

CROHN HASTALIĞININ ACİL CERRAHİ TEDAVİSİNDE ÖNCE DEN CROHN HASTALIĞI TANISI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN KARŞILAŞTIRILMASI

COMPARISON OF EMERGENCY SURGERY OF CROHN'S DISEASE IN PATIENTS WITH AND WITHOUT PRIOR DIAGNOSIS OF CROHN

Gürcan ŞİMŞEK¹, Mehmet Eşref ULUTAŞ¹, Alpaslan ŞAHİN¹, Ethem ÖMEROĞLU², Kemal ARSLAN¹

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

ÖZET

AMAÇ: Crohn hastalığının (CH) tedavisinde birçok yeni gelişme olmasına karşın cerrahi tedavi gereksinimi hastalığın çeşitli dönemlerinde %70-90 arasındadır. Cerrahi tedavi endikasyonları komplikasyonlar ve medikal tedavi yetersizliği olmak üzere iki ana başlıkta toplanabilir. Bu çalışma; kliniğimizde CH nedeni ile acil şartlarda opere edilen hastalarımızın cerrahi tedavilerini, sonuçlarını belirtmek ve preop CH tanısı olan ve olmayan vakalar arasındaki farkları ortaya koymak amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma retrospektif olarak yapıldı. Kliniğimizde Ocak 2014 ve Aralık 2019 tarihleri arasında acil şartlarda opere edilen ve patolojik olarak CH tanısı olan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, preop dönemde CH tanısı alıp almadıkları, CH tanısı varsa; süresi ve kullanılan medikal tedaviler kaydedildi. Daha sonra preop CH tanısı olan ve olmayanlar iki gruba ayrıldı. Tüm hastaların; başvuru semptomları, cerrahi tedavi endikasyonları, hastalığın tutulum yeri, uygulanan cerrahi tedavi ve eşlik eden malignite durumları kaydedildi ve bu iki grup karşılaştırıldı. $P < 0,05$ olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 22 hasta dahil edildi. Hastaların 14'ü kadının (%59,1) ve 8'i erkekti (%40,9). Ortalama yaş 39.23 ± 18.48 'di. Hastalardan 7'sinin (%31,8) preop dönemde CH tanısı vardı. En sık (%86) başvuru semptomu karın ağrısıydı. En sık uygulanan acil cerrahi prosedür sağ hemikolektomiydi. (% 30,5) Karşılaştırılan 2 grup arasında ; başvuru semptomları, tutulum yerleri, preop ön tanılar, stoma oranı ve stoma kalma zamanları ile eşlik eden malignite oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p > 0,05$).

SONUÇ: CH' da en sık acil cerrahi tedavi endikasyonu obstrüksiyondur. Perforasyon sıklığı literatüre göre daha sık bulunmuştur. (%18,1) Hastaların operasyon öncesi CH tanısının olması tedavide stoma sıklığını arttırmaktadır ancak istatistiksel olarak fark tespit edilememiştir. Komplikasyon nedeniyle ameliyat edilen hastalarda preoperatif dönemde CH tanısının bilinmesi cerrahi tedaviyi etkilemekte gibi görünmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Crohn Hastalığı, Komplikasyon, Acil cerrahi

ABSTRACT

OBJECTIVE: Although there are many new developments in the treatment of Crohn's disease (CD), the need for surgical treatment is required between 70% and 90% at various stages of the disease. Surgical treatment indications can be grouped under two main headings as complications and medical treatment insufficiency. This study was conducted to state the surgical treatment and results of our patients who were operated in emergency conditions due to CD in our clinic and to reveal the differences between with and without previous Crohn's diagnosis.

MATERIAL AND METHODS: The study was conducted retrospectively. Patients who were operated under emergency conditions in our clinic between January 2014 and December 2019 and who were pathologically diagnosed with CD were included. Demographic data of all patients, whether there is a previous CD diagnosis, previously diagnosed of CD patients's duration disease time and medical treatments used were recorded. Later, those with and without the diagnosed of CD were divided into two groups. Admission symptoms, indications for surgical treatment, disease involvement, surgical treatment and accompanying malignancy of all patients were recorded and these two groups were compared. A $P < 0.05$ was considered significant.

RESULTS: 22 patients were included in the study. 14 of the patients were female (59.1%) and 8 of them were male (40.9%). The mean age was 39.23 ± 18.48 . 7 (31.8%) of the patients had a previous diagnosis of CD. The most common (86%) presenting symptom was abdominal pain. The most common emergency surgical procedure was right hemicolectomy. (30.5%) Among the two groups compared; There was no statistically significant difference between admission symptoms, involvement locations, preoperative diagnoses, stoma rate, stomata time and accompanying malignancy rates ($p > 0.05$).

CONCLUSIONS: The most common emergency surgical treatment indication in CH is obstruction. The frequency of perforation was found to be more frequent than the literature. (18.1%) The fact that patients were diagnosed with CD before the operation increases the frequency of stoma in treatment, but statistically, no difference was found. Knowing the preoperative diagnosis of CD in patients operated on due to complications seems to affect surgical treatment.

KEYWORDS: Crohn's Disease, Complication, Emergency surgery

Geliş Tarihi / Received: 28.07.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 08.02.2021

Yazışma Adresi / Correspondence: Uzm.Dr.Mehmet Eşref ULUTAŞ

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

E-mail: esref_ulutas@hotmail.com

Orcid No (Sırasıyla): 0000-0003-4087-9331, 0000-0002-9206-4348, 0000-0001-5707-1203, 0000-0002-4943-6871, 0000-0002-3880-8318

GİRİŞ

Crohn hastalığı (CH) gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilen ve transmural tutulum ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. CH tedavisinde birçok yeni gelişme olmasına karşın cerrahi tedavi gereksinimi hastalığın çeşitli dönemlerinde %70-90 arasındadır (1 - 3).

CH'da cerrahi tedavi endikasyonu komplikasyon geliştiği zaman vardır. Bu komplikasyonlar obstrüksiyon, perforasyon, kanama, apse gelişimi, fistülizasyon ve malignite olarak sıralanabilir. CH'da en sık cerrahi tedavi endikasyonu olan komplikasyon obstrüksiyondur (4).

CH'da en sık tercih edilen cerrahi yöntem rezeksiyon prosedürleridir. Rezeksiyon sonrası anastomoz veya stoma uygulanmaktadır (5). Ancak hastalık nüks edebilir ve tekrarlayan rezeksiyonlar gerekebilir. Tekrarlayan rezeksiyonlarda kısa barsak sendromu riski akılda olmalıdır. Bu nedenle striktüroplasti teknikleri de halen güncelliğini korumaktadır (4).

Preop dönemde CH tanısı olmayan ve geçirdiği acil cerrahi sonucunda CH tanısı alan hastalar ile preop dönemde CH tanısı olup acil şartlarda opere edilen hastaların; cerrahi tedavi endikasyonları ve sonuçlarını kıyaslayan bir çalışmaya literatürde rastlamadık.

Bu çalışma; kliniğimizde CH nedeni ile acil şartlarda opere edilen hastalarımızda cerrahi tedavi; endikasyonlarını, şeklini, sonuçlarını ve hastalığın tutulum yerini belirlemek ve preop CH tanısı olan ve olmayan vakalar arasındaki farkları ortaya koymak amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda hastane kayıtlarının kullanımı için Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK) onayı alındı. Sonrasında çalışma retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya Ocak 2014 ve Aralık 2019 tarihleri arasında acil şartlarda opere edilen, bilinen veya nihai patoloji sonucu CH tanısı olan hastalar dahil edildi. Elektif şartlarda yapılan operasyonlar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri, preop CH tanısının olup olmadığı, CH tanısı varsa; süresi ve kullanılan medikal tedaviler

kaydedildi. Tüm hastaların; başvuru semptomları, cerrahi tedavi endikasyonları, hastalığın tutulum yeri, uygulanan cerrahi tedavi ve eşlik eden malignite varlığı kaydedildi. Daha sonra hastalar preop CH tanısı olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldılar. Gruplar; demografik özellikler, semptomlar, ameliyat endikasyonları, hastalığın lokalizasyonu, ameliyat şekli, stoma açılma sıklığı ve eşlik eden malignite oranları açısından yaş ve cinsiyet dağılımları yanında başvuru şikayetlerinin sıklığı, preop tanı, tutulum yerleri, stoma açılma sıklıkları ve eşlik eden malignite varlığı açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldılar.

Çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics ver. 22.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA) programı ile analiz edildi. Veriler ortalama \pm SD olarak ifade edildi. Değişkenler, nicel parametreler için Chi-square ve Fisher's exact testi ve kantitatif parametreler için eşleştirilmemiş Student's t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı. P değerinin <0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 22 hasta dahil edildi. Hastaların 14'ü kadın (%59,1) ve 8'i erkekti (%40,9). Ortalama yaş 39.23 ± 18.48 olarak tespit edildi. Hastalardan 7'si (%31,8) preop CH tanısı olan vakalardı. Hastaların demografik verileri ve başvuru şekilleri **Tablo 1** özetlenmiştir.

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri ve başvuru anındaki özellikleri

ÖZELLİK	ORANLAR
Yaş (std/medyan)	39.23 \pm 18.48 / 35.5
Cinsiyet (erkek, kadın)	n: 8, (%40,9) -n: 14, (%59,1)
Acil servis başvurusu,	n: 17, (%77,3)
Diğer kliniklerden devir	n: 5, (%22,7)
CH tanısı olanlar	n: 7, (%31,8)
Takip süresi medyan (ay,min-max)	32 (4-62)

Tüm hastalar içerisinde en sık (%86) tespit edilen semptom karın ağrısıydı. Karın ağrısına eşlik eden bulantı ve kusma %63,6 (n=14) ise en sık başvuru şekli olarak tespit edildi. Hastaların başvuru semptomları detaylı olarak **Tablo 2** görülmektedir. Opere edilen hastaların 7'sinde (%30,5) ilk değerlendirmede periton irritasyon bulguları vardı. Preop tanı yöntemleri arasında en sık bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılmıştı. On bir hastada tanı BT ile (%50), 5 hastada di rek grafi ile (%22.72), 4 hastada ultrasonografi

ile (%18.18), 1 hastada da manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile (%4.54) tanı konulmuştur.

Tablo 2: Hastaların başvuru semptomları

Başvuru Semptomları	Oranlar
Karın Ağrısı	%13,6 (n=3)
Karın ağrısı,bulantı ve kusma	%63,6(n=14)
Karın ağrısı,bulantı ve ateş	%9,1(n=2)
Anal bölgede ağrı ve akıntı	%9,1(n=2)
Yara yerinden intestinal içerik akması	%4,5(n=1)

Perforasyon tespit edilen 3 hastadan sadece 1'inde direkt grafide serbest hava tespit edilmiştir. Çalışmada en sık uygulanan acil cerrahi prosedür sağ hemikolektomiydi. Sağ hemikolektomiye ileum rezeksiyonu takip etmektedir.

Hastalara uygulanan ameliyatlar detaylı olarak görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastalardan 7'si preop CH tanısı olan ve medikal tedavide almakta olan hastalardı. Preop dönemde CH tanısı olan hastaların genel özellikleri detaylı olarak **Tablo 3, 4 ve 5** görülmektedir.

Tablo 3: Hastalara uygulanan ameliyatlar

Yapılan Ameliyat	Oran
Sağ hemikolektomi	% 30,5(n=7)
Sağ hemikolektomi + segmenterileum rezeksiyonu	%21,8(n=5)
Segmenter ileum rezeksiyonu	%26(n=6)
Anterior Rezeksiyon	%4,3(n=1)
Perianal apse drenajı+gevşek seton uygulaması	%8,7(n=2)
Apendektomi	%8,7(n=2)

Tablo 4: Çalışmada önceden CH tanısı olan hastaların özellikleri

CH tanısı olanlar	Oran
CH TANI ALMA ZAMANI (medyan ay)	22
CH İÇİN TEDAVİ ALMA ORANI	%85,7 (n=6)
ALINAN MEDİKAL TEDAVİ	
Mesalazin	%42,9 (n=3)
Mesalazin+steroid+anti-TNF	%28,6 (n=2)
Mesalazin+steroid	%14,3 (n=1)

Tablo 5: Hastaların operasyon nedenleri ve tutulum yerleri

	İleoçekal Bölge	Sigmoid Kolon	İleum	Perianal Bölge
Obstrüksiyon	7	1	5	-
Perforasyon	3	-	1	-
Apendisit	2	-	-	-
Perianal Apse	-	-	-	2
Enterokütenöz Fistül	1	-	-	-

Preop CH tanısı olup olmamasına göre hastalar 2 gruba ayrılarak istatistiksel olarak kıyas-

landıklarında; başvuru semptomları, hastalığın tutulum lokalizasyonu, preop ön tanıları, stoma oranı ve stoma kalma zamanları ile eşlik eden malignite oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Gruplar arasında yapılan istatistiksel analiz sonuçları **Tablo 6** görülmektedir.

Tablo 6: CH tanısı olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

	Tüm vakalar (n=22)	CH tanısı olmayanlar (n=15)	CH tanısı olanlar (n=7)	p
Yaş (ort.)	39,23	37,14	40,2	0,647
Cinsiyet				
Erkek	%40,9	%42,9	%40	0,905
Kadın	%59,1	%57,1	%60	
Başvuru Semptomu				
Karın Ağrısı	%13,6	%0	%20	-
Karın ağrısı,bulantı ve kusma	%63,6	%57,1	%66,7	0,181
Karın ağrısı,bulantı ve ateş	%9,1	%14,3	%6,7	0,421
Anal bölgede ağrı ve akıntı	%9,1	%28,6	-	-
Yara yerinden intestinal içerik akması	%4,5	%6,7	-	-
Preop ön tanı				
Perforasyon (n=4)	%18,1	%20	%14,3	0,501
Obstrüksiyon (n=13)	%59,2	%46,7	%57,1	0,666
Perianal sepsis (n=2)	%9,1	%0	%28,6	0,03
Enterokütenöz Fistül (n=1)	%4,5	%6,7	%0	0,334
A.Apendisit (n=2)	%9,1	%20	%0	0,082
Stoma Oranı (n=8)	%36,3	%40	%42,9	0,905
Stoma kalma süresi (medyan/ay)	3,4	3,2	4	0,742
Eşlik eden malignite	%4,5	%0	%6,7	0,508

Operedilen 8 hastaya (%36.36) stoma yapılmıştı. Bunlardan 6 hastaya uç ileostomi, 2 hastaya da uç ileostomiye ek olarak mukus fistül yapıldığı tespit edildi. Bütün hastaların ostomisi takip eden dönemlerde kapatıldı ve ek problemlerle karşılaşılmadı. Ostomi yapılma oranı en yüksek patoloji perforasyon olup tüm perforasyon vakalarında ostomi yapılmıştı. Obstrüksiyonlarda ise 3 hastaya (%23) ostomi açılmıştı (**Resim 1**).



Resim 1: Sağ hemikolektomi ve ileum rezeksiyonu yapılan bir hastanın ameliyat piyesi

Obstrüksiyon nedeniyle stoma açılan tüm vakalar preop CH tanısı olan ve steroid ve/veya anti-TNF kullanan hastalardı. Postoperatif 1 hastada kısa barsak sendromu gelişti. Bu hastanın mükerrer hastane yatışlarının olduğu ve dirençli hipokalseminin olduğu tespit edildi. Bu hastanın stoması kapatıldıktan sonra hipokalsemi düzeldi. Çalışmamızda medyan takip süresi 33 ay olup nüks tespit edilmedi.

TARTIŞMA

CH nedeni ile yapılan cerrahi müdahalelerde sadece probleme yol açan bağırsak segmentine müdahale edilmelidir. Bu müdahale için konvansiyonel ve laparoskopik yöntemler kullanılabilir. Laparoskopik yöntemler morbidite, hastanede kalış süresi ve maliyet açısından üstün bulunurken; 3 aylık takipte konvansiyonel yöntemlerle arasında yaşam kalitesi açısından fark saptanmamıştır (6). Çalışmamızda tüm hastalar konvansiyonel metodlar ile opere edilmiştir.

CH' da obstrüksiyon en sık cerrahi tedavi endikasyonudur. CH' da yapılan cerrahi müdahalelerin %20 - 25 kadarını obstrüksiyonlar oluşturmaktadır (7, 8). CH'da ortaya çıkan darlıklar tipik olarak tekrarlayan akut alevlenmeler sonucunda ortaya çıkan fibrotik skar neticesinde gelişmektedir (9). CH da ortaya çıkan inflamatuvar darlıklarda biyolojik tedaviler kullanılır ve bu hastalarda endoskopik dilatasyon işlemleri de gerekebilir (10). CH' da tıkanıklık genellikle terminal ileum düzeyinde görülür. Kolon seviyesinde de darlık olabilir. Ancak kolonik darlıkların görülme sıklığı %5 civarındadır (11). Bizim çalışmamızda da darlıkların %92'si terminal ileum ve ileoçekal valv düzeyindeydi. Kolon düzeyinde darlık sıklığı %7,7 (n=1) olarak bulunmuştur.

Obstrüksiyon nedeni ile opere edilen hastaların tamamına kontrastlı BT çekilmiş ve akut intestinal obstrüksiyon ortaya konulmuştur. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık görülen darlık lokalizasyonu ileum ve ileoçekal valv düzeyindeydi. Bu hastaların tamamı sağ hemikolektomi ve/veya ileum rezeksiyonu ile tedavi edildi. Sadece 1 hastada sigmoid kolonda darlık vardı ve anterior rezeksiyon ile tedavi edildi. Preop CH tanısı olan ve olmayan hastalarda obstrüktif ileoçekal tutulum sıklığı arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Kolon obstrüksiyonu olan hastanın CH tanısı mevcuttu. Çalışmamız-

da preop CH tanısı olan ve olmayan hastalar kıyaslandığında obstrüksiyon nedeni ile yapılan ameliyat oranları benzer olup istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Serbest perforasyon CH'da nadir fakat gürültülü bir komplikasyondur. CH'da perforasyon görülme sıklığı %1-3 arasındadır. CH'da perforasyon ileum, jejunum veya gastroduodenal bölgede görülebilir. Kolon perforasyonları genellikle toksik megakolonun akut alevlenmelerinde görülebilir (12, 13). CH'da perforasyon şüphesi varsa hasta hızlı bir şekilde resüsite edilerek operasyona alınmalıdır. Eğer steroid kullanan bir hasta ise geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi operasyon öncesinde başlanmalıdır. Perforasyon nedeni ile opere edilen hastaların tamamına düz karın grafisi çekilmişti. Ancak sadece bir hastada diyafragma altı serbest hava tespit edildi. Hastaların yapılan karın USG'lerinde tüm hastalarda pelvik bölgede serbest sıvı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda toplam 4 hasta (%18,1) perforasyon nedeni ile opere edildi. Perforasyona bağlı yapılan operasyon oranı literatüre nazaran oldukça yüksekti. Bunun nedeni çalışmaya preop CH tanısı olmayan ancak postoperatif dönemde CH tanısı alan hastaların çalışmaya dahil edilmesi olabilir. Gruplar arasında perforasyon görülme oranları arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). Perforasyon nedeni ile yapılan ameliyatların tamamında ostomi yapılmıştır.

CH' da perianal tutulum prevalansı 10 yıl içerisinde %74' tür. Perianal apse ve fistüller CH' da görülen perianal lezyonların %18'ini teşkil eden penetran lezyonlardır. CH'da ortaya çıkan yüzeysel ve iskiorektal apseler eksternal olarak; intersfinkterik ve supralelevator apselerin ise internal drenajı önerilir. Apsere drene edildikten sonra antibiyoterapi verilmesi konusunda fikir birliği yoktur. Hastada semptomatik rahatlama ve cilt eriteminde gerileme olduktan sonra biyolojik tedaviye başlanmalıdır (14, 15). Eğer fistül apseye eşlik ediyorsa apse ve sepsisin tekrarlamasını önlemek için gevşek bir seton tatbik edilmelidir (16). Çalışmamızda 2 hastaya (%9,1) perianal sepsis nedeni ile acil operasyon uygulandı. Bu hastaların önceden CH tanısı mevcuttu. Bu hastalara apse drenajı yapıldıktan sonra gevşek drenaj setonu uygulanmıştı. Ameliyat sonrası her iki hastada da antibiyotik kullanılmıştı.

Hastaların her ikisi de drenaj işleminden 7 gün sonra anti-TNF tedavisi almaya başladılar. Çalışmaya dahil edilen tüm vakalarda stoma yapılma oranı %36,3 olarak tespit edildi. Preop CH tanısı olanlarda bu oran %42,9 iken preop CH tanısı bilinmeyen vakalarda bu oran %40'tı. Preop CH tanısı olan hastalarda ostomi oranı yüksek görülmektedir. Ancak gruplar arasında ostomi açılma oranları arasında fark yoktu ($p>0,05$). Preop CH tanılı hastaların kullandığı steroid ve/veya anti-TNF ajanların cerrahları ostomiye daha yakın hale getirdiği kanaatindeyiz.

İnce bağırsağın adenokarsinomları nadir görülen tümörlerdir. Less ve ark. yaptıkları popülasyon bazlı Kohort analizinde CH'da ince barsak adenokarsinom riskini 60 kat yüksek bulmuştur (17). Greenstein ve ark. CH olanlarda ince barsak karsinomu için iki yıllık sağkalımı %9, de novo karsinomlar için ise %15 - %25 olarak bildirmiştir (18). Çalışmamızda akut intestinal obstrüksiyon nedeni ile opere edilen ve stoma açılan hastanın preop CH tanısı vardı. Hasta medikal tedavi altındaydı. Hastaya fibrotik darlık ön tanısı ile rezeksiyon uygulanmıştı. Nihai patoloji rapor ile ince barsak karsinom tanısı konulmuştu. CH olanların en az %80'i hayatlarında bir cerrahi geçirecektir. Bu hastaların en az %40'ı birden fazla ameliyat geçirecektir. Ameliyat sonrası nüksler genellikle 36. aydan sonra ortaya çıkmaktadır (19 - 21). Çalışmamızda nüks tespit edilmemiştir. Bu çalışmada medyan takip süresinin 33 ay olması nüks izlenmemesinin en önemli nedeni olduğu kanısındayız.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı hasta sayısının az olmasıdır. Toplam 22 hastayı içeren bu seride istatistiksel sonuçlar elde edilebilmiştir. Yaptığımız literatür taramasında, çalışmamızda olduğu gibi preop CH tanısı olan ve olmayan hastaların acil ameliyatlarının neden ve sonuçlarının kıyaslandığı bir çalışmaya rastlamadık.

Sonuç olarak; CH'da en sık acil cerrahi tedavi endikasyonu obstrüksiyondur. Perforasyon sıklığı literatüre nazaran çalışmamızda daha sık tespit edilmiştir. Hastaların operasyon öncesinde CH tanısı olması tedavide ostomi sıklığını aritmetik olarak arttırmaktadır ancak artış istatistiksel olarak anlamlı değildir. Cerrahlar için oldukça meydan okuyucu vakalar olan CH'na bağlı acil ameliyatlara ilgili daha kesin yargılara ulaşabilmek için; daha uzun süre takipli, hasta sayısının

nispeten daha çok olduğu, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamız dizayn açısından bildiğimiz kadarı ile tek olma özelliğindedir.

KAYNAKLAR

1. Bernstein CN, Loftus EV, Ng SC, et al. Hospitalisations and surgery in Crohn's disease. *Gut*. 2012;61(4):622-9.
2. Bouguen G, Biroulet LP. Surgery for adult Crohn's disease: what is the actual risk? *Gut*. 2011;60(9):1178-81.
3. Rungoe C, Langholz E, Andersson M, et al. Changes in medical treatment and surgery rates in inflammatory bowel disease: a nation wide cohort study *Gut*. 1979-2011. 2014;63(10):1607-16.
4. Hwang JM, Varma MG. Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2008(7);14(17): 2678-2690.
5. Frolkis AD, Dykeman J, Negron ME, et al. Risk of Surgery for Inflammatory Bowel Diseases Has Decreased Over Time: A Systematic Review and Meta-analysis of Population-Based Studies. *Gastroenterology*. 2013;145(5):996-1006.
6. Maartense S, Dunker MS, Slors JF, et al. Laparoscopic-assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease: a randomized trial. *Ann Surg*. 2006;243(2):143-9; 150-3.
7. Muldoon R, Herline AJ. Crohn's disease: surgical management. Steele SR, Hull TL, Read TE et al (editors). *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. 3rd edition. New York: Springer International Publishing. 2016: 843-68.
8. Alos R, Hinojosa J. Timing of surgery in Crohn's disease: a key issue in the management. *World J Gastroenterol*. 2008;14(36):5532-9.
9. Berg DF, Bahadursingh AM, Kaminski DL, et al. Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease. *Am J Surg*. 2002;184(1):45-51.
10. Bessissow T, Reinglas J, Aruljothy A et al. Endoscopic management of Crohn's strictures. *World J Gastroenterol*. 2018;24(17):1859-67.
11. Yamazaki Y, Ribeiro MB, Sachar DB et al. Malignant strictures in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1991;86(7):882-5.
12. Bundred NJ, Dixon JM, Lumsden AB et al. Free perforation in Crohn's colitis: a ten year review. *Dis Colon Rectum*. 1985;28(1):35-7.
13. Nordlinger B, Saint-Marc O. Free perforation. Michelassi F, Milsom JW (editors). *Operative strategies in inflammatory bowel disease*. New York:Springer-Verlag, 1999; 369-73.
14. Truong A, Zaghian K, Fleshner P. Anorectal Crohn's Disease. *Surg Clin North Am*. 2019;99(6):1151-1162.

- 15.** Schwartz DA, Loftus EV, Tremaine WJ, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002;122(4): 875–80.
- 16.** Zalieckas JM. Treatment of perianal Crohn's disease. *Semin Pediatr Surg*. 2017; 26(6):391–7.
- 17.** Jess T, Winther KV, Munkholm P, Langholz E, Binder V. Intestinal and extra-intestinal cancer in Crohn's disease: follow-up of a population-based cohort in Copenhagen County, Denmark. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:287–293.
- 18.** Greenstein A. Malignancy in Crohn's disease. *Perspect Colon Rectal Surg*. 1995;8:137–159.
- 19.** Lewis RT, Maron DJ. Efficacy and complications of surgery for Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol [N Y]*. 2010;6:587–96.
- 20.** Chardavoyne R, Flint GW, Pollack S, Wise L. Factors affecting recurrence following resection for Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 1986;29:495–502.
- 21.** Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and postoperative recurrence in Crohn's disease. *Ann Surg*. 2000;231:38–45.