

## Crohn hastalığı ve EÜTF Proktoloji Bilim Dalı deneyimi

Crohn's disease and Ege University School of Medicine Proctology Department experience

Çalışkan C<sup>1</sup> Akgün E<sup>1</sup> Makay Ö<sup>2</sup> Korkut M A<sup>1</sup> Osmanoğlu H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Proktoloji Bilim Dalı, Bornova – İZMİR

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bornova – İZMİR

### Özet

**Amaç:** Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin ağızdan anüse herhangi bir segmentini tutabilen yangısal bir hastalıktır. Regional enterit veya terminal ileit olarak da bilinir. Bu çalışmada Crohn hastalığı ile ilgili deneyimlerimizi gözden geçirmeyi ve meslektaşlarımızla paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada Ocak 1994 - Ağustos 2006 tarihleri arasında kliniğimizde tedavi gören 40 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Girişim sırasındaki hastalık aktivite skorlaması için Crohn Disease Activity Index (CDAI) kullanılmıştır.

**Sonuçlar:** Hastaların 23'ü kadın 17'si erkek , yaş ortalaması 43' tû. En sık semptom karın ağrısıydı. Hastaların tanı konmasından sonraki takip süreleri ortalama 5 yıldır. En sık cerrahi girişim endikasyonu parsiyel obstrüksiyon olup, en sık hastalık lokalizasyonu ise terminal ileum ve sağ kolondur. Erken dönemde en sık görülen komplikasyon cerrahi alanda ciltaltı enfeksiyonu, geç dönemde kısmi barsak obstrüksiyonuydu. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 15 gün, ortalama takip süresi 40 aydır. Bir olgumuz mortal seyretti.

**Tartışma:** Crohn hastalığının ne tıbbi ne de cerrahi halen bilinen küratif bir tedavi yöntemi yoktur. Crohn hastalığının tedavisinde konservatif yaklaşımlar, komplikasyonlar tedavisi ve hastalık semptomlarına yönelik medikal tedavi metodları ön plana çıkmaktadır. Mümkün olduğunca cerrahi girişimlerden kaçınılması ve cerrahi tedavinin son seçenek olarak komplikasyonların tedavisinde ve acil olgularda tercih edilmesi artık günümüzde kabul görmüş bir yaklaşım biçimidir.

**Anahtar Sözcükler:** Crohn Hastalığı, striktüroplasti

### Summary

**Aim:** Crohn's disease is involvement of gastrointestinal tract from mouth to anus which characterized by inflammation. It's known as regional enteritis or terminal ileitis. Aim of this study, to look over our experience about Crohn's disease and share with our colleagues.

**Patients and Method:** We retrospectively analyzed the patients with Crohn's disease between Jan 1994-Aug 2006 and 40 patients were detected. We used Crohn Disease Activity Index (CDAI) to evaluate disease activity score before surgical management was performed.

**Results:** There were 23 female and 17 male with a mean age of 43. The most frequent symptom was abdominal pain. Mean follow-up time until surgery was five years. The most frequent indication for surgery was partial intestinal obstruction and mostly located at the terminal ileum and ascending colon. Surgical site infection and partial intestinal obstruction were observed as the most frequent complication in the early and late postoperative period, respectively. Mean followed-up time after surgical treatment was 40 months and mean hospital stay was 15 days. One case died from septic complications in the postoperative day 15.

Yazışma adresi: Cemil ÇALIŞKAN, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Proktoloji Bilim Dalı, Bornova- İZMİR  
Makalenin geliş tarihi : 29.01.2007; kabul tarihi : 22.05.2007

**Discussion:** *There has not yet been discovered a curative treatment procedure, both surgical and medical, for Crohn's disease. The appropriate management for Crohn's disease includes conservative approach, treatment of complications and medical treatment for recovering the symptoms. Currently, it is the best to avoid from the surgical treatment, it should be considered if there is detected an emergency or complication related to Crohn's disease.*

**Key Words :** *Crohn's Disease , strictureplasty*

## Giriş

Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin ağızdan anüse herhangi bir yerinde bir yada birden fazla segmentini tutabilen, transmural inflamasyonla karakterize, remisyon ve alevlenme periyodları ile seyreden, zaman zaman ekstraintestinal bulguların (artrit, üveit, ankilozan spondilit, hepatik komplikasyonlar, cilt bulguları) eşlik ettiği yangısal bir hastalıktır. Regional enterit veya terminal ileit olarak da bilinir. Makroskobik olarak aralarında normal yapıda segmentlerin bulunduğu yama tarzında hastalıklı alanlar saptanması Crohn hastalığı için tipiktir. Klinik olarak darlık ve tıkanmalara yol açan fibrostenotik tip, inflamasyonun ön planda olduğu tip ve (serbest yada kapalı) perforasyona neden olup peritonit veya fistüllere neden olan tip olarak karşımıza çıkabilir (1). Fibrostenotik tip en yaygın olanıdır. Crohn hastalığı tanısı alan hastaların yaklaşık %75'inde ince barsak tutulduğu gözlenir. Bunların da yarısında etkilenen bölge terminal ileumdur. Crohn hastalarının %12-35'inde dağıntık yerleşimli fibrotik lezyonlar görülür (1). Medikal tedavide immun sistemi baskılayıcı steroid ve steroid dışı ajanlar, salisilat türevleri ve gerekli olgularda cerrahi tedavi uygulanmakla beraber Crohn hastalığının ne tıbbi ne de cerrahi halen bilinen küratif bir tedavi yöntemi yoktur(2).

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Ocak 1994 - Ağustos 2006 tarihleri arasında cerrahi tedavi gerekliliği nedeniyle kliniğimizde tedavi gören 40 hastanın demografik verileri , semptomları , laboratuvar sonuçları , müdahale edilen zamana kadar geçen süre , preoperatif nutrisyon bulguları , uygulanan ameliyat şekli , histopatolojik tanıları , girişim sırasındaki hastalık skorları , hastalığın lokalizasyonu , hastanede yatış süresi , girişime bağlı olarak gelişen morbiditeler, girişim öncesi aldıkları medikal tedaviler ve tedavi sonrasındaki izlemleri retrospektif olarak incelenerek Crohn hastalığı ile ilgili deneyimiz değerlendirilmiştir. Girişim sırasındaki hastalık aktivite skorlaması için Crohn Disease Activity Index (CDAI) kullanılmıştır (3).

## Bulgular

Hastaların 23'ü kadın 17'si erkektir. Yaş ortalaması 43 (22-80) tür. Başvuru sırasındaki semptom ve bulgular 32 hastada karın ağrısı , 26 hastada diare, 21 hastada bulantı-kusma , 20 hastada kilo kaybı , beş hastada yüksek ateş, dört hastada apendektomi insizyonundan gaita gelmesi, bir hastada vajinadan gayta gelmesi, bir hastada idrardan gayta gelmesi idi.

Olguların girişim sırasındaki ortalama albumin değeri: 2.9 mg/dl dir. (1.8-4.3) Hastaların tanı konmasından sonraki takip süreleri ortalama 5 yıldır.(1 ay-17 yıl). 28'i ameliyat öncesi dönemde salisilat türevleri, kortikosteroid ve kortikosteroid dışı immün baskılayıcı ajanlar, somatostatin analogları, antidiareik ilaçlarla tedavi görmüşler, diğer hastalar Crohn hastalığı ile ilgili bir tedavi görmemişlerdir.

Girişim sırasında hesaplanan hastalık aktivite skorlaması 216(128-317) idi(3).

En sık cerrahi girişim nedeni 14 hastada kısmi veya tam tıkanmaydı. On hastada malignite kuşkusu, sekiz hastada medikal tedaviye yanıtızsızlık ve sekiz hastada diğer sebepler(sterkoral fistül, enterovezikal fistül, kolovajinal fistül)ameliyat nedeniydi.

Girişim öncesinde yedi hasta apendektomi , dört hasta ileokolik by-pass, dört hasta perianal fistül nedeniyle fistülotomi, üç hasta (biri iki kez olmak üzere) kısmi ince barsak rezeksiyonu, bir hasta sağ hemikolektomi ve ileum rezeksiyonu, bir hasta perianal apse nedeni ile apse drenajı, bir hasta sağ hemikolektomi, bir hasta apendektomi lojunda apse nedeni ile drenaj ameliyatı geçirmişti. Daha önce sağ hemikolektomi ve ileum rezeksiyonu uygulanan hastada kısa barsak sendromu geliştiği, hastanın beslenme bozukluğu, kilo alamama, anemi, vitamin ve eser element eksiklikleri nedeni ile zaman zaman tıbbi yardım alması gerektiği saptandı. 40 hastanın 22'si (%55) daha önce cerrahi girişim geçirmişti.

Hastalık lokalizasyonu ise anatomik dağılıma göre, 18 olguda terminal ileum ve sağ kolon (%45) , on olguda terminal ileum (%25) , iki olguda jejunum, iki olguda tüm kolon, iki olguda ileokolik anastomoz, bir olguda terminal ileum ve tüm kolon , bir olguda duodenum , bir olguda yalnızca transvers kolon , bir olguda terminal ileum ve transvers kolon , bir olguda antrum ve pilor , bir olguda ince ve kalın barsaklarda yaygın lezyonlar şeklindedir.

Hastaların 17'sine sağ hemikolektomi, onbirine kısmi ince barsak rezeksiyonu, altısına ileokolik by-pass, beşine striktüroplasti, ikisine total kolektomi, ikisine sadece stoma açılması, ikisine ileokolik anastomoz rezeksiyonu, birine pelvik apse drenajı, birine distal gastrektomi ve birine de kısmi duodenum rezeksiyonu uygulanmıştır.

Uygulanan toplam girişim sayısının hasta sayısını aşmasının nedeni bazı hastalara kombine girişimler uygulanmasından kaynaklanmaktadır.

Laparotomi uygulanan hastalardan 28'sine ameliyat materyalinden Crohn tanısı konmuştur. Sekiz hasta daha önceden histopatolojik olarak Crohn hastalığı tanısı almıştır. İki olguya klinik bulgular ile tanı konmuş, bir olguya kronik granülatöz yangı, bir olguya ise nonspesifik kronik inflamasyon tanıları konmuştur.

Hastalarda postoperatif erken dönemde komplikasyonlardan en sık görüleni cerrahi alan enfeksiyonudur. Beş hastada (%14.7) cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiştir. Bu hastaların ikisinde patojen ortaya konamazken, bir hastada Staphylococcus Aureus, bir hastada Enterococcus faecalis, bir hastada Citrobacter Freundii izole edilebilmiştir. Bir hastada postoperatif 5. günde görülen düşük debili ileokutanöz fistül konservatif tedavi ile postoperatif 15. günde kapanmıştır. Diğer komplikasyonlar olarak bir hastada nedeni ortaya konamayan yüksek ateş postoperatif 10. günden sonra spontan gerilemiştir. Bir hastada postoperatif dönemde gelişen ileus bulguları konservatif tedavi ile gerilemiş ayrıca bir hastada postoperatif dönemde gelişen interloop koleksiyon materyali bir ay içinde rezorbe olarak kaybolmuş ve invaziv bir işleme ihtiyaç duyulmamıştır.

Postoperatif geç dönemde iki hastada insizyonel herni, bir hastada perianal fistül, bir hastada Diphenoxylate HCl (Lomotil) kullanımını gerektirecek diare, üç hastada reoperasyon gerektiren brid ileus, altı hastada toplam on kez medikal tedavi almalarını gerektiren kısmi barsak obstrüksiyonu gelişmiştir. Daha önce kliniğimizde sağ hemikolektomi geçiren bir olgumuzun takibinin dördüncü yılında sağ alt kadrandaki eski dren yeri ile ileokolik anastomoz hattı arasında hastalık nüksü sonucunda sterkorale fistül gelişmiştir. Cerrahi tedavi önerisini reddeden hasta fistül gelişiminin 13. ayında fistül debisinin artması ve beslenememe nedenleriyle cerrahi tedaviyi kabullenmiş ve ileokolik anastomoz rezeksiyonu sonrası anastomoz yapılmadan Mikulicz ileokolostomi gerçekleştirilen hasta malnütrisyona sekonder septik komplikasyonlar nedeni ile postoperatif 15. günde kaybedilmiştir. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 15(6-38) gündü. Ortalama takip süresi 40 aydı (4-122 ay). Bir olgumuz mortal seyretti.

## Tartışma

Yakın bir geçmişe değin Crohn Hastalığı'nın tedavisinde etkilenen segmentin rezeksiyonu yıllarca en seçkin yöntem olarak kullanıldı(2). Günümüzde ise Crohn hastalığının tedavisinde konservatif yaklaşımlar, komplikasyonların tedavisi ve hastalık semptomlarını gidermeye yönelik medikal tedavi metodları ön plana çıkmaktadır. Mümkün olduğunca cerrahi girişimlerden kaçınılması ve cerrahi tedavinin son seçenek olarak komplikasyonların tedavisinde veya acil olgularda tercih edilmesi artık günümüzde bu hastalıkta kabul görmüş bir yaklaşım biçimidir. Cerrahi yöntemler konvansiyonel

veya laparoskopik rezeksiyon, by-pass girişimleri ya da striktüroplastidir(4).

Crohn hastalığı olan bireylerde en sık rastlanan semptom kolik şeklinde karın ağrısıdır(5). Serimizdeki 32 (%80) hastada başvuru esnasında bu semptom mevcuttur.

**Tablo 1.** Postoperatif erken ve geç dönemde gelişen komplikasyonlar

Komplikasyon (Erken)	Hasta sayısı	%
Cerrahi alan enfeksiyonu	5	%12.5
İleokutanöz fistül	1	%2.5
Yüksek ateş	1	%2.5
Postoperatif İleus	1	%2.5
İntraabdominal koleksiyon	1	%2.5
Komplikasyon (Geç)		
İnsizyonel herni	2	%5
Perianal fistül	1	%2.5
Sterkorale fistül	1	%2.5
İnatçı Diare	1	%2.5
Brid ileus (Reoperasyon gerektiren)	3	%7.5
Parsiel barsak obstrüksiyonu	5	%12.5

İkinci sıklıkta rastlanan semptom olan diare de 26 (%65) hastamızda mevcuttu ve literatür ile uyumlu idi. 20 (%50) hastada mevcut olan kilo kaybı gecikmiş cerrahi müdahaleden kaynaklanmaktadır. Bu oran literatürde bahsedilen %20-25'lik oranlardan daha yüksek izlenmektedir(1). Yine literatürde hastaların yaklaşık üçte birinde yüksek ateş saptanırken serimizde bu oran %12 dir.

Serimizde hastaların ortalama takip süresi 40(4-122) aydır. Crohn hastalığı olan kişilerin %70'i hayatlarında en az bir kez cerrahi müdahaleye maruz kalmaktadır (6). Crohn hastalığı nedeni ile müdahale edilmiş bir kişinin geçen her yıl için tekrar cerrahi müdahale geçirme ihtimali yaklaşık %8 dir.(1,7,8). 40 aylık takip periyodu içerisinde hastalarımızdan dördüne tekrar laparotomi gerekliliği doğmuştur.

Literatür incelendiğinde en sık cerrahi tedavi endikasyonu gerektiren patolojinin %25-45 olguda intestinal obstrüksiyon olduğu görülmektedir (7,8). Serimizde de en sık rastlanan cerrahi girişim nedeni 14 (%35) hasta ile intestinal obstrüksiyondur.

Crohn hastalığında uygulanan cerrahi girişimler irdelendiğinde sadece kolon tutulumu olan hastalarda segmenter kolon rezeksiyonu, sağ kolon ile beraber terminal ileumu tuttuğunda sağ hemikolektomi ile beraber terminal ileumun sınırlı rezeksiyonu yıllardır bilinen

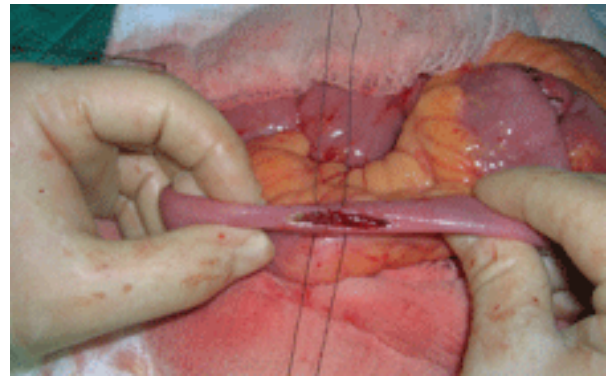
ve en sık tercih edilen yöntemler olmuştur (5). Hastalarımızın 17'sine sağ hemikolektomi ve sınırlı terminal ileum rezeksiyonu uygulanmıştır. Ancak terminal ileum dışındaki ansların tutulumu sözkonusu olduğunda seçilecek cerrahi yöntem konusunda son yıllarda tüm dünyadaki eğilim limitli rezeksiyonlar, striktüroplasti ve by-pass prosedürleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Semptomatik stenozu olan hastalarda kısıtlı uygulanan rezeksiyonun dahi kısa barsak sendromu gelişimi için risk oluşturduğu kabul edilmektedir (1). Çünkü bu hastalarda tekrar rezeksiyon yapma ihtimali mevcuttur. Nitekim bir hastamızda daha önce geçirilmiş geniş rezeksiyon sonucunda kısa barsak sendromu gelişmiştir. Bu komplikasyondan kaçınmak amacıyla 1945 yılında Crohn ve Garlock tarafından by-pass girişimlerinin tanımlaması ile konservatif cerrahi düşüncesi ortaya atılmıştır (9). Kliniğimizde opere edilen altı olguda geçirilmiş cerrahileri olması, ileri yaş ya da rezeksiyon girişimlerinin yüksek riskli olması gibi nedenlerle obstrüksiyonun ortadan kaldırılması amacıyla by-pass girişimleri tercih edilmiştir. Bu girişimin tercih edildiği hastalarda, barsaktan emilim yüzeyini azaltmamak amacıyla by-pass edilen segmentin mümkün olduğunca kısa tutulmasına gayret gösterilmiştir. Hastalıklı segmentin gereğinden fazla proksimal ve distal arasında anastomoz yaparak hadinden fazla bir barsak segmentinin kör loop halinde bırakılması aşırı bakteriyel çoğalmaya neden olmakta, folat tüketimini artırmakta ve safra tuzları ile yağda eriyen vitaminlerin emilmesinde problemler çıkarmaktadır (16).

Kısmi barsak tıkanması olan olgularda tıkanmanın konservatif girişimlerle giderilmeye çalışılması, striktüroplasti düşüncesinin temelini oluşturmuştur. İlk striktüroplasti işlemi Katariya tarafından tarif edilmiştir. Katariya striktüroplasti işlemini intestinal tüberküloz nedeniyle oluşmuş darlıklar için önermiş olsa da zamanla bu metod başka sebeplerle gelişmiş intestinal darlıklarda da kullanılmaya başlamıştır (10). Serimizde striktüroplasti uygulanan beş olgu mevcuttur. Bu olgulardan ilki terminal ileumdaki yedi cm.lik darlık nedeniyle tek planda striktüroplasti uygulanan hastadır. İkinci olgu terminal ileumda üç adet yedi cm.den kısa darlığı olan bir hastadır. Bu hastadaki üç striktüre striktüroplasti uygulanarak iki planda kapatılmıştır. Bu olguya üç ay kadar sonra brid ileus nedeni ile bridektomi yapılması gerekmiştir. Üçüncü olgunun ise jejunoileal bölgeden terminal ileuma kadar olan bölgede beş adet striktürü olup tüm striktürler iki planda kapatılan striktüroplasti ile giderilmiştir. Dördüncü olguya jejunoileal bileşkede tek striktür, beşinci olguya terminal ileumda dört striktür nedeni ile tek planda striktüroplasti uygulanmıştır (fotoğraf 1 ve 2). Enterotomi hattının tek yada iki planda kapatılması cerrahin tercihidir. Striktüroplasti için yapılan enterotominin tek kat yerine çift kat kapatılmasının lümeni daralttığını iddia eden yazarlar bulunmaktadır (9). Terminal ileumda tutulumu olan hastalarda tanıdan itibaren ilk beş yıl içinde cerrahi müdahale geçirme olasılığı yaklaşık olarak

%80'dir (8). Laparotomi yapılarak tanı konan hastalarda sonraki beş yılda reoperasyon geçirme olasılığı yaklaşık olarak %20 olarak bildirilmektedir. On yıllık takip sürecinde bu oran %35'e çıkar (11,12,13). Nüksler bir önceki ameliyattaki rezeksiyon sınırından ziyade yeni ve farklı odaklardan olmaktadır. Üç olgumuzda relaparotomi nedeni brid ileustur. Striktüroplasti uygulanan hastaların %90 ile %98'nde semptomatik olarak iyileşme sağlandığı bildirilmektedir (9,14).

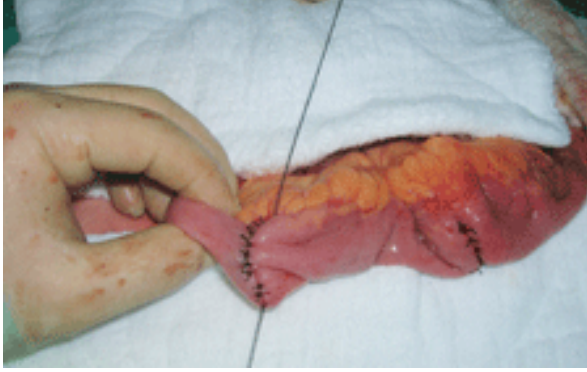
1982 yılında Papaioannou ve Lee striktüroplasti uyguladıkları Crohn hastalarında elde ettikleri sonuçları yayınladılar. 1982'den bu yana geçen yıllar içerisinde Crohn hastalarının tedavisinde kullanılan striktüroplastinin güvenli ve efektif bir yöntem olduğu artık kabul edilmektedir (15,16). Terminal ileum bölgesi için lümen çapının iki cm.den fazla olması durumunda obstrüktif semptomların oluşma olasılığı daha düşüktür. Bu nedenle iki cm.den daha dar çapa sahip bölgedeki segmenter darlık giderilmelidir (9). Malignite veya displazilerin gözden kaçırılmaması için enterotomi uygulanan alanların şüpheli olan kısımlarından kesinlikle biopsi yapılması önerilmektedir (9). Girişim sırasında yapılan enterotomiye yakın bölgedeki şüpheli bölgelerden direkt olarak veya enterotomiden geçirilen endoskop ile peroperatuar olarak biopsi alınabilir.

Striktüroplasti endikasyonları izole bir veya daha fazla kısa segmentte darlık, daha önce rezeksiyon geçirmiş veya bir defada geniş bir rezeksiyon geçirmiş olan hastalar, girişimden sonra bir yıl içerisinde tekrar striktür gelişmiş olanlar, izole ileokolik anastomoz darlığı olanlardır (16). Malignite olma olasılığı bulunan vakalar striktüroplasti için kontrendikasyon teşkil ederler. Bazı araştırmacılar abdominal sepsisi olan vakalara da striktüroplastiyi önermemektedirler (17).



**Resim 1.** Striktüroplasti için darlığın barsak eksenine paralel olarak açılması

7 cm.den kısa segmentlerin striktüroplastisinde Heineke-Mikulicz tipi, 7-15 cm uzunluğunda segmentlere yapılacak striktüroplastide ise Finney tipi striktüroplasti önerilmektedir (18). 15 cm'den daha uzun segmentlerde ise



**Resim 2.** Enterotomi hattının barsak eksenine dik olacak şekilde kapatılmış hali

Finney yöntemi veya alternatif bir girişim şekli olan 'yan yana izoperistaltik striktüroplasti' (SSIS) önerilmektedir(19).

Elektif olgularda striktüroplasti adayı olan ve özellikle daha önce rezeksiyon geçirmiş hastalarda enteroklizis ile ince barsaklar değerlendirilmelidir. Peroperatuar tüm anslar ortaya konmalı ve palpe edilmelidir, eğer tüm barsaklar net olarak ortaya konamazsa distaldeki olası darlıklar kolaylıkla gözden kaçırılabilir ve bunların proksimal kısımlarına yapılacak olan anastomoz veya striktüroplastiler anastomoz kaçığına ve yöntemin başarısızlığına neden olabilir. Serimizdeki hastalarda anastomoz veya enterotomi hattından kaçak görülmedi. Serimizde böyle bir komplikasyon gelişmemiş olması uygun cerrahi teknik kullanılması ile birlikte ortalama albumin seviyelerinin çok düşük olmayışına bağlanabilir. Postoperatif dönemde septik komplikasyonlar ile ilgili olarak %4 ile %18 arasında rakamlar bildirilmekle beraber Dietz ve ark.'nın (314 olgudaki 1124 strüktüroplasti) %5 lik septik komplikasyon oranı ortalama olarak kabul edilebilir (14,16,20). Fazio ve ark. kullanılan steroid dozunun, striktüroplasti sayısının, perforasyon varlığının, geçirilmiş veya eşzamanlı rezeksiyonun ve darlık uzunluğunun septik komplikasyonlar ile ilişkisi olmadığını, yalnızca 3mg/dL den düşük hipoalbumininin septik komplikasyonlara yol açtığını iddia etmektedirler(21). Striktüroplasti uyguladığımız beş hastanında ortalama albumin düzeyleri 3 mg/dL ve üzerindedir.

Son yıllarda dünyada laparoskopiye olan ilginin giderek artmasıyla birlikte Crohn hastalığının tedavisinde de laparoskopik yöntemler kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle ileokolik bölgenin Crohn hastalığında 'hand-assisted laparoscopic surgery' (HALS) prosedürü bazı otörler tarafından rağbet görmeye başlamıştır (22,23). HALS prosedürü uygulanan serilerin genişliğine baktığımızda yüze yakın sayıda olgu içeren yayınlar göze çarpmaktadır. Laparoskopik tekniklerin Crohn hastalarında kulla-

nımı diagnostik amaçlı girişimler, ileostomi veya kolostomi işlemleri ve rezeksiyon girişimleri olmak üzere üç başlıca kategoride incelenebilir. Laparoskopik girişimler postoperatif dönemde pulmoner fonksiyonları daha az etkilemesi, barsak faaliyetlerinin daha erken geri dönmesi, hastanede kalış süresini kısaltması, cerrahi morbiditeyi azaltması gibi faydaları öne sürülerek son yıllarda giderek artan oranlarda uygulanmaya başlamıştır. Ancak faydalarının gerçekten iddia edildiği gibi efektif olup olmadığının kanıtlanması zamana bağlı görünmektedir (23). Serimizde henüz laparoskopik girişim uygulanmış hastamız yoktur.

Ülkemiz koşullarında Crohn hastalığının tanısının ilk ameliyat sonrasında konması nadir bir durum değildir. Bununla birlikte %15 kadar olguda ameliyat materyalinden dahi tanı konamayabilir. Bu olgular 'indeterminate colitis' olarak adlandırılmaktadır. Hastalarımızdan 2'sine histolojik olarak Crohn Hastalığı tanısı konamamıştır(24).

Distal ileum tutuluğu olan hastalarda rezeksiyon neticesinde ilk 10 yıl içinde kısa barsak sendromu gelişmesi oranı %2-12 arasında bildirilmektedir (25,26). Serimizde sadece bir hastada bize başvurusundan önce geçirdiği cerrahi girişim nedeniyle bu komplikasyonun geliştiği izlenmektedir.

Striktüroplastilerin sadece %2-4'ünde restenoz görülür(14). Yamamoto ve ark.' göre operasyon öncesi kullanılan steroid dozu, cinsiyet, geçirilmiş rezeksiyonlar, beslenme durumu, sigara alışkanlığı, semptomların süresi, eşzamanlı barsak rezeksiyonu uygulanması, intraabdominal sepsisin varlığı, striktürlerin sayısı yeri ve uzunluğu rekürrensi ve septik komplikasyonları etkilememektedir. Yazara göre striktüroplasti sonrası rekürrens için tekrar opere olma gerekliliğini artıran tek faktör hastanın ilk ameliyatını 37 yaşın altında olmasıdır(27). Serimizde striktüroplasti uygulanan tüm hastalar 37 yaşın üzerindedir.

Sonuç olarak Crohn hastalığında halen küratif bir tedavi yöntemi yoktur. Crohn hastalığı nedeni ile takip edilen hastalarda en sık gelişen cerrahi tedavi endikasyonu parsiyel barsak obstrüksiyonudur. Hastalığın lokalizasyonuna, şiddetine, hastanın yaşına, genel durumuna, daha önce geçirdiği müdahalelere göre değişebilmekle beraber sıklıkla seçilen cerrahi tedavi yöntemi sınırlı intestinal rezeksiyondur. Kolon tutulumu olan olgular stomalı veya stomasız segmenter kolon rezeksiyonları, subtotal kolektomi, total kolektomi, proktokolektomi ile tedavi edilir. Ancak özellikle multipl tutulum gösteren ince barsak lokalizasyonlu olgularda tercih edilecek yöntem daha dikkatli seçilmelidir. Striktüroplasti seçeneği uygun olgularda kullanılarak gereksiz rezeksiyonlardan kaçınılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Dietz D, Lauretti S, Strong SA et al. Safety and long-term efficacy of strictureplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. *J Am Coll Surg* 2001; 192:330-7.
2. Devociođlu S, Savařan MK, Kaya M. Granüematöz Kolit. Sayek I. Temel Cerrahi. Güneř Kitabevi-Ankara 2. baskı 1996;1118-23
3. Best WR, Becketl JM, Singleton JW et al. Development of a Crohn's disease activity index. *Gastroenterology* 1979;77:829-42
4. Wolff BG. Surgery for distal small bowel, colonic and anorectal Crohn's disease. *Surgery of the alimentary tract. W B Saunders Co. 2002 Fifth Edition Vol 4 Chapter 9 pp 105-116.*
5. Evers BM, Townsend Jr CM, Thompson JC. Small Intestine. Schwartz SI. *Principles of Surgery. McGraw-Hill Co. Seventh Edition. 1999;pp1217-63.*
6. Milsom JW. Laparoscopic surgery in the treatment of Crohn's disease. *Surg. Clin N Am* 85(2005) 25-34.
7. Sachar DB. Maintenance strategies in Crohn's disease. *Hosp Pract* 1996; 1599-606.
8. Farmer RG, Whelan G , Fazio VW. Long-term follow-up patients with Chron's disease: relationship between clinical pattern and prognosis. *Gastroentrolgy* 1985; 88:1818-25.
9. Keighley MRB. Surgical treatment of small bowel Crohn's disease. Keighley MRB. *Surgery of the anus, rectum and colon.W B Saunders. 1993, 1710-1756.*
10. Katariya RN, Rao PG, Rao PL. Strictureplasty for tuercular strictures of the gastritestinal tract. *Br J Surg* 1977; 64:496.
11. Michelassi F, Balestracci T, Chappell R, et al. Primary and reccurent Crohn's disease: Experience with 1379 patients *Ann Surg* 1991; 3:230-8.
12. Williams JG, Wong WD, Rothenberger, et al. Reccurence of Crohn's disease after resection. *Br J Surg* 1991; 78:10-9.
13. Nordgren SR, Fasth SB, Oreslan TO, et al. Long term follow-up in Crohn's disease. Mortality, morbidity and functional status. *Scan J Gastroenterol* 1994; 29:1122-8.
14. Akyüz A. Bilsel Y. Crohn Hastalığı. Alemdarođlu K. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. 1. baskı İstanbul , Ajans Plaza Tanıtım ve İletişim Hizm.Ltd. Şti. 2003, 621-644.*
15. Ozuner G, Fazio VW, Lavery IC et al. How safe is strictureplasty in the management of Crohn's disease. *Am J Surg* 1996; 171:57-61.
16. Hurst RD, Michelassi F. Strictureplasty for Crohn's disease techniques and long term results. *World J Surg* 1998; 22:359-63.
17. Milsom JW. Strictureplasty and mechanical dilatation in strictured Crohn's disease. In Michelassi F, Milsom JW, eds. *Operative strategies in inflammatory bowel disease. New York:Springer Verlag; 1999: 259-267.*
18. Hurst RD. Management of small bowel Crohn's disease. *Prob Gen Surg* 1999; 16: 58.
19. Michelassi F. Side-to-side isoperistaltic strictureplasty for multipl Crohn's stricture. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:345-9.
20. Spencer MP, Nelson H, Wolff BG. Strictureplasty for obstructive Crohn's disease: the Mayo experience. *Mayo Clin Proc* 1994; 69:33-6.
21. Fazio VW, Tijandra JJ, Lavery IC, et al. Long-term follow-up of strictureplasties in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:355-61.
22. Evans J, Poritz L, mcRae H. Influence of experience on laparoscopic ileocolic resection for Crohn's disease.*Dis Colon Rectum* 2002;45:1595-600
23. Ogunbiyi OA, Fleshman JW. Place of laparoscopic surgery in Crohn's disease. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1998;12:157-65
24. Cohen Z, Sabo G, McLoad RS. *Inflammatory Bowel Disease. Surgery of the alimentary tract. W B Saunders Co. 2002 Fifth Edition Vol 4 Chapter 7 pp 66-83*
25. Andreas HA, Keighley MR, Alexander-Williams J, et al. Strategy for management of distal ileal Crohn's disease. *Br J Surg* 1991; 78:679-82.
26. Hellers G. Crohn's disease in Stockholm county. *Acta Chir Scan* 1979; 490:31-69.
27. Yamamoto T, Keighley MRB. Factors effecting the incidence of postoperative septic complications and recurrence after strictureplasty for jejunoileal disease.*Am J Surg* 1999;178:240-45