyon ve yüzeysel ülserler,
ödemli skin tag'lar, ağrısız geniş fissürler en sık görülen
perianal lezyonlardır. Lezyonlar genellikle asemptomatiktir.
Perianal hastalık, primer lezyon olarak bilinen mukozal fis-
sür, ülseröz ödemli pililerden veya kaviteli ülserlerden baş-
lamaktadır(1). Anorektal duvardan başlayan olay fazla yayıl-
madan perianal cilde ulaşarak fistül oluşturacaktır. Fistül
tracttında oluşan herhangi bir tıkanma yaygın anorektal sep-
sis ile sonuçlanmaktadır(3,16). İnce barsağa nazaran kolon
tutulmalarında daha sık olarak perianal lezyonlar görülür(3,
35,51). Crohn hastalığında perianal komplikasyonların görülme
oranı çeşitli serilere göre % 20-80 olarak verilmektedir(10,
72,88). Crohn hastalığı olanlarda anal lezyonların hastalık-
tan olduğuna karar vermek kolaydır. Fakat % 30 olguda anal
lezyonlar intestinal Crohn'dan yıllar önce gelişebilmekte-
dir(3,10). Ağrının olmaması, lezyonların multipl oluşu, fis-
sürlerin klasik yerleşimi dışında anal kanalın lateral kenar-
larında yer alması durumunda Crohn'dan şüphelenilmelidir(1,3).
Ayırıcı tanı için yapılacak sigmoidoskopide akut proktit görü-
lecektir. Rektal mukoza ile birlikte skin tag veya fistül
traktından yapılacak biopsi ile doğru histolojik tanı konula-
caktır(3,16).

Abseler fissür ve fistüllerle birlikte görülmektedir.
Hastalığın klinik olarak aktif olmadığı dönemlerde de ağrılı

abseler görülebilmektedir(1). Abseler, basit veya ischiorektal fossa ve anal sfinkterleri de içine alabilecek şekilde kompleks yapıya sahip olabilir. Anal fistüller fissürlere nazaran daha az görülürler. Spontan veya perianal abseleri takiben oluşurlar. Anal kanal veya rektumdan başlayarak perineye veya vaginaya kadar uzanabilirler(1).

Heuman ve arkadaşlarına göre perianal lezyonlu Crohn hastalarında, % 80 oranında lezyonlar uygulanan cerrahi rezeksiyon sonucunda gerilemektedir(68). Crohn hastalığında intestinal lezyonlara yönelik medikal tedavide kullanılan sulphasalazine ve prednizole ilaveten kullanılan metronidazolinin ciddi perianal lezyonlarda faydalı olduğu bildirilmiştir(3).

Diğer perianal lezyonlar hasta tarafından daha iyi tolere edilmesine rağmen perianal abseler, sepsis oluşturması ve anal sfinkteri bozması nedeniyle acil olarak tedavi edilmelidir(3,35). Perianal ve ischiorektal abseler basit olarak, bir insizyonla drene edilir(3,16,51,55,72). Eğer abse kendiliğinden alçak anal fistül oluşturmuşsa cerrahi girişim gerekmemektedir. Bu fistüller asemptomatiktir ve çoğu kendiliğinden iyileşir(3,51). Bazı cerrahlar alçak anal intersfinkterik fistüller için internal sfinkterotomi önermektedirler(121). Yüksek anal fistüllerde ve rektal yerleşimli Crohn'da hemen hemen daima proktokolektomi gerekir(35,55). Aktif rektal hastalığı olmayanlardaki kompleks fistüllerin tedavisinde Seton tekniği ile fistülotomi önerenler vardır(104).

Genellikle ağrısız olan anal fissürler cerrahi girişim gerekmeden sıklıkla spontan olarak iyileşirler. Hastalık rektumda yerleşmemiş ve anal sfinkter çalışıyor ise lateral internal sfinkterotomi yapılabilir(35). Fissürlerin iyileşme döneminde fibrosise bağlı anal striktür gelişirse erken dönemde dilatasyona çok iyi cevap vermektedir(3,84). Striktürün ciddi olduğu olgularda proktektomi gerekir(3,84).

Perianal Crohn hastalığı ile birlikte hemoroid söz konusu ise hastalığın aktif döneminde girişim önerilmemektedir(3,16).

Kolonu tutan Crohn'da ve ciddi anal lezyonlarda uygulanan loop ileostominin özellikle anal lezyonları iyileştirdiği bildirilmiştir(65,84).

Fistül

İnternal ve eksternal fistüller Crohn olgularının yaklaşık % 20-33'ünde görülmektedir(55,71). İki epitelle döşeli organ arasında epitel duvarlı fistül oluşması internal, epitelle döşeli organ ile cilt arasında oluşan fistüller eksternaldir. Hasta segmentte inflamatuvar olayları takiben gelişen dejenerasyon ve devaskülarizasyon sonrası fistül gelişmektedir(35). Çoğu olguda sepsis fistülizasyondan sorumludur. Bu komplikasyon sonrası mortalite % 6-10.5 arasında verilmektedir(44,111).

Eksternal Fistüller

Bunlar sıklıkla ileokütanöz, kolokütanöz veya peri-ileostomik şekilde olabilir. Çoğu eksternal fistüller daha önceki cerrahi girişimi takiben oluşmakta ve yeniden cerrahi girişim gerektirmektedir. Goliger'e göre enterokütanöz fistüller erken devrede en sık anastomoz ayrılmasından oluşmaktadır(50). Erken postoperatif fistüller intraabdominal sepsisle birlikte ve yüksek debili olup spontan kapanmaları güç olduğu gibi tedavileri de oldukça zordur(71). Yine bunların anastomoz kaçağına bağlı olduğu ve TPN ile iyileşebileceği bildirilmiştir(89). Buna karşın Fazio TPN ile fistül debisinin düzeldiğini, TPN'nin kesilmesi ile fistülün tekrarladığını söylemektedir(41). 6-8 hafta süreyle TPN ve sepsis kontrolü sonrasında kalıcı tedavi düşünülmelidir. Erken girişimler oldukça zordur ve barsaklara zarar verebilir(71). İlk

uygulanan ameliyatta hasta segmentin tamamen ortadan kaldırılmasına rağmen gelişen fistüllerde, fistül debisinin kontrolü, sepsisin drenajı, günde 45 kcal/kg ve 300 mg N/kg TPN ile 6-8 hafta sonra fistül rezeksiyonu ve distalde obstrüksiyon olmadığına emin olunarak primer anastomoz denenebilir(71).

Geç fistüller spontan, intra-abdominal abselerin drenajı veya nüks sonucu oluşmakta ve elektif cerrahi gerektirmektedir. Spontan fistüller oldukça ender görülür. Greenstein böyle göbek ile kolon arasında gelişmiş olan dört olgu bildirmiştir(55). Sepsisin kontrol altına alınamadığı durumlarda barsak ağızları cilde ağızlaştırılır(35,51,71).

Duodenum ikinci kıtasında yer alan fistüller jejunum kullanılarak serözal pech ile kapatılabilir(71,111).

Crohn hastalığı nedeniyle ileostomi uygulanmış hastaların % 6.9'unda peri-ileostomik fistül gelişmektedir(58). Bu fistüller sıklıkla multipl olup, medikal olarak tedavi edilemez ve nüks sonucu oluşmaktadır(35). Fistül traktı ileostomi ağzına yakın ve ciddi bir lokal sepsis söz konusu değil ise aynı stoma ağzına rekonstrüksiyon uygulanabilir. Multipl fistüllerde, subkütan ve fasial abselerin mevcudiyetinde stomanın, batın duvarında başka bir kadrana yapılması gereklidir(41,58). Taylor ve arkadaşları, yüzeysel fistüllerde laparotomi yapmaksızın stomadan serbestleştirilen barsağın dışarı alınarak fistüllü hasta segmentin rezeksiyonu ve batın duvarında farklı bir yerde açılan stoma ağzına, bu rezeke edilen barsağın transperitoneal olarak transportu şeklinde uygulanan rekonstrüksiyon yöntemi tarif etmişlerdir.

İnternal Fistüller

İnternal fistüller Crohn hastalarının yaklaşık 1/3'ünde oluşmakta ve yine 1/3'de birden fazla fistül görülmektedir.

En sık görülen internal fistül enteroenterik ve enterogenito-üriner olanlardır(37,55). İnternal fistüller genellikle spontan oluşmaktadır. Barsak duvarındaki derin bir fissürden oluşan mikroskopik veya makroskopik kaçağın abse oluşturması ve bunun da lümenli bir organa açılması ile oluşmaktadır(51).

Entero-Enterik Fistüller

Bunlar içinde ileosigmoid fistüller en sık görüleni olup internal fistüllerin 1/3'ünü oluştururlar. İleoileal fistüller sık görülmesine rağmen nadiren semptom verirler. Çünkü genellikle barsakların kısa bir segmentinde bypass oluşmuştur(55). Bunlar hastalığın diğer semptomları nedeniyle yapılan radyolojik incelemede saptanırlar(51). Bu tür fistüller cerrahi endikasyon doğurmamaktadırlar(13). Semptomatik olanlardan hiperalbuminemi, medikal tedavi, elementer diyet ve 6-mp ile immunosüpresif tedavi uygulanmış olmasına rağmen hasta sonuçta cerrahi tedaviye müracaat etmiştir(55).

Enterokolik fistüller içinde gastrokolik fistüller oldukça azdır. Fekaloid kokusu ve fekaloid geyirme karakteristiktir. Kesin tedavi kolon rezeksiyonu ve ilgili mide bölümüne wedge rezeksiyon ile yapılır. Bazen midenin basit olarak kapatılması yeterlidir. Koloduodenal fistüller hemen hemen daima kolondan kaynaklanıp çok az görülmektedir. Duodenumun basit olarak kapatılması ve kolektomi yeterli tedavidir(55).

İleoçekal fistüller nadiren cerrahi tedavi gerektirmektedir. Çünkü barsağın sadece küçük bir segmenti fistülize olarak bypass oluşturmaktadır. İlerleyen obstrüksiyon söz konusu ise ileoçekal veya ileokolik rezeksiyonu takiben end-to-end veya end-to-side anastomoz uygulanmalıdır(55).

İleosigmoid fistüller en sık görülenidir. Tedavisinde halen tartışmalar sürmektedir. İleokolik rezeksiyonla birlikte aynı seansta sigmoid rezeksiyon veya ileokolik rezeksiyon

ve sigmoidin basit olarak kapatılması önerilmektedir(14,55,66). Preoperatif olarak kolonoskopi ile hastalığın yaygınlık derecesi tesbit edilmelidir. Eğer kolonik tutulum minimal ise basit kapama yeterlidir. Yaygın lokal inflamasyon ve abse söz konusu ise sigmoid kapama geçici proksimal saptırma ile birlikte yapılmalıdır(35,111). Eğer uzun bir segment tutulmuş ise ve özellikle multipl fistül veya striktür beraber ise aynı seansta ileokolik ve sigmoid rezeksiyon iki ayrı anastomoz şeklinde önerilmektedir(14,55,66). Fistül rektosigmoid veya bu bölgenin altında yer alıyor ise beraberinde proksimal loop ileostomi gerekebilir. Eğer hastalık tüm kolonu tutmuş ise subtotal veya total kolektomi ve end ileostomi tercih edilmelidir(55).

Enterogenitoüriner Fistüller

Literatürde % 2.2-5.6 oranları arasındaki sıklıkta belirtilmiştir(35,59). Anatomik lokalizasyonu nedeniyle erkeklerde daha sık görülmektedir. Pnömatüri, disüri, fekalüri ve piyüri klinik semptomları oluşturur. Bu tür olgularda uygulanacak optimal tedavi hasta segmentin rezeksiyonu ve primer anastomozu ile mesanenin üç dört sapere sütür ile onarılmasıdır(25,59,119). Sepsisin varlığında end veya proksimal ileostomi önerilebilir(55). Üreterin tutulduğu durumlarda stent üzerinden ureter onarılarak mesane sondasının 7-10 gün tutulması yeterlidir(35).

Rektovajinal Fistüller

Bu fistüllerin büyük çoğunluğu perianal fistül ve abselerle birlikte. Uygulanacak cerrahi tedavi rektal mukozadaki hastalığın yaygınlığı ile ilişkilidir. Proksimal saptırma, fibröz ülser dokunun eksizyonu, rektal mukozanın flaplı veya flapsız kapatılması ve vajinanın onarılması bazı olgularda başarılı olmuştur(55). Buna ilave olarak bazı olgularda levatör ani kasının vajina ve rektum arasına interpose edilmesi (proksimal saptırma olmadan) önerilmektedir(35,55).

Konservatif kalınıp rektumun korunarak basit cerrahi ile fistülün kapanmasının yetebileceğini söyleyenlerin yanında proktektominin gerektiğini de söyleyenler mevcuttur(23,69, 105).

Obstrüksiyon

İnce barsağın tutulduğu durumlarda obstrüksiyon, % 45-83.6 oranı ile cerrahi endikasyonun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır(24,38,56,94,97). Yalnız kolonik tutulmaya bağlı obstrüksiyon % 9-12 oranında bildirilmiştir(37,38). Crohn'lu hastaların hikayesinde genellikle kortikosteroid alınımı ile düzelen, geçirilmiş birkaç subakut obstrüksiyon mevcuttur. Akut obstrüksiyon atağında kısa bir süre İ.V. 300 mg/gün Hidrokortizon, İ.V. sıvı tedavisi ve nazogastrik dekompresyon uygulamak suretiyle acil girişimden kaçınılarak atağın geçmesinden sonra elektif girişim önerilmektedir(41, 50,55,56). Hastaların çoğu uygulanan bu medikal tedaviye cevap vermektedir(55). Abse ve perforasyon şüphesi olan, konservatif yaklaşıma cevap vermeyen veya tekrarlayan obstrüksiyon ataklarında cerrahi girişim kaçınılmazdır(35,50). İlk obstrüksiyon atağından sonraki 8 aylık süre "Golden Period" olarak değerlendirilmiş ve bu süre içinde oluşan ikinci obstrüksiyon atağının cerrahi girişim gerektirdiği bildirilmiştir(131). Uygulanacak cerrahi tedavi yöntemine operasyon esnasında karar verilir. Terminal ileumda yerleşen bir obstrüksiyonda, çıkan kolon ve transvers kolon normal ise, terminal ileum ve çekumu içine alan sınırlı bir rezeksiyon ve ileum ile çıkan kolon arasında anastomoz uygulanmalıdır(35,55).

İdeal olarak tam tıkanma olmadan cerrahi girişim uygulanmalıdır(97). Son yıllarda sınırlı rezeksiyonlar kabul görmektedir.

Crohn hastalarının % 12-35'inde skip lezyonlar görülmektedir(41,42,56). Bağırsağı çevreleyen yağ dokusu, sero-

zite, barsak duvarında ve mezenterdeki kalınlaşmaya bağlı olarak gelişen fibrotik striktürler intraluminal basınç artmasına neden olmaktadır(42). Bu da duvardaki ülser ve fissürlere barsak içeriğinin girmesini kolaylaştırarak inflamasyonun ilerlemesi ve neticede striktür alanlarının çoğalmasına neden olur(42). Kısa ve birkaç tane olan skip lezyonların tedavisinde rezeksiyon ve end-to-end anastomoz uygulanabilmesine rağmen, çok sayıda striktür olan olgularda rezeksiyonların getireceği kısa barsak sendromundan kaçınmak amacıyla son yıllarda striktoplastiler uygulanmaktadır(2,41,42). Kısa striktürlerde Heinecke-Mikulicz piloroplasti tekniği, 10 cm ve üzerindekilerde Finney veya Jaboulay piloroplasti teknikleri kolaylıkla uygulanabilmektedir(2,41) (Şekil 3). Uzun süreden beri var olan kısa fibrotik striktürlerde, daha önceden ince barsak rezeksiyonu geçirmiş olan hastalarda gelişen striktürlerde, yaygın jejunoiletisli olgularda ve daha önce yapılmış olan anastomozda hastalığa bağlı olmaksızın gelişen striktürlerde genellikle striktoplasti endikedir(42). Perforasyon, abse ve flegmonöz inflamasyonun varlığında striktoplasti uygulanmamalıdır. Fazio ve arkadaşları fibrotik striktürü bulunan 50 Crohn'lu hastada 225 striktoplasti uygulamışlar ve morbitidenin rezeksiyondandaha düşük olduğunu belirtmişlerdir(42). Kolonik striktoplastilerin uygulanabileceği söylenmiştir(42).

Abse

İntra-abdominal abseler barsak duvarında gelişen fissürlerin peri-ileal veya perikolik alanlara açılması ile oluşmaktadır(55). bu hastalarda yüksek doz kortikosteroid kullanımına bağlı olarak absenin oluşturduğu semptomlar görülmeyebilir. Abse ile inflamatuvar kitle arasında ayırıcı tanı yapmak zor olabilir. Bu gibi durumlarda uygulanan konservatif tedavi inflamatuvar kitlenin ortadan kalkmasına yardımcı olmasına rağmen, abse için uygulanacak böyle bir işlem mortaliteyi yükseltecektir(35,55). Crohn hastalarının

% 16-20'sinde intraabdominal abse görülmektedir(24,60). Abse sıklıkla sağ tarafta ileokolik tutulumda, sol tarafta ise kolonik tutulmalarda görülmektedir(60). İki tip abse oluşmaktadır. En sık görülenleri enteroparietal tip olup, küçük bir insizyonla yapılan basit drenajları genellikle enterokütan fistüllerle sonuçlanmaktadır(50,60). Daha basit formu ve seyrek görüleni intramezenterik veya barsak kangalları arasında oluşandır(35). Tedavi edilmeyen olgularda septisemi ve multipl organ yetersizlikleri gelişir. Lokalize hastalığın ve küçük abselerin bulunduğu olgularda rezeksiyon, primer anastomoz ve drenaj uygulanabilir(55). Büyük abselerde, hastanın genel durumundaki bozukluğa bağlı olarak eksteriorizasyon veya ileostomi ve kolostomi gerekebilir(55,60). Barsak kangalları arasında gelişmiş olan abseler bu barsak segmentleri ile birlikte an blok olarak çıkartılır(60). Bazen batin içi abseler retroperitoneal ve psoas abselerine neden olabilir. Perkütan drenaj ve ileride ilgili barsak bölümüne rezeksiyon uygulanır(35,41)

Perforasyon

Acil girişim gerektiren ender bir komplikasyondur(35, 55,97). Serbest perforasyon genellikle ileum ve jejunumun tutulduğu ve distalde obstrüksiyonun bulunduğu olgularda görülmektedir. İnsidens % 1.9 olarak bildirilmiştir(24). Crohn hastalığına bağlı olarak serbest perforasyon literatürde 100 olgu olarak bildirilmiştir(55,97). Yine yüksek mortalite bildirilmesine rağmen Greenstein'in 21 olgusunun hiç biri perforasyon nedeniyle ölmemiştir(55). Tedavide acil laparotomi ve proksimal saptırma yöntemlerinden birinin uygulanması ve daha sonra rekonstrüksiyon tedavinin temelini oluşturur(55,97). İnce barsak perforasyonlu seçilmiş olgularda primer anastomoz mümkün olabilir(55).

Kanama

Crohn hastalığında kanama sık görülmesine rağmen masif kanama nadirdir. Kolon tutulumlarında klinik olarak kanama daha sıktır(35,55,97). Klinik olarak kanama bulgularının yaklaşık 1/3'de bulunmasına rağmen masif kanama % 1.4 oranında bildirilmektedir(73). Mount Sinai Hospital'de yapılan çalışmada kolitli olguların % 53'ünde, ileokolitli olguların % 30'unda, ileitlilerin % 4'ünde kanama görülmüştür(98). Farmer ve arkadaşlarının çalışmasında ise, sırasıyla bu değerler % 46, % 22, % 10 olarak bildirilmiştir(37). Bu tür kanamalarda özellikle üst gastrointestinal, özellikle peptik ülser, kanamaları dışlanmalı ve kanamanın tesbiti için anjiyografik inceleme baryumlu pasaj incelemesinden önce yapılmalıdır(35). Fazio ve arkadaşları preoperatif ve peroperatif olarak anjiyografiyi önermektedirler(45). Anaskopi ve sigmoidoskopi tam olarak tatminkar olmasada yapılmalıdır(55). 4 ile 6 ünite kan transfüzyonuna rağmen kanama durdurulamazsa cerrahi girişim düşünülmelidir(35). Segmental ince barsaktan olan masif kanamalarda segmental ileal veya ileokolik rezeksiyon, kolonik tutulumlardan olan kanamalarda ise ileostomi ve mukus fistülü ile birlikte subtotal kolektomi yapılmalıdır. Segmental rezeksiyondan sonra süratle kanama odağı araştırılmalı ve bulunamadığı takdirde intraoperatif endoskopi denenmelidir. Tüm kolonun tutulduğu durumlarda masif kanamayı kontrol için total proktokolektomi uygulanmalıdır. Orta derecede kanaması olan genç hastalarda ve rektum tutulmamış ise rektumun korunması doğru olacaktır(55).

Toksik Megakolon

Toksik megakolon ülseratif kolitin sık görülen komplikasyonu olmasına rağmen Crohn'da da görülebilmektedir. Tanı toksemi, taşikardi, lökositoz, yüksek ateş ve direkt grafide 6 cm çapında ve uzun bir hava sütunu gösteren kolonun görülmesi ile konur(35,46,55,101). Hastaya derhal nazogastrik

dekompresyon, İ.V. sıvı ve kortikosteroid ve antibiyotik uygulanmalıdır(101). Tanıda proktosigmoidoskopi, kolonoskopi, baryumlu lavman gibi invaziv tanı yöntemleri kolon perforasyonuna neden olabileceğinden kontrendikedir(101). Batında hassasiyetin artması ve barsak seslerinin kaybolması, kolondaki hava seviyesindeki artma, lökositozda artma, hastanın kliniğinde 72 saat sonra düzelme gözlenmezse cerrahi girişim gereklidir(46,55,101). Hastaların % 75'inden fazlası medikal tedaviye cevap vermesine rağmen sonuçta bunların çoğu cerrahi girişim gerektirmektedir(101). Toksik megakolonda perforasyon sonrası mortalite % 80 iken cerrahi girişim sonrası % 4-6'lara düşmektedir(55,101). Turnbull ve arkadaşları kolonun dekompresyonu amacıyla saptırıcı ileostomi ve bir veya birden fazla kolostomi uygulanmasını önermişlerdir(127). Greenstein, subtotal kolektomi, Brooke ilestomi ve mukus fistülü uygulanmasını ve daha sonra ileoproktostomi veya ileosigmoidostomi yöntemlerinin uygulanmasını tavsiye etmektedir(55).

Obstrüktif Üropati

Bu komplikasyon retroperitonal veya peritonal alanda, inflamasyon sonucu gelişen flegmon veya absenin üreter üzerine yaptığı bası sonucu oluşmaktadır(35,41,101). Ateş, bacak ekstansiyonunda ve yürümede güçlük, lomber, suprapubik ve kasıkta ağrı bu komplikasyonu düşündürmelidir. Hastaların % 20'sinde steril bir pyüri mevcuttur(101). İ.V. pyelografi çekilen Crohn'lu hastaların % 4.7'sinde hidroüreter veya hidronefroz, % 44'ünde abdominal kitle veya fistül tesbit edilmiştir(120). İleoçekal yerleşimli hastaların İ.V. pyelografilerinde genellikle sağ üreter alt üçte bir kısmında obstrüksiyon gözlenir. Proksimal sol üreter obstrüksiyonu seyrek olup, jejunal tutulumda, distal sol üreter obstrüksiyonu inen kolonun hastalığa eşlik ettiği durumlarda gözlenir(101). Antibiyotik ve steroid kullanımı kısa bir süre problemi çözmesine rağmen cerrahi girişim gerekmektedir(101).

Block ve arkadaşları bu komplikasyonu hastalığa eşlik eden septik retroperitonit sonucu gelişen skatrise bağlamışlar ve retroperitoneal absenin drenajını, hasta segmentin rezeksiyonunu ve üreterolisisi önermektedirler(12). Buna rağmen Cleveland Clinic'te yapılan geniş bir seride ve Meyers Samuel, Janowitz H.D. sadece hasta segmentin rezeksiyonunun yeterli olduğunu, üreterolisisin oldukça nadiren gerektiğini ve hatta üretere zarar verilebileceğini bildirmişlerdir(101, 120).

Kanserleşme

Nadir görülen komplikasyonu olmakla beraber Crohn hastalığı ile kanser arasındaki ilişki gün geçtikçe artmaktadır. Kanser, hastalığın tanısından ortalama 16 yıl sonra görülmekte ve ortalama yaş 45 olarak bildirilmektedir(114). Kanser, Crohn hastalarında aynı yaştaki normal şahıslara göre 60-300 defa daha sık gelişmektedir(41). Crohn hastalarında ince barsaklarda görülen kanserlerin % 40'ı bypass uygulanmış segmentte, geri kalanları ise fistül ile ilişkili olarak görülmektedir(35). Kanser gelişen olgularda tanı oldukça zordur. Her ikisi de gizli kanama bulgusu vermektedir(55). Ancak laparotomi ile rezeke edilen bölümün mikroskopik incelenmesi ile tanıya varılabilmektedir. Radyolojik olarak kanser bulguları Crohn'un barsak bulguları arasında kaybolmuştur. Özellikle bypass uygulanmış olgularda ve remisyon dönemine rağmen fistüllerin ve kitlenin bulunduğu olgularda kanser gelişmesinden şüphe edilmelidir(35).

Kanser ince barsaklarda olduğu gibi hastalıktan etkilenmiş veya etkilenmemiş kolon segmentlerinde de gelişebilmektedir. Crohn hastalarının takibinde endoskopik muayeneler rutin olarak uygulanmamasına rağmen, herhangi bir kanser semptomundan şüphelenildiğinde rutin endoskopik muayeneler yapılmalıdır(29,114).

Kolon kanserlerinin % 20'si Crohn hastalığının başlangıcı ile senkron olarak başlamaktadır(64). Kansere gelişen Crohn hastalarında mortalite 2 yıl içinde % 80'dir. % 20 olguda multipl kanser odakları tespit edilmiştir(35,114). Richards ve arkadaşları(114) Crohn'lu 8 olguda kanser tespit etmişler ve sürviyi 4 ile 55 ay arasında bulmuşlardır. Patolojik tetkikte minimal displazik değişiklikleri olanların periyodik kolonoskopik tetkike alınmalarının gereğini vurgulamışlardır.

CERRAHİ SONRASI NÜKS

Crohn 1932'deki çalışmasında, 14 hastasından 2'sinde nüks görmüş ve hastalığın nüks edici özelliğinden bahsetmiştir(27). Yapılan çalışmalarda değişik nüks oranları ve nüksü etkileyen faktörler belirtilmiştir.

Nüks insidensini etkileyen faktörler arasında yaş önemli olup gençlerde daha çok nüks görülmesine rağmen, her iki cins eşit olarak etkilemektedir(50,56,82). Crohn hastalarında ikinci rezeksiyon oranı ilk 10 yıl içinde % 30, 15-20 yıl içinde ise % 50'dir. Başka bir açıdan 15-20 yıllık dönem içinde, rezeksiyon geçirmiş olan hastaların % 50'si ikinci rezeksiyonu, % 30'u üçüncü rezeksiyonu, % 10'u dördüncü rezeksiyonu, % 5'i ise beşinci rezeksiyonu geçirmektedir. Eğer hasta ilk rezeksiyonunu 25 yaşında geçirmiş ise hayatının diğer döneminde 3 veya daha fazla rezeksiyon geçirmektedir(74).

Nüksü etkileyen diğer bir faktör hastalığın yerleşimi ve yaygınlığıdır. Lock Russell ve arkadaşlarının 391 hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada nüks oranı % 35 olarak bulunmuştur. Hastalığın yerleşimine göre kalın barsak yerleşiminde % 24.3, ince barsak yerleşiminde % 28.5, ileokolik yerleşimde % 43.8 oranında nüks bildirmişlerdir(86). Farmer ve arkadaşlarının 615 hasta üzerindeki uzun süreli takiple-

rinde, 15 yıl içinde kümülatif nüks oranını % 42 olarak bildirmişlerdir(39). Yine aynı çalışmada, % 85 oranında nükslerin ilk sekiz yıl içinde görüldüğü belirtilmiştir(39). Goliger ise çalışmasında nüks oranını % 22.2 olarak belirtmekte ve diğer birçok çalışmada belirtildiği gibi anastomozun proksimalinde nüksün sık görüldüğünü vurgulamıştır(50,56,97). Segmenter kolon yerleşimli hastalığın nüks açısından en iyi prognoza sahip olduğu bunun yanında ileokolik yerleşimin ise en yüksek nüks riski taşıdığı belirtilmektedir(39,50,86,97).

Rezeksiyon sınırlarında mikroskopik olarak hastalığın olup olmasının nüksü etkilediği tartışmaları halen sürmektedir(109,130). Bypass ve eksklüzyon gibi cerrahi yöntemlerin yüksek oranlarda nüks göstermesi, uygulanacak ameliyat yönteminin nüks üzerindeki etkisini göstermektedir(35,36,50,82). Hastalığın rezeksiyon esnasındaki semptomatik devresinin kısa olması yüksek nüks insidensi taşıdığını belirtmektedir(50). Nüks oranlarının doğru tesbiti için takip süresi çok önemlidir(41,74).

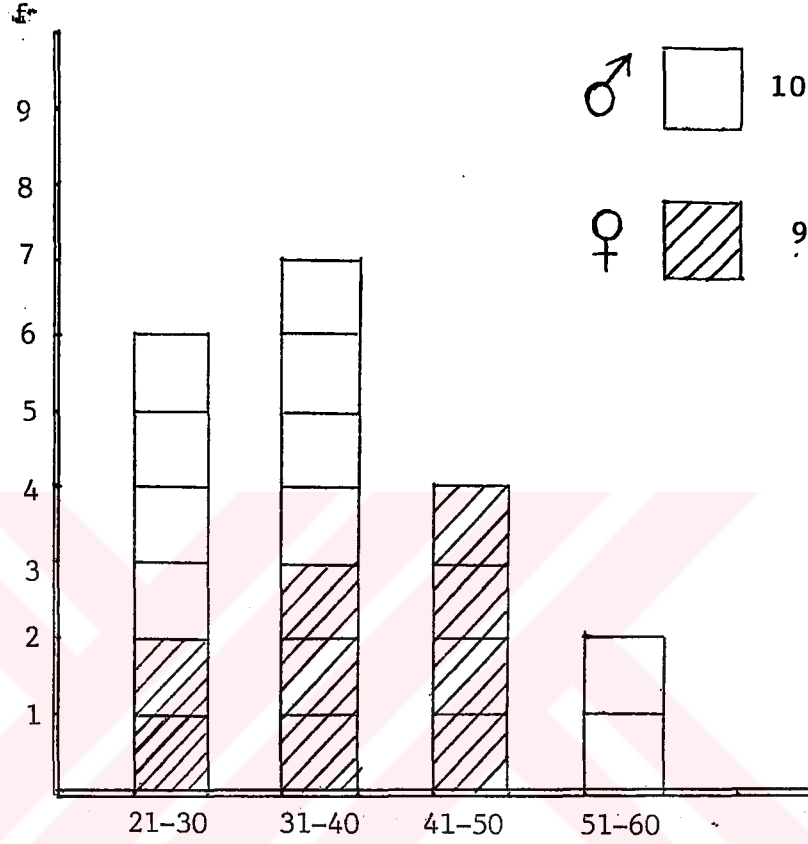
Yine aynı şekilde sınırlı rezeksiyon ile radikal bir işlemin nüks üzerindeki etkileri tartışılmaktadır(36,50).

GEREÇ VE YÖNTEM

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1980-1989 yıllarını içine alan 10 yıllık dönemde ince ve kalın barsak yerleşimli, histopatolojik olarak Crohn hastalığı tanısı konulan 19 olgu cerrahi olarak tedavi edilmiştir.

En genç olgu 21, en yaşlı olgu ise 54 yaşındadır. Yaş ortalaması 36.2 yıldır. Olguların 10'u erkek (% 52.63), 9'u ise kadındır (% 47.36). Erkek olguların yaş ortalaması 34.9 kadın olguların yaş ortalaması ise 37.6 yıldır. Kadın olguların en sık görüldüğü yaş grubu 31-40 (%15.7), erkek hastaların en sık görüldüğü yaş grubu ise yine 31-40 (% 21)'dir. 31-40 yaş grubu her iki cins içinde Crohn hastalığının en sık görüldüğü gruptur (% 36.8). Olguların yaş dağılımı Şekil 11'de gösterilmiştir.

Kadın olguların ikisi dışında hepsi ev hanımı olup herhangi bir işte çalışmıyordu. Yine iki kadın olgumuz hiç evlenmemişti. Erkek hastalarımızın çoğunluğu işçi olmak üzere hepsi çalışmaktaydı. Yine iki erkek olgumuz bekarı. Olgularımızın büyük çoğunluğunda sosyo-ekonomik durumun iyi olmadığı dikkati çekiyordu.



Şekil 11: Yaş Gruplarına Göre Hasta Dağılımı

Kliniğimize başvuran bu hastaların şikayetlerinin başlangıç süreleri en uzun 5 yıl, en kısa 1,5 ay idi. Ortalama süre 2,5 yıl olarak bulundu. Hastaneye başvurmaları esnasındaki şikayetleri, muayene bulguları ve laboratuvar tetkiklerinin bir kısmı Tablo 7'de gösterilmiştir. Hastalarda en sık görülen şikayet abdominal ağrı (% 94.7) olup, bunu ishal (% 73.6) takip ediyordu. Acil opere edilen iki olguda tam obstrüksiyon nedeniyle belirgin olan bulantı ve kusma, toplam 8 (% 42.1) olguda mevcuttu. İştahsızlık 15 (% 78.9) olguda şikayeti oluşturmaktaydı. Malnutrisyona bağlı kilo kaybı, hipoproteinemi ve anemi ile birlikte, dört hastada aşikar olmak üzere, toplam 11 hastada (% 57.8) saptandı.

TABLO 7
Olgularımızda Mevcut Olan Şikayetler, Klinik Muayene ve Laboratuvar Bulguları

	%
Abdominal Ağrı	94.7
İshal	73.6
Kanama (Rektal)	5.3
Bulantı ve Kusma	42.1
İştahsızlık	78.9
Kilo Kaybı	57.8
Distansiyon	15.7
Tam Obstrüksiyon (İleus)	10.5
Ele Gelen Kitle	63.1
Perianal Komplikasyon	15.8
Ekstraintestinal Komplikasyon	10.5
Akut Batın	21
Anemi	42.1
Hipoproteinemi	47.3
Sedimentasyonda Hızlanma (7/7)	100

Çekum tümörü ön tanısı ile ameliyata alınan bir hastada (% 5.2) melana tarzında kanama şikayeti vardı. İki olguda (% 10.57 tam obstrüksiyon nedeniyle iki ve üç günlük obstipasyon şikayetleri mevcuttu. Bu iki olgu da dahil olmak üzere 3 olguda (% 15.7) belirgin distansiyon saptandı. Beş hastada kendilerinin de palpe ettiği ve şikayetlerini oluşturduğu sağ alt kadranda yer alan kitle toplam 12 (% 63.1) olguda tespit edildi. Olguların 4'ünde (% 21) muayenede reband ve defans musküler saptandı. Peri-anal komplikasyonlar 3 olguda (% 15.8) hastalığa eşlik ediyordu. İleal perporasyon ile acil opere edilen bir olguda, oskültasyonda barsak sesleri alınamadı. Diğer olgularda barsak sesleri hiperaktif olarak tesbit edildi.

İki olguda (% 10.5) Crohn hastalığının ekstraintestinal bulguları saptandı. Bir olguda Crohn hastalığı tanısı konulmadan yaklaşık bir yıl önce ortaya çıkmış ve bu süreden beri medikal tedavi uygulanan romatoid artrit mevcuttu. Yine ileopsoas absesi ile başvuran bir hastada, zaman zaman gelen eklem ağrıları şikayeti vardı. Bunların dışındaki diğer olgularda hastalığa eşlik eden sistemik başka bir hastalık tesbit edilmedi. Olguların hiç birinde Crohn hastalığına ait ailesel özellik saptanmadı.

Beş hasta; biri inguinal herni, biri umbilikal herni, biri kolesistektomi ve apandektomi, ikisi apandektomi olmak üzere daha önce ameliyat geçirmişlerdi. Bunların dışında akut apandisit tanısı ile başka bir hastanede laparotomi yapılan, fakat makroskopik olarak Crohn tanısı konulan ve apandisitine dokunulmayarak kapatılan bir hasta bize sevkle geldi.

Yapılan laboratuvar tetkiklerde toplam 8 (% 42.1) olguda anemi, 9 olguda (% 47.3) hipoproteinemi, sedimentasyon tayini yapılmış olan 7 hastanın hepsinde sedimentasyon yüksek bulundu. Tüm olgularda, karaciğer fonksiyonları ve kanda üre, şeker, elektrolit değerleri normal bulundu.

Acil olarak ameliyat edilen 7 olguda ayakta direkt batin grafisi, elektif olarak ameliyat edilen 12 olgunun hepsinde lavman opakla kolon grafisi, dört olguda ince barsak pasaj grafisi, bir olguda C.T., iki olguda ultrasonografik inceleme yapıldı ve tanıda yararlanıldı. Kolon ve ince barsak pasaj grafilerinde çekimde dolun defekti, terminal ileumda daralma barsak duvarlarında kalınlaşma gibi Crohn tanısını teyit eden çeşitli bulgular saptandı (Resim 5,6). Bir hastada yapılan C.T. incelemede büyümüş mezenterik lenf düğümleri, ileumda genişleme ve ileoçekal bölgede belirgin 85X72 mm boyutlarında non-homojen kitle, hepatomegali ve karaciğerde diffüz lipomatöz değişim tesbit edildi (Resim 8). İleopsoas

abseli hasta dışında ultrasonografik inceleme yapılan diğer hastada ileak bölgede, duvarları kalınlaşmış tübüler yapıdaki hareketsiz barsak anslarının oluşturduğu kitle tesbit edildi (Resim 7).

19 olgudan 11'i (% 57.9) Crohn hastalığı ön tanısı konulmak suretiye ameliyata alındı. Bu 11 olgudan üçünde (% 15.7) psoas absesi, ileum perforasyonu ve enterokütan fistül olmak üzere Crohn hastalığının komplikasyonu, geriye kalan 8 olgu (% 42.17) ise medikal tedaviye cevapsızlık, sağ alt kadranda kitle ve zaman zaman gelişen intestinal obstrüksiyonlar nedeniyle cerrahi tedavi gerektirdiler. 8 olgu (% 42.1) çeşitli ön tanımlar ile açıldı. Bu sekiz olgu içinde acil olarak ameliyat edilen 3 (% 15.7) apandisit, nedenleri ancak laparotomide anlaşılan 2 (% 10.5) ileus, elektif ameliyat edilen 2 (% 10.5) çekum tümörü, terminal ileumda yerleşimli 1 (% 5.3) lenfosarkom ön tanımları yer almaktaydı (Tablo 8 ve 9).

TABLO 8

Crohn Hastalığı Tanısı Konularak Ameliyat Edilen Olgularımızdaki Cerrahi Endikasyonlar

	n	%
ACİL GİRİŞİM	Psoas Absesi	1 5.3
	İleum Perforasyonu	1 5.3
ELEKTİF GİRİŞİM	Enterokütan Fistül	1 5.3
	Medikal Tedaviye Cevapsızlık ve Ele Gelen Kitle	8 42
TOPLAM	11	57.9

TABLO 9
Diğer Ön Tanılarla Ameliyat Edilen Crohn Hastalıklı Olgularımız

	n	%
ACİL GİRİŞİM	Akut Apandisit	3 15.7
	İleus	2 10.5
ELEKTİF GİRİŞİM	Çekum Tümörü	2 10.5
	Lenfosarkom	1 5.3
TOPLAM	8	42

Elektif olarak ameliyat edilen 12 olgunun hepsinde preoperatif olarak çeşitli yöntemlerle mekanik barsak temizliği ve peroperatif başlanmak suretiyle, postoperatif en az 5 gün, en çok 10 gün süreyle antibiyotik-terapi uygulandı. Yine olguların büyük çoğunluğunda çift antibiyotik kullanıldı. Olguların yarısına ameliyat öncesi hazırlık döneminde kan transfüzyonları ve aminoasit preparatları ile saportif tedavi uygulandı.

Göbek altı ve kısmen göbek üstü olmak üzere, 4 olguda sağ paramedian, 5 olguda sağ transrektal, 7 olguda median insizyon kullanıldı. Akut apandisit ön tanısı ile açılan iki olgudan birinde Mc Burney, diğerinde Rocky-Davis insizyonları uygulandı ve eksplorasyon bulguları nedeniyle genişletildiler. İleopsoas abse drenajı uygulanan olguda sağ lomber bölgeye yapılan transvers insizyon kullanıldı.

2 olgu (% 10.57 ileus, 3 olgu (% 15.7) apandisit, 1 olgu (% 5.3) ileopsoas absesi ve 1 olgu (% 5.3) ileal perforasyon olmak üzere 7 olgu (% 36.8) acil cerrahi girişim gerektirdi (Tablo 10). İç hastalıkları kliniğinde Crohn tanısı ile tedavi görmekte iken akut batın bulguları gelişen bir

hastada terminal ileumda, ileoçekal valvden yaklaşık 30 cm uzaklıkta, barsağın anti-mezenterik yüzünde perforasyon saplandı. İleoçekal valv ve 60 cm'lik hastalıklı barsak bölümünü de içine alan, 70 cm'lik terminal ileum rezeksiyonu ve sağ hemikolektomi uygulandı. Barsak devamlılığı side-to-side ileotransversostomi ile sağlandı. İki olgu apandisit, bir olgu periapandiküler abse ön tanısı ile açıldı. Akut apandisit ön tanısı ile Mc Burney insizyonla açılan olgumuzun birinde apandisit bulunamadı. Bu hastada daha önce sağ transrektal insizyonla kolesistektomi uygulanması esnasında, hastanın bilgisi dışında apandektomi yapılmış olduğuna karar verildi. Çekum ve distal ince barsak anslarının birbiri üzerine ileri derecede yapışık olduğu bu olguda büyümüş mezenterik ganglionlardan biri biyopsi amacıyla çıkartıldı. Diğer akut apandisit ön tanısı ile açılan olguda distal ileumdaki lezyonu içine alacak şekilde, ileoçekal valvden 20 cm uzaklıkta ince barsak rezeksiyonu ve sağ hemikolektomi uygulandı. Barsak devamlılığı end-to-end ileotransversostomi ile sağlandı. Periapandiküler abse ön tanısı ile açılan olguda yapılan eksplozasyonda, apandisit 3 cm çapında, 10 cm uzunluğunda bulundu ve lezyon makroskopik olarak tanınmadı. Yapılan apandektomi sonrası histopatolojik netice Crohn hastalığı olarak geldi.

TABLO 10
Acil Ameliyat Edilen Olgular

	n	%
İleus	2	10.5
Akut Apandisit	3	15.7
İleopsoas Absesi	1	5.3
İleal Perforasyon	1	5.3
TOPLAM	7	36.8

Bir olgu ileopsoas absesi ile başvurdu ve ultrasonografik olarak absenin tespitinden sonra acil olarak lomber yaklaşım ile drenaj uygulandı. Abdominal cerrahi girişim uygulanmayan bu hastada anamnez, bulgular ve yapılan rektal biyopsi ile klinik ve patolojik olarak Crohn hastalığı tanısı kondu. Yine bu hastada ileri derecede perianal komplikasyonlar mevcuttu.

İki olgu ileri derecede distansiyon, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil olarak başvurdu. Her iki olguda da terminal ileum seviyesinde obstrüksiyon saptandı. Olgulardan birinde, ileoçekal valvden 20 cm uzaklıktan başlayan ve lümeni tamamen tıkayan 15 cm'lik barsak bölümünü içine alan hastalıklı kısım rezeke edilerek end-to-end ileoileostomi uygulandı. Diğer olguda yapılan eksplorasyonda çekum ve çıkan kolonu, ayrıca ileoçekal valvden yaklaşık 50 cm uzaklıkta 30 cm'lik segmenti tutan, lümeni tamamen tıkamış lezyon saptandı. Hastanın genel durumu gözönüne alınarak ileotransversostomi şeklinde basit bypass, apandektomi ve drenaj uygulandı. Basit bypass işleminden yaklaşık 1,5 ay sonra hasta ikinci defa akut batın semptomları ile acilen başvurdu. İkinci ameliyatta treitz ligamanından 20 cm uzaklıktan başlayan 35 cm'lik ansta Crohn jejuniti ve perforasyon saptandı. Jejuno-rafi ve serozal pech uygulandı. Hasta bir sene sonra elektif olarak ameliyata alınarak basit bypass işlemi ile devre dışı bırakılan bölüme sağ hemikolektomi, end-to-end ileotransversostomi ve jejunumdaki hastalıklı bölüme segmenter rezeksiyon, end-to-end jejuno-jejunostomi uygulandı. Hastada 3 ay sonra enterokütan fistül gelişti. Bunun üzerine üç ay aralıklarla fistüle yönelik iki ameliyat daha geçiren hastada fistül kapatılabildi.

Elektif olarak ameliyat edilen 12 (% 63.1) olgudan 10'unda sağ hemikolektomi ile beraberinde 20 cm ile 1,5 m uzunluğuna kadar değişen distal ileum rezeksiyonu ve ileo-

transversostomi uygulandı. Bir olguda çekumda minimal lezyon ve terminal ileumun son 25 cm'lik bölümünde hastalık tesbit edildi. Bu olguda ileoçekal valvden 30 cm'lik distal ileum ve çekum rezeksiyonu uygulanarak ileum ve çıkan kolon arasında end-to-end anastomoz uygulandı. Diğer bir olguda ise Treitz'dan 30 cm uzaklıkta, 50 cm'lik segmenti tutan Crohn jejuniti tesbit edildi. Sınırlı segmenter rezeksiyonu takiben side-to-side jejunojejunostomi uygulandı.

Elektif olarak ameliyat edilen olgulardan biri, spontan enterokütan fistül ile baş vurdu. Bu olguda terminal ileumdan kaynaklanan fistül ve çıkan kolonuda içine alan hastalık tesbit edildi. Sağ hemikolektomi, distal ileum rezeksiyonu ve ileotransversostomi uygulandı. Yaklaşık bir yıl sonra şiddetli diyare ve sağ alt kadranda ele gelen kitle ile tekrar baş vurdu. Nüks olarak değerlendirilerek yapılan laparatomide entero-enterik fistül tesbit edildi. Sınırlı segmenter ince barsak rezeksiyonu ve end-to-end anastomoz uygulandı. 6 ay sonra üçüncü defa baş vuran hastada nüks nedeniyle oluşan obstrüksiyondan dolayı tekrar yaklaşık 40 cm'lik sınırlı segmenter ileum rezeksiyonu uygulandı.

19 olgunun 10'unda (% 52.6) hastalık ince ve kalın barsak, 7'sinde (% 36.8) distal ince barsak, 1'inde (% 5.3) jejunum, 1'inde (% 5.3) apandisit yerleşimli idi. İleopsoas abseli olgunun yapılan radyolojik incelemeleri neticesinde lezyonun distal ileum yerleşimli olduğuna karar verildi.

Sağ hemikolektomi sonrası ileotransversostomilerin 9'u end-to-end, 4'ü side-to-side, 1'i end-to-side şeklinde yapıldı. İki olguda tek kat anastomoz olmak üzere diğer olgularda çift kat anastomoz uygulandı.

Acil ve elektif girişim uygulanan tüm olgular incelendiğinde, 12 olguda sağ hemikolektomi ve distal ileum rezek-

siyonu ileotransversostomi, bir olguda çekum ve distal ileum rezeksiyonu, ileum ile çıkan kolon arasında anastomoz, bir olguda mezenterik lenf düğümü biyopsisi, bir olguda segmenter jejunum rezeksiyonu ve end-to-end anastomoz, bir olguda apandektomi, bir olguda ileopsoas absesi drenajı, bir olguda basit bypass, drenaj ve apandektomi, bir olguda segmenter distal ileum rezeksiyonu end-to-end anastomoz, uygulandı (Tablo 11).

TABLO 11
Olgularımızda Hastalığın Yerleşim Yerleri ve Uygulanan Ameliyat Yöntemleri

Yerleşim	n	%	Ameliyat	n	%
İNCE VE KALIN BARSAK	10	52.6	Sağ Hemikolektomi Distal İleum Rezek. İleotransversostomi	8	42
			Çekum ve Distal İleum Rezek. Çekum ile İleum Arasında Anastomoz	1	5.3
			Basit Bypass.Drenaj Apendektomi	1	5.3
DİSTAL İLEUM	7	36.8	İleopsoas Absesi Drenajı	1	5.3
			Sağ Hemikolektomi Distal İleum Rezek. İleotransversostomi	4	21
			Mezenter Lenf Düğümü Biyopsisi	1	5.3
			Segmenter İleum Rezeksiyonu. End-To-End Anastomoz	1	5.3
JEJUNUM	1	5.3	Segmenter Jejunum Rezeksiyonu. Side-To-Side Anastomoz	1	5.3
APANDİKS	1	5.3	Apandektomi	1	5.3
TOPLAM	19	100		19	100

Postoperatif dönemde 7 hastada saportif paranteral beslenme uygulandı. Sütürler ortalama 8 inci gün alındı. İki olgumuzda medikal tedavi ve drenaj ile gerileyen cilt altı enfeksiyon gelişti. Hastalar en az 7 gün, en çok 30 gün olmak üzere ortalama 11,7 gün hastanede kaldılar.

İki hasta (% 10.5) nüks nedeniyle tekrar baş vurdu. Yine bu iki hastadan, enterokütan fistül ile başvuran, 3 defa, obstrüksiyon nedeniyle başvuran, 5 defa cerrahi girişim gerektirdi.

Hastalarımızın hiç biri kaybedilmedi ve hepsi salah ile tabarcu edildiler.

İRDELEME

Crohn hastalığı, gastrointestinal traktı ağızdan anüse kadar tutabilen panenterik, nonspesifik, granülatöz inflamatuvar hastalık olup, ilk defa 1932 yılında B.B.Crohn tarafından tarif edilmiştir. Başlangıçta medikal tedavi semptomatik iyileşme sağlasa bile, uzun takiplerde yetersiz kalmakta ve çoğu hastada cerrahi girişim gereksinimi doğmaktadır(38,74,109,118). Birçok komplikasyonlara neden olabilen ve yüksek nüks oranları gösteren bu hastalık, günümüzde halen bir cerrahi problem olarak önemini sürdürmektedir.

Hastalık tarifinden beri gittikçe artan sıklıkta görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Skandinav ülkelerinde daha sık görülmesine rağmen, son yıllarda diğer ülkelerde de görülme sıklığında artma bildirilmektedir. Avrupa ve Amerika'da yaşayan müslümanlarda, beyaz ırkta daha sık görülmektedir. Dünya üzerinde yapılan araştırmalarda insidens 1-7/100000 olarak tesbit edilmiş olup, Türkiye için herhangi bir insidens bildirmek oldukça güçtür(41,95,96,116). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1945-1964 tarihleri arasında 5 Crohn olgusu, 1961-1980 tarihleri arasında 17 Crohn olgusu cerrahi olarak tedavi edilmiştir(7,8,18). Çalışmamızda, 1980-1989 yılları arasındaki 19 olgu gözönüne alındığında olgu sayısındaki belirgin artış göze batmaktadır. Son on yıl içinde C.T.F.Anabilim Dalı'na baş vurarak cerrahi tedavi uygulanmış olgulardan yaklaşık % 0.06'u Crohn hastaları oluşturmaktadır.

Genç erişkin hastalığı olup 10 yaşın altında oldukça az görülür. 50 yaş üzerinde ise % 5-14 oranında görülmektedir. En sık 20-30 yaş grubu hastalıktan etkilenmektedir(24, 37,97,109). Kliniğimizde, önceki yıllarda yapılan çalışmalarda hastalık ortalama 30 yaş üzerinde görülmüştür(7,8,123, 124). Çalışmamızda en genç olgu 21 yaşındaydı. Ortalama yaş 36,2 yıl olup, hastalık en sık 31-40 yaş grubunda % 36.8 oranında görüldü. Literatürde(24,37,95,97) belirtildiği gibi cins dağılımı her iki cins için hemen hemen eşit olup, serimizde de kadın-erkek oranı 1/1.1 olarak bulundu. Kadın olgularımızda ortalama yaş 37.6, erkek olgularımızda 34.9 idi. Erkek ve kadın olgularımızdaki ortalama yaşların birbirine yakın olması ve her iki cinsin en sık 31-40 yaş grubunda yer alması dikkati çekmektedir.

Crohn hastalığının etyolojisinde, çeşitli dönemlerde farklı teoriler ileri sürülmüşse de bu gün en çok immünolojik ve infeksiyöz faktörler üzerinde durulmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalardan sonra birden fazla faktörün ortak etkisi ile hassas kişilerde immün sapmalar ve hastalığın özelliğini oluşturan inflamatuvar değişikliklerin oluştuğu düşüncesi ağırlık kazanmıştır(15,35,54,77,109,117). Daha önceleri etyolojik nedenler arasında düşünülen genetik faktör son yıllarda gittikçe önemini yitirmektedir(77). Biz, serimizdeki olguların hiçbirinin anamnezinde genetik geçişi düşündüren bir bulgu saptamadık. Yine etyolojik etkenler arasında gittikçe önemini kaybeden psikoloji ve beslenme faktörleri ele alındığında, olgularımızın büyük çoğunluğu, büyük şehirlerde yaşayan, sosyoekonomik durumu düşük ve % 63.1'i herhangi bir işte çalışmakta olan hastaların oluşturduğu saptandı.

Hastalık genellikle cerrahi girişimden yıllarca önce başlamaktadır. Literatürde semptomların oluşumundan cerrahi girişime kadar olan süre ortalama 4,7 yıl olarak bildirilmiştir(37). Serimizde bu süre en kısa 1,5 ay, en uzun 5 yıl olup, ortalama 2,5 yıl olarak saptandı.

Farmer ve arkadaşlarının çalışmasında tüm olgularda mevcut olan diare, bizim olgularımızın % 73.6'sında mevcuttu. Serimizde ilk sırayı % 94.7 oranı ile abdominal ağrı şikayetleri aldı. Literatürde ağrı olguların % 62-65'inde bildirilmiştir(38,98). Ağrı olgularımızın büyük çoğunluğunda sağ alt kadrana lokalize olmakla birlikte epigastriumu da içine alan kolik tarzındaydı.

Farmer ve arkadaşlarının 615 olguluk serilerinde kilo kaybını ileokolit olgularında % 38, ileitis olgularında ise % 12 olarak bildirmişlerdir(38). Bizim serimizde kilo kaybı % 57.8 olup, iştahsızlık % 78.9 oranında mevcuttu. Crohn için belirleyici semptomlardan olmayan bulantı ve kusma, hastalığın obstrüksiyon oluşturan devresinde öne çıkmaktadır. Olgularımızın % 42.1'inde bulantı ve kusma şikayetleri mevcuttu. Bu semptomlar tam obstrüksiyon ile baş vuran iki olgumuzda (% 10.5) belirgin olarak mevcuttu. Bu iki olgunun da dahil olduğu 3 olguda (%15.7) belirgin distansiyon saptandı. Literatürde intestinal obstrüksiyon ileit olgularında % 35, kolit olgularında % 17, ileokolit olgularında % 44 olarak verilmiştir(37).

Crohn hastalığında kanama sık görülmesine rağmen masif kanama oldukça azdır(35,55,97). İleokolit olgularında % 10 oranında görülen kanama, kolit olgularında % 44 oranında, masif kanama ise tüm olguların % 1.4'ünde görülmektedir(37,72). Çekum tümörü ön tanısı ile ameliyata alınan bir (% 5.2) olgumuzda melena tarzında kanama mevcuttu.

Abdominal kitle Crohn için tipik muayene bulgularındandır. Kitle, B.B.Crohn tarafından sağ iliak bölgede veya abdomenin alt orta bölümüne yakın olarak genellikle küçük portakal büyüklüğünde, hassas, sert, düzensiz sınırlı ve kısmen mobil olarak tarif edilmiştir(27). Kitle, hastalıktan etkilenmiş olan barsak anslarındaki duvar kalınlaşması ve

birbirlerine yapışmaları ile oluşmaktadır. Sigmoid kolonun olaya katılması durumunda kitle lokalizasyonu sağdan sola doğru kayacaktır. Serimizde hastalık % 89.4 oranında karnın sağ alt kısmında yer alan barsak segmentlerini etkilemiş olduğundan % 63.1 olguda kitle palpe edilmiştir.

Crohn hastalığında perianal komplikasyonların görülme sıklığı çeşitli serilere göre % 20-80 oranında verilmektedir(10,72,88). İnce barsak tutulumlarına nazaran kolon tutulumlarında daha sık peri anal lezyonlar görülmektedir(3,35,51). % 30 olguda anal lezyonlar intestinal Crohn hastalığından yıllar önce gelişebilmektedir(3,10). Bu lezyonların % 80 oranında intestinal lezyonlara yönelik cerrahi tedavi sonrasında gerilediği belirtilmiştir(68). Serimizdeki olguların % 15.8'inde perianal komplikasyonlar hastalığa eşlik etmekteydi.

Biz olgularımızın hiç birinde perianal lezyonlara yönelik cerrahi işlem uygulamadık. Literatürde, rektumda hastalığın olmadığı durumlarda anal fissüre yönelik lateral internal sfinkterotomi önerilirken ciddi olgularda prokterektominin gerekebileceği vurgulanmaktadır(3,35,84). Perianal abseler, sepsis oluşturma riski nedeniyle acil cerrahi girişim gerektirmektedir. Abse alçak anal fistül oluşturmuşsa cerrahi girişim gerekmemektedir. Yüksek anal fistüllerde ise, aktif rektal hastalığı olmayanlarda Seton tekniği önerilmesi yanında, rektal yerleşimli hastalığı olan çoğu ciddi anal fistüllerde prokterektomi gerekmektedir(3,35,51,55,72).

Crohn hastalığının seyri esnasında % 36 oranında ekstraintestinal semptomlardan biri veya birkaçı görülmektedir. Kolonun da tutulduğu olgularda daha belirgin ekstraintestinal semptomlar oluşmaktadır. % 20 olguda periferyal artrit bildirilmiştir. Artritlerdeki alevlenmeler hastalığın aktive olduğunu gösterir(54,116). Serimizde iki olguda

(% 10.5) ekstraintestinal Crohn komplikasyonları hastalığa eşlik etmekteydi. Olgulardan birinde romatoid artrit yaklaşık bir yılın beri mevcuttu. Diğer olgumuzda ise zaman zaman gelişen belirgin eklem ağrıları bulunuyordu.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde olgularımızın % 42.1'inde anemi tesbit ettik. Crohn hastalığında anemi, bilinmeyen bir mekanizma ile toksinlerin kemik iliğine yaptığı depresyon, terminal ileum tutulmalarında B₁₂ emilim bozukluğu, jejunum tutulmalarında ise oluşacak folik asit eksikliği nedeniyle oluşmaktadır(30,33).

Olgularımızın % 47.3'ünde mevcut olan hipoproteinemi ince barsaklardan amino-asit emilimindeki yetersizlik ve inflamme dokulardaki yenilenemeyen artmış mukozal hücre kaybına bağlanabilir. Hastalık nedeniyle safra tuzları, dolayısı ile yağda eriyen vitaminlerdeki emilim yetersizliği ve ishallerle ilgili olarak magnezyum, kalsiyum, çinko ve potasyum gibi elementlerin eksikliği malnutrisyon ve yetersiz beslenmeyi doğurmaktadır. İnce barsak tutulumunda kolekalsiferol seviyesindeki düşme D vitamini eksikliğine bağlı hipokalsemi oluşturabilmektedir(33,98,116). Bizim çalışmamızda, laboratuvar incelemesi yapılan potasyum ve kalsiyum seviyeleri normal sınırlarda bulunmasına rağmen, klinik olarak beslenme bozukluğu % 57.8 oranında aşırı kilo kaybı ile kendini gösteriyordu. Crohn hastalarında sedimantasyon genellikle yüksek bulunmaktadır. Bizim serimizde sedimantasyon tayini yapılan 7 olguda da sedimentasyon yüksek bulundu. Sonuç olarak Crohn hastalığı için karakteristik olan laboratuvar tetkik mevcut değildir. Genellikle hastalıktan etkilenen barsak bölümünün fonksiyonlarındaki bozukluğa bağlı olarak laboratuvar veriler elde edilmektedir(35,116).

Tanıda, anamnez, fizik muayene, kısmen de olsa laboratuvar tetkikler ve bunların yanında radyolojik yöntemler

büyük önem taşımaktadır. Radyolojik yöntemlerden en basiti olan ayakta direkt batın grafisi intestinal obstrüksiyonlar, barsakların oluşmuş kitle ile yer değişikliğini, nefrolitiasis ve kolelitiasis gibi bulguları vermesi ile Crohn tanısına ulaşmada kolaylık sağlamaktadır(35). Serimizde acil opere edilen 7 olgunun hepsinde ayakta direkt batın grafisi çekilmiştir. Bu olgular içinde yer alan iki ileus olgusunda obstrüksiyon bulguları, bir ileal perforasyon olgusunda serbest hava tesbit edilmiştir. Crohn tanısı radyolojik yöntemler içinde baryum opakla yapılan intestinal pasaj grafileri ile hemen hemen kesin olarak konmaktadır. Çalışmamızda elektif olarak ameliyat edilen 12 olgunun hepsinde lavman opak ile kolon grafisi, dördünde ince barsak pasaj grafisi çekilmiştir. Bütün bu tetkiklerin değerlendirilmesi neticesinde % 63.1 oranında doğru tanıya ulaşmak mümkün olmuştur. Crohn hastalığında en sık yerleşim yeri olan terminal ileumun incelenmesi, en iyi lavman opakla yapılan kolon grafisinde baryumun ileuma reflü olması ile mümkündür(35,41). Barsak duvarında gelişen ostrüktif lenf ödeme bağlı olarak ince barsaklardaki valvula coniventes'lerde düzleşme, kalınlaşma ve distorsiyon gelişmektedir. Yine erken bulgu olarak aftöz ülserler, translüsent ödemlerin çevrelediği küçük baryum takıntıları olarak görülmektedir. Olguların % 50'sinde tesbit edilebilen ve relatif olarak ödemli mukozanın yükselmesi ile kaldırım taşı görüntüsü oluşmaktadır(35,48,81,91). Çift kontrast yöntemi ile yapılan incelemelerde ise diffüz granülitenin görülmesi eren bulgulardan biri olup tanı koydurucudur(47).

Olgularımızdan birinde C.T inceleme yapılmış ve mezenterik lenf ganglionlarındaki büyüme, ileoçekal bölgedeki kitle tesbit edilmiştir. C.T inceleme Crohn hastalığında intestinal pasaj grafileri kadar yardımcı olmasa da kitlenin, mezenterik adenopatilerin, mezenterik abselerin, barsak duvarındaki kalınlaşmanın ve fistül traktının görülmesini sağlamaktadır(48). Ultrasonografik tetkik ise barsak lümenindeki

daralmayı, barsak peristaltizmindeki değişiklikleri ve batin içi abselerin tesbitinde kolaylık sağlamaktadır(93). Serimizde iki olguda ultrasonografiden faydalanıldı. Bir olguda ileopsoas absesi tesbit edilirken, diğerinde sağ iliac bölgede barsak anslarının oluşturduğu kitle gözlemlendi.

Son yıllarda Tc-99m fagositoz scanning ile hastalığın aktivitesi saptanabilmekte ve tedaviye cevap değerlendirilmektedir(112).

İleopsoas absesi ile baş vuran bir hastamızda tanı için sigmoidoskopik inceleme yapılmış ve rektal biyopsi alınmıştır. Rektal ve kolonik biyopsilerde granülomların tesbiti Crohn tanısı konmasında ve hastalığın aktivitesinin tesbitinde yardımcı olmaktadır. Crohn hastalarında normal yapıdaki rektal mukozadan yapılacak biopside % 45 oranında inflamasyon, % 15-20 oranında granülomlar tesbit edilebilmektedir(35, 70,79,100). Bizim olgumuzda sigmoidoskopide herhangi bir lezyona rastlanmamıştır. J.Waye'nin 53 Crohn'lu hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada 32 olguda aftöz ülser, 45 olguda eritem, 21 olguda skip lezyon, 15 olguda kaldırım taşı, 4 olguda granülite tesbit etmiştir(129).

Yapılan çalışmalarda anamnezden sonra Crohn hastalığı tanısı % 21 oranında konulabilmektedir(35). Crohn hastalığında kesin tanı histopatolojik inceleme ve klinik tablo ile birlikte konulabilmektedir. Hastalık gastrointestinal kanalın neresini etkilerse etkilesin aynı patolojik görüntü olmaktadır. Barsak duvarının tüm katlarını içine alan hastalık, mukozadaki aftöz ülserlerden başlayarak, fibrosis neticesinde lümende daralmaya ve hose pipe (bahçe hortumu) görüntüsü oluşturmaya kadar gitmektedir. Genellikle Crohn için karakteristik olan "skip area"lar oluşabilmektedir. Barsak duvarında kalınlaşma, mezenterik yağ dokusunun barsağın serozal tabakasına doğru ilerlemesi ve ilgili barsak ansının mezen-

terindeki lenf ganglionlarında büyüme hastalık için tipiktir(26,35,62,106,115).

Serimizde % 57.9 oranında cerrahi girişim öncesi Crohn tanısı konulabilmiştir. Ameliyata alınan diğer hastaların % 15.7'sinde apandisit, % 10.5'inde ileus, % 15.7'sinde çekum tümörü ve lenfosarkom ön tanıları konulmuştur. Hastalık özellikle sağ alt kadranı ilgilendiren maligniteler ile kolaylıkla karışabilmektedir. Bu tür olgularda radyolojik incelemelerde saptanan obstrüksiyonlar tanıda problem yaratmaktadır(35). Literatürde, Crohn hastalarında yanlışlıkla apandisit ön tanısı % 26 oranında bildirilmektedir(35,98). Akut apandisit ile ayırıcı tanı ancak cerrahi eksplorasyonla yapılabilmektedir(30). Ayırıcı tanıda en büyük sorun ülseratif kolitle olmaktadır(116). Bizim olgularımızda tek başına kolonik tutulma olmadığından bu yönde bir problemle karşılaşılması.

Crohn ön tanısı ile ameliyata alınan 11 hastamızdan % 27.2'si (tüm olguların % 15.7'si) Crohn hastalığının komplikasyonu nedeniyle cerrahi girişim gerektirdi. % 72.7'si ise (tüm olguların % 42.1'i) medikal tedaviye cevapsızlık, sağ alt kadranda kitle ve zaman zaman gelişen intestinal obstrüksiyon nedeniyle elektif olarak ameliyat edildiler. Greenstein'in 1124 olguluk çalışmasında medikal tedaviye cevapsızlık ve intestinal obstrüksiyonu içine alan non-perforasyon grubu olarak adlandırdığı hasta grubu % 64 oranında cerrahi endikasyon doğurmuştur(55). Farmer ve arkadaşlarının(38) çalışmasında ise ileokolit olgularında % 53 ile fistül ve abse, kolit olgularında ise % 56 oranında medikal tedaviye cevapsızlık ilk sırayı almıştır. Allan ileal veya ileokolik yerleşimli olgularda medikal tedavi esnasında 3 ve 4 obstrüksiyon atağı geçirilmesi durumunda cerrahi tedavi önermektedir(5).

Crohn hastalığının komplikasyonu nedeniyle cerrahi girişim uyguladığımız hastalarımızdan biri ileopsoas absesi,

biri ileum perforasyonu ve biri enterokütan fistül ile baş vurdu.

Literatürde hastalığın lokalizasyonu en sık ince ve kalın barsak yerleşimi olarak bildirilmekte ve % 41-55 oranında verilmektedir. Sadece distal ince barsak yerleşimi % 27-37, tek başına kolon yerleşimi ise % 10-27 oranında bildirilmiştir(38,55,94). Bu bölgelerde hastalık en tipik bulgularını oluşturmasına rağmen, morfolojik ve fonksiyonel bulgular tüm gastrointestinal kanalın hastalıktan etkilendiğini düşündürmektedir(98). Serimizde % 52.6 oranında hastalık ince ve kalın barsak yerleşimli idi. Bazı çalışmalarda bu yerleşim % 100 oranında bildirilmektedir(98). Hastalık başka bir bölgede lokalize olsa bile kolon ve ileum genellikle hastalığa eşlik etmektedir. Serimizde distal ince barsak yerleşimi % 36.8, tek başına jejunum yerleşimi ise % 5.3 olarak bulundu. Tek başına kolon yerleşimli Crohn hastalığı olan hiç olgumuz olmadı. Serimizdeki gerek ince ve kalın barsak, gerekse distal ince barsak yerleşim oranları literatür ile uyumludur. Kolon yerleşimli olgumuzun olmaması dikkat çekicidir. Diğer bölgelerde lokalize Crohn hastalığı literatürde % 0-33 oranında verilmektedir(38,55,94). Bizim çalışmamızda bir olgu apandiks, bir olgu jejunum yerleşimli olmak üzere iki olgu (% 10.5) diğer yerleşim bölgeleri olarak ele alınmıştır. Bu çalışmada apandisit ve jejunum dahil olmak üzere ince barsak ve kalın barsak yerleşimli olgular incelenmiş olup, bu lokalizasyonlar dışında kalan olgular incelenmemiştir. Apandiks ileum ve kolona komşuluğu nedeniyle % 50 olguda hastalıktan etkilenmektedir. Sadece apandiks yerleşimli Crohn hastalığı literatürde oldukça az olarak bildirilmektedir(98).

Serimizde elektif olarak ameliyat edilen 12 olgunun hepsinde pre-operatif olarak mekanik barsak temizliği uygulanmıştır. Acil olgularda ise bu uygulanmamıştır. Olgularımızın % 50'sinde, pre-operatif hazırlık döneminde kan trans-

füzyonu ve destekleyici amino-asit perfüzyonu uygulanmıştır. Yine tüm olgularda per-operatif olarak başlanarak çift anti-biyotik kullanılmıştır. Olgularımızda uyguladığımız ameliyat öncesi hazırlık dönemleri literatürde önerilen yöntemlere uymaktadır(35).

İnsizyon seçiminde ostomi uygulama gerekliliği de göz önüne alınarak vertikal orta hat insizyonları önerilmektedir(35). Biz olgularımızın hepsinde vertikal insizyon kullandık. Bu insizyonlardan % 36.8'i göbek altı ve kısmen göbek üstü olmak üzere median insizyondur.

Çalışmamızda olguların % 36.8'i acil cerrahi girişim gerektirmiştir. Bu olguların % 28.5'i Crohn ön tanısı ile açılmıştır. % 71.5'i ise apandisit ve ileus ön tanıları ile ameliyata alınmışlardır. Akut apandisit ön tanısı ile açılan olgulardan birinde lezyon tanınamamış ve ancak histopatolojik inceleme neticesinde sonuca varılmıştır. Bu olgumuz Crohn'un apandiks yerleşimi olarak değerlendirilmiştir. Literatürde Crohn hastalarında apandektomi uygulanması halen tartışma konusudur. Colcock'a göre Crohn hastalarında apandektomi sonrası fistül gelişme ihtimali normalden 3 defa daha fazladır(24). Buna rağmen apandektomi ile daha ileri dönemlerde oluşabilecek yanılmaların ortadan kalktığını ve fistülün apandektomi stumpundan çok laparatomilerdeki manipulasyonlar sonucunda hasta barsak bölümünden oluşabileceğini söyleyenler vardır(30.98). Akut apandisit ön tanısı ile açılan diğer olgumuzda daha önce hastanın geçirmiş olduğu kolesistektomi esnasında apandektominin de uygulanmış olduğuna karar verilerek Crohn hastalığının makroskopik görüntüsü yanında, histopatolojik tanı amacıyla büyümüş mezenterik ganglionlardan biri biyopsi amacıyla çıkartılmıştır. Üçüncü apandisit ön tanısı ile açılan olgumuzda ileokolik tutulum tesbit edilmiş ve sağ hemikolektomi, ileotransversostomi uygulanmıştır.

Serbest perforasyon Crohn hastalığının oldukça nadir görülen komplikasyonlarından. Literatürde insidens % 1.9-2.9 olarak verilmektedir. Tedavide acil laparotomi ve proksimal saptırma yöntemlerinin önerilmesi yanında seçilmiş olgularda primer anastomoz önerenler de vardır(24,35,55,97). Olgularımızdan biri (% 5.3) iç hastalıkları kliniğinde Crohn tanısı ile medikal tedavi görmekte iken gelişen ileal perforasyon nedeniyle acil olarak girişim gerektirmiştir. Eksplo-rasyonda ileoçekal valvden yaklaşık 30 cm uzaklıkta antime-zenterik yüzde perforasyon saptanmış, erken girişim nedeniyle temiz olgu olarak değerlendirilmiş, rezeksiyon ve primer anastomoz uygulanmıştır.

Bir olgumuz ileopsoas absesi ile baş vurdu. Acil olarak lomber yaklaşım ile abse drenajı uygulandı. Hastanede yattığı süre içinde yapılan radyolojik ve endoskopik biyopsi tetkikleri neticesinde Crohn tanısı kondu. Crohn hastalığında % 16-20 oranında görülen intraabdominal abseler barsak duvarında gelişen fissürlerin peri-ilial veya peri-kolik alanlara açılması ile oluşmaktadır. Abse en çok sağ ileokolik tutulumlarda görülür. Anteropareatal tip abse en sık görülenlerden biri olup, enterokütan fistül oluşumuna neden olmaktadır. Daha basit formu ise intramezenterik veya barsak ansları arasında gelişenleridir. Bazen batın içi abseler, retroperitoneal ve psoas abselerine neden olabilmektedir. Alt kadranda ağrı, kitle, ateş ve kalçada fleksiyon deformitesi psoas absesi tanısı koymada yardımcıdır(24,35,41,55,60). Bizim olgumuzda da tipik psoas absesi belirtilerinin hepsi mevcuttu.

Literatürde intraabdominal küçük abselerde rezeksiyon primer anastomoz ve drenaj önerilmesi yanında, büyük abselerde hastanın genel durumu da gözönüne alınarak eksteriorizasyon veya ileostomi ve kolostomi, abse drenajı önerilmektedir. Retroperitoneal veya psoas abselerinde perkütan drenaj, daha sonra ilgili barsak bölümüne rezeksiyon tavsiye edilmekte-

dir(35,41,55,60). Biz de olgumuzda ultrasonografi ve lomber bölgeden ponksiyonla verifiye ettiğimiz psoas absesine retroperitoneal lomber yaklaşımla drenaj uyguladık.

Crohn komplikasyonlarından birini oluşturan obstrüksiyon akut ve kronik olabilmektedir. Obstrüksiyon ince barsak tutulumlarında cerrahi endikasyonun büyük bölümünü oluşturmaktadır. Crohn hastalarının çoğunda geçirilmiş birden fazla subakut obstrüksiyon atakları mevcuttur. Obstrüksiyon, zaman içinde gelişen fibrotik striktürlere bağlıdır(24,37,38,42,56,60,97). Olgularımızdan % 10.5'i ileus tablosu ile acil cerrahi girişim gerekirmiş ve ancak laparotomide nedenin Crohn'a bağlı tam obstrüksiyon olduğu anlaşılmıştır. Literatürde akut obstrüksiyon atağında kısa bir süre hidrokortizonlu İ.V. sıvı tedavisi ve nazogastrik dekompresyon ile acil cerrahi girişimden kaçınılarak elektif girişim önerilmektedir(41,50,55,56). Bu konservatif tedaviye cevap vermeyen veya tekrarlayan obstrüksiyon ataklarında cerrahi tedavi uygulanmalıdır. İdeal olanı tam obstrüksiyon gelişmeden önce cerrahi girişim uygulanmalı ve uygulanacak cerrahi tedavi yöntemine ameliyat sırasında karar verilmelidir. Kısa ve birden fazla ince barsak obstrüksiyonlarında (skip lezyon) kısa rezeksiyonlar ve end-to-end anastomoz yanında son yıllarda daha konservatif yöntem olan striktüroplastiler önerilmektedir(2,35,41,42,55). Tam obstrüksiyon ile baş vuran olgularımızdan birinde distal ileumda lezyon saptanmış ve segmenter ileum rezeksiyonu, end to end primer anastomoz, çıkan kolonun da tutulduğu görülen diğer olguda ise hastanın genel durumu göz önüne alınarak basit bypass işlemi side-to-side ileotransversostomi şeklinde uygulanmıştır. Crohn'un cerrahi tedavisinde uygulanmakta olan basit bypass işlemi artık yerini daha fonksiyone yöntemlere terk etmiştir. Literatürde basit bypass veya bypass ve beraberinde unilateral eksklüzyon yöntemleri genellikle ileoçekal Crohn'a eşlik eden abse veya retroperitoneal bölgede ileri derecede yapışıklık ve genel durum bozuk-

luğunda, daha sonra rezeksiyon uygulanması amacıyla iki aşamada önerilmektedir(35,41,43,51). Bypass veya eksklüzyon yöntemi ile devre dışı bırakılan barsak bölümünde yüksek oranda karzinom geliştiği bildirilmektedir(51,57). Bu olgumuz yaklaşık bir yıl sonra elektif olarak ameliyat edilerek basit bypass bozulup, sağ hemikolektomi ve ileotransversostomi uygulanmıştır. Fazio eksklüzyon gerektiğinde devre dışı bırakılan barsak bölümünün proksimal ucunun cilde müköz fistül olarak ağızlaştırılmasını önermektedir(41). Komplet eksklüzyonlarda ise distal ve proksimal ağızların her ikisinin de cilde müköz fistül olarak ağızlaştırılması en iyi yöntemdir(35).

Crohn hastalığının diğer acil cerrahi girişim gerektiren komplikasyonlarından olan masif hemoraji ve toksik megakolonlu olgumuz olmamıştır.

Crohn hastalığının cerrahi tedavisinde barsak ve mezenterik eksizyon sınırları uzun yıllar tartışma konusu olmuştur. Geniş radikal rezeksiyonları savunanların yanında, rezeksiyon sınırlarına frozen section uygulamak suretiyle sağlam sınırların bulunmasını önerenler vardır(41,123,124,130). Bütün bunların yanında son senelerdeki görüş, nökslerle seyreden Crohn hastalığında kısa barsak sendromundan kaçınmak amacıyla sınırlı rezeksiyonları önerenlerin çoğunluk kazanmasıyla ön plana çıkmıştır. Bu son görüş, hastalığa tutulmuş olan bölümün makroskopik olarak sağlam segmentle oluşturduğu sınırlardan rezeksiyonudur(63,67,74,109). Goliger hasta segmentin her iki tarafından 3-5 cm'lik sağlam barsak rezeksiyonu sonrası, anastomozdan önce barsak lümeninin açılarak makroskopik olarak sağlam mukozanın görülmesini önermektedir(50). Fazio distal ileumdaki lezyonların ileoçekal valve 10 cm'den daha yakın olması durumunda çekumun da rezeksiyonunu önermektedir(41).

Colcock'a göre hastalık lenfatik drenajdaki obstrüksiyon

yondan başlayıp sekonder olarak barsak duvarında devam ettiğinden büyümüş lenf düğümlerinin çıkartılması gerekmektedir(25). Bugünkü görüş, gereğinden fazla barsak rezeksiyonuna neden olmayacak şekilde lenf nodüllerinin çıkartılması, aksi takdirde özel bir çaba gösterilmemesidir(41,50,74,109).

Olgularımızın büyük çoğunluğunda hastalık distal ileum ve çıkan kolonu da içine aldığından, 12'sinde sağ hemikolektomi ve distal ileum rezeksiyonu, birine ise çekum ve distal ileum rezeksiyonu uygulanmıştır. 20 cm ile 1,5 m uzunluğuna kadar değişen distal ileum rezeksiyonları, sağlam barsaktan yaklaşık 10 cm içine alacak şekilde uygulanmıştır. Bu rezeksiyonlar literatür ile uyumlu olup, sınırlı rezeksiyonlar olarak kabul edilebilmektedir.

Bir olgumuzda distal ileumdaki lezyonun çekumu da minimal tuttuğu gözlenmiş ve bu olguda distal ileum ve çekum rezeksiyonu uygulanarak literatürde de belirtildiği gibi ileum ile çıkan kolon arasında end-to-end anastomoz uygulanmıştır(5,116). Kolon ve ince barsak arasında uygulanacak anastomozlar, lümen çaplarındaki uyumsuzluklar da gözönüne alınarak end-to-side, side-to-side ve end-to-end olmak üzere her üç şekilde de önerilmektedir(116). Bizim çalışmamızda ileotransversostomilerin 9'u end-to-end, 4'ü side-to-side, 1'i end-to-side şekilde uygulanıp, iki olgu dışında tüm olgularda çift kat anastomoz uygulanmıştır.

Olgularımızdan biri (% 5.3) spontan enterokütan fistül ile baş vurdu. İnternal ve eksternal fistüllerin, Crohn hastalarının yaklaşık % 20-33'ünde geliştiği bildirilmektedir(55,71). Eksternal fistüller, en sık cerrahi girişimi takiben anastomoz ayrılmasından olmaktadır. TPN ile kapatılabileceği bilirlmiş ise de, TPN'nin kesilmesinden sonra tekrar oluştuğu gözlenmiştir. Bu olgularda erken girişimin tehlikeli olduğu, 6-8 hafta TPN uygulanmasından sonra fistülün

rezeksiyonu ve primer anastomoz önerilmektedir(50,71,89). Geç fistüller ise; spontan, intraabdominal abselerin drenajı veya nüks sonucu oluşmaktadır. Spontan fistüller oldukça nadir görülüp elektif cerrahi girişim gerektirmektedirler(35, 50,71). Bu olgumuzda fistül, hasta barsak bölümü ile birlikte olmak üzere sağ hemikolektomi, distal ileum rezeksiyonu ve ileotransversostomi uygulanmıştır. Yaklaşık bir yıl sonra şiddetli diyare ve sağ alt kadranda ele gelen kitle ile ikinci defa baş vuran hasta nüks olarak değerlendirilmiş ve yapılan laparotomide entero-enterik fistül bulunmuştur. İnternal fistüller Crohn olgularının yaklaşık 1/3'ünde görülmekte ve spontan olarak oluşmaktadırlar. Entero-enterik fistüller, en sık ileo-sigmoid fistül şeklinde görülmesine rağmen, ikinci sıklıkta görülen ileo-ileal fistüller semptom oluşturmamaktadırlar. Semptom oluşturmayan internal fistüllerde cerrahi endikasyon olmamakla birlikte semptomların oluşması ile hasta sonuçta cerrahiye başvurmaktadır(14,55). Olgumuzda şiddetli diyarenin bulunması ve ele gelen kitlenin olması cerrahi girişim gerektirmiştir. Literatürde önerildiği gibi olgumuzda da fistülize bölümü içine alan sınırlı barsak rezeksiyonu sonrası end-to-end anastomoz ile barsak devamlılığı sağlanmıştır.

Olgularımızdan hiç birinde tek başına kolon veya rektal tutulum görülmemiştir. Crohn hastalığının kalın barsak tutulumlarındaki cerrahi tedavi total proktokolektomiden segmenter rezeksiyon ve primer anastomoza kadar değişen çeşitlilik göstermektedir. Acil cerrahi girişim gereken durumlarda geçici ileostomi önerilmektedir(52). Kısa segmenter kolon tutulumlarında birçok cerrah(4,50,52,118) tarafından sınırlı rezeksiyon ve kolokolonik anastomoz önerilmesine rağmen, Fazio(41) rezeksiyonun proksimalinde oluşacak yüksek nüks oranı nedeniyle lezyonun proksimalinde kalan tüm kolonun çıkartılmasını önermektedir. Yine acil girişim gerektiren, genel durumu ileri derecede bozuk hastalarda terminal ileostomi

ve rektal veya sigmoidorektal stumpun kapatılması şeklinde uygulanan total veya subtotal kolektomi önerilmektedir(41,50, 51,85). Kolonun yaygın tutulumlarında ileostomi ve total proktokolektomi uygulanmalıdır(41,51,118,128). Total veya subtotal kolektomi neticesinde ileorektal veya ileosigmoid anastomoz sonrası % 50-71 oranında nüks bildirilmesine rağmen, Goliger anorektal kontinensin devamlılığı ve kalıcı ileostomiden kaçınılmış olması nedeniyle anastomoz şansının hastaya verilmesine taraftardır(17,52,128). Buchmann ve arkadaşları ile Waterman yapmış oldukları çalışmalarda yüksek başarı oranları bildirmektedirler(17,128).

Crohn hastalığının en önemli problemi olan nüks, olgularımızın % 10.5'inde görüldü. Literatürde nüks, en sık ileoçekal yerleşimde, % 43.8 oranında bildirilmektedir(39,50,86, 97). Nüksün sıklıkla anastomozun proksimalinde olduğu ve % 85 oranında ilk sekiz yılda görüldüğü vurgulanmıştır(39,50, 56,97). Hastalığın erken yaşta görülmesi nüks için önemli bir faktördür. Bizim çalışmamızda nüks görülen olguların yaşları 31 ve 33 olup, her iki olgu da Crohn hastalığına yönelik üçer ameliyat geçirmişlerdir. Her iki olguda da bu üç ameliyat ilk iki yıl içinde olmuştur. Literatürde ilk 10 yıl içinde ikinci rezeksiyon oranı % 10, 15-20 yıl sonra % 50 olarak verilmektedir. 25 yaşında ilk rezeksiyonunu geçiren hasta hayatı boyunca 3 veya daha fazla rezeksiyon geçirmektedir(74).

Hastalarımızın hiç birinde Crohn hastalığı zemininde kanserleşme görülmemiştir. Kanser hastalığının tanısından ortalama 16 yıl sonra oluşmakta ve ortalama 45 yaşında görülmektedir. Normal şahıslara göre 60-300 defa daha fazla kanser gelişmektedir. Görülen kanserlerin % 40'ı bypass ile devre dışı bırakılan segmentte oluşmaktadır. Patolojik tetkiklerinde minimal displazik değişiklik tesbit edilen hastaların periyodik kolonoskopik tetkike alınmaları önerilmektedir(29,35, 41,114).

Crohn hastalığına yönelik ameliyatlardan sonra yara enfeksiyonu % 3-7 oranında bildirilmekte olup, cilt altının mekanik temizliği, topikal ve sistemik antibiyotik kullanımı ve yaranın tamamen açık bırakılması ile minimale indirilebileceği belirtilmiştir(56).

Olgularımızın % 10.5'inde cilt altı enfeksiyonu gelişmiş ve uygulanan medikal tedavi ve drenaj ile iyileştirilmiştir. Bu nedenle bu olgularımızda hastanede kalış süreleri uzamıştır. Hastalarımızın ortalama hastanede kalış süresi 11,7 gündür. Olgularımızın hiç birinde yara açılması görülmemiştir. Literatürde % 1.2-4.6 oranında evantrasyon ve evisserrasyon bildirilmektedir(56).

Crohn hastalığına bağlı erken mortalite, anastomoz kaçağı veya yetersiz abse drenajı neticesinde sepsisin doğurduğu kardiyo-pulmoner yetersizlik nedeniyle olmaktadır. Geç mortalite ise nüks sonucu gelişen perforasyonlar veya kısa barsak sendromu neticesinde görülmektedir. Literatürde Crohn'a bağlı post-operatif mortalite % 2.5-6.5 oranında verilmektedir. Yetersiz intra-abdominal abse drenajına bağlı mortalite oranı ise % 3.2-4'dür(56). Olgularımızdan biri, bize ikinci defa gelişen nükse bağlı ileum perforasyonu ile başvurmasına rağmen, bu olgu dahil hiç bir olgumuzda mortalite görülmemiştir.

ÖZET VE SONUÇ

Son yıllarda insidensi gittikçe artan Crohn hastalığı, genellikle gastrointestinal sistemi tutan, panenterik, non-spesifik granülomatöz inflamatuvar bir hastalıktır. Medikal tedaviyle ancak semptomatik iyileşmeler elde edilebilen, neticede cerrahi tedavi gerektiren Crohn hastalığının etyolojisi halen belirlenememiş, uygulanabilecek cerrahi tedavi yöntemleri zaman içinde çeşitli tartışmalara neden olmuş ve halen olmaktadır.

Kliniğimizde 1980-1989 yılları arasında ince ve kalın barsak yerleşimi gösteren 19 Crohn olgusu cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Genç erişkin hastalığı olup, olgularımızda en çok 31-40 yaş grubunda görülmüş ve her iki cinsi eşit etkileyip, ortalama yaş erkeklerde 34.9, kadınlarda 37.6 olarak tesbit edilmiştir.

Hastalığın kliniğinde en önemli semptomlar abdominal ağrı, diyare ve sağ alt kadranda ele gelen kitle olup, laboratuvar bulgular içinde hipoproteinemi ve anemi belirgindir. Hastalığın belirlenmesinde ekstraintestinal komplikasyonlar ve perianal lezyonlar önemli yer tutar.

Tanıda klinik semptomlar ve muayene bulguları yanında lavman opak ile yapılan kolon grafisi değerlidir. Bütün bunların yanında kesin tanı laparotomi neticesinde histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir.

Serimizde, 19 olgudan % 57.9'u Crohn hastalığı ön tanısı ile ameliyat edilmiş ve % 36.8 oranında acil girişim gerekmiştir. Hastalık en sık, % 52.6 oranında ince ve kalın barsağı birlikte tutmuştur. Olgularımızın % 15.7'si Crohn hastalığının komplikasyonlarından biri nedeniyle ameliyat edilmiştir. Cerrahi tedavileri oldukça çeşitlilik gösteren olgularımızda hastalığın yerleşimi ve yaygınlığı gözönüne alındığında konservatif cerrahi yöntemleri seçilmiş ve sınırlı rezeksiyonlar uygulanmıştır. Olgularımızda % 10.5 oranında nüks görülmüş olup, mortalite sıfırdır.

Literatür ışığı altında, klinik olgularımız değerlendirildiğinde sonuç olarak, çeşitli komplikasyonlarla ortaya çıkabilen Crohn hastalığında, ameliyat endikasyonları, pre-operatif ve post-operatif bakım, ameliyatın zamanlanması önemli olup, defalarca rezeksiyon gerektirebilecek nüksler ile seyreden kronik bir hastalık olması ve bu rezeksiyonların doğuracağı fizyolojik bozukluklar gözönüne alındığında dengeli, konservatif cerrahi yöntemler önerilebilir.

K A Y N A K L A R

- 1- Alexander-Williams,J., Buchman,P.: Perianal Crohn's disease. World J.Surg. 4:203, 1980.
- 2- Alexander-Williams,J.: Conservative nonresection operations for Crohn's disease. in Najarian,J.S., Delaney,J.P. (ed.): Advances in gastrointestinal surgery. Chicago, Year Book Medical Publishers INC, 1984, p:329.
- 3- Allan,A., Keighley,M.R.B.: Management of perianal Crohn's Disease. World J.Surg. 12:198, 1988.
- 4- Allan,A., Andrews,M.B., Hilton,C.J., Keighley,M.S., Allan, R.N., Alexander-Williams,J.: Segmental Colonic Resection is an appropriate operation for short skip lesions duo to Chron's disease in the colon. World J.surg. 13:611, 1989.
- 5- Allan,R.N.: Medical Management: It's Accomplishment in Chron's Disease and Indications for Surgery. World J.Surg. 12:174, 1988.
- 6- Alpers,D.H., Norland,C.C., Stillings,W.A.: Increased prevalance of psychiatric disease in Crohn's disease but not ulcerative colitis. Gantroenterology, 78:1131, 1980.

- 7- Andican,A.: Crohn hastalığı. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Cerrahi Kliniği, İstanbul, 1980.
- 8- Arınç,O.: Crohn Hastalığı. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Cerrahi Kliniği, İstanbul, 1967.
- 9- Atkinson,A.J., Carroll,W.W.: Sclerosing Cholangitis. Association with regional enteritis. JAMA 188:183, 1964.
- 10- Barker,W.N., Milton-Thompson,G.T.: The anal lesion as a sole presenting symptom of intestinal Crohn's disease. Gut. 12:A865, 1971.
- 11- Basu,M.K., Asquith,P.: Oral Manifestations of inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol. 9:307, 1980.
- 12- Block,G.E., Enker,W.E., Kirsner,J.B.: Significance in treatment of occult obstructive uropathy complicating Crohn's disease. Ann.Surg. 178:322, 1973.
- 13- Broe,P.J., Bayless,T.M., Cameron,J.L.: Crohn's disease: Are enteroenteral fistula an indication for surgery? Surgery 91:249, 1982.
- 14- Broe,P.J., Cameron,j.L.: Surgical Management of ileo-sigmoid fistulas in Crohn's disease. Am.J.Surg. 143:611, 1982.
- 15- Brooks,M.: Crohn's disease. A functional deficiency of IgA? Lancet 1:158, 1981.

- 16- Buchmann,P., Keighley,M.R.B., Allan,R.N., Thompson,H., Alexander-Williams,J.: Natural history of perianal Crohn's disease. Ten year follow-up: A plea for conservatism. Am.J.Surg. 140:642, 1980.
- 17- Buchmann,P., Waterman,I.T., Keighley,M.R.B., Pena,S.A., Allan,R.N., Alexander-Williams,J.: The prognosis of ileorectal anastomosis in Crohn's disease. Br.J.Surg. 68:7, 1981.
- 18- Bükey,Y., Andican,A., Uras,C.: Nonspesifik iltihabi bağırsak hastalıkları (38 hastalık bir serinin analizi). Ulusal Cerrahi Kongresi, İstanbul 1-4 Mayıs, 1985, s:174.
- 19- Cary,e.R., Tremaine,W.J., Banks,P.M., Nagorney,D.M.: Isolated Crohn's Disease of the stomach. Mayo Clin.Proc. 64:776, 199.
- 20- Chenebaux,D., Bouillot,J.L., Alexandre,J.H.: Place et résultats de la chirurgie dans la maladie de Crohn Chez l'adulte. J.Chir. 125(12):733, 1988.
- 21- Cohen,S., Kaplan,M., Gottlieb,L., Patterson,J.: Liver disease and gallstones in regional enteritis. Gastroenterology 60:237, 1971.
- 22- Cohen,B.E., Ryan,J.A.: Gracilus muscle flap for closure of the persistent perineal sinus. Surg.Gynecol.obstet. 148:33, 1979.
- 23- Cohen,J.L., Stricker,J.W., Schoetz,D.J., Collier,J.A., Weidenheimer,M.C.: Rectovaginal fistule in Crohn's disease. Dis Colon and Rectum 32(10):825, 1989.

- 24- Colcock,B.P., Vansant,J.H.: Surgical treatment of regional enteritis. N.Engl.J.Med. 262(9):435, 1960.
- 25- Colcock,B.P.: Operative Technique in Surgery for Crohn's Disease and its relationship to recurrence. Surg.Clinic North America 53(2):375, 1973.
- 26- Cotran,R.S., Kumar,V., Robbins,S.C.: Small intestine: Crohn's disease. in Robbins,S.C. (ed.): Robbins Pathologic Basis of Disease. 4th. ed. Philadelphia, W.B.Saunders Company, 1989, p:867.
- 27- Chrohn,B.B., Ginzburg,L., Oppenheimer,G.D.: Regional ileitis. JAMA 99(16):1323, 1932.
- 28- Cunningham,I.G.E.: Inflammatory bowel disease. In sir Edward Hughes., Cutbertson,a.M., Killingback,M.K. (ed.): Colorectal Surgery. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1983, p:265.
- 29- Dent,L.T., kukora,J.S., Buinewicz,B.R.: Endoscopic screening and surveillance for gastrointestinal Malignancy. Surg. Clinics of North America 69(6):1205, 1989.
- 30- Drucker,W.R.: Crohn's Disease (Regional enteritis). in Sabiston,D.C. (ed.): Textbook of Surgery. 13th.ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, Hong Kong 1986, p:914.
- 31- Dvorak,A.M., Dickersin,G.R., Osage,J.E., Monahan,R.A.: Absence of virus structures in Crohn's disease tissues studied by electron microscopy. Lancet 1:328, 1978.
- 32- Dvorak,A.M., Silen,W.: Differentiation Between Crohn's Disease and other inflammatory conditions by electron Microscopy. AnnSurgery 201:53, 1985.

- 33- Dyer,N.H., Dawson,A.M.: Malnutrition and malabsorption in Crohn's Disease with reference to the effect of surgery. Br.J.Surg. 60(2):134, 1973.
- 34- Eade,M.N., Cooke,W.T., Brooke,B.N., Thompson,H.: Liver disease in Crohn's Colitis. A study of 21 consecutive patients having Colectomy. Am.Intern.Med. 74:518, 1971.
- 35- Efron,G., Imbembo,A.L.: Crohn's disease of the Small Bowel. In Shackelford,R.T., Zuidema,G.D. (ed.): Surgery of the Alimentary Tract. Second ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1986, p:552.
- 36- Ellis,L., Calhoun,P., Kaiser,D.L., Rudolf,L.E., Hanks, J.B.: Post-operative recurrence in Crohn's Disease. The effect of the initial lenght of Bowel resection and operative procedure. Ann.Surg. 199(3):340, 1984.
- 37- Farmer,R.G., Hawk,W.A., Turnbull,R.B.: Clinical patterns in Crohn's Disease: A statistical study of 615 cases. Gastroenterology 68(4):627, 1975.
- 38- Farmer,R.G., Hawk,W.A., Turnbull,R.B.: Indications for surgery in Crohn's Disease. Analysis of 500 cases. Gastroenterology 71(2):245, 1976.
- 39- Farmer,R.G., whelan,G., Fazio,V.W.: Long-term follow up of patients with Crohn's Disease, relationship between the clinical pattern and prognosis. Gastroenterology 88:1818, 1985.
- 40- Farmer,R.G., Michener,W.M., Mortimer,E.A.: Studies of Family History Among Patients with Inflammatory Bowel Disease. Clinics in Gastroenterology 9(2):271, 1980.

- 41- Fazio,V.W.: Crohn's Disease. In Moody,F.G. (ed.): Surgical Treatment of Digestive Disease. Chicago, Year Book Medical Publishers INC, 1986, p:580.
- 42- Fazio,V.W., Galandiuk,S., Jagelman,D.G., Lavery,I.C.: Stricturoplasty in Crohn's Disease. Ann.Surg. 210(5):621, 1989.
- 43- Fazio,V.W.: Regional enteritis (Crohn's Disease): Indications for surgery and operative strategy. Surg.Clinics of North America 63:27, 1983.
- 44- Fazio,V.W., Coutsaftides,T., Steiger,E.: Factors influencing the outcome of treatment of small bowel cutaneous fistule. World J.Surg. 7:481, 1983.
- 45- Fazio,V.W., Zelas,P., Weakley,F.L.: Intraoperative angiography and the localization of bleeding from the small intestine. Surg.Gynecol.obstet. 151:637, 1980.
- 46- Fazio,V.W.: Toxic Megacolon in Ulcerative Colitis and Crohn's Colitis. Clinics in Gastroenterology 9(2):389, 1980.
- 47- Glick,S.N., Teplick,S.K.: Crohn Disease of the small intestine Diffuse Mucosal Granularity. Radiology 154(2): 314, 1985.
- 48- Goldberg,H.I., Caruthers,S.B., Nelson,J.A.: Radiographic findings of the National Cooperative Crohn's Disease study. Gastroenterology 77:925, 1979.
- 49- Goldberg,H.I., Gore,R.M., Margulis,A.R.: Computed tomography in the evaluation of Crohn's Disease. Am.J. Roentgenol. 140:277, 1983.

- 50- Goliger, J.C.: Crohn's Disease. in Goliger, J.C. (ed.): surgery of the anus, colon and rectum. 5th ed. London, Bailliere Tinnall, 1984, p:971.
- 51- Goliger, J.C.: The role of surgery in the management of Crohn's disease. in Najarian, J.S., Delaney, J.P. (ed.): Advances in gastrointestinal surgery. Chicago, Year Book Medical Publishers INC, 1984, p:337.
- 52- Goliger, J.C.: Surgical treatment of Crohn's Disease. Affecting Mainly or Entirely the large Bowel. World J. Surg 12:186, 1988.
- 53- Goodman, M.J., Skinner, J.M., Truelove, S.C.: Abnormalities in the apparently normal bowel mucosa in Crohn's disease. Lancet 1:275, 1976.
- 54- Greenstein, A.J., Janowitz, H.D., Sachar, D.B.: The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis. A study of 700 patients. Medicine 55:401, 1976.
- 55- Greenstein, A.J.: The surgery of Crohn's Disease. Surg. Clinic of North America 67(3):573, 1987.
- 56- Greenstein, A.J.: Surgical Management (Crohn's Disease). in Berk Edward, J. (ed.): Bokus Gastroenterology. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2317.
- 57- Greenstein, A.J., Sachar, D., Pucillo, A.: Cancer in Crohn's disease after diversionary Surgery. Am.J.Surg. 135:86, 1978.
- 58- Greenstein, A.J., Dicker, A., Meyers, S., Aufses, A.H.: Peri-ileostomy fistulae in Crohn's disease. Ann.Surg. 197:179, 1983.

- 59- Greenstein,A.J., Sachar,D.B., Tzakis,A.: Course of enterovesical fistulas in Crohn's disease. Am.J.Surg. 147:788, 1984.
- 60- Greenstein,A.J., Sachar,D.B., Greenstein,R.J.: Intra-abdominal abscess in Crohn's (ileo) colitis. Am.J.Surg. 143:727, 1982.
- 61- Gürkan,K.İ.: Yarı ileus tablosu yapan nadir bir barsak lezyonu. Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası No:8, 1945.
- 62- Hamilton,S.R., Morson,B.S.: Crohn's Disease Pathology. in Berk Edward,J. (ed.): Bokus Gastroenterology. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2226.
- 63- Hamilton,S.R., Reese,J., Pennington,L., Boitnott,J.K., Bayless,T.M., Cameron,J.L.: The role of resection margin frozen section in the surgical management of Crohn's Disease. Surg.Gynecol.Obst. 160:57, 1985.
- 64- Hamilton,S.R.: Colorectal Carcinoma in patients with Crohn's disease. Gastroenterology 89:398, 1985.
- 65- Harper,P.H., Kettlewell,M.G.W., Lee,E.: The effect of split ileostomy on perional Crohn's disease. Br.J.Surg. 69:608, 1982.
- 66- Heimann,T., Greenstein,A.J., Aufses,A.H.: Surgical management of ileosigmoid fistula in Crohn's disease. Am. J.Gastroenterol. 72:21, 1979.
- 67- Heuman,R., Boeryd,B., Bolin,T., Sjodahl,R.: The influence of disease at the margin of resection on the outcome of Crohn's disease. Br.J.Surg. 70:519, 1983.

- 68- Heuman,R., Bolin,iT., Sjudahl,R., Tagesson,C.: The incidence and cause of perianal Complications and arthralgia after intestinal resection with restoration of continuity for Crohn's disease. Br.J.Surg. 68:528, 1981.
- 69- Heyen,F., Winslet,M.C., Andrews,H., Alexander-Williams, J., Keighley,M.R.B.: Vaginal fistulas in Crohn's Disease. Dis. Colon rectum 32(5):379, 1989.
- 70- Hill,R.B., Kent,T.H., Hansen,R.N.: Clinical usefulness of rectal biopsy in Crohn's disease. Gastroenterology 77: 938, 1979.
- 71- Hill,G.L., Bouchier,R.G., Witney,G.R.: Surgical and metabolic Management of patients with external fistulas of the small intestine Associated with Crohn's Disease. World J.Surg. 12:191, 1988.
- 72- Homan,W.P., Tang,C.K., Thorbarnasson,B.: Anal lesions complicating Crohn's disease. Arch.Surg. 11:1333, 1976.
- 73- Homan,W.P., Tang,C.K., Thorbarnasson,B.: Acute massive hemarrhage from intestinal Crohn's disease. Arch.Surg. 111:901, 1976.
- 74- Hultén,L.: Surgical treatment of Crohn Disease of the small Bowel or ileocecum. World J.Surg. 12:180, 1988.
- 75- Janowitz,H.D.: The current status of the Medical Management of Crohn's Disease. in Najarian,J.S., Delaney,J.P. (ed.): Advencey in Gastrointestinal Surgery. Chicago, Year Book Medikal Publishers, 1984, p:323.
- 76- Kantor,J.L.: Regional (Terminal) ileitis: Its roentgen diagnosis. JAMA 29:2016, 1934.

- 77- Kirsner, J.B.: Chronic inflammatory Bowel Disease: Overview of Etiology and Pathogenesis. in Berk, Edward, J. (ed.): *Bokus gastroenterology*. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2093.
- 78- Kobayashi, K., Brown, W.R., Brennan, P.J., Blaser, M.J.: Serum antibodies to Mycobacterial Antigens in Active Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 94:1404, 1988.
- 79- Korelitz, B.I., Sommers, S.C.: Rectal Biopsy in patients with Crohn's Disease. Normal mucosa on sigmoidoscopic examination. *JAMA* 237(25):2742, 1977.
- 80- Korelitz, B.I.: Therapy of Inflammatory Bowel Disease including use of immunosuppressive Agents. *Clinics in gastroenterology*. 9(2):331, 1980.
- 81- Laufer, I., Costopoulos, L.: Early lesions of Crohn's Disease. *Am.J.Roentgenol*. 130:307, 1978.
- 82- Lee, C.G.E., Papaioannou, N.: Recurrences-following Surgery for Crohn's disease. *Clinics in gastroenterology*. 9(2): 419, 1980.
- 83- Lefton, H.B., Farmer, R.G., Fazio, V.W.: Ileorectal anastomosis for Crohn's disease of the colon. *Gastroenterology* 69:612, 1975.
- 84- Linares, L., Moreira, L.F., Andrews, H., Allan, R.N., Alexander-Williams, J., Keighley, M.R.B.: Natural history and treatment of anorectal strictures complicating Crohn's disease. *Br.J.Surg*. 75:653, 1988.
- 85- Lock, M.R., Fazio, V.W., farmer, R.G.: Proximal recurrence and the fate of the rectum following excisional surgery for Crohn's disease of the large bowel. *Ann.Surg*. 194: 754, 1981.

- 86- Lock, M.R., Farmer, R.G., Fazio, V.W., Jagelman, D.G., Lavery, C.J., Weakley, F.L.: Recurrence and reoperation for Crohn's disease. *N.Engl.J.Med.* 25:1586, 1981.
- 87- Lockhart-Mummery, H.E., Morson, B.C.: Crohn's disease of the large intestine and its distinction from ulcerative Colitis, *Gut* 1:87, 1960.
- 88- Lockhart-Mummery, H.E.: Crohn's disease: Anal Resions. *Dis.Colon.Rectum.* 18:200, 1975.
- 89- Mac Fayden, B.V., Dudrick, S.T., Ruberg, R.L.: Management of gastrointestinal fistules with parenteral hyperalimentation. *Surgery* 74:10, 1973.
- 90- Mann, C.V., Springall, R.: Use of a muscle graft for unhealed perianal sinus. *Br.J.Surg.* 73:1000, 1986.
- 91- Marshak, R.H., Lindner, a.L., Maklansky, D.: Roentgen Features: Crohn's Disease. In Berk Edward, J. (ed.): *Bokus gastroenterology.* 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2267.
- 92- Marshak, R.H., Maklansky, D., Kurzban, J.D., Lindner, A.E.: Crohn's Disease of the stomach and Duodenum. *Am.J.Gastroenterol.* 77:340, 1982.
- 93- Meiser, J., Meissner, K., Pichler, W.: Crohn's Disease. Sonography as a Gudeline to Therapy. *Akt.Chir.* 20:79, 1985.
- 94- Mekhjian, H.S., Switz, D.M., Watts, H.D., et al.: National Cooperative Crohn's Disease. study: Factors determining recurrence of Crohn's disease after surgery. *Gastroenterology* 77:907, 1979.

- 95- Mendeloff,A.I.: The epidemiology of Inflammatory Bowel Disease. Clinics in Gastroenterology 9(2):259, 1980.
- 96- Mendeloff,A.I.: Epidemiologic Aspect of inflammatory Bowel Disease. in Berk Edward,J. (ed.): Bokus Gastroenterology. 4th. ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2127.
- 97- Menguy,R.: Surgery of Crohn's Disease. in Schwartz,S.F., Ellis,H., Husser,W.C. (ed.): Maingot's Abdominal Operations. 9th ed. Prentice-Hall International Inc. 1990, p:847.
- 98- Meyers,S., Janowitz,H.D.: Clinical Features. in Berk Edward,J. (ed.): Bokus gastroenterology. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2240.
- 99- Meyers,S., Janowitz,H.D.: Extraintestinal Manifestations. in Berk Edward,J. (ed.): Bokus gastroenterology. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2259.
- 100- Meyers,S., Janowitz,H.D.: Crohn's Disease: Medikal Management. in Berk Edward,J. (ed.): Bokus gastroenterology. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2305.
- 101- Meyers,S., Janowitz,H.D.: Complications. in Berk Edward, J. (ed.): Bokus gastroenterology. 4th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company, 1985, p:2294.
- 102- Mitchell,P.N., Rees,R.J.: Agent transmissible from Crohn's disease tissue. Lancet 2:168, 1970.

- 103- Morris,R.I., Metzger,A.L., Bluestone,R., Terasaki,P.I.:
HLA-B27 A useful discrimination the arthropathies of
inflammatory bowel disease. N.Engl.J.Med. 290:1117,
1974.
- 104- Morrison,J.G., Gathright,J.B., Ray,J.E., Ferrari,B.T.,
Hicks,T.C., Timmcke,A.E.: Surgical Management of
Anorectal Fistulas in Crohn's disease. Dis Colon Rectum
32(6):492, 1989.
- 105- Morrison,J.G., Gathright,J.B., Ray,J.E., Ferrari,B.T.,
Hicks,T.C., Timmcke,A.E.: Results of operation for
rectovaginal fistula in Crohn's disease. Dis.Colon
Rectum 32(6):496, 1989.
- 106- Morson,B.C.: Alimentary Tract. in Symmers,W.C. (ed.):
Systemic Pathology. 3th ed. Edinburgh, Churchill
Livingstone, 1987, p:257.
- 107- Nugent,F.W.: Crohn's disease of the appendix. Am.J.
Gastroenterol 65:83, 1976.
- 108- Oberhelman,H.A., Taylor,K.B., Kivel,R.M.: Diverting
ileostomy in the surgical management of Crohn's disease
of the colon. Am.J.Surg. 115:231, 1968.
- 109- Pennington,L., Hamilton,S.R., Bayless,T.M., Cameron,J.C.:
Surgical managment of Crohn's disease. Influence of
Disease at Margin of Resection. Ann.surg. 192(3):311,
1980.
- 110- Peters,R.W., Fry,R.D., Flesman,J.W., Kodner,I.J.: Multipl
Blood Transfusions reduce the recurrence rate of Crohn's
Disease. Dis.Colon.Rectum, 32:749, 1989.

- 111- Pettit,S.H., Irving,M.H.: The operative management of fistulous Crohn's Disease. Surg.Gynecol.Obstet. 167:223, 1988.
- 112- Pullman,W.E., Sullivan,P.J., Barratt,P.J., Booth,J.A., Doe,W.F.: Assessment of inflammatory Bowel Disease Activity by Technetium 99m Phagocyte Scanning. Gastroenterology 95(4):989, 1988.
- 113- Rhodes,J.M., Cockel,R., Allan,R., Hawker,P.C., Dawson, J., Elias,E.: Colonic Crohn's disease and use of oral contraception. Br.Medical Journal, 288:595, 1984.
- 114- Richards,M.E., Rickert,R.R., Nance,F.C.: Crohn's Disease-Associated Carcinoma. Ann.Surg. 206(6):764, 1989.
- 115- Rosai,J.: Gastrointestinal tract: small bowel. in Rosai, J.: Ackerman's surgical pathology. 7th ed. St.Louis, The C.V. Mosby Company, 1989, p:529.
- 116- Rosenberg,I.H.: Crohn's Disease. in Wyngaarden,J.B., Smith,L.H. (ed.): Cecil textbook of Medicine. 18th ed. Philadelphia, London, Toronto, Tokyo, W.B. Saunders Company,1988, p:745.
- 117- Sachar,D.B., Auslander,M.O., Walfish,J.S.: Actiological Theories of inflammatory Bowel Disease. Clinics in Gastroenterology 9(2):231, 1980.
- 118- Sanfey,H., Bayless,T.M., Cameron,J.: Crohn's disease of the Colon: is there a race for limited resection? Am.J. Surg. 147:38, 1984.
- 119- Schraut,W.H., Chapman,C., Abraham,J.: Operative Treatment of Crohn's ileocolitis Complicated by ileosigmoid and ileovesical fistulae. Ann.Surg. 207(1):48, 1988.

- 120- Siminovitch, J.M., Fazio, V.W.: Ureteral obstruction secondary to Crohn's disease: A need for ureterolysis? Am.J.Surg. 139:95, 1980.
- 121- Sohn, N., Korclitz, B., Weinstein, M.A.: Anorectal Crohn's disease.: Definitive surgery for fistulas and recurrent abscess. Am.J.Surg. 139:394, 1980.
- 122- Summer, R.W., Switz, D.M., Sessions, J.T., Beckett, J.M., Best, W.R., Kern, F., Singleton, J.W.: National Cooperative Crohn's Disease study. Results of drug treatment. Gastroenterology. 77:847, 1979.
- 123- Taşpınar, A.H., Koç, A.E., Babacan, C.: Le Traitment de la Maladie de Crohn. Archives de l'Union Médicale Balkanique T.XXII, No:3-4, 1984.
- 124- Taşpınar, A.H., Regional İleitis Hakkında. Türk Tıp Cem. Mec. Vol.31, No:11:678, 1965.
- 125- Taylor, R.L., Rombean, J.L., Turnbull, R.B.: Transperitoneal relocation of the ileal stoma without formal laparotomy. Surg.Gynecol.Obstet. 146:953, 1978.
- 126- Timothy, R.K., David, R.G., Ford, H., Kirsner, J.B.: Crohn's ileitis and ileocolitis: A study of the Anatomical Distribution of Recurrence. Dig.Dis.Sci. 26:528, 1981.
- 127- Turnbull, R.B., Hawk, w.A., Weakley, F.L.: Surgical treatment of toxic megacolon. Am.J.Surg. 122:325, 1971.
- 128- Waterman, I.T.: Proctocolectomy or ileorectal anastomosis. in Crohn's disease short - and long term prognosis of colectomy for extensive Crohn's colitis. 8th World Congress September 11-14, Amsterdam, The Netherlands, 1984.

- 129- Waye, J.D.: Endoscopy in Inflammatory Bowel Disease. Clinics in Gastroenterology 9(2):279, 1980.
- 130- Wolff, B.G., Beart, R.W., Frydenberg, H.B.: The importance of disease-free margins in resections for Crohn's disease. Dis. Colon Rectum. 26:239, 1983.
- 131- Yaffe, B.H., Korelitz, B.I.: Prognosis for nonoperative management of small bowel obstruction in Crohn's disease. J. Clin. Gastroenterol, 5:211, 1983.