

Crohn Hastalığı: Hasta Eğitimi

1. Giriş
2. Crohn Hastalığı Nedir
3. Crohn Hastalığının Tipleri
4. Ülseratif Kolit ile Crohn Arasındaki Farklar
5. Crohn Hastalığının Semptomları (Belirtileri)
6. Crohn Hastalığının Nedenleri
7. Crohn Hastalığının Tanısı
8. Crohn Hastalığının Tedavisi ve Kullanılan İlaçlar
9. Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi
10. Crohn Hastalığı ve Yaşam Tarzı
11. Crohn Hastalığında Diyet
12. Crohn Hastalığının Komplikasyonları
13. Crohn Hastalığı İle Yaşamak
14. Crohn Hastalığı ve Kanser
15. Gebelik ve Crohn Hastalığı
16. Doğum, Lohusalık ve Doğum Sonrası Dönem

1. Giriş

Crohn hastalığı, sindirim sistemini etkileyen kronik bir durumdur, nedeni bilinmemektedir. En yaygın semptomları *diyare, karın ağrısı* ve *kilo kaybıdır*. Bazı hastalarda ayrıca ateş, deri döküntüsü, eklem ağrısı, göz kızarıklığı ve daha seyrek olarak karaciğer-safra yolları sorunları dahil olmak üzere sindirim sistemi dışında da sorunlar olabilir.

Crohn hastalığında tedavi hastalığı ortadan kaldırmaya yönelik değil, semptomları ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik olarak planlanır. Bu süreçte bazen (ve de gerektiğinde) ameliyat yapılabilir.

2. Crohn Hastalığı Nedir?

Crohn hastalığı, ağızdan anüse kadar tüm sindirim kanalını (en çok da ince bağırsağın son bölümünü) etkileyen otoimmün bir hastalıktır. Crohn hastalığı olan hastalarda bağırsak iltihaplanır, bunun sonucu olarak da ishal, karın ağrısı ve kronik yorgunluk ortaya çıkar.

Crohn hastalığı, ülseratif kolit ile birlikte inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) olarak kabul edilir. (İnflamatuvar barsak hastalığı, irritable bağırsak sendromu -İBS- ile karıştırılmamalıdır). Enflamatuvar süreç kontrol edilmediğinde, kronik inflamasyona, bağırsak duvarlarının kalınlaşmasına, ülserlere, delinmelere (fistüllere) ve bunların sonucu olarak da ciddi belirtilere yol açabilir.

Crohn hastalığı en sık ince bağırsağın son kısmını (terminal ileum) etkilese de, ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin (Gİ) herhangi bir bölümünü tutabilir. Ayrıca gözler, cilt ve eklemler dahil olmak üzere Gİ sistem dışında da semptomlara neden olabilir.

Crohn hastalığının tedavisinde temel amaç klinik olarak iyileşme (semptomsuzluk) sağlamaktır. Bunun yanı sıra endoskopik iyileşme sağlamak, olası komplikasyonları, cerrahi gereksinimleri ve dolayısıyla hastaneye yatışın azaltılması da hedefler arasındadır.

Crohn hastalığının nedeni bilinmemektedir. Crohn hastalığına sahip aile bireylerinin bulunması Crohn gelişimi için bir risk faktörüdür (**genetik faktör**). Söz konusu kalıtsal riske sahip kişi bir tetikleyiciye (mikroorganizma, enfeksiyon, ilaç, stres vb gibi) maruz kaldığında, bağışıklık sistemi bu durumdan etkilenerek hastalığı aktif (belirgin/tanınır) hale getirebilir.

Hastalık genel olarak 3 formda (tıpte) karşımıza çıkar:

1. İltihabın (ülserlerin) hakim olduğu form (**non-penetran, non-striktüran**)
2. İltihaplanmadan daha çok daralma ile seyreden form (**striktüran**)
3. Derin ülserler sonrası delinen bağırsağın farklı yerlere içeriğinin akması ile seyreden **fistülizan** form. Fistüller çoğunlukla anal kanal çevresinde, bağırsağın başka bir bölümünde veya karın duvarında meydana gelir.

Hastalığın seyri— Crohn hastalığı tipik olarak tekrarlayan alevlenme döngüsünü (durumun kötüleştiği ve semptomların mevcut olduğu dönem) ve ardından remisyon dönemlerini (iltihabın kontrol altına alındığı ve semptomların olmadığı dönem) takip eder.

Alevlenmeler genellikle haftalar ila aylar sürer, ishal ve kramp şeklinde karın ağrıları görülmeye başlar. Daha seyrek olarak şiddetli semptomlar ortaya çıkabilir (şiddetli karın ağrısı ve bağırsaklarda tıkanıklık gibi). İlk alevlenmeden sonra hastaların %10-20'si uzun süreli remisyona (iyileşme dönemine) girerken, diğerlerinde hastalık ataklar halinde devam eder.

Remisyonda olan hastanın yeniden hastalığını alevlenme göstermesinde birçok faktör rol oynayabilir. Bunlar bazen tek başına, bazen de birlikte etkili olurlar. Bu faktörler:

- a) Sigara
- b) Tedavinin aksatılması, ilaçların düzenli alınmaması
- c) Tedavi altında düzenli takiplerin yapılmaması (bazen ilaçların düzenli alınmasına rağmen etkileri azalır, düzenli kontrollerde bu durum erkenden saptanarak tedavi değişikliği yapılır)
- d) Araya giren enfeksiyonlar
- e) İlaçlar (özellikle uzun süreli kullanılan antibiyotikler, aspirin benzeri ağrı kesiciler)
- f) Stres

Başlangıçta da ifade edildiği gibi sürdürülen tedavinin temel amacı aktif hastalığı ortadan kaldırarak (**remisyona girme**) bunu sürdürmeyi sağlamaya (**remisyonda kalma**) yöneliktir.

Tutulum Yerine Göre Crohn Hastalığı (Crohn Hastalığının Tipleri)

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar tüm sindirim kanalını tutabilir ve tutulum yerine bağlı olmak üzere de semptomlar hastadan hastaya değişiklik gösterir.

a) İleokolit

Crohn hastalığının **en sık** görülen formunu oluşturur. "Terminal ileum" olarak bilinen ince bağırsağın son kısmı ile kalın bağırsağın (kolon) tutulduğu formdur. Bu hastalardaki semptomlar:

- Diare ve kramplar
- Karın (özellikle sağ alt kadranda) ağrısı
- Ciddi kilo kaybı

b) İleit

Sadece ileumu (ince bağırsak) etkileyen formdur. Bu hastalarda görülen semptomlar:

- İleokolitte görülenlere benzer belirtiler
- Şiddetli olgularda sağ alt karanda apse veya fistüller izlenebilir

c) Gastroduodenal Crohn Hastalığı

Bu grup hastada mide ve ince bağırsağın ilk kısmı (on iki parmak bağırsağı-duodenum) tutulmuştur. Hastalarda görülen semptomlar:

- Bulantı
- Kusma
- İştahsızlık
- Kilo kaybı

d) Jejunoileit

Üst ince bağırsaklarda yama tarzında inflamasyonla (tutulumla) karakterizedir. Hastalarda görülen semptomlar:

- Yemek sonrası daha da belirgin olan karın ağrısı, kramp
- Diare
- Enflamasyonu uzun süre devam eden hastalarda fistül oluşumu

e) Crohn (Granulomatöz) Koliti

Bu grup hastada sadece kalın bağırsaklar etkilenmiştir. Hastalarda izlenen semptomlar:

- Diare
- Rektal kanama
- Anüs etrafında hastalığı olanlarda apse, fistül görülebilir
- Bu gruptaki hastalarda cilt lezyonları ve eklem ağrıları diğerlerine göre daha fazladır

3. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı Arasında Farklar

ÜK ve CH, İBH olarak adlandırılırlar. Bazı ortak semptomlara sahip olsalar da farklı hastalıklardır ve sindirim kanalında farklı yerleri tutarlar (etkilerler).

Crohn hastalığı

- Ağızdan anüse kadar tüm sindirim kanalını tutabilir.
- Enflamasyon bağırsak duvarının tüm katmanlarını etkiler.

Ülseratif kolit

- Sadece kolon ve rektum tutulmuştur.
- Enflamasyon kalın bağırsağın sadece yüzeyinde sınırlıdır (tam kat tutulmamıştır).

ÜK ve CH, İBH olarak adlandırılırlar. Bazı ortak semptomlara sahip olsalar da farklı hastalıklardır ve sindirim kanalında farklı yerleri tutarlar (etkilerler).

	Crohn Hastalığı	Ülseratif Kolit
Lokalizasyon	Ağızdan anüse kadar tüm sindirim kanalı	Rektumdan başlayarak çekuma kadar
Tutulmuş şekli	Tam kat ve atlamalı	Mukoza ve submukoza,
Kolonoskopik bulgular	Atlamalı olarak tutulum, kaldırım taşı, striktür	Sürekli, kesintisiz inflamasyon, psödopolip
Anemi (kansızlık)	+	++
Karın ağrısı	++	+
Rektal kanama	+	++
Kolon kanseri riski	++	++++

4. Crohn Hastalığının Semptomları (Belirtileri)

Crohn hastalığının en yaygın (en sık) semptomları gastrointestinal sistemle (GİS) ilgilidir.

Bunlar:

- Karın ağrısı
- Diare
- Yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı

- Anal ağrı, anal problemler - Crohn hastalığı anüs çevresindeki bölgede sorunlara neden olabilir. En yaygın sorunlar arasında çatlaklar (fissür), ülserler, fistüller (bağırsak ve diğer organlar arasında bir tünel), enfekte cilt bölgeleri ve stenoz (anüsün daralması) bulunur. Bu sorunlar tek başına veya kombinasyon halinde ortaya çıkabilir. Anal sorunlar bazen (nadiren) tedavi olmaksızın kendi kendine iyileşir. Çoğu durumda ilaç tedavisi veya ameliyat gerekir. Günde birkaç kez ılık suda oturmak ve anal bölgeyi nazikçe temizlemek iyileşmeyi hızlandırmaya yardımcı olabilir.
- Kanlı dışkılama
- Ateş
- Konstipasyon
- Oral aftlar (ağız yaraları) - Ağız yaraları ("aftöz stomatit" olarak adlandırılır) Crohn hastalığının alevlenmeleri sırasında gelişebilir. Genellikle diş etleri ve alt dudak arasında veya dilin yanlarında veya alt tarafında bulunurlar. Ağız yaraları genellikle ağrılıdır. Sindirim sistemini tedavi etmek için kullanılan ilaçlar genellikle ağız yaralarının tedavisine de yardımcı olur.
- Rektumda ağrı, akıntı ve kanama

Barsak Dışı Belirtiler

Şiddetli olgularda ayrıca aşağıdaki belirtiler de görülebilir. Bu belirtiler hastaların bazılarında sindirim sistemi ile ilgili belirtilerden daha önce ortaya çıkabilir.

- **Artrit** – Periferik eklem dediğimiz el, diz, dirsek gibi eklemlerde görülen artritler sıklıkla hastalığın alevlenme dönemlerinde görülür ve hastalığın aktifliğinin geçmesi ile de düzelir. Diğer etkilenebilen eklemler ise bel eklemleridir (aksiyal eklemler olarak adlandırılır). Bunlardaki iltihaplanma ise hastalığın aktif olması ile ilişkili değildir (ankilozan spondilit, sakroileit gibi).
- Çocuklarda pubertede gecikme, **gelişme geriliği**.
- **Göz tutulumu** - Göz iltihabı (üveit veya sklerit olarak adlandırılır), Crohn hastalığı olan kişilerin %5 kadarında görülür. Bu sorunlar bir veya iki gözü etkileyebilir. Üveit belirtileri arasında görüşte "uçma", göz ağrısı, bulanık görme ve ışığa duyarlılık yer alır. Sklerit, etkilenen gözün yanmasına veya kaşınmasına neden olabilir. Tedavi genellikle göz damlalarını içerir.
- Deri tutulumu (*eritema nodozum* ve *pyoderma gangrenozum*)

- **Karaciğer inflamasyonu** – Karaciğerde yağlanma görülebilir. Ayrıca kullanılan ilaçlara bağlı karaciğer bozukluğu ortaya çıkabilir.
- Safra kesesi ve safra yollarında inflamasyon – Crohn hastalarında safra kesesinde taş görülme sıklığı normal topluma göre 2-2.5 kat artmıştır. Ülseratif kolitte daha fazla olmak üzere Crohn hastalığında da normal topluma göre daha fazla oranda **“Primer Sklerozan Kolanjit”** görülebilir.
- Gece terlemesi
- Kadınlarda menstrual siklus değişiklikleri

5. Crohn Hastalığının Nedenleri & Risk Faktörleri

Crohn hastalığının kesin nedeni bilinmemektedir. Bununla beraber çevresel faktörlerin tetiklediği bağışıklık sisteminde meydana gelen bozukluk sonrası ortaya çıktığı düşünülmektedir. Erkek ve kadınları eşit sıklıkta etkiler ve en sık 15-35 yaşları arasında ortaya çıkar.

Mevcut veriler, Crohn hastalığının gelişiminde genetik yatkınlık ile çevresel faktörler arasında bir etkileşim olduğunu göstermektedir. Riski artıran genetik lokuslar tespit edilmiştir. Örneğin, NOD2 geni için homozigotluk, Crohn hastalığı geliştirme riskinin 20 ila 40 kat arttığını göstermiştir. Artan riskle ilişkili çevresel faktörler arasında sigara, oral kontraseptif kullanımı, antibiyotik kullanımı, nonsteroid anti-inflamatuar ilaçların düzenli kullanımı ve kentsel ortam bulunmaktadır. Düşük risk ile ilişkili faktörler arasında evcil hayvanlara ve çiftlik hayvanlarına maruz kalma, ikiden fazla kardeşe sahip olma, yüksek lif alımı, meyve tüketimi ve fiziksel aktivite sayılabilir. Aşılar, Crohn hastalığının gelişimi ile ilişkilendirilmemiştir.

Diğer yandan CH olan birçok kişinin CH'na ait aile öyküsü yoktur. Ailede Crohn öyküsü olması, onun gelişeceği anlamına da gelmez.

Crohn bulaşıcı bir hastalık değildir, yenilen veya içilen herhangi bir şeyden kaynaklanmaz. Keza stresten de kaynaklanmaz, ancak stres alevlenmeleri tetikleyebilir.

6. Crohn Hastalığının Tanısı

Hastalığın tanısı klinik belirti ve bulgulara bakılarak konulamaz. Zira hastalıkta görülen semptomlar Crohn dışında farklı hastalıklarda da görülebilir. Bu nedenle hastalığın olabileceğinden şüphe edilen, hastalığın olduğu düşünülen hastalarda tetkikler yapılmalıdır. Bu testler:

Kan ve Dışkı Testleri - Önemli ipuçları verebilir:

- Kan testlerinde anemi, vitamin ve mineral eksiklikleri, enfeksiyon ve enflamasyon bulguları saptanabilir.
- Dışkı testleri ile patojenik bakteri ve inflamasyonun varlığına ait belirteçlere bakılabilir.

Görüntüleme Testleri - Hastalığın tanısından ziyade olası diğer hastalıkları ve komplikasyonları ortaya koymak için yapılabilir. Bunlar:

- **Kapsül Endoskopi** – Bir vitamin kapsülüne benzeyen ve ağızdan yutularak yapılan bu işlemde, küçük bir kablosuz kamera sindirim sisteminden geçerek fotoğraf çeker. Kapsül sindirim sisteminde ilerlerken, bele takılan bir kayıt cihazına binlerce görüntü iletilir. Daha sonra görüntülerde Crohn hastalığına ait bulgular aranır. Bu sistemde parça alma (biyopsi) şansı yoktur. Ayrıca bağırsak tıkanıklığı şüphesi olan veya düşünülen hastalara uygulanmamalıdır.
- **BT** – Aynı anda farklı açılardan fotoğraf çeken ve bağırsağın enine kesit bir resmini oluşturan özel bir röntgen türüdür. Bilgisayarlı tomografi (BT) taraması, sadece Crohn hastalığının yeri ve kapsamını belirlemeye yardımcı olmakla kalmaz, yanı sıra bağırsağın çevresindeki dokuları da inceleme fırsatı sunar.
- **Endoskopi** – Gİ kanalın içini görüntülemek için kullanılan ucunda kameranın bulunduğu uzun esnek bir tüptür. Sigmoidoskopi kalın bağırsağın alt kısmını incelerken, kolonoskopi tüm kalın bağırsağı ve de ince bağırsağın son kısmını inceleme olanağı sağlar. Bu sistemle daha ileri testler için küçük doku örnekleri (biyopsiler) alınabilir. Küçük iltihaplı doku demetleri (granülomlar) varsa, bir Crohn teşhisinin doğrulanmasına yardımcı olabilir. Bu sistemle görülemeyen ve klinik olarak ciddi oranda hastalıktan şüphe edilen veya görüntülemede ince bağırsak düzeyinde patolojik bulgu saptanan hastalara **enteroskopi** işlemi

yapılabilir. İlk tanıda gerekli olan kolonoskopik inceleme, takiplerde de gerektiğinde tekrar yapılabilir. Özetle aşağıdaki durumlarda kolonoskopik işlem yapılmalıdır:

- Yakınmalarından (belirtilerinden) inflamatuvar bağırsak hastalığı şüphesi olan hastalar (ilk tanı).
- Laboratuvar ve radyolojik incelemeler sonrası inflamatuvar bağırsak hastalığı şüphesi olan hastalar.
- İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı ile tedavi almakta olan hastanın tedaviye cevapsızlığının nedenlerinin belirlenmesi ve yeni tedavi planlaması amacıyla.
- Gebelik düşünen kadın İBH hastasının remisyonda olduğunun belirlenmesi amacıyla.
- Kolon kanser taraması amacıyla (ilk tanıdan 8 yıl sonra).
- **Lökosit Sintigrafisi**– Bu test, Gİ kanalında ne kadar iltihaplanma olduğunu belirlemek için kullanılır. Enflamasyon bölgesinde toplanan beyaz kan hücrelerini izler.
- **MR** – Bağırsağın ve çevresindeki doku ve organların ayrıntılı görüntülerini oluşturmak için güçlü kullanılır. Bilgisayarlı tomografide olduğu gibi manyetik rezonans (MR) incelemesi ile hastalığın tanınması, komplikasyonlarının (örn.fistül gibi) belirlenmesi ve ayrıca tedavi takibi (aktivasyonun saptanması) yapılabilir.
- **X-ray** – Genellikle akut olayların değerlendirilmesinde (bağırsaklarda daralma, genişleme, tıkanıklık veya gelişen perforasyon gibi) kullanılır.

7. Crohn Hastalığında Kullanılan İlaçlar

Hastalığın tedavisinde ilaç seçimi hastanın yaşına, hastalığının tutulum yerine ve şiddetine, ilave hastalığı olup olmadığına bakarak belirlenir.

Steroidler — Steroidler veya glukokortikoidler, prednizon ve budesonid içerir. Bu ilaçlar genellikle iltihabı kontrol altına almak için sınırlı bir süre için kullanılır ve daha sonra yavaş yavaş durdurulur (kesilir). Steroidler yan etkileri nedeniyle uzun süreli önerilmemektedir. Ayrıca steroidler, anal bölge veya farklı yerde ortaya çıkabilen fistüllerin iyileşmesine katkı sağlamaz.

5-aminosalisilatlar ve sulfasalazine — 5-aminosalisilatlar (kısaltılmış 5-ASA) ve sülfasalazin, ince bağırsağın (ileum) ve kolonun son kısmındaki iltihabı azaltan bir ilaç grubudur. 5-ASA ilaçları ülseratif koliti (başka bir inflamatuvar bağırsak hastalığı türü) tedavi etmek için kullanılır, ancak bazı durumlarda Crohn hastalığının tedavisinde kullanılabilir. Örneğin sülfasalazin, iltihap sadece kolonda bulunduğu kullanılır.

İmmunomodülatörler — İmmünomodülatörler, Crohn hastalığı ile ilişkili iltihabı azaltmaya yardımcı olur. Şiddetli semptomlar varsa veya semptomlar steroidlerle düzelmiyorsa veya steroid dozunu düşürdükten sonra semptomlar kötüleşiyorsa immünomodülatörler önerilebilir. En yaygın olarak kullanılan immünomodülatörler arasında azatioprin, 6-merkaptopurin ve metotreksat bulunur. Bu ilaçlar akut hastalığın tedavisinde değil (remisyona sokmak için değil), iyileşme sağlanan hastalarda bu iyilik halini sürdürmek amacıyla (remisyon idamesi) kullanılırlar.

Biyolojik ajanlar — Biyolojik yanıt değiştiriciler genellikle diğer tedavilere yanıt vermeyen veya verme olasılığı öngörülmemen şiddetli semptomları olan hastalarda kullanılır. Bu ilaçların bir kısmı cilt altından evde hasta tarafından uygulanabildiği gibi, bir kısmı damardan ancak hastanede uygulanabilir.

Biyolojik ajanlar aşağıdaki durumlarda hastalarda kullanılabilir:

- Başlangıç tedavisine cevap vermeyen hastalar (***remisyon sağlanamayan***)
- Başlangıç tedavisine cevap veren, ancak bu cevabı sürdüremeyen hastalar (***remisyonda kalamayan*** hastalar)
- Başlangıçta verilen tedavilere cevap veren, ancak kullanılan ilaçlarda yan etkiler ortaya çıkması nedeniyle kesilmesi gereken hastalar
- Başlangıçta şiddetli hastalığı olanlar (ilk tedaviye biyolojiklerle başlamak)
- Bağırsak dışı (örneğin belde ankilozan spondilit olması gibi) tutulumları olan hastalar

En yaygın kullanılanlar:

- Infliximab (Remicade)
- Adalimumab (Humira)
- Certolizumab pegol (Cimzia)
- Vedolizumab (Entyvio)
- Ustekinumab (Stelara)

Bazen bu ilaçların biyobenzerleri de kullanılabilir (örn. Remicade biyonenzeri Remsima gibi).

Yan etkiler — Biyolojik yanıt değiştiriciler, bağışıklık sisteminin enfeksiyonla savaşma kabiliyetine müdahale eder ve ciddi enfeksiyonlara neden olabilir. Bu ilaçlardan biriyle tedaviye başlamadan önce tüberküloz (TB) testi yapılmalı, akciğer grafisi çekilmelidir. Zira daha önce tüberküloza maruz kalınmışsa bu tedavi ile TBC aktif hale gelebilir.

Ayrıca biyolojik ajanlar daha önceden hepatit B olan hastalarda hastalığı aktifleştirebilir. Dolayısıyla da biyolojik tedavi başlamadan önce hastalar TBC ve hepatit B açısından taranmalı ve çıkan sonuçlara göre yönetilmelidir. Biyolojik ajanlar protein yapısında olduklarından alerjik reaksiyonlara neden olabilirler. Alerjik reaksiyon belirtileri, kurdeşen, kızarıklık, eklem ağrısı veya nefes darlığı içerebilir.

Biyolojik ajanlar lenfoma tanısı olan veya daha önce geçiren kişilere önerilmez. Ciddi enfeksiyonu olanlar, kalp hastalığı ve nörolojik hastalığı olanlara da bu grup ilaçlar önerilmez.

8. Crohn Hastalığında Cerrahi Tedavi

İlaçlar, Crohn hastalığının semptomlarını ve komplikasyonlarını kontrol etmeye yardımcı olabilir ve ameliyatı gereksinimini azaltabilir (erteleyebilir). Bununla birlikte, semptomlar ilaçla kontrol altına alınamıyorsa (darlık, fistül gibi) veya ilacın ciddi yan etkileri ortaya çıkmışsa ameliyat önerilebilir. Crohn hastalığı olan kişilerin yaklaşık 2/3'sinden fazlası hayatlarının bir noktasında ameliyata ihtiyaç duyarlar.

Ameliyattan gerçekçi beklentilere sahip olunmalıdır. Zira cerrahi, Crohn hastalığını iyileştirmez, hastanın kendisini daha iyi hissetmesine ve normal aktivitelere dönmesine yardımcı olabilir. Hastalık, sonunda ameliyattan sonra da geri döner ve çoğu hastada uzun vadede semptomları kontrol altına almak için yeniden ilaç kullanılmasını gerektirir. Bununla birlikte, ameliyattan sonraki yıl boyunca hastaların yüzde 85-90'ında hiçbir semptom görülmez. Ameliyat olanların sadece %20 kadarında ameliyattan 15 yıl sonra hiçbir semptom görülmez.

Crohn hastalığında yapılan başlıca ameliyatlar:

- **Fistül çıkartılması** – Crohn hastalığında bağırsak duvarının tamamını etkileyen enflamasyon sonuçta delinmeye ve kapalı (bağırsaklar arasında veya bağırsak ile diğer organlar arasında) veya açık (bağırsaktan cilde) fistüle (tünel oluşumu)

neden olabilir. Bunlarda tedavi yaklaşımı fistülün tipine göre değişmekle beraber ilaç tedavisi, cerrahi tedavi veya her ikisi birden yapılabilir.

- **Striktüroplasti** – Enflamasyon, bağırsağın bir kısmında daralmaya (darlık) neden olabilir ve bu da bağırsak tıkanıklığına katkıda bulunabilir. Striktüroplasti ile dar alan genişletilebilir.
- **İnce veya kalın bağırsak rezeksiyonu** – İnce veya kalın bağırsağın hasarlı kısımları rezeksiyon yoluyla çıkarılabilir. Sağlıklı uçlar daha sonra birleştirilir.
- **Proktokolektomi ve kolektomi** – Proktokolektomide, kolon ve rektum çıkartılır, dışkının atılabilmesi için bir stoma oluşturulur (ince barsak karın cildinden dışarı çıkartılarak torba takılır). Kolektomide ise sadece kolon çıkartılır, rektum kalır ve ince bağırsak rektuma bağlanır, böylece dışkı hala anüsten atılabilir.

9. Crohn Hastalığı ve Yaşam Tarzı

Özellikle alevlenmeler sırasında semptomları kötüleştiren belirli yiyecekler veya içecekler olabilir, bunlardan en azından geçici olarak kaçınılmalıdır. Bununla birlikte, tüm besin maddelerine ait olarak yapılacak ciddi bir diyet yetersiz beslenmeye yol açabilir. Diyetisyenle görüşme bazen amacı dışında sonuçlar doğurabilir. Yaşam tarzı ile ilgili diğer öneriler:

- Düzenli egzersiz yapılmalı. Crohn hastalığı da dahil, herkes için yaşam tarzı olarak yapılmalıdır.
- Sigara içilmemesi. Sigara Crohn hastalığını kötüleştirebilir (yani daha şiddetli semptomlara veya daha sık alevlenmelere yol açar) ve ameliyat olma riskini artırır. Sigara içmenin herkes için ciddi sağlık riskleri olsa da, Crohn hastalığı varsa sigaradan kaçınma (veya bırakma) özellikle önemlidir.
- İbuprofen ve naproksen gibi steroid olmayan iltihap önleyici ilaçlar (NSAİİ) almaktan kaçınılmalı, zira bu ilaçlar hastalığı kötüleştirebilir.

11. Crohn Hastalığı ve Diyet

Hiçbir gıda Crohn hastalığına neden olmaz. Bununla beraber bazı yiyecek ve içecekler var olan semptomları artırabilir. Bunların başında çiğ sebzeler, kavun-karpuz gibi bazı meyveler ve asitli içecekler sayılabilir. Keza süt (süt ürünü değil) hem şişkinlik ve gaz, hem de yumuşak dışkılamaya neden olabilir. Bunların dışında her hasta aldığı yakınımlarını artıran gıdaları kendisi belirlemeli ve o ürünlerin tüketimini azaltmalıdır. Eğer bu durum (almama veya

azaltma) uzun sürecekse veya sürmüşse eksikliklerinin giderilmesi için ilaç takviyesi (örn. D-vitamini, kalsiyum gibi) yapılmalıdır.

Yemekle ilgili genel öneriler:

- Sorunlu yiyeceklerden kaçınılmalı – Kafein, alkol ve baharatlı yiyecekler semptomları daha da kötüleştirebilir.
- Süt ve süttten yapılan yiyecekler (tatlı gibi) azaltılmalı – Crohn’lu çoğu hasta süt ürünlerini azalttıklarında veya almadıklarında karın ağrısı, gaz ve ishalin azaldığını tespit ederler. Bu durum laktoz intoleransının bir işareti olabilir.
- Aşırı yağlı yiyeceklerden kaçınılmalı – İnce bağırsaklarında Crohn hastalığı olanlar yağı normal şekilde sindiremeyebilirler, bu durum ishali ağırlaştırabilir. Kızarmış yiyecekler, kremalı soslar ve tereyağının tümü yüksek yağ içeriğine sahiptir.
- Lifli gıda alımı sınırlandırılmalı (gerekirse) – Taze meyveler, sebzeler ve kepekli tahıllar sağlıklı bir diyetin parçasıdır, ancak iltihaplı bağırsak hastalığı olan bazı hastalarda rahatsızlığa neden olabilirler. Sebzeleri buharda pişirmek veya fırınlamak semptomların azalmasına yardımcı olabilir.
- Büyük öğünlerden kaçınılmalı – Bazı hastalar günde 5-6 öğün (daha küçük öğün) yemenin, kendilerini günde 2-3 kez geleneksel yemek yemekten daha iyi hissettirdiğini fark edebilirler.
- Daha fazla su içilmeli – Sıvılar sindirimin önemli bir parçasıdır ve bu noktada su en iyi seçimdir.

12. Crohn Hastalığının Komplikasyonları

Crohn hastalığı ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Tedavi edilmediğinde bu komplikasyonlar ölümcül dahi olabilir.

Crohn hastalığının potansiyel komplikasyonlarından bazıları şunlardır:

- **Anemi** – Beslenme yetersizliği, emilim eksikliği veya Gİ kayıp nedeniyle olabilir.
- **Apse**– Enfekte sıvıyla dolu bir boşluğun oluşması.
- **Kemik kaybı** (osteopenia veya osteoporoz) – Besin eksikliği ve steroid kullanımı kemik kaybına katkıda bulunur.

- **Bağırsak tıkanıklığı** – Enflamasyonun kendisi bağırsakta daralmaya ve pasajın tıkanmasına yol açabileceği gibi, hastalığın striktüran formunda (daralma/tıkanma) bu durum enflamasyondan bağımsız olarak meydana gelir.
- **Kolit** – Kolonda eflamasyonun ortaya çıkması.
- **Kolorektal kanser**
- **Gözde inflamasyon olması**
- **Fissür** – Anüste meydana gelen yırtıklar (ciddi ağrıya neden olurlar).
- **Fistül** – Bağırsak duvarının tamamının ülserasyonu/enflamasyonu sonrası delinmeyle beraber orta çıkan, bağırsaklar arasında veya bağırsakla diğer organlar arasında meydana gelen tüneller.
- **Safra kesesi taşı** – Crohn hastalığı bilirubin metabolizmasını etkileyerek safra kesesi taşına neden olabilir.
- **İleit** – İnce bağırsağın son kısmında ortaya çıkan uzun süreli enflamasyon.
- **İleokolit** – İnce bağırsağın son kısmı ile kalın bağırsakta ortaya çıkan uzun süreli enflamasyon.
- **Karaciğer ve safra yolları inflamasyonu**– Primer sklerozan kolanjit (PSK).
- **Malnütrisyon** – Bağırsak besinleri yeterince ememeyecek kadar hasar gördüğünde vitamin ve mineral eksiklikleri ortaya çıkar.
- **Ağız yaraları**
- **Perianal komplikasyonlar** (fissür, ülserasyon, fistül, apse, stenoz).
- **Deri bulgular** – Eritema nodozum, piyodema gangranozum.

13. Crohn Hastalığı İle Yaşamak

Crohn hastalığı kronik bir hastalık olup, spesifik bir tedavi ile ortadan kalkmaz. Bununla beraber, hastalığa özgü spesifik ilaçlarla yakınmalar kontrol altına alınabilir ve olası komplikasyonlar önlenebilir. Dolayısıyla hastalık dinamik olarak takip ve tedavi edilmeli, gerekli test ve filimler, endoskopik işlemler aralıklarla yapılmalıdır. Tedavisi yapılmakta ve takip edilmekte olan hastaların yaşam kalitesi de düzeleceğinden normal hayatlarını

sürdürebilirler. Bununla beraber bazen öngörülemez komplikasyonlar zamanında, en erken dönemde saptanarak tedavi edilmelidir. Hastalığın saptanması kişinin iş yaşamını sonlandırması anlamına asla gelmez.

14. Crohn Hastalığı ve Kolon Kanseri

Crohn hastalığı kolonun 1/3'den fazlasını etkileyenlerde kolorektal kanser riski artmıştır. Kolorektal kanseri mümkün olan en kısa sürede bulmak için Crohn hastalığı olan kişilere semptomlar başladıktan 8 yıl sonra ve daha sonra her 1-2 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilir.

15. Gebelik ve İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH)

Crohn hastası hamile kaldığında hastalığının şiddeti ve tutulum yeri bu durumdan olumsuz yönde etkilenir. Remisyonda olan kadınların yaklaşık 2/3 remisyonda kalırken, aktif hastalığı olan kadınlarda hastalık hamilelik boyunca aktif olarak devam eder. Aslında aktif hastalığa sahip olmak hamile kalmayı zorlaştırabilir, yanı sıra düşük yapma ve erken doğum gibi komplikasyonları daha olası hale getirebilir. Bu nedenle İBH'a sahip hastalarda gebelik hastalık remisyonda iken, steroidleri kesildiğinde ve en az 3 aydır stabil dozlarda ilaç aldıklarında gebe kalmalıdır. Bir erkeğin fertilité kapasitesi, ÜK tedavisinde kullanılan ilaçlardan biri olan sülfasalazin (Salazopyrin) tarafından da etkilenebilir. Bu ilaç erkeklerin yaklaşık yüzde 80'inde sperm anormalliklerine neden olur. İlaç kesildiğinde bu anormallikler düzelir.

Hamilelik öncesi dikkat edilmesi gereken hususlar — Bu öneriler hamileliği düşünen tüm kadınlar için geçerlidir:

- Hamile kalabilecek her kadın en az 400 mcg folik asit içeren bir takviye almalıdır. Folik asit almak, nöral tüp defekti adı verilen spesifik bir problem riskini azaltabilir. Folik asit alımına gebe kalmaya çalışmadan önce başlanmalı ve en azından ilk trimesterin sonuna kadar devam edilmelidir. Doğum öncesi vitaminlerin çoğu yeterli folik asit içerir.
- Kadınlar hamile kalmaya çalışmadan önce sigara içmeyi ve alkol ya da eğlence amaçlı herhangi bir maddeyi (örn. esrar) kullanmayı bırakmalıdır.
- Reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanan kadınlar, bunları kendini takip eden hekimi ile gözden geçirmelidir. Bazı ilaçlar hamilelik sırasında güvenlidir, bazıları ise değildir. Bazı durumlarda, güvenli olmayan bir ilaç yerine alternatif bir ilaç kullanılabilir.

- Hamile kalmaya çalışırken ve hamilelik sırasında kafein alımı günde 250 mg'dan az ile sınırlandırılmalıdır.
- Hamilelikten önce kızamıkçık, suçiçeği, HIV, hepatit B ve kalıtsal genler (örn. kistik fibroz) için kan testi önerilebilir.

İBH'nın Gebelik Üzerine Etkisi — İBH'nın fetüsün büyüme ve gelişmesi ile gebeliğin sonuçları üzerine olan etkileri konusunda uzmanlar hemfikir değildir. Genel olarak, bebeğin sağlığı ve erken doğum riski, gebelik öncesi ve sırasında İBH'nın tipine, yaygınlığına, şiddetine ve gebelik sırasında kullanılan tedavilere bağlıdır. Daha şiddetli hastalığı olan kadınların erken doğum yapma ve düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma riski daha yüksektir.

Crohn hastalığı olan kadınlar, düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma ve erken doğum yapma riski altındadır. Yapılan çalışmalarda, Crohn hastalığı olan annelerin bebeklerinin büyük bir bölümü 2500 gramdan az ve prematüre olarak doğdukları saptanmıştır.

Gebe kaldıklarında remisyonda olan kadınlar gebelik boyunca büyük olasılıkla remisyonda kalacaklardır. ÜK'li kadınların hamilelik sırasında Crohn hastalığı olan kadınlara göre hastalık alevlenmeleri daha olasıdır. Bir kadının ilk hamileliğinin seyri, gelecekteki hamileliklerin seyrini öngörmez.

Gebe kaldığında hastalığı aktif olan kadınların hamilelik sırasında aktif hastalığa sahip olmaları muhtemeldir. Kolonun çıkarılması da dahil olmak üzere cerrahi tedavi hamilelik sırasında mümkündür, ancak ameliyat yapılırsa erken doğum veya düşük yapma riski artar.

Gebelik boyunca dikkat edilmesi gereken hususlar — Hamilelik sırasında, İBH'lı hastaların takibi gastroenterolog, perinatolog ve K-Doğum hekimleri tarafından yapılmalıdır. Gastroenterolog ile ziyaretler, hamilelik sırasında hastalığın ciddiyetine göre planlanır. Çoğu kadın, doğum uzmanı tarafından 28. gebelik haftasına kadar her 2-4 haftada bir, 28-36. haftalar arasında 2 haftada bir ve 36 hafta ile doğum arasında haftada bir görülür. Her ziyarette tansiyon ve idrar testi yapılır.

Hamilelik sırasında bebeğin büyümesini izlemek için annenin gebelik tarihi (son adet tarihi) kesin olarak bilinmelidir. Son adet tarihini hatırlayamayan veya bebeğe ne zaman hamile

kaldığından emin olmayan kadınların 12 haftalık hamilelikten önce ultrason çekilmeleri gerekir.

On ila 12 haftalık hamilelikten sonra, bebeğin kalp atış hızı her ziyarette ölçülür. Bebeğin normal şekilde büyüdüğünden ve geliştiğinden emin olmak için genellikle hamileliğin 18-20. haftaları arasında ultrason önerilir.

Bazı kadınlar (özellikle hamilelik sırasında steroid alan veya orta-şiddetli hastalık alevlenmeleri olanlar) 18-20. haftalık hamilelikten sonra her 4 haftada bir bebeğin büyümesinin takibi amacıyla ultrasonla izlenirler.

Hamilelik sırasında değerlendirme - Sigmoidoskopi, MR enterografi (gadolinium kontrastı olmadan) ve bağırsak ultrasonu hamilelik sırasında güvenlidir (hangi trimestirde olursa olsun). Hemogloblin, protein (albümin) ve CRP gibi testler İBH'nın aktifliğinden bağımsız olarak hamilelik nedeniyle anormal olabilir.

Bebeğin izlenmesi - Hamilelik boyunca düzenli tıbbi ziyaretler sırasında bebeğin sağlık durumu yakından izlenir. Yirmi dördüncü haftadan sonra hamile olan kadınlar, bebeğin hareketlerini her gün izlemelidir. Bebek normal hareket etmiyorsa, derhal doğum uzmanına başvurulmalıdır.

İlaçlar – İBH tedavisinde kullanılan ilaçların çoğu hamilelik ve emzirme döneminde düşük risklidir. İlaçlara ait endişe taşıyan hastaların, ilaçları durdurma ile ortaya çıkacak hastalıktaki alevlenmenin hamilelik için çok daha riskli olduğunu bilmeleri gerekir.

- **Sulfasalazine** – Hamile kalmak isteyen kadınlar hamilelik ve emzirme döneminde sülfasalazin almaya devam edebilirler. Sülfasalazin, herhangi bir hamilelik komplikasyonu veya doğumsal anomaliler (bir bebeğin doğabileceği sorunlar) riskini artırmaz. Folik asit 2 mg/gün sülfasalazin ile birlikte alınmalıdır.
- **Antibiyotikler** – İBH tedavisinde antibiyotikler sıklıkla gerekli değildir ve aktif enfeksiyon veya poşit tedavisi için ayrılmalıdır. Amoksisilin-klavulanik asit hamilelik sırasında düşük riskli bir antibiyotiktir, ancak gerekirse siprofloksasin ve metronidazol de kullanılabilir.
- **5-ASA ilaçları** – 5-ASA ilaçları hamilelik ve emzirme döneminde güvenle alınabilirler.

• **Steroidler** – Steroidler, İBH'li kadınlarda artan gebelik komplikasyonları ile ilişkilidir. Bununla birlikte, bunu aktif hastalığın kendisinin etkisinden ayırmak zordur. Hamilelik sırasında steroid alan kadınların gestasyonel diyabet ve yüksek tansiyon geliştirme olasılığı daha yüksek olabilir, ancak bu durumlar düzenli tıbbi ziyaretlerle tespit edilip yönetilebilir. Steroidler (örneğin prednizon) emzirme döneminde kullanılabilir.

• **Azatioprine ve 6-mercaptopurine** – Azatioprin ve 6-merkaptopürine hamilelik sırasında devam edilebilir. İBH'lı hastalarda yapılan çalışmalar, bu ilaçların kullanımı ile konjenital anomalilerde bir artış göstermemiştir. Azatioprin biyolojik bir tedavi (örn., infliximab) ile birlikte kullanılıyorsa, bazı hastalar bebek için enfeksiyon riskini azaltmak için kesilebilir. Azatioprin ve 6-merkaptopurin alan kadınlar emzirebilir. Anne sütünde çok az geçiş vardır ve ilacı aldıktan 4 saat sonra neredeyse hiç yoktur.

• **Infliximab** – İnfliximab hamilelik sırasında kullanılabilir. Kapsamlı uluslararası veriler, anti-tümör nekroz faktör (TNF) ilaçlarından (infliximab, adalimumab, sertolizumab, golimumab) herhangi birinin kullanımı ile konjenital anomali oranında herhangi bir artış bildirilmemiştir ve bu nedenle hastalığı uzun süredir remisyonda olmayan hastalar bu ilaçlara gebelik boyunca devam etmelidirler. Ancak infliximab, adalimumab ve golimumab plasentayı geçebilir ve doğumdan sonra 9 aya kadar bebekte bulunabilir. Bu ilaçlardan biri kullanılıyorsa diğer tüm aşılarda programa göre verilebilse de, bebeğe yaşamın ilk altı ayında canlı aşılarda (rotavirüs) yapılmamalıdır. Çok az miktarda infliximab anne sütüne geçer, bu nedenle bu ilacı alırken bebek emzirebilir. Eğer hasta remisyonda ise 24 haftadan doğuma kadar olan sürede (3.trimestir) infliximabın kesilmesi daha uygun olabilir.

• **Adalimumab** – İnfliksimabda olduğu gibi adalimumab kullanımı ile ilgili konjenital anomalilerde bir artış bildirilmemiştir. Adalimumab ayrıca plasentayı geçer ve hamileliğin son 2-4 haftasına kadar bu durum devam eder. Yine İFX'da olduğu gibi bebeğe yaşamın ilk 6 ayında canlı aşılarda (rotavirüs) yapılmamalıdır. Anne sütünde emzirmeye izin verecek kadar düşük seviyelerdedir.

• **Certolizumab pegol** – Sertolizumab kullanımı ile bildirilen konjenital anomalilerde herhangi bir artış yoktur. Sertolizumab, plasentayı infliximab ve adalimumab ile aynı

oranda geçmez. Bu nedenle, hamilelik boyunca programa göre dozlanır ve aşılama programları değişmez. Diğer iki ilaçta olduğu gibi, anne sütüne emzirmeye izin verecek kadar düşük seviyelerde geçebilir.

• Diğer ajanlar:

- Golimumab - Veriler sınırlı olsa da, golimumab'ın güvenliği diğer anti-TNF ajanlarına (örn. adalimumab) benzerdir.
 - * Ustekinumab - Veriler sınırlı olmakla birlikte, konjenital anomalilerin oranında bir artış görülmemektedir. Diğer biyolojiklerde olduğu gibi, plasental transfer ve anne sütüne önemsiz oranda geçiş vardır.
 - * Vedolizumab - Veriler sınırlı olsa da, gebelik kaybı veya konjenital anomali oranlarında artış görülmemektedir. Diğer biyolojiklerde olduğu gibi, plasental transfer ve anne sütüne önemsiz oranda geçiş vardır.
 - Tofacitinib - Hayvan verileri, çok yüksek dozlarda verildiğinde konjenital anomalilerde artış olduğunu göstermektedir. İnsan verileri sınırlıdır. Bu nedenle hamilelikte dikkatli kullanılmalı ve emzirmeden kaçınılmalıdır.
 - Ozanimod - Hamilelik veya emzirme döneminde ozanimod kullanımı hakkında hiçbir insan verisi mevcut değildir.
- **Antidiarreal ilaçlar** - Difenoksilat-atropin (Lomotil) ve loperamid (Imodium) gibi antidiarreal ilaçlar hamilelik ve emzirme döneminde şüpheli güvenliğe sahiptir.

15. Doğum ve Postpartum Periyod

Crohn hastalığı veya ülseratif koliti olan kadınlarda doğum türü (vajinal veya sezaryen), vajina ve anüs çevresindeki dokuların sağlığına, hasta ve klinisyenin tercihinin ve bebeğin gelişimine bağlıdır. Crohn hastalığı vajina çevresindeki alanları etkiliyorsa veya bir kadının ileoanal poşu varsa, fistül ve inkontinans gelişme riskini azaltmak için sezaryen doğum tercih edilebilir.

Emzirme - Emzirme, İBH üzerine herhangi bir olumsuz etki oluşturmaz. Bebeğe olan faydaları nedeniyle mutlaka önerilmelidir. Yanı sıra anne üzerinde de olumlu etkiler oluşturur. Burada dikkate edilmesi gereken husus İBH tedavisinde kullanılan ilaçların süte geçip geçmemeleri ile ilgilidir. Bu hususta gerek doğum uzmanı ve gerekse de gastroenterolog hastayı bilgilendirmelidir. Hem gebelik ve hem de emzirme dönemi için ilaçlara ait kullanım önerileri tabloda özetlenmiştir.

PROF. DR. ÖMER ŞENTÜRK

İlaç	Gebelik esnasında	Emzirme döneminde
Mesalazine (5-ASA)	Düşük risk	Düşük risk
Sulfosalazine	Düşük risk	Düşük risk
Kortikosteroidler	Düşük risk	Düşük risk, 4 saat sonra emzirme önerilir
Thiopurinler	Düşük risk	Düşük risk
Anti-TNF ajanlar	Düşük risk, remisyon olan hastalarda 24.haftada ilaç kesilmesi önerilir	Muhtemele düşük risk, sınırlı veri mevcut
Methoteraxate	Kesinlikle kullanılmamalıdır	Kesinlikle kullanılmamalıdır
Metronidazole	İlk trimestirde kullanılmamalıdır	Emzirme dönemi bu ilaç kullanılmamalıdır
Ciprofloksasin	İlk trimestirde kullanılmamalıdır	Emzirme dönemi bu ilaç kullanılmamalıdır