Crohn Hastalığında Ne Zaman Cerrahi Tedavi

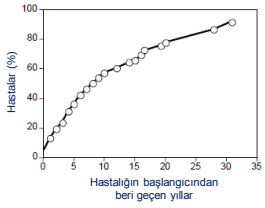
Ömer ŞENTÜRK

Sunum Planı

I. CH'nın doğal seyri ve cerrahisinin uzun dönem sonuçları
II. Genel Bilgiler
III. Olgu
IV. CH komplikasyonlar ve tedavileri: Cerrahi endikasyonlar
   1. Striktüran Hastalık & Obstruksiyon
   2. Penetran Hastalık
      a. Perforasyon
      b. Apse
      c. Fistül
   3. Masif Kanama
   4. Şiddetli Aktif Kolit
   5. Toksik Megakolon
   6. Perianal Hastalık
   7. Kolon Hastalığı (Striktür, DALM, Flat Displazi)
   8. Diğer

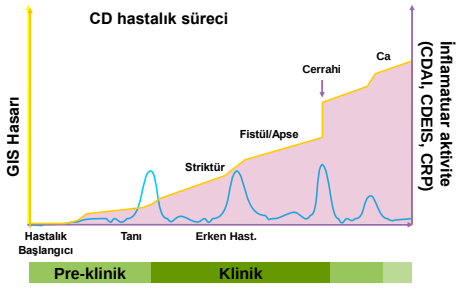
Crohn Hastalığının Doğal Seyri…

…Crohn hastalığında tıbbi tedaviye rağmen hastaların %60-75'i hayatının herhangi bir döneminde cerrahiye gereksinim duyar…



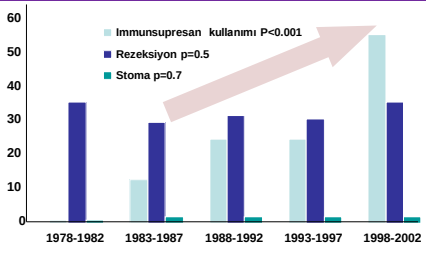
Mekhejian HJ. Gastroenterology

Crohn Hastalığı & Seyri



Pariente B, et al. Inflamm Bowel Dis 2010

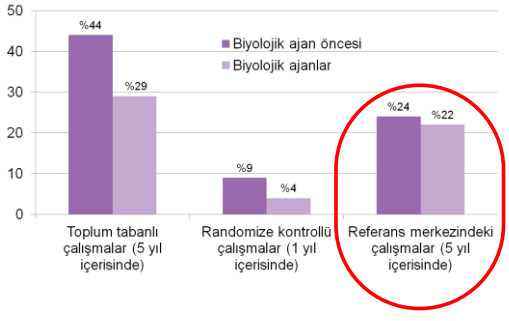
Immünosupresan kullanımı ile cerrahi sıklığı değişmiyor



2573 hastanın 25 yıl boyunca takibi ile yapılan analize göre immunsupresan kullanımı artmasına rağmen cerrahi sıklığı değişmemektedir.

Cosnes et al. Gut 2005

Crohn hastalığı & Cerrahi



Guillaume Bouguen and Laurent Peyrin-Biroulet, Gut 2011

Crohn hastalığında cerrahi olasılık

Tanıdan sonra geçen yıl	Hastalar (%)			
	1 Cerrahi	2 Cerrahi	≥ 3 Cerrahi	Cerrahi yok
5	37	7	5	51
10	39	11	12	39
15	34	14	22	30

Munkholm P et al. Gastroenterology. 1993;105:1716–1723.

Genel Bilgiler

- Kronik, progressif bir hastalık
- Mukozadan başlayan inflamatuvar lezyon, tüm katlara yayılır, barsak duvarı hasarlanır
- Tedavi edilmeyen veya yetersiz tedavi edilen olgularda sıklıkla komplikasyonlar gelişir (striktür, fistül…)
- Hasta veya hekim nedeniyle tanıda gecikmeye bağlı barsak duvarında **irreversible** hasar meydana gelir
- Tanı konulduğunda olguların **%20**'sinde **penetran komplikasyon** ve/veya **striktür** söz konusudur

Genel Bilgiler

- Geleneksel olarak **tıbbi tedavi** tedavideki **ilk** yaklaşımdır
- **Cerrahi tedavi** tıbbi tedavi yetersizliğinde veya son kurtarıcı tedavi olarak düşünülür
- Son noktada biyolojik tedavilerin etki(nlik)leri?...
- Diğer yandan cerrahlarda ve cerrahi tedavideki gelişmeler
- Oldukça spesifikleşmiş cerrah, doğru endikasyon ve zamanlama ve de minimal invaziv işlem **X** Uzun süreli tıbbi tedavi?...

Genel Bilgiler

Birinci tip cerrahi

Semptomların kontrol altına alınmasına yönelik cerrahi (ostomiler, drenaj işlemleri-perianal fistülde seton uygulama-)

Son çare olarak başvurulan cerrahi [refrakter CH'da (total prokto)kolektomi], kompleks perianal hastalıkta proktektomi, refrakter ileit/jejunitte aşırı ince barsak rezeksiyonu (>40cm)

İkinci tip cerrahi

Biyolojik ajanlarla yapılan idame tedaviye alternatif olarak yapılan cerrahi (sınırlı segmental rezeksiyon) **(Minimal invaziv cerrahi)**

İleokolonik Rezeksiyon Sonrası Yeniden Operasyon Dahil Erken Dönem Tüm Komplikasyonlar

Komplikasyon tipi	n=596
İntraabdominal apse	10
İntraabdominal hemoraji	1
Anastomotik kaçak	7
Yara enfeksiyonu	28
Yara hematomu	3
İleus/ince barsak abstruksiyonu	16
İdrar yolu enfeksiyonu	7
Pnömoni	6
Sebebi bilinmeyen ateş	2
Atelektazi/pnömotorax	4
Kardiyovasküler	3
Karışık	4
Toplam	**91 (%15.3)**

Polle et all.Dig Surg 2006

İleokolonik Rezeksiyon Sonrası 30 Gün İçerisinde Yeniden Operasyon Gerektiren Komplikasyonlar

Komplikasyon tipi	n=596
İntraabdominal apse	2
Anastomotik kaçak	5
Nekrotizan yara enfeksiyonu	1
İnce barsak obstruksiyonu	1
Toplam	**9 (%1.5)**

Polle et all.Dig Surg 2006

İleokolonik Rezeksiyon Sonrası Uzun Dönem Sonuçlar

- İleokolonik rezeksiyon yapılan 56 hastada 10.5 yıl sonra;
  - toplam nüks oranı %52
  - yeniden operasyon oranı %28
- Operasyondan 10 yıl sonra hastaların yarısı hala remisyonda

Stocchi L, et al. Surgery 2008; 144: 622-627.

- İleokolonik rezeksiyon yapılan 55 hastada 6.8 yıl sonra;
  - toplam nüks oranı %38
  - yeniden operasyon oranı %9
- Operasyondan 6.8 yıl sonra hastaların 2/3 remisyonda

Eshuis EJ, et al. Br J Surg 2010; 97(4): 563-568.

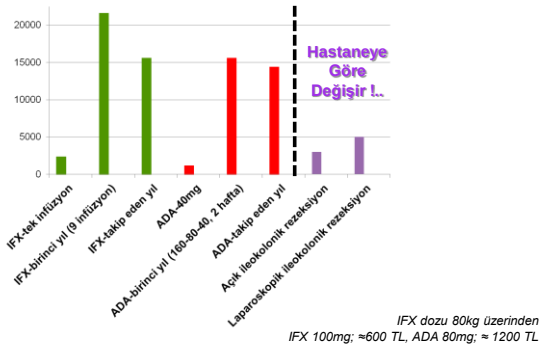
Genel Bilgiler

- Laparoskopik ileokolonik rezeksiyon etkili, düşük morbiditesi olan (%15), hastayı hızla semptomsuz hale getiren ve reoperasyon oranı düşük olan (%1.5) bir tedavi şeklidir
- **Cerrahi sonrası tıbbi tedavi durdurulabilir**
- Bununla beraber hastalar endoskopik olarak takip edilir

*'infliximab should be considered for steroid or immunomodulatory refractory disease or intolerance **although surgical options should be considered and discussed**'*

ECCO Guidelines

Biyolojik Tedavilerin Maliyeti



IFX dozu 80kg üzerinden
IFX 100mg; ≈600 TL, ADA 80mg; ≈ 1200 TL

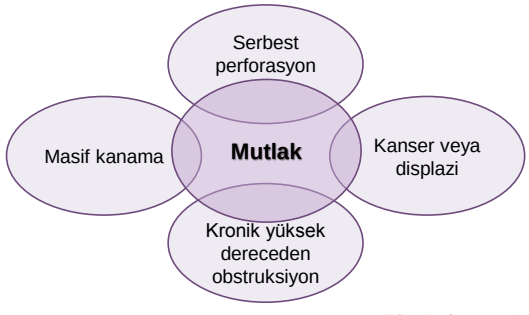
Crohn hastalığı & Cerrahi

- Cerrahi tedavi hala gerekli, ancak…
- **Değerlendirme ve zamanlama:**
  - Hastalığın lokalizasyonu, evresi, eşlik eden komplikasyonlar…
    - İnce barsak lokalizasyonu → barsak koruyucu op.
    - Perianal hastalık → sfinkter koruyucu op.
    - Kalın barsak CH → daha liberal cerrahi (olası nüksten korunma)
  - Perioperatif immunsupresyon?
  - "Tıbbi tedaviye yetersizlik" doğru bir şekilde tanımlanmalı
  - Fibrostenoz & inflamasyona bağlı darlık (gerçekten tıbbi tedaviye cevapsızlık) ayırt edilmelidir
  - Kullanılan ilaçlar & YTE

CH: Cerrahi Endikasyonlar

Rafael Alós. Gastroenterol 2008

CH: Öncelikli Olarak Cerrahi Tedavi



Rafael Alós. Gastroenterol 2008

Sunum Planı

CH komplikasyonlar ve tedavileri: Cerrahi endikasyonlar

1. Striktüran Hastalık & Obstruksiyon
2. Penetran Hastalık
   a. Perforasyon
   b. Apse
   c. Fistül
3. Masif Kanama
4. Şiddetli Aktif Kolit
5. Toksik Megakolon
6. Perianal Hastalık
7. Kolon Hastalığı
   a. Geçilemeyen kolonik striktürler
   b. DALM
   c. Flat displazi
8. Diğer

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

1. İnce barsak striktüran hastalık

— Opere olan tüm CH'nın %25'i bu nedenledir

— İntermittan obstruktif epizodlar

— En sık ileoçekal bölgede, tek veya multiple

- İnflamasyon nedeniyle (barsak duvarında ödem, CRP↑)
- Striktüre bağlı (normal inflamatuvar belirteçler)

— Obstruksiyon; gastrik dekompresyon, sıvı-steroid tedavisine kısmi de olsa yanıt verir (olguların çoğunda birliktelik vardır -striktür+inflamasyon-)

— Kalın barsak striktürlerinin %7'sinde **malignite** vardır!..

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

1. İnce barsak striktüran hastalık

— Kronik durumlar; presitenotik dilatasyon, palpable kütle ve bozulmuş nütrisyonel durum

— Yılda ≥2 obstruksiyon atağı geçiriyor,

— Obstruksiyon atağı sonrası başlanan steroid 3 ay içerisinde kesilemiyor veya atak sonrası 3.ayda halen ≥15mg/gün prednison ihtiyacı varsa → **CERRAHİ**

— Cerrahide gecikme perforasyon ve cerrahiye bağlı morbidite ve mortalite riskini artırır

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

1. İnce barsak striktüran hastalık

— Sonuç olarak bu endikasyonda **acil değil** ama sıklıkla **elektif** veya **artık -önce- cerrahi** (tıbbi tedaviyi zorlama!) gerekir

Not: Kısa, fibrotik anastomotik striktürler (özellikle post.op ve <8cm) endoskopik olarak tedavi edilebilir

Higuero T, et al. Gastroenterol Clin Biol 2004; 28 : 160-166
Ferlitsch A, et al. Endoscopy 2006; 38 : 483-487
Ajlouni Y, et al. J Gastroenterol Hepatol 2007;22: 486-490
Michelassi F, et al. Ann Surg 1991;214: 230-238

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. a) İnce barsak penetran hastalık→Perforasyon

— Serbest perforasyon veya perfore apse

— Şiddetli abdominal ağrı

— Peritonit, şok

— İnce b.veya kolonda olabilir, sıklıkla toksik kolit veya megakolon ile birliktedir

▪**Tedavi:** Sepsisin tıbbi tedavisi ve **ACİL CERRAHİ**

-Sınırlı rezeksiyon, geçici stoma

Hurst RD, et al. Surgery 1997;122: 661-667
Mowatt JI, et al.. Can J Gastroenterol 1993;7: 300-302

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. b) İnce barsak penetran hastalık→Apse

— İntestinal duvardan olan mikroperforasyona bağlı

— Apse, flegmon veya her ikisi birlikte olur, ateş, lokalize karın ağrısı, inflamatuvar belirteçlerde artma

— Sıklıkla ileoçekal bölgede olur ve bu bölgede CH olanların ¼'i bu nedenle operasyona gider

— Buradaki apse veya flegmonlara %40 oranında **fistül** eşlik eder

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. b) İnce barsak penetran hastalık→Apse

Tedavi;

— Optimal beslenme, geniş spektrumlu AB (steroid allıyorsa hızla azalt, İMM almıyorsa ilave, anti-TNF?)

— CT veya USG eşliğinde **drenaj**

→ %50 hastada düzelme → **ELEKTİF CERRAHİ**

→ %50 hastada düzelme yok → **ACİL CERRAHİ** veya

→ Hastada tek değil ama multiple apse odağı varsa →

GECİKMEDEN CERRAHİ (normal anatominin korunması, distal obstruksiyonun dışlanması!..)

Garcia JC, et al. J Clin Gastroenterol 2001; 32 : 409-412
Gervais DA, et al. Radiology 2002; 222 : 645-651
Lee H, et al. Dig Liver Dis 2006;38: 659-664
Neufeld D, et al. J Gastrointest Surg 2006;10: 445-449

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. b) İnce barsak penetran hastalık→Apse

Tedavi;

— Optimal beslenme, geniş spektrumlu AB (steroid allıyorsa hızla azalt, İMM almıyorsa ilave, anti-TNF?)

— CT veya USG eşliğinde **drenaj**

→ %50 hastada düzelme → **ELEKTİF CERRAHİ**

→ %50 hastada düzelme yok → **ACİL CERRAHİ** veya

→ Hastada tek değil ama multiple apse odağı varsa →

ÖNCELİKLE CERRAHİ (normal anatominin korunması, distal obstruksiyonun dışlanması!..)

Garcia JC, et al. J Clin Gastroenterol 2001; 32 : 409-412
Gervais DA, et al. Radiology 2002; 222 : 645-651
Lee H, et al. Dig Liver Dis 2006;38: 659-664
Neufeld D, et al. J Gastrointest Surg 2006;10: 445-449

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. c) İnce barsak penetran hastalık→Fistül

- Sınıflandırma;
  - **Eksternal** (perianal, enterokütanöz)
  - **İnternal** (enteroenterik, enteroveziküler)(en sık görülen fistüller)
- %50-90 striktürle birliktedir
- Semptomlar ne kadar barsağın baypas edildiğine bağlıdır

(örn.ileokolik →semptomsuz, gastrokolik →şiddetli malnütrisyon)

- "Sadece inflamatuvar" veya "sadece fibrotik" striktürler nadir
- **Presitenotik dilatasyon** fibrozis ve inflamasyonla birliktedir

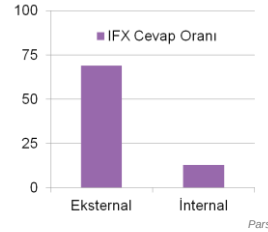
Hill GL, et al. World J Surg 1988 Poritz LS, et al. Int J Colorectal Dis 2004 Present DH, et al. N Engl J Med 1999
McNamara MJ, et al. Dis Colon Rectum 1990 Khanna MP, et al.. Can J Surg 2000 Solem CA , et al. Am J Gastroenterol 2002

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. c) İnce barsak penetran hastalık→Fistül

- **Tedaviye yaklaşım**
  - İnternal fistüller anti-TNF tedavisine daha az cevap verir

İnternal veya entero-enterik fistüller semptom oluşturuyor, malnütrisyon var veya distalde obstruksiyon ile birlikte → **Cerrahi**



Parsi, Am J Gastro 2004

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. c) İnce barsak penetran hastalık→Fistül

- **Tedaviye yaklaşım**
  - Fistül anatomisi (CT, MR), striktürle birlikte inflamatuvar aktivite ve apse var mı değerlendir
  - Apse = Drenaj
  - AB başla (ciprofloxacin ve metronidazole)
  - Striktür ***inflamatuvar*** aktivite ile birlikte ise maksimum ***tıbbi tedavi*** ve TPN
  - *Striktür **fibrotik** karakterde ise direkt (önce) **CERRAHİ***

Zerbib, APT 2010

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

2. c) İnce barsak penetran hastalık→Fistül

- **Tedavi yaklaşımı**
- Spontan enterokütanöz fistüller → Cerrahi & Biyolojik tedavi
- **Prematüre post.op fistül (<7 gün) → Cerrahi**
- Post.op >7 gün ortaya çıkan fistül → **Tıbbi** & Cerrahi
- **Vagen, mesane, üreter / üretraya olan fistüller → Cerrahi**

Bu fistüllerde cerrahi tedavi öncesi fistül olan alanın aktif inflamasyonunun tedavi edilmesi, sonrasında cerrahi (nadiren fistülotomi, sıklıkla primer kapatma, transanal/transvaginal flap)

Hill GL, et al. World J Surg 1988 Poritz LS, et al. Int J Colorectal Dis 2004 Present DH, et al. N Engl J Med 1999
McNamara MJ, et al. Dis Colon Rectum 1990 Khanna MP, et al.. Can J Surg 2000 Solem CA , et al. Am J Gastroenterol 2002

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

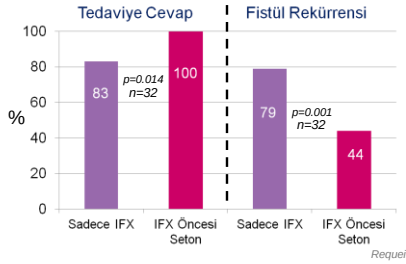
3. Perianal hastalık

- CH'da %14-38 oranında görülür
- Birlikte stenoz, apse, fistül (basit&kompleks) ve proktit var mı?

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

3. Perianal Hastalık

- Tıbbi tedavi öncesi **seton** uygulama etkili bir yöntem



Requeiro et al, IBD 2003

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

3. Perianal Hastalık

- **Sadece basit fistül** (1 internal ve maksimum 2 eksternal orifis varsa) **cerrahi için uygun** (fistülotomi) (bu olgularda cerrahi öncesi proktit bulunmamalı veya tedavi edilmiş olmalı)
- **Apse = Drenaj**

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

3. Perianal hastalık

Tıbbi tedaviler

- Antibiyotikler
  - Metronidazol
  - Ciprofloksasin
- İmmunosupresifler
  - AZA
  - 6-MP
  - Siklosporin
  - Takrolimus
- Biyolojik ajanlar
  - İnfliximab
  - Adalimumab
  - Certolizumab

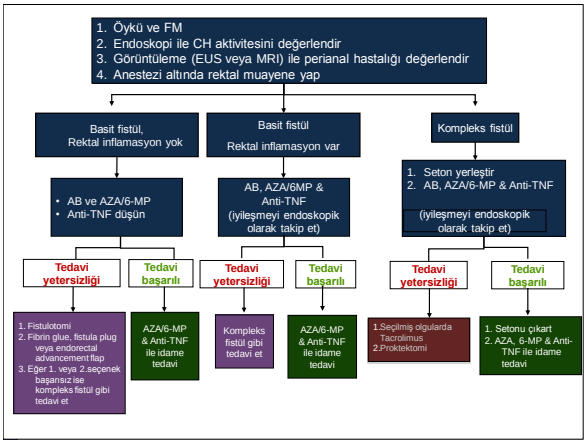
Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

3. Perianal hastalık

Diğer tedaviler (seton +/- biyolojik tedavi)

- Fistülotomi
- Fibrin glue injeksiyonu
- Endorectal advancement plasty
- Diversiyon / Proktektomi
- LIFT (Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract)

Sandborn WJ, et al. Gastroenterology 2003;125: 1508-1530
Caprilli R, et al. Gut 2006;55 Suppl 1: i36-i58
Regueiro M, et al. Inflamm BowelDis 2003;9: 98-103
Regimbeau JM, et al.. J Am Coll Surg1999;189: 171-176



Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

4. Masif Kanama

- CH'da %1-13 oranında görülür
- Öncelikle kanamanın lokalize edilmesi (endoskopi, arteriografi)
- İlk yaklaşım konservatif
- **Hastaların %60'ı CERRAHİYE gereksinim duyar**
- Sınırlı rezeksiyon için perioperatif arteriografi

Ci rocco WC, et al. Dis Colon Rectum 1995;38: 85-95
Kostka R, et al. Chir Belg 2005;105: 168-174
Veroux M, et al. Ann Ital Chir 2003;74: 213-215
Remzi FH, et al. Dis Colon Rectum 2003;46: 260-263

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

5. Şiddetli Akut Kolit

- İV sıvı, tromboembolik profilaksi, steroid ve geniş spektrumlu AB tedavisine rağmen 24 saatte durumunda kötüleşme olan veya 5.gün sonunda durumunda iyileşme olamayan

veya

- ≥3 ince barsak segmentinde gaz
- ≥8/gün dışkılama
- CRP>45mg/L
- Ateş
- Rektal kanama

→ **CERRAHİ**

Travis SP, et al. Gut 2006
Fazio VW, et al. Surg Clin North Am 1997
Travis SP, et al. Gut 1996
Lindgren SC, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

6. Toksik Megakolon

- CH'da %4-6 oranında görülür
- Başlangıçta **tıbbi tedavi** uygulanır
- Tamamına yakınında daha sonra **cerrahi** tedavi gerekir
  (başlangıç tıbbi tedaviden sonra olguların yarısında semptomlar tam olarak kontrol altına alınamaz, yarısında ise megakolon tekrarladığı için)
- Ekstensif kolitli olgularda şiddetli akut atak → **ACİL CERRAHİ**

Berg DF, et al. Am J Surg 2002;184: 45-51
Sheth SG, et al. Lancet 1998;351:509-513

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

7. Kolon hastalığı

a) Geçilemeyen kolonik striktürler
b) DALM
c) Flat displazi
d) Rektovaginal/rektovezikal fistül
e) Fulminan kolit ve toksik megakolon

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

7. Kolon hastalığı

a) Geçilemeyen kolonik striktürler

- Malignite mutlaka dışlanmalı
- Enflamasyon yok → **Cerrahi** (Öncelikli / Elektif)

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

7. Kolon hastalığı

b) DALM

- Tanıdan 8-10 yıl sonra kanser taraması (surveylans) başlamalı ve işlem 1-2 yılda bir ve remisyonda iken yapılmalıdır
- 10cm ara ile 4 kadran biyopsisi
- Psödopolipler şüpheli lezyon değildir, **örneklendirilmezler**
- Adenomatöz polipler mutlaka çıkartılmalıdır
- 4.sürveylans programında displazi veya kanser saptama oranı %22
- Flat mukozada low-grade displazinin tedavisi?
- **Kolon / rektuma ait CA, DALM, high-grade displazi, multifokal low-grade displazi saptandığında rezeksiyon yapılmalıdır**

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

7. Kolon hastalığı

b) DALM

- Endoskopik olarak ***rezektable***

- Cerrahi & Sürveylans programı

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

7. Kolon hastalığı

b) DALM

- Endoskopik olarak ***unrezektable***

- **Cerrahi rezeksiyon**, rezeksiyonun sınırları?

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

7. Kolon hastalığı

c) Flat displazi

Cerrahi için açık bir endikasyon;

- High-grade displazi
- Multifokal low-grade displazi
- Unifokal low-grade displazi?
  - ✓ Cerrahi & sürveylans

İleumda lokalize CH'da kanser riski normal populasyondan farklı değil

Canavan C, et al. Aliment Pharmacol Ther 2006;23:1097-1104
Zisman TL, et al. World J Gastroenterol 2008;14:2662-2669
Eaden JA, et al. Gastrointest Endosc 2000;51:123-128
Ekbom A, et al. Lancet 1990;336:357-359
Shamir R, et al.Inflamm Bowel Dis 2007;13:620-628

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

8. Diğer…

a. İnflamatuvar hastalık, kanama ve ekstraintestinal manifestasyonlar nadiren cerrahi olarak tedavi edilir

b. Kronik, açıklanamayan karın ağrısı cerrahi endikasyon değildir

c. Hastanın mutsuzluğu cerrahi için endikasyon oluşturmaz

d. Skin tags: CH'da eksizyon önerilmez

e. Hemoroidler: hemoroidektomi, band ligasyonu kontrendike

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

8. Diğer…

f. Gelişme geriliği ve ekstraintestinal manifestasyonlar

- Tıbbi tedaviye rağmen prepubertal dönemde ciddi gelişme geriliği olan hastalar
- Tıbbi tedaviye dirençli semptomatik dermatolojik, oral, oftalmolojik veya eklem hastalığı olanlar

↓

Hastalıklı Barsağın Rezeksiyonu

Strong SA, et al. Dis Colon Rectum. 2007;50(11):1735-46.

Crohn Hastalığı: Cerrahi Endikasyonlar

8. Diğer…

g. Anal fissür

- -Sıklıkla ağrısızdır ve %80 kendiliğinden iyileşir
- Makroskopik rektal enflamasyonu olmayan ve ağrısı olanlara lateral sfinkterotomi yapılabilir
- Fissürektomi kontrendikedir

h. Anorektal striktür

- Anal kanal ve rektumun ülserasyonu sonrası oluşur
- Asemtomatik hastalar tedavi gerektirmez
- Semptomatik hastalar dilate edilir

Rezeksiyon Yapılan Hastalar Ne Diyor…

- İleokolonik rezeksiyon yapılan 80 hastaya operasyon
  - daha erken mi,
  - daha geç mi yapılsaydı yoksa
  - zamanında mı yapıldı soruları soruldu
- Operasyon daha geç yapılsaydı →%0
- **Operasyon daha erken yapılsaydı → %74**
- Operasyon zamanında yapıldı → %16

- Daha erken operasyon isteme nedenleri;
  - Rezeksiyondan sonra normal yemek yiyebilmeleri (%86)
  - Rezeksiyondan sonra kendilerini iyi hissetmeleri (%62)
  - İlaçlara olan ihtiyaçların ortadan kalkması (%63)

Timing of ileocolonic resection for symptomatic Crohn's Disease- the patient's view N A Scott, L E Hughes. Gut 1994; 35: 656-657

CH: Komplikasyonlar ve Tedavi-özet-

Komplikasyon	Tedavi
Akut intestinal obstruksiyon	Konservatif
Rekürren intestinal obstruksiyon	Elektif cerrahi
Abdominal apse	Perkütan drenaj Tamamen düzelme→ Tıbbi tedavi Düzelme yok→ Acil cerrahi Kısmi düzelme→ Elektif cerrahi
Abdominal fistül	Enteroenterik Asemptomatik→Konservatif Semptomatik→Elektif cerrahi Enteroürolojik & Enterojinekolojik Elektif cerrahi Enterokütanöz Nütrisyonel durumun düzeltilmesi ve sonrasında elektif cerrahi

CH: Komplikasyonlar ve Tedavi-özet-

Komplikasyon	Tedavi
Serbest perforasyon veya masif kanama	Acil cerrahi
Şiddetli akut kolit	Tıbbi tedavi 3-5 günde cevap yok→ Acil cerrahi Belirgin düzelme→ Tıbbi tedavi
Toksik megakolon	Akut kolit komplikasyonu→ Acil cerrahi Tanı ilk konulduğunda→ Tıbbi tedavi 3-5 günde cevap yok→ Acil cerrahi Cevap var→ Elektif cerrahi
Perianal hastalık	İnterdisipliner ve hasta bazlı yaklaşım Cerrahi Tıbbi tedaviye yetersizlik Semptomatik lezyon Komplikasyonlar

Sonuçlar

- Refrakter CH'nın tedavisinde **tıbbi** ve **cerrahi** tedavi birbirine **rakip** olan değil birbirine **tamamlayan** tedaviler olarak düşünülmelidir
- En uygun tedavi yaklaşımı hastanın semptomlarına, hastalığın lokalizasyonu ve yaygınlığına, davranış şekline, düşünülen tıbbi veya cerrahi tedavinin güvenilirliğine göre düzenlenmelidir
- Bu karara varmada hasta, gastroenterolog ve cerrah birlikte olmalıdır

Sonuçlar

- CH'ını tedavi edecek cerrahın barsak koruyucu cerrahi teknikleri bilmesi, tıbbi tedavilerin rolü ve faydaları hakkında da bilgi sahibi olması gerekir
- Gastroenterolog tıbbi tedavideki yetersizliği kendi başarısızlığı gibi algılamaması gerekir
- Uygun bir cerrahi seçenek söz konusu olduğu halde hasta yetersiz (başarısız) bir tıbbi tedavi ile veya ciddi yan etkileri olan ilaçlarla tedaviyi sürdürmemelidir (zaman kaybetmemelidir)