

18

Crohn Hastalığı Acil Patolojileri

Vedat KILIÇ

Yasemin ÖZDERİN ÖZİN

GİRİŞ

Crohn hastalığı (CH) sıklıkla bağırsaklarda destrüksiyona yol açan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Ağızdan anüse kadar tüm gastrointestinal traktı tutmakla birlikte, en sık tutulum yeri distal ileum ve proksimal kolondur. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde tanı anında striktür, fistül ve abse gibi komplikasyonlar mevcuttur (1). Zamanla hastaların yaklaşık %50'sinde cerrahi tedavi gerektirecek komplikasyonlar gelişmektedir (2). CH nedeniyle ortaya çıkabilecek aciller, şiddetli Crohn atağı, perforasyon, abse, intestinal obstrüksiyon, toksik megakolon ve kanama şeklinde sıralanabilir. Bu başlık altında CH nedeniyle gelişebilecek acil durumlar ele alınacaktır.

ŞİDDETLİ CROHN ATAĞI

Crohn atağında hastalar tipik olarak karın ağrısı, kanlı ishal, iştahsızlık, halsizlik gibi semptomlarla başvururken, inflamatuvar belirteçlerde de (lökositoz, CRP vb.) artış görülebilir. CH'de hastalığın ciddiyetini değerlendirmede Crohn Disease Activity Index (CDAI) ve Harvey-Bradshaw İndeksi (HBI) kullanılmaktadır. CDAI skorunun >450 veya HBI skorunun >8 olması durumunda şiddetli Crohn atağından bahsedilir (3). Medikal tedaviye rağmen persistan semptomların varlığı, yüksek ateş, bulantı-kusma, peritoneal irritasyon bulguları gibi obstrüksiyon semptomlarının varlığı ya da intraabdominal abse varlığı şiddetli Crohn atağını düşündürür.

Crohn atak düşünülen tüm hastalarda salmonella, shigella, clostridium difficile, sitomegalovirüs (CMV) koliti ve Entamoeba histolitica enfeksiyonlarına yönelik tetkikler istenmelidir (4,5). Batında hassasiyet, rebound ve sistemik toksisite bulguları olan hastalarda toksik megakolon ve intestinal obstrüksiyon ekartasyonu açısından ayakta direk batın grafisi istenmeli ve enfeksiyöz nedenler mutlaka dışlanmalıdır, en kısa süre içerisinde hastanın sıvı replasmanına başlanmalıdır. Yakın elektrolit takibine göre uygun elektrolit replasmanı özellikle potasyum düzeyi 4,5 mg/dl üzerinde olacak yapılmalıdır. Tromboza bağlı komplikasyonlar için hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin başlanmalıdır. Primer hastalığa yönelik intravenöz steroid

nama olarak ifade edilebilir. Güncel bir vaka serisinde tanım, bazal hemoglobin (Hb) değerinden 2 g/dL'lik bir düşüşe, hemodinamik instabiliteye veya Hb'de 9'un altına ani bir düşüş olacak şekilde değiştirilmiştir (23-26). Ülserler derinleşerek bir damarı erode ederek kanamaya yol açabilir ancak çoğu hastada aktif bir kanama odağı ya da yapışık bir pıhtı gibi kanama bölgesini tanımlayan kesin bir lezyon saptanmaz ve kanama kaynağı, aktif inflamasyonun yaygın alanlarına atfedilir (26).

İlk yaklaşımda, şiddetli kanaması olan tüm hastalarda olduğu gibi; kan grubu çalışılmalı, agresif sıvı resüsitasyonu için santral venöz kateter veya geniş çaplı intravenöz kateter takılmalıdır. Kan replasmanı için hazırlıklar tamamlanmalıdır. Nazogastrik tüp ile aspirasyonda kan tespit edilirse endoskopi yapılmalıdır. Yapılan bir çalışmada gastrointestinal kanama ile başvuran cerrahi aday olmayan CH hastalarında infliksimab kullanımı ile yüksek mukozal iyileşmeyle birlikte başarılı bir şekilde hemostaz sağlandığı gösterilmiştir (27). Bu çalışmadan sonra, ek vaka raporları ve vaka serileri, infliksimabın CH'de gastrointestinal kanamanın tedavisinde etkinliğini bildirmiş, tekrar kanama ve cerrahi gerekliliğini azalttığı gösterilmiştir (28). Kanama odağı tespit edilmeyen hastaların tedavisinde de infliksimabın potansiyel avantajı tanımlanmıştır.

Endoskopik tedavide tek başına termokoagülasyon veya epinefrin enjeksiyonu ile birlikte bipolar koagülasyonla kombinasyon tedavileri de tanımlanmıştır. Hemoklips uygulaması, inflame ve frajil mukoza varlığında sınırlı olarak kullanılabilir. Minimal invaziv tedavi, endoskopik tedavi veya embolizasyondan oluşur. Striktürü olan hastalarda endoskopi uygun olmayabilir. Embolizasyonda bağırsak enfarktüsü gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir, ancak girişimsel radyolojideki (mikro kateterler, embolik ajanlar ve mikro sarmallar) son gelişmeler komplikasyon oranını azaltmıştır. Bu tedavi yöntemleri ile başarı oranı %81-93 arasında olup, mortalite oranı %0-7 arasındadır (29). Endoskopik veya radyolojik olarak tedavi edilemeyen ve çoklu transfüzyonla stabilize edilemeyen (>4 eritrosit süspansiyonu/24 saat) masif kanamalı hastalarda veya tekrarlayan masif kanamalı hastalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir (28).

KAYNAKLAR

1. Cosnes J, Cattan S, Blain A, et al. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2002;8(4):244-250.
2. Danese S, Fiorino G, Peyrin-Biroulet L. Early intervention in Crohn's disease: towards disease modification trials. *Gut.* 2017;66(12):2179-2187.
3. Peyrin-Biroulet L, Panés J, Sandborn WJ, et al. Defining disease severity in inflammatory bowel diseases: Current and future directions. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14(3):348-354.e17.

4. Gisbert JB, Chaparro M. Acute severe ulcerative colitis: State of the art treatment. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2018;32-33:59-69.
5. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management [published correction appears in *J Crohns Colitis*. 2017 Dec 4;11(12):1512]. *J Crohns Colitis*. 2017;11(7):769-784.
6. Summers RW, Switz DM, Sessions JT Jr, et al. National Cooperative Crohn's Disease Study: results of drug treatment. *Gastroenterology*. 1979;77(4 Pt 2):847-869.
7. Stidham RW, Lee TC, Higgins PD, et al. Systematic review with network meta-analysis: the efficacy of anti-TNF agents for the treatment of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;39(12):1349-1362.
8. Ford AC, Sandborn WJ, Khan KJ, Hanauer SB, Talley NJ, Moayyedi P. Efficacy of biological therapies in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(4):644-660.
9. Freeman HJ. Spontaneous free perforation of the small intestine in Crohn's disease. *Can J Gastroenterol*. 2002;16(1):23-27.
10. Freeman HJ. Spontaneous free perforation of the small intestine in adults. *World J Gastroenterol*. 2014;20(29):9990-9997.
11. Yamaguchi A, Matsui T, Sakurai T, et al. The clinical characteristics and outcome of intraabdominal abscess in Crohn's disease. *J Gastroenterol*. 2004;39(5):441-448.
12. Nguyen DL, Sandborn WJ, Loftus EV Jr, et al. Similar outcomes of surgical and medical treatment of intra-abdominal abscesses in patients with Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10(4):400-404.
13. Jeffrey RB Jr, Federle MP, Tolentino CS. Periappendiceal inflammatory masses: CT-directed management and clinical outcome in 70 patients [published correction appears in *Radiology* 1988 Jul;168(1):286]. *Radiology*. 1988;167(1):13-16.
14. Thia KT, Mahadevan U, Feagan BG, et al. Ciprofloxacin or metronidazole for the treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(1):17-24.
15. Dewint P, Hansen BE, Verhey E, et al. Adalimumab combined with ciprofloxacin is superior to adalimumab monotherapy in perianal fistula closure in Crohn's disease: a randomised, double-blind, placebo controlled trial (ADAFI). *Gut*. 2014;63(2):292-299.
16. Marakis G, Pavlidis TE, Ballas K, Konstantinidis C, Symeonidis N, Sakantamis A. Surgical emergency for inflammatory bowel disease. *Int J Colorectal Dis*. 2007;22(1):93-94.
17. Rieder F, Zimmermann EM, Remzi FH, Sandborn WJ. Crohn's disease complicated by strictures: a systematic review. *Gut*. 2013;62(7):1072-1084.
18. Yamazaki Y, Ribeiro MB, Sachar DB, Aufses AH Jr, Greenstein AJ. Malignant colorectal strictures in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1991;86(7):882-885.
19. Bettenworth D, Gustavsson A, Atreja A, et al. A Pooled analysis of efficacy, safety, and long-term outcome of endoscopic balloon dilation therapy for patients with stricturing Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23(1):133-142.
20. Qiu Y, Mao R, Chen BL, et al. Systematic review with meta-analysis: magnetic resonance enterography vs. computed tomography enterography for evaluating disease activity in small bowel Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40(2):134-146.

21. Bickelhaupt S, Pazahr S, Chuck N, et al. Crohn's disease: small bowel motility impairment correlates with inflammatory-related markers C-reactive protein and calprotectin. *Neurogastroenterol Motil.* 2013;25(6):467-473.
22. Greenup AJ, Bressler B, Rosenfeld G. Medical imaging in small bowel Crohn's disease-computer tomography enterography, magnetic resonance enterography, and ultrasound: "which one is the best for what?". *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22(5):1246-1261.
23. Belaiche J, Louis E, D'Haens G, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in Crohn's disease: characteristics of a unique series of 34 patients. Belgian IBD Research Group. *Am J Gastroenterol.* 1999;94(8):2177-2181.
24. Cirocco WC, Reilly JC, Rusin LC. Life-threatening hemorrhage and exsanguination from Crohn's disease. Report of four cases. *Dis Colon Rectum.* 1995;38(1):85-95.
25. Kim KJ, Han BJ, Yang SK, et al. Risk factors and outcome of acute severe lower gastrointestinal bleeding in Crohn's disease. *Dig Liver Dis.* 2012;44(9):723-728.
26. Pardi DS, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, et al. Acute major gastrointestinal hemorrhage in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc.* 1999;49(2):153-157.
27. Belaiche J, Louis E. Severe lower gastrointestinal bleeding in Crohn's disease: successful control with infliximab. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(12):3210-3211.
28. Podugu A, Tandon K, Castro FJ. Crohn's disease presenting as acute gastrointestinal hemorrhage. *World J Gastroenterol.* 2016;22(16):4073-4078.
29. Alla VM, Ojili V, Gorthi J, Csordas A, Yellapu RK. Revisiting the past: intra-arterial vasopressin for severe gastrointestinal bleeding in Crohn's disease. *J Crohns Colitis.* 2010;4(4):479-482.