

Crohn Hastalığında Striktüroplasti: Altı Olgu Sunumu

Strictureplasty in Crohn's Disease: Report of Six Cases

CEMİL ÇALIŞKAN, ERHAN AKGÜN, MUSTAFA A. KORKUT
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Proktoloji Bilim Dalı, İzmir

ÖZET

Amaç: Crohn Hastalığı gastrointestinal sistemin transmural inflamasyon ve düzelme-alevlenme periyodları ile karakterize bir çeşit yangısal hastalığıdır. Striktüroplasti özellikle geniş yada multipl tutulumu olan uygun hastalarda rezeksiyon yapmadan tıkanıklığı gidermek için alternatif bir cerrahi metodudur.

Yöntem: Bu yazıda semptomatik tıkanma nedeni ile cerrahi tedavi gerektiren altı vakayı sunmakta ve tıkanma oluşturmuş hastalığın tedavisi için kullanılan striktüroplasti sonuçlarını tartışmaktayız.

Bulgular: Toplam 6 hastaya toplam 17 adet striktüroplasti uygulandı. Erken cerrahi komplikasyon ya da takip periodunda Crohn'a sekonder tıkanma gözlenmedi.

Sonuç: Crohn hastalığı cerrahisinde striktüroplasti bu vaka serisi çerçevesinde de etkin ve güvenilir bir yöntem olarak ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Crohn Hastalığı, Tıkanma, Rezeksiyon, Striktüroplasti

ABSTRACT

Purpose: Crohn's disease is a kind of inflammatory disease of gastrointestinal system which is characterized by the transmural inflammation and remission-exacerbation periods. Strictureplasty is an alternative surgical method to treat obstruction without resection in appropriate patients such as wide or multipl jejunoileal disease.

Methods: We here present six cases for whom strictureplasty was performed due to symptomatic obstruction.

Results: A total of 17 strictureplasties were performed in 6 cases. No operative complications or recurrent obstruction due to Crohn's disease were noted during follow-up.

Conclusion: Our limited data support the safety and efficacy of strictureplasty in Crohn's disease.

Key words: Crohn's Disease, Obstruction, Resection, Strictureplasty

Giriş

Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin, transmural inflamasyonla karakterize, remisyon ve alevlenme periyodları ile seyreden yangısal hastalıdır. Makroskopik olarak aralarında normal segmentlerin bulunduğu hastalıklı alanlar saptanması tipiktir. Klinik olarak tıkanmalara yol açan fibrostenotik tip en yaygın olanıdır. Hastaların yarısından fazlasında etkilenen bölge terminal ileumdur. Crohn hastalarının %12-35'inde dağınık yerleşimli fibrotik lezyonlar görülür.¹

Hastalar ve Yöntemler

Bu çalışmada 1994-2005 tarihleri arasında 17 Heinecke-Mikulicz tarzı striktüroplasti uygulanan 6 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Başvuru sırasındaki

semptom ve bulgular tüm hastalarda kolik vasıflı karın ağrısı, zaman zaman diare, bulantı-kusma ve kilo kaybı şeklinde olup, tüm hastalarda cerrahi girişim endikasyonu parsiyel intestinal obstrüksiyondur. Yaşları 35 ile 48 arasında değişen hastaların biri hariç tamamı kadındır.

Bulgular

1-6 senelik takip periyodunda bir hastaya üçüncü ayda brid ileus nedeni ile bridektomi yapılması gerekmiştir. İki hastada ise oluşan rekürrent obstrüksiyon tablosu medikal tedavi ile giderilmiştir. Takip periyodunda hastaların tamamında semptomatik iyileşme sağlanmıştır. Hastalar ile ilgili demografik veriler tablo 1 de görülebilir. Hiçbir vakada major erken cerrahi komplikasyon gelişmemiştir.

Tablo 1. Demografik veriler, operasyon bilgileri ve takip sonuçları

Yaş	Cins	Lokalizasyon	Enterotomi Kapatılması	Striktüroplasti Sayısı	Komplikasyon	Takip Süresi	
1	35	K	İleum	Çift	1	-	4 yıl
2	36	E	İleum	Çift	3	3. ayda Bridektomi	4 yıl
3	56	K	Jejunioileal	Çift	5	Parsiyel Barsak Obst. - Medikal Tedavi	6 yıl
4	42	K	Jejunioileal	Tek	1	Parsiyel Barsak Obst. - Medikal Tedavi	3 yıl
5	48	K	İleum	Tek	4	-	2 yıl
6	45	K	Jejunioileal	Tek	3	-	1 yıl

İrdeleme

Günümüzde Crohn hastalığının tedavisinde mümkün olduğunca cerrahi girişimlerden kaçınılması ve cerrahinin ancak komplikasyonların tedavisinde kullanılması bu hastalık için kabul görmüş bir yönetim biçimidir.² Cerrahi yöntemler olarak rezeksiyon, by-pass ve striktüroplasti uygulamaları kullanılmaktadır.³ Nüks ve rerezeksiyon ihtimali nedeniyle semptomatik stenoza olan hastalarda kısıtlı rezeksiyonun dahi kısa barsak sendromu gelişimi için risk oluşturduğu kabul edilmektedir.⁴ Crohn hastalığı olan kişilerin %70-90'ı hayatlarında en az bir kez cerrahi geçirmektedir.⁵ En sık cerrahi tedavi endikasyonu intestinal obstrüksiyondur. Ameliyat olmuş bir kişinin geçen her yıl için tekrar cerrahi müdahale geçirme ihtimali yaklaşık %8'dir.⁶ Terminal ileumda tutulumu olan hastalarda tanıdan

itibaren ilk beş yıl içinde cerrahi müdahale geçirme olasılığı yaklaşık olarak %80'dir.⁶ Distal ileum tutuluğu olan hastalarda rezeksiyon(lar) neticesinde ilk 10 yıl içinde kısa barsak sendromu gelişmesi riski %2-12 arasında bildirilmektedir.⁵

Obstrüksiyonun emilim yüzeyini azaltan rezeksiyon ve by-pass prosedürleri yerine daha konservatif girişimlerle giderilmeye çalışılması, striktüroplasti düşüncesinin temelini oluşturur. İlk striktüroplasti işlemi Katariya tarafından intestinal tüberküloz nedeniyle oluşmuş darlıklar için önerilmiştir.⁸ 1982 yılında Papaioannou ve Lee'nin striktüroplasti sonuçlarını yayınlamalarından bu yana geçen yıllar içerisinde Crohn hastalarının tedavisinde kullanılan striktüroplastinin güvenli ve efektif bir yöntem olduğu artık kabul edilmektedir.⁹

Striktüroplastilerin sadece %2-4'ünde restenoz görülür. Nüksler bir önceki ameliyatta müdahale edilen sahadan ziyade yeni odaklardan olmaktadır. Striktüroplasti uygulanan hastaların %90 ile %98'inde semptomatik olarak iyileşme sağlanır.¹⁰ Striktüroplasti endikasyonları kısa segmentte darlık, geçirilmiş rezeksiyon(lar), 1 yıl içerisinde tekrar striktür gelişmiş olanlar, izole anastomoz darlığı olanlardır. Malignite olasılığı striktüroplasti için kontrendikasyondur. Malignitenin gözden kaçırılmaması için şüphe halinde enterotomi hattından biopsi yapılmalıdır.⁴ Bazı araştırmacılar abdominal sepsisi olan vakalara da striktüroplastiyi önermemektedirler.¹¹ 7 cm den kısa segmentlere Heineke-Mikulicz, 7-15 cm uzunluğundakilere Finney tipi striktüroplasti, 15 cm'den daha uzun segmentlerde ise Finney veya yan yana izoperistaltik striktüroplasti önerilmektedir.¹² Terminal ileum bölgesi için lümen çapının 2 cm'den fazla olması durumunda obstrüktif semptomların oluşma olasılığı daha düşüktür. Bu nedenle 2 cm'den daha dar çapa sahip bölgedeki segmenter darlıklar giderilmelidir. Ameliyat sırasında tüm barsak ansları ortaya konmalıdır yoksa distaldeki olası darlıklar gözden kaçırılabilir ve bunların proksimal kısımlarına yapılacak olan striktüroplastiler anastomoz kaçağına neden olabilir. Postoperatif dönemdeki septik komplikasyonlar %5 civarındadır.¹ 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.¹³ 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.¹⁴ Enterotomi hattının tek yada iki planda kapatılması cerrahın tercihidir. Çift-kat kapatmanın lümeni daralttığını iddia edenler bulunmaktadır.⁴

Crohn Hastalığı'nda halen bilinen küratif bir tedavi yöntemi yoktur. En sık cerrahi tedavi endikasyonu parsiyel barsak obstrüksiyonudur. Özellikle multipl tutulum gösteren ince barsak lokalizasyonlu vakalarda rezeksiyon ihtimali unutulmamalı, striktüroplasti seçeneği uygun vakalarda kullanılarak gereksiz rezeksiyonlardan kaçınılmalıdır. Bu vaka serimizde de uygulanan toplam 17 striktüroplasti etkin ve komplikasyonlardan arı olarak sonuçlanmıştır ve bu yöntemin etkinliği ve güvenilirliğini destekler özelliktedir.



Resim 1. İntestinal Crohn'un gros görünümü.



Resim 2. Striktüroplasti.

Kaynaklar

1. Dietz D, Lauretti S, Strong SA, *et al.* Safety and long-term efficacy of stricturoplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. *J Am Coll Surg* 2001;192:330-7.
2. Devocioğlu S, Savaşan MK, Kaya M. Granülomatöz Kolit. Sayek I. Temel Cerrahi. Güneş Kitabevi Ankara 2. baskı; 1118-23.
3. Wolff BG. Surgery for distal small bowel, colonic and anorectal Crohn's disease. *Surgery of the alimentary tract.* W B Saunders Co. 2002; 5th Edition, Vol 4: pp 105-116
4. Keighley MRB. Surgical treatment of small bowel Crohn's disease. Keighley MRB. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon.* W B Saunders. 1993;1710-56.
5. Milsom JW. Laparoscopic surgery in the treatment of Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2005;85:25-34.
6. Farmer RG, Whelan G, Fazio VW. Long-term follow-up patients with Crohn's disease: relationship between clinical pattern and prognosis. *Gastroenterology* 1985;88:1818-25.
7. 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.
8. Katariya RN, Rao PG, Rao PL. Stricturoplasty for tubercular strictures of the gastrointestinal tract. *Br J Surg* 1977;64:496.
9. Hurst RD, Michelassi F. Stricturoplasty for Crohn's disease: techniques and long term results. *World J Surg* 1998;22:359-63.
10. Akyüz A, Bilsel Y. Crohn Hastalığı. Alemdaroğlu K. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları.* 1. baskı, İstanbul, Ajans Plaza Tanıtım ve İletişim Hizm.Ltd. Şti. 2003, 621-644.
11. Milsom JW. Stricturoplasty 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.
12. Michelassi F. Side-to-side isoperistaltic stricturoplasty for multiple Crohn's stricture. *Dis Colon Rectum* 1996;39:345-9.
13. Fazio VW, Tijandra JJ, Lavery IC, *et al.* Long-term follow-up of stricturoplasties in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1993;36:355-61.
14. Yamamoto T, Keighley MRB. Factors effecting the incidence of postoperative septic complications and recurrence after stricturoplasty for jejunoileal disease. *Am J Surg* 1999;178:240-45.