

Perianal Crohn Hastalığı

İlter ÖZER, Cüneyt KAYAALP

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar tüm gastrointestinal kanalı tutabilen kronik granülomatöz bir hastalıktır. Başlıca ileokolik (%41-55), ince barsak (%30-40) ve kolonik (%14-26) tutulum görülmektedir (1). Perianal tutulumla seyreden Crohn hastalığı ise tanısı ve tedavisi halen ciddi güçlükler içeren kompleks bir patolojidir.

İnsidans: Perianal lezyonlar Crohn hastalığında değişik serilerde %8 ile % 90 arasında bildirilmiştir (2). Farklı insidansların bildirilmesindeki en önemli sebep perianal Crohn patolojilerinin çoğunun asemptomatik olması ve ancak rutin klinik incelemeler ile birçok olgunun ortaya konulmasıdır (3). Kolon tutulumu olan hastalarda daha sık görülmele birlikte perianal tutulum intestinal tutulum olmadan tek başına da görülebilmektedir (%5) (4).

Tanı: Hikaye ve proktolojik muayene tanının temelini oluşturur. Bazen anestezi altında muayene, radyolojik tetkikler (endosonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme) ve biyopsi hem tanıda hem de patolojinin genişliğinin değerlendirilmesinde gerekebilir. Ayıncı tanıda cinsel yola bulaşan hastalıklar, tüberküloz, hidradenitis süpürativa ve maliginite düşünülmelidir.

Tedavi: Perianal hijyene uyulması (oturma banyosu, defekasyon sonrası uygun temizlik ve cildin korunması) ile Crohn proktitinin tedavisinin yapılması (topikal mesalamin, steroidler vb.) perianal komplikasyonlardan hem korunmada hem de tedavide önemlidir. Steroidlerin perianal lezyonlar ve semptomları arttırabileceği akılda tutulmalıdır (5). Crohn hastalığında kür mümkün olmadığı için amaç semptomların iyileştirilmesi ve gelecekte olabilecek komplikasyonların önlenmesidir. Proksimal hastalık varlığı açısından ince barsak ve kolo-

nun da değerlendirilmesi gerekir. Proktit veya terminal ileum hastalığı varlığında anorektal hastalığın tedavisi zor ve tartışmalıdır. Anorektal hastalığın ancak proksimal hastalığın rezeksiyonu sonrasında iyileşebileceğini iddia eden çalışmalar mevcuttur (6). Bunun nedeninin değişen fekal flora olduğu öne sürülmüştür (5). Ancak proksimal hastalığın rezeksiyonu sonrasında perianal hastalıkta düzelme olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (7). Günümüzde perianal lezyonların tedavisi için proksimaldeki hastalığa rezeksiyon uygulanması yaygın kabul görmemektedir (8).

Crohn'da perianal lezyonların sık görülmesinin nedeni anal bölgedeki lenfatik dokunun zenginliği ile açıklanabilir. Histolojik incelemelerde bu hastaların %50'sinde sarkoid reaksiyonlar ve dev hücreli granülomlar gözlenir. Önceleri perianal Crohn hastalığının lokal tedavisinde yara iyileşmesindeki bozukluk ve sfinkter mekanizmasının bozulabileceği düşünüülerek cerrahi girişimlerden kaçınılmıştır, ancak bu yaklaşım tedavi edilebilir birçok lezyonun ve semptomun gereksiz bir şekilde devam etmesine neden olmuştur. Ayrıca, tek başına medikal tedavi ile sınırlı bir fayda sağlanmakta, birçok durumda ise medikal tedavi yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bazı olgularda sınırlı da olsa cerrahi bir yaklaşım gerekmektedir. Hatta bazı hastalarda daha agresif cerrahi yöntemlerde gerekli olabilmektedir (Tablo 1). Anorektal Crohn hastalığı

Tablo 1. Perianal Crohn hastalığında proktektomi indikasyonları

Tedaviye cevap vermeyen perianal apse ve fistüllerde
• Eğer yaşam kalitesi belirgin olarak düşüyorsa
• Düzeltilemeyen inkontinans ile birlikteyse
• Düzeltilemeyen striktür ile birlikteyse

ğının cerrahi tedavisinde amaç septik odağın drenajının sağlanması, semptomların giderilmesi ve bu sırada komplikasyonlardan kaçınılmasıdır. Günümüzde bu tedavi yöntemleri Crohn hastalığında ortaya çıkan farklı perianal patolojiler (Tablo 2) için basit gözlemden agresif cerrahi tedaviye kadar değişiklikler göstermektedir. Tedavi seçeneklerinin uygulanmasında perianal bölgedeki patoloji yanında, bu hastalığın şiddetide önemlidir (Tablo 3) ve perianal Crohn hastalığı mevcut patoloji ve bunun şiddetine göre kişiselleştirilerek tedavi edilmelidir. Genel olarak fissürler, alçak seviyeli fistüller, hemoroidler ve cilt plileri benign seyir gösterirler ve sıklıkla kendiliklerinden veya intestinal hastalık iyileşince düzelirler. Bunlarda majör cerrahi girişimler genellikle hiç gerekli olmaz. Bunlar dışında yüksek fistüller, rektovajinal fistüller, striktür ve inkontinansın tedavisi daha zordur. Bunlar agresif cerrahiye aday patolojilerdir (3).

Tablo 2. Perianal Crohn hastalığında görülen patolojiler

Cilt plisi
Hemoroid
Fissür ve anal ülser
Perianal fistül
Rektovajinal fistül
Apse
Striktür
İnkontinans
Kanser

CİLT PLİSİ (SKİN TAG)

İnsidans: Crohn hastalığında sık görülürler.

Etiyopatogenez: Aktif intestinal hastalığı olanlarda çok daha belirgindirler ve intestinal Crohn tedavi edildikçe belirginlikleri azalır. Genellikle sık çıkartılan gaytanın tahrişi sonucu oluştuğları düşünülmektedir.

Tanı: Genellikle asemptomatikler ve perianal hijyen esnasında sorun yarattıklarında semptomatik hale gelirler. Perianal Crohn'daki cilt plileri ödemli mavi veya mor renklidir ve sıklıkla "fil kulağı" şeklinde tariflenirler (5). Bu renk değişikliği ve şekilleri nedeniyle tromboze hemoroidler ile karıştırılmamalıdır. Cilt plileri anal mukoza ile değil anoderm ile kaplıdır. Perianal ciltte pliler gibi siyanotik renk değişikliğine uğramış olabilir. Crohn tanısı almamış olanlarda (izole perianal lezyon) tanısal amaçla biyopsi yapılacaktır ise cilt plileri spesifik olarak granülomları gösterme açısından çok faydalıdır (4).

Tablo 3. Perianal Crohn hastalığının şiddetinin skorlanması

Akıntı derecesi	Yok	0
	Minimal müköz	1
	Orta derecede müköz veya pürülan	2
	Belirgin	3
	Fekal bulaşma	4
Ağrı ve aktivitede kısıtlılık	Yok	0
	Hafif rahatsızlık	1
	Orta düzeyde	2
	Belirgin	3
	Şiddetli ağrı veya kısıtlılık	4
Cinsel aktivitede kısıtlılık	Yok	0
	Hafif kısıtlılık	1
	Orta düzeyde	2
	Belirgin	3
	Cinsel aktivite yok	4
Perianal hastalığın tipi	Yok veya cilt plisi	0
	Anal fissür veya mukozal yırtık	1
	<3 Perianal fistül	2
	>3 Perianal fistül	3
	Anal kanal ülseri, kompleks fistüller	4
Endürasyon şiddeti	Yok	0
	Minimal	1
	Orta	2
	Belirgin	3
	Flüktüasyon veya apse	4

Tedavi: Altta yatan barsak hastalığı düzeldikçe bunlarda genellikle düzelir. Eksize edilmeleri kronik iyileşmeyen yaralara, ülserlere ve perianal sepsise neden olabileceğinden malignite şüphesi veya başka bir komplikasyon (ciddi kanama, ağrı gibi) olmadıkça önerilmez.

HEMOROİD

İnsidans: Crohn hastalığında nadir görülürler.

Etiyopatogenez: Genellikle birlikte olan diareye sekonder olarak semptomatik hale gelirler.

Tanı: Crohn dışı hemoroidler gibi tanı koyulur.

Tedavi: Noninvazif tedavi (ılık suya oturma banyoları, topikal ilaçlar) tercih edilir ve genellikle başarılıdır. Eğer semptomlar sürerse lastik band ligasyon önerilir. Şiddetli semptomu olanlarda hemoroiddektomi yapılabilir ancak komplikasyon oranı ve sonuçta proktektomi riski yüksek olduğu için cerrahiden mümkün olduğunca kaçınılması gerekir (9). Hatta klasik cerrahi kitaplarında dahi perianal Crohn'da hemoroiddektominin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (10).

FİSSÜR

İnsidans: Cilt pilleri ile birlikte perianal Crohn hastalığının en sık görülen patolojileridir (%22) (5).

Etiyopatogenez: Diareye bağlı kronik maserasyon ve perianal ciltteki erezyonlar neden olabilir.

Tanı: Derin, ağrısız ve bazen de atipik yerleşimlidir. Büyük fissürlerin bazılan kavitasyon yapan ülseler haline gelip sfinkter mekanizmasını tahrip edebilir. Anormal yerleşimli, tedavi ile gerilemeyen fissürlerde Crohn hastalığından şüphelenilmelidir.

Tedavi: Fissürlerin çoğu asemptomatiktir ve çoğu (%80) kendiliğinden iyileşir (3). Semptomatik fissürlerde tıbbi tedavi (anestezik kremler, topikal steroidler, gliseril trinitrat, isosorbit dinitrat, metronidazol, 5 amino salisilik asit) yeterli olur. Crohn hastalığına bağlı fissür ağrılı hale gelirse altta yatan bir apsenin mutlaka araştırılması gerekir. Tıbbi tedavi ile semptomların geçmediği fissürlerde ise lateral internal sfinkterotomi ile tedavi sağlanır. Büyük ülseler için ise oral veya intralezyonel steroidler kullanılabilir. Ancak bu hastaların büyük bir kısmı için proktotomi gerekecektir.

PERİANAL APSE

İnsidans: Perianal Crohn hastalığı olanlarda perianal apse sıklığı yaklaşık %50'dir (1).

Etiyopatogenez: Crohn'da perianal apselerin etiolojisi tam olarak anlaşılammıştır. Birçok araştırmacı Crohn dışı apselerde olduğu gibi Parks'ın kriptoglandüler teorisi yoluyla etiyojijiyi açıklasa da, bazılarına göre Crohn'da mukozal ülserasyonların derinleşerek anorektal duvan delip apselere neden olduğu düşünölmektedir (1).

Tanı: Crohn hastalığı olan bir kişide perianal bölgede ağrı şikayeti mutlaka öncelikle perianal apse tanısını akla getirmelidir. Perianal bölgedeki ağrı yanında endüre ve hassas alanlar tespit edilebilir. Crohn'da perianal apseler çok sayıda ve kompleks olabilir. Bu nedenle bazen radyolojik inceleme gerekebilir ve anestezi altında endosonografi ile muayene faydalı olabilir. Gözden kaçan ikinci bir apse geniş doku harabiyetine sebep olabileceğinden bu konuda mutlak şüpheci olunmalıdır.

Tedavi: Tedavisi Crohn hastalığı olmayanlarla aynıdır ve cerrahi drenaj ile birlikte antibiyotik tedavisini içerir. Apse şişliğinin medial kenarına yapılan kesi ile drenaj sağlanır. Yüzeysel apselerde yalnızca drenaj yeterli olurken, geniş ve derin apse-

lerde insizyon ağzının kapanmaması için mantar uçlu bir pesser dren apse kavitesine yerleştirilmesi faydalıdır. Drenaj sırasında genellikle fistülün eksplorasyonu gerekmez. Ancak nüks apselerde fistül traktının ortaya konulmasına çalışılmaktadır. Ciddi perianal sepsis varlığında ise drenaj yanında debridmanda gereklidir.

Drenaj ile birlikte uygulanan antibiyotik tedavisinde genellikle metronidazol tercih edilir. Bazılan uzun süreli metronidazol tedavisini önerse de ilaç yan etkileri ve antibiyotik baskısı ile gözden kaçan ikinci bir apsenin tanısındaki gecikme riski nedeniyle bu tedavi önerilmez. Erken teşhis ve drenaj perinenin sinerjistik gangreninin engellenmesi amacıyla önemlidir.

PERİANAL FİSTÜL

İnsidans: %17-43 arasında değişmektedir (12).

Etiyopatogenez: Kolonik tutulumu olan Crohn hastalarında perianal lezyonlar daha sık görölmektedir. Rektum tutulumu olanlarda ise perianal tutulum oranı %100'e ulaşabilmektedir. Hastaların %5'inde ise Crohn hastalığının diğer bulgularından yalnızca perianal hastalık ortaya çıkabilir.

Tanı: Anorektal inspeksiyon ve parmakla muayene yanında anestezi altında probalarla muayene ve rektoskopik inceleme ile perianal fistül tanısı koyulup ayrıca tanısı yapılabilir. Perianal fistüllerin muayene dışında radyolojik yöntemlerle ortaya konulması da bazı ek faydalar sağlayabilir (Tablo 4). Çeşitli radyolojik yöntemler farklı doğruluk oranları ile perianal fistüllerde kullanılmaktadır (Tablo 5).

Tablo 4. Perianal fistüllerde radyolojik görüntüleme yöntemlerinin faydaları

1. Fistül traktının seyrini tespit etmek
2. Sekonder uzantıları tespit etmek
3. Apse kavitelerinin ortaya konulması
4. Orifis tespiti

Tablo 5. Radyolojik yöntemlerin Crohn'daki perianal fistüllerdeki doğruluk oranları

Fistülografi	%16-50
Bilgisayarlı tomografi	%24-60
Endosonografi	%65-94
Manyetik rezonans	%76-100

FİSTÜLOGRAFİ

Ne birlikte olan apse kavitesinin, ne sekonder uzantıların, ne de iç orifisin ortaya koyulmasında çok başarılı olamamıştır. İki boyutlu olan bu grafi-lerde üç boyutlu değerlendirme yapmak güçtür. Ancak yüksek suprasfinkterik ve ekstrasfinkterik fistüllerden şüphelenildiğinde traktusun proksimaldeki ilerleyişini göstermek açısından fistülografi halen faydalı olabilir.

CT

Daha çok birlikte olan apselerin veya kavitelerinin teşhisinde faydalıdır.

MANYETİK REZONANS

İntra-anal coil kullanılarak uygulanan yöntemi ile manyetik rezonans şu anda perianal fistüllerin değerlendirilmesinde en değerli radyolojik yöntemdir.

ENDOSONOGRAFİ

Manyetik rezonansa göre daha ucuz olması ve intraoperatif kullanılabilmesi önemli avantajlardır. Operatör bağımlı olması ise en önemli dezavantajdır.

Tedavi: Asemptomatik fistüller tedavi gerektirmezler. Semptomatik perianal Crohn hastalığının tedavisinde fistüller, tedavisi en tartışmalı olan konulardan birisidir. Tedavide amaç semptomların iyileştirilmesi yanında tedaviye bağlı komplikasyonlardan korunmaktır. Crohn Hastalığında yara iyileşmesinin bozuk olduğu düşüncesiyle basit gözlem bazen önerilmekte ve fistüllerin bir kısmının spontan olarak kapanabileceğini ileri sürmektedirler (7,13). Basit gözlem dışında özellikle semptomatik hastalarda tıbbi ve cerrahi tedavi imkanları mevcuttur. Ancak günümüzde önerilen tedavi yöntemi genellikle tıbbi ve cerrahi tedavi yöntemlerinin kombinasyonudur.

TIBBİ TEDAVİ

Perianal Crohn fistüllerinde ise tek başına ilaç tedavisi çeşitli ilaçlar kullanılarak denenmiştir. Ancak ilaç tedavilerinin önemli dezavantajları, genel olarak bu konu ile ilgili prospektif randomize çalışmaların yetersiz olması, ilaç tedavisinin genellikle uzun sürmesi, ortaya çıkan yan etkiler yanında ilaç tedavisinin kesilmesini takiben nükslerin sıklıkla gözlenmesidir. Tablo 6'da perianal Crohn fistüllerinde kullanılan ilaçlar listelenmiştir. İntestinal

Tablo 6. Perianal Crohn fistüllerinde denemiş olan ilaç tedavileri

Antibiyotikler (metronidazol, siprofloksasin)
Azotiopürin, 6 merkaptopürin
Siklosporin, takrolimus
Anti TNF alfa (İnfliksımab)
Talidomit
Mikofenat mofetil
Metotreksat
GMCSF (Granülosit makrofaj koloni stimüle edici faktör)

Crohn'da yaygın olarak kullanılan sistemik steroidler, perianal Crohn fistüllerinde kullanılmamalıdır. Bunlar fistüllerin iyileşmesini geciktirmekte ve perianal abse gelişme riskini arttırmaktadır. Yine aminosalisilatlar da perianal Crohn fistüllerinin kapatılmasında faydalı bulunmamıştır.

METRONİDAZOL VE SİPROFLOKSASİN

Ursing ve Kamme¹⁴ 1975'de yalnız metronidazol tedavisi ile üç hastada Crohn'a bağlı perianal fistülün kapandığını bildirdikten sonra konu ile ilgili çalışmalar yapılmış ve 6-8 haftalık 20mg/kg/gün dozla fistüllerin %34-50 oranında kapandığını bildirilmiştir. Metronidazolun uzun dönem kullanımının yan etkilerini azaltmak için siprofloksasin kullanılmasına rağmen yukarıda bahsedilen ve ilaçların tek başlarına kullanılmalarının dezavantajları antibiyotikler içinde geçerlidir. Bu dezavantajlara rağmen antibiyotikler perianal Crohn fistüllerinin tıbbi tedavisinin halen birinci sıra ilaçlarını oluşturmaktadırlar.

AZOTIOPÜRİN VE 6 MERKAPTOPÜRİN

Her ne kadar kontrol grubu hastalara göre bu iki ilacın Crohn fistüllerini 4.4 kat daha fazla kapatma şansı olduğu bildirilmesine karşın bu konu ile ilgili hiç prospektif randomize çalışma yoktur ve ilaçların %9-15 oranlarında yan etki riskleri olup ilaç kesilmesi sonrası nüks önemli bir problemdir (12). Bu ilaçlar antibiyotiklerle yapılan destek tedavisine kombine edilebilirler.

SİKLOSPORİN VE TAKROLİMUS

Fistül iyileşme oranları %73-%83 oranlarında bildirilmekle birlikte ciddi yan etkilerin görülme riski kullanılmalarını kısıtlamaktadır (12). Enfeksiyonun progresyonu ile hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlar bildirilmiştir (12). Bu ilaçlar genellikle inf-

liksmab'ın tedaviye eklenmesine rağmen başarısız olunan durumlarda kullanılırlar.

ANTİ TNF ALFA (İNFLİKSİMAB)

Yapılan tek prospektif randomize çalışmada fistülün %50'den fazla düzelmesi hedef kriter olarak kullanılmıştır. Üç aylık kullanım sonrasında kontrol grubunda %26, infliksimab grubunda ise %62 oranında %50'den fazla iyileşme hedefine ulaşılabilmiştir (15). İlacın pahalı olması, uzun dönem sonuçlarının henüz bilinmemesi önemli dezavantajlardır. Son zamanlarda bu ilacın perianal Crohn fistüllerindeki kullanımında bir artış gözlenmektedir. Antibiyotik ve antimetabolitlerin kombinasyonuna 3 ilaç olarak gerektiğinde eklenebilir. Crohn hastalığının patogenezinde proinflamatuvar sitokin yolaklarının aktivasyonu önemlidir ve Crohn hastalığı aktivitesiyle TNF- α düzeyleri arasında direkt bir korelasyon mevcuttur. Bu nedenle İnfliximabın dirençli Crohn hastalığı tedavisinde kullanılabilceği düşünülmektedir. Ancak bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

CERRAHİ DIŞI DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİ

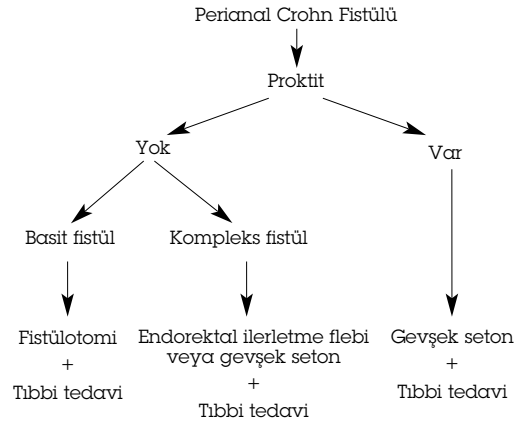
Elementel diyet: Bu tedavi perianal Crohn fistülünde ancak bir çalışmada incelenmiştir. Altı hastadan dördünde (%66) iyileşme eğilimi olmasına karşın yalnız bir hastada (%17) fistülün kapandığı gözlenmiştir (16).

Total parenteral beslenme: İntestinal Crohn'da faydalı olduğu bilinmesine karşın perianal fistülde şimdiki kadar hiç denenmemiştir.

Hiperbarik oksijen tedavisi: Yalnız bu tedavi ile tamamen iyileşen perianal yaralar dahi olduğu bildirilmektedir (17).

CERRAHİ TEDAVİ

Genel ve rejyonel anestezi lokal anesteziye tercih edilir. İnflame dokudaki asidik ortam lokal anestezi etkiyi zorlaştırmaktadır. Proktit olup olmadığının değerlendirilmesi önemlidir. Problar ile muayene ve bimanuel muayene ile iç orifis bulunmaya çalışılır. Başarısız olunursa dış ağızdan serum fizyolojik, süt, metilen mavisi veya hidrojen peroksit verilerek iç orifis ortaya koyulmaya çalışılır. Fistülün kompleks veya basit olması ile proktit varlığı tedavi yaklaşımını etkilemektedir (Şekil 1). Proktitin eşlik etmediği basit fistüllerin (submukozal, intersfinkterik) çoğu fistülotomi ile başarıyla tedavi edilebil-



Şekil 1. Perianal Crohn fistüllerinde tedavi şeması

mektedir. Bu yöntem ile başarı oranı %100'e kadar ulaşmaktadır (18, 19). Yüzeysel, basit bir fistülle birlikte proktit de varsa fistülotominin başarı şansı azalmaktadır ve bazen fistülotomi sonrasında iyileşme olmayabilir ve kronik ülser gelişebilir. Bu durumlarda fistülotomiden kaçınılmalı ve tıbbi tedavi ile birlikte gevşek seton kullanarak fistülotomi sonrasında oluşabilecek potansiyel komplikasyonlardan korunulmalıdır. Proktitin eşlik ettiği yüksek seviyeli kompleks fistüllerde de yine gevşek seton ve tıbbi tedavi kombinasyonu kullanılmalıdır. Ancak bu hastaların %20'sinde proktektomi gerekebilmektedir (1).

Yüksek seviyeli fistüllerde (proktitte yoksa) sfinkter tutulumu nedeniyle fistülotomi sonrasında inkontinans olabileceği düşünüldüğünden gevşek seton veya rektal mukozal ilerletme flebi uygulanmalıdır. Gevşek seton ile sürekli açık bir dış ağız sağlanır, böylece fistülün drenajı sağlanarak apse gelişme riski azaltılmış olur. Setonun bir yıl hatta daha uzun süreyle yerinde bırakılması gerekebilir. Yirmi yedi hastaya seton uygulanan bir seride 23 hastada başarı sağlanmış, bu hastaların sadece üçünde proktektomi gerekmiştir (20).

Rektal mukozal ilerletme flebi kontinansı etkilemeyen ve proktektomi riskini artırmayan bir yöntemdir. Proktit, kavitasyon yapan ülserasyon veya anal stenoz yok ise ilerletme flebi uygulanabilir. Bu prosedür rektal mukozanın iç ağızını içerecek şekilde çıkartılmasını, fistülün sfinkterik kısmının debridman ve sütürasyonunu ve rektal mukozanın primer olarak onarılmasını içerir. Dış ağız ise fistül traktı iyileşene kadar drene edilir. Makowiec 32 hastaya 36 rektal mukozal ilerletme flebi uygula-

miş, bunlardan dördü başarısız olmuş, 11'inde rekürrens tespit edilmiş ve altısında da yeni bir fistül oluşumu gözlenmiştir (21). Anal kanal ülserasyonu veya striktür varlığında ise seçilmiş hastalarda rektal çepeçevre ilerletme ve geçici ileostomi önerilmektedir (8).

Daha önceki çalışmalar yalnızca diversiyon ileostomi yapılanlarda ileostomilerin tekrar kapatılmadığını gösterdiğinden bu yöntem günümüzde pek kullanılmamaktadır. İleostomi fekal florayı ve fekal tahrişi azaltıp başlangıçta iyileşme sağlasa da perianal Crohn hastalığının doğal seyrini çok etkilememektedir. Ancak yeni denenen ilaç tedavileri ile birlikte diversiyon henüz denenmemiştir. Yüksek seviyeli kompleks fistüllerde kliniğimizde denenen sıkı seton yöntemi ise ancak iki perianal Crohn fistülünde tecrübe edilebilmiştir. Bu hastaların bir tanesinde fistül kapanırken diğer hastada nüks gelişmiş ve gelişen nükse konservatif takip uygulanmıştır (22). Proktektomi devamlı perianal ağrı ve akıntısı olup herhangi bir tedavi yöntemi ile başan elde edilemeyen hastalar için son bir seçenektir. Eskiden %10-18 oranında proktektomi tariflenmişse de günümüzde bu oran azalmıştır. Yalnız perianal hastalığı olanlarda proktektomi yapılmasında çok nadiren gerekli olur ve proktektomi hemen daima proktit ile birlikte dir. Proktektomiyi intersfinkterik alandan yapılarak (eksternal sfinkteri koruyarak) perianal yarayı küçük tutmak sekunder traktusları fistülotomi ile tedavi etmek atonik perine yaralarının sıklığını azaltır⁵. Perianal Crohn nedeniyle yapılan proktektomi sonrası perianal sinüs oranı bazı serilerde %50'ye ulaşmaktadır (3).

REKTOVAJİNAL FİSTÜL

İnsidans: Crohn hastalığı olan kadınların %3-10'unda rektovajinal fistüller görülür.

Etiyopatogenez: Rektovajinal fistüller tipik olarak vajeni erode eden anterior rektal ülserlerden kaynaklanır. Bazen posterior kriptoglandüler bir açıklıktan da at nalı şeklinde vajene açılabilir. Anorektal bölgeye fistülize olan Bartolin abseleri ile Crohn'a eşlik eden rektal malignitelerde rektovajinal fistüllere neden olabilir.

Tanı: Hastaların bir kısmı asemptomatik olabilirken bir kısmında ise vajenden gaz ve/veya gaita gelmesi şikayeti olabilir. Rektovajinal muayene ile tanı kesinleştirilir. Tanının zor olduğu ve fistül ağzının görülemediği durumlarda genel anestezi alın-

da muayene, gastrografin ile enema, rektuma metilen mavisi verilmesi ve vajene hava doldurarak rektuma hava verilmesi faydalı olabilir.

Tedavi: Tedavide birinci aşama drenaj ile sepsisin kontrolüdür. Buna gevşek seton ve antibiyotik tedavisi de eklenebilir. Daha sonra ise fistülün seviyesi ve rektal inflamasyon varlığına göre değişik yaklaşımlar gerekir. Yüzeysel, asemptomatik kriptoglandüler fistüller olduğu gibi bırakılabilir. Semptomatik ve sfinkteri içermeyen fistüllerde basit fistülotomi yapılabilir. Transsfinkterik ve suprasfinkterik fistüllerde rektal mukozal ilerletme flebi eğer proktit yoksa kullanılabilir. Bu onarımlarda eğer inflamasyon şiddetliyse veya nüks olgular ise diversiyon stoması gerekli olabilir. Transanal flep prosedürü ile %68-80 oranında başan bildirilmiştir^{21,23}. Belirgin proktit varlığında ise medikal tedavi ve cerrahi seton drenaj başlıca tedavi seçeneğidir. Tekrarlayan onarımlara rağmen başarısız olan olgular ile stenoz ile birlikte olan olgular ve şiddetli proktitle birlikte olan bazı olgularda proktektomi gerekebilir.

ANOREKTAL STRİKTÜR

İnsidans: Crohn'da anorektal striktür %7.5 oranında bildirilmiştir²⁴.

Etiyopatogenez: Kronikleşmiş perianal apseler ve fistüller striktürlere neden olabilir. Striktürlerin yaklaşık %50'si rektumda %33'ü anüste kalını da anorektumda oluşmaktadır. Hastaların tamamının da eşlik eden proktit vardır¹.

Tanı: Çoğu striktür asemptomatiktir ancak belirgin striktürü olanlarda tenesmus, tuvalete yetişeme-me, defekasyonda zorluk ve inkontinans şikayetleri görülebilir. Rektal muayene ile teşhis koyulabilir.

Tedavi: Asemptomatik olanlarda genellikle tedavi gerekmez. Semptomatik olgularda topikal steroidler, 5 aminosalisilik asit, sistemik metronidazol kullanılabilir. Uygun olgularda tekrarlayıcı dijital dilatasyonlar (6 hafta aralar ile) denenebilir⁴. Bu yöntemler ile başarısız olunan olgularda ise diversiyon veya proktektomi gerekir. Ancak bu tedaviler genellikle rektumun tamamen harap olduğu durumlarda tercih edilir.

İNKONTİNANS

İnsidans: Perianal Crohn'da fekal inkontinans sıklık ve bu sıklık %39'a kadar çıkabilmektedir

Etiyopatogenez: Rektumun proktit nedeniyle kapasitesinin azalması, kolonik hastalığa bağlı diare, gelişmiş operasyonlara bağlı kısa barsak sendromu, obstetrik hasar veya geçirilmiş fistülotomiler buna neden olabilir. Alexander Williams perianal Crohn hastalığında inkontinansın agresif hastalıktan değil agresif cerrahlardan kaynaklandığını belirtmiştir.

Tanı: Detaylı bir hikaye ve fizik muayene yanında, anal manometri, elektromyografi ve endosonografi ile altta yatan sebep araştırılmalıdır.

Tedavi: Sfinkteroplastiden fayda görebilirler bu hastalarda genellikle geçici fekal diversiyon onarım işlemine eklenir. Başarısız olduğunda kalıcı diversiyon veya perineal diğer komplikasyonlarla birlikte olduğunda proktektomi gerekebilir.

KAYNAKLAR

1. McClane SJ, Rombeau JL: Anorectal Crohn's Disease. Surg Clin North Am 2001; 12: 169-83.
2. Platell C, Mackay J, Collopy B, Fink R, Ryan P, Woods R: Natural history of perianal Crohn's disease. Aust N Z J Surg 1996; 66: 5-9.
3. Keighley MRB. Surgical treatment of perianal Crohn disease. In: Surgery of the anus rectum and colon. Ed: Keighley MRB, Williams N. 1993. WB Saunders; 1806-1822.
4. Kodner IJ. Perianal Crohn's disease. In: Allan RN, Rhodes JM, Hanauer SB, Keighley MRB, Alexander Williams J, Fazio VW (eds). Inflammatory bowel disease 3rd ed, Churchill Livingstone: Edinburgh, 1997: 863-872.
5. Alabaz O, Weiss EG. 498-509.
6. Hellers G, Berstrand O, Ewerth S, Holmstrom B: Occurrence and outcome after primary treatment of anal fistula in Crohn's disease. Gut 1980; 21: 525-7.
7. Orkin BA, Telander RL: The effect of intraabdominal resection or fecal diversion on perianal Crohn's disease in pediatric Crohn's disease. J Pediatr Surg 1985; 20: 343-7.
8. Fazio V. Perianal Crohn disease. The 22nd Annual Turnbull Symposium : Managing Inflammatory Bowel Disease and Colorectal Problems in the Third Millennium. September 21-22, 2001. Cleveland, Ohio.
9. Jeffrey PJ, Ritchie JK, Parks AG: Treatment of haemorrhoids in patients with inflammatory bowel disease. Lancet 1977; 1: 1084.
10. Muldoon JP, Stryker SJ. Pearianal abscess and fistula. In: Current surgical therapy 6th ed. Ed: Cameron JL. Mosby. St Louis Missouri. 1998. 275-278.
11. Williamson PR, Hellinger MD, Larach SW, Ferrara A: Twenty-year review of the surgical management of perianal Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1995; 38: 389-92
12. Schwartz DA, Pemberton JH, Sandbom WJ. Diagnosis and treatment of perianal fistulas in Crohn disease. Ann Intern Med 2001; 135: 906-918.
13. Halme L, Sainio AP: Factors related to frequency, type and outcome of anal fistulas in Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1995; 38: 55-9.

KANSER

İnsidans: Perianal Crohn hastalarında anüsün epidermoid kanserleri bildirilmiştir. Ancak bu hastalarda malignite riskinde artış söz konusu değildir. Ancak kronik proktiti olanlarda rektum kanseri riski artmaktadır.

Etiyopatogenez: Proktit varlığında fekal diversiyonda eklenmesi rektum kanseri riskini daha da arttırmaktadır (by-pass yapılan segmentte).

Tanı: İnflamasyon varlığı tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Bu nedenle persistan perianal ülser, fissür ve fistül olgularında lezyonlardan biyopsi alınmalıdır. Fistül traktından küretaj ve bu materyalin histopatolojik incelemesi ile tanı koyulabilir.

14. Ursing B, Kamme C. Metronidazole for Crohn's disease. Lancet 1975; 1: 775-777.
15. Present DH, Rutgeerts P, Targan S, Hanauer SB, Mayer L, van Hogezaans RA. İnfliximab for the treatment of the fistulas in patients with Crohn disease. New Engl J Med. 1999; 340: 1398-1405.
16. Calam J, Crooks PE, Walker RJ. Elemental diets in the management of Crohn's perianal fistulae. J Parenter Enter Nutr 1980; 4: 4-8.
17. Noyer CM, Brandt LJ. Hyperbaric oxygen therapy for perianal Crohn's disease. Am J Gastroenterology. 1999; 94: 318-321.
18. Fry RD, Shemesh EI, Kodner IJ, Fleshman JW, Jimmcke AE: Techniques and results in the management of anal and perianal Crohn's disease. Surg Gynecol Obstet 1989; 168: 42.
19. Levien DH, Surrell J, Mazier WP: Surgical treatment of anorectal fistulas in Crohn's disease. Surg Gynecol Obstet 1989; 169: 133-6.
20. Scott HJ, Northover JMA: Evaluation of surgery for perianal Crohn's fistulas. Dis Colon Rectum 1996; 39: 1039-43.
21. Makowiec F, Jehl EC, Becker HD, Starlinger M: Clinical course after transanal advancement flap repair of perianal fistula in patients with Crohn's disease. Br J Surg 1995; 82: 603-6.
22. Akoğlu M, Kayaalp C, Yol S. Yüksek seviyeli perianal fistüllerin setonla tedavisi: Yeni bir modifikasyon. 9th Turkish National Congress of Colorectal Surgery. 9-13 Eylül 2001, Antalya. 183.
23. Fry RD, Kodner IJ: Management of anal and perianal Crohn's disease. Infect Surg 1989; 8: 209.
24. Greenstein AJ, Sacher DB, Kark AE. Stricture of the anorectum in Crohn's disease involving the colon. Ann Surg 1975; 181: 207-212.
25. Alexander Williams J, Buchmann P. Perianal Crohn's disease: definitive surgery for fistulas and recurrent abscess. Am J Surg 1980; 139: