

Nutrisyon Desteğinin Şiddetli Aktivasyon Gösteren Crohn Hastalığına Etkisi

Dr. A. Sedat BOYACIOĞLU, Dr. Zeynep ÖNGÜL, Dr. Haldun GÜNDOĞDU,
Dr. Aysel ÜLKER, Dr. Erdoğan KOVALI

Özet: Şiddetli derecede aktivasyon gösteren 11 Crohn hastasında standart medikal tedaviye ek olarak nutrisyon desteği de yapıldı. Hastalar ortalama 13.8 ± 4.4 günde remisyona girdi. Bu sürede oral gıda alımı kesildi ve total parenteral nutrisyon verildi. Daha sonra 4 hafta süre ile polimerik formüllerle enteral nutrisyon verildi. Hastaların nutrisyonel parametrelerinde belirgin düzelme oldu. Major komplikasyon olmadı. Bir hasta akut respiratuvar distres sendromu sonucu öldü. Aktif Crohn hastalığının tedavisinde standart medikal tedaviye ek olarak verilecek nutrisyon desteğinin önemli olduğu kanısına varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Crohn hastalığı, total parenteral nutrisyon, enteral nutrisyon.

Crohn hastalığının akut ataklarının standart tedavisi yatak istirahati ve sıvı-elektrolit replasmanı gibi genel önlemler ile kortikosteroidler veya sulfasalazindir. Bu tedavi ile %80 oranında remisyon sağlanabilmektedir (1-4). Crohn hastalığında sıklıkla malnutrisyon vardır (5). Özellikle ileum tutulmuşsa hastaların çoğunun vücut ağırlığında ideal ağırlıklarına göre %10 azalma görülür. Malnutrisyon bu hastalar için istisna değil kural olarak kabul edilebilir (6). Oysa medikal tedavi ile malnutrisyondaki aktif Crohn hastalarında nutrisyonel durum düzeltilemez. Aksine hayvan deneylerinde kortikosteroidlerin katabolik etkilerinin olduğu gösterilmiştir (2,7).

Kliniğimizde aktif Crohn hastalığı olan 11 hastaya standart medikal tedaviye ek olarak bozuk olan nutrisyonel durumlarını düzeltebilmek ve

Summary: EFFECT OF NUTRITIONAL SUPPORT IN SEVERELY ACTIVE CROHN'S DISEASE

Nutritional support was added to 11 patients with active Crohn's disease in addition to standard medical treatment. Remission were receiving in average 13.8 ± 4.4 days. Oral intakes were not allowed and total parenteral nutrition were given during this period. Enteral nutrition with polymeric formulas were given after remissions were obtained. Nutritional parameters were improved with this management. No major complications were seen. One patient died because of acute respiratory distress syndrome. Nutritional support besides standard medical treatment is important in the management of active Crohn's disease.

Key words: Crohn's disease, total parenteral nutrition, enteral nutrition.

iyileşme hızını artırmak amacıyla nutrisyonel destek tedavisi verilmiştir. Bu makalede tedavi sonuçlarımız sunulmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hastalar

Türkiye İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniğinde Ocak 1991 ve Aralık 1993 tarihleri arasında yatırılarak tedavi edilen ve ileri derecede aktivasyon gösteren Crohn hastalığı olan 11 kişi çalışmaya alındı. Hastaların 6'sı kadın ve 5'i erkekti. Yaş ortalaması 33.5 ± 19.5 idi. Tedavinin başlangıcındaki aktiviteleri Best'in tamamladığı indekse göre (CDAI) ortalama 467.23 ± 65.45 idi (8) (Tablo I).

Tedavinin başlangıcında hastaların ortalama ağırlıkları 51.5 ± 2.45 kg idi. Yine başlangıçtaki ortalama serum total protein değerleri 5.1 ± 0.9 g/dl ve ortalama serum albumin değerleri 2.2 ± 0.6 g/dl idi.

Tedavi

Hastalara 40-60 mg/gün metilprednisolon parenteral ve sulfasalazin 3-4 g/gün başlandı. Oral gıda alımları başlangıçta kesildi ve Harris-Benedict formülüne göre hesaplanan kadar günlük kalori ve 1.5 g/kg/gün proteinden oluşan total parenteral nutrisyon (TPN) başlandı (9). Buna göre verilen ortalama günlük enerji 1670.65 ± 220.35 kCal ve protein 78.2 ± 0.9 g oldu. Hastaların genel durumlarında kabul edilebilir bir düzelme olduğunda kademeli olarak enteral nutrisyona (EN) geçildi. EN ürünü olarak polimerik bir hazır formül kullanıldı (Ensure, Abbott). Hastalar remisyona girdikten sonra 4 hafta süreyle EN ile beslenmelerine devam edildi.

SONUÇLAR

Hastaların remisyona girme, dolayısıyla TPN alma süreleri ortaama 13.8 ± 4.4 gündür.

Bu süre içinde CDAI 467.23 ± 65.45 'den 166.30 ± 34.21 'e düşmüştür (Şekil 1). Fark anlamlıdır [$p < 0.05$] ortalama ağırlık 51.5 ± 2.45 kg'dan 52.6 ± 2.5 kg'a çıkmıştır (Şekil 2). Fark anlamsızdır [$p < 0.235$]. Serum total proteini 5.1 ± 0.9 g/dl'den 5.9 ± 2.2 g/dl'ye ve serum albumini 2.2 ± 0.6 g/dl'den 2.9 ± 0.9 g/dl çıkmıştır (Şekil 3). Her iki fark anlamlıdır [$p < 0.05$].

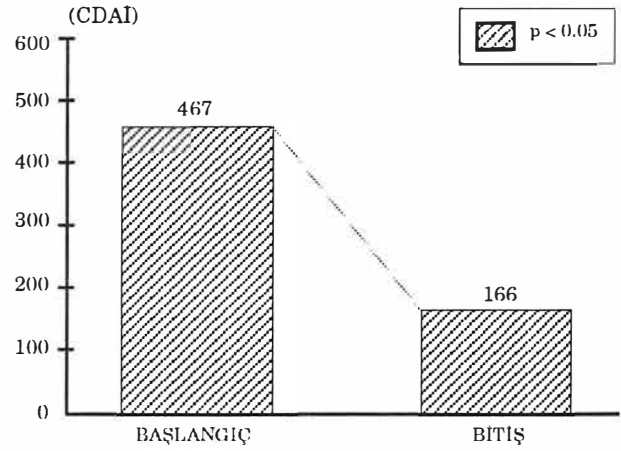
Remisyon sonrası 4 haftalık EN ile ortalama ağırlık 57.55 ± 3.10 kg'a çıkmıştır (Şekil 2). Fark başlangıca göre anlamlıdır [$p < 0.05$]. Bu süre içinde serum total proteinleri 6.2 ± 23 g/dl'ye ve serum albuminleri 3.6 ± 1.28 g/dl'ye çıkmıştır (Şekil 3). Farklar anlamlıdır [$p < 0.05$].

Komplikasyonlar ve mortalite

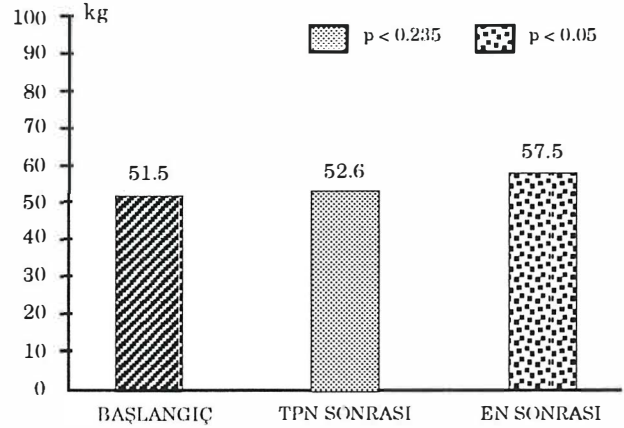
Bir hastada tedavinin 9. gününde respiratuvar distres gelişti. Çekilen akciğer grafisinde santral kataterin takılı olduğu tarafta sıvı ile uyumlu radyolojik kesafet görüldü. Hasta aynı gün öldü. Mortalite oranı bu hastaya bağlı olarak %9'dur.

TARTIŞMA

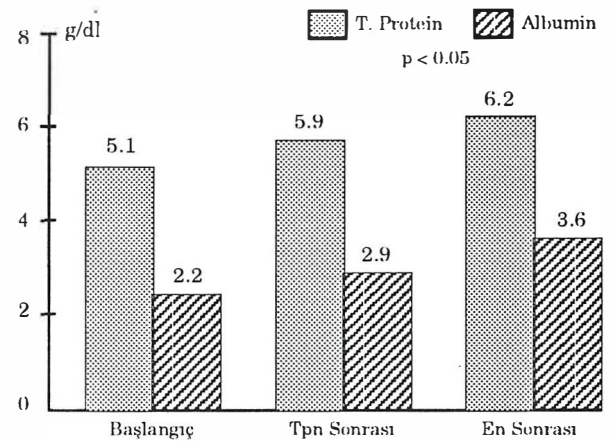
Birçok Crohn hastası ilk teşhis edildiklerinde, özellikle ileal tutulum varsa, ideal ağırlıklarının %10 kadar altındadırlar. Bu hastalarda malnutrisyon bir istisna değil fakat nerdeyse kuraldır



Şekil 1 : Tedavinin başlangıç ve sonunda aktivite indeksleri (CDAI)



Şekil 2 : Ağırlıktaki değişimler



Şekil 3 : Serum Proteinlerindeki Değişimler

(6). En sık görülen malnutrisyon tipi protein-kalori malnutrisyonudur. Bunun nedenleri arasında anoreksi, bulantı, kusma, karın ağrısı, ve tad alma duyusu kaybı gibi nedenlere bağlı olarak az gıda alma; aktif inflamasyon ve buna bağlı olarak artmış nutrisyonel gereksinimler ile azalmış dijesyon, absorpsiyon ve asimilasyon; metabolizmanın toksik depresyonu; efektif ince barsak yüzey kaybı ve kör luplara bağlı malabsorpsiyon; gastrointestinal kanaldan kan, protein, elektrolit ve su kaybı; ve hızlanmış transit zamanı sayılabilir (10).

Günümüzde Crohn hastalığının medikal tedavisinde en etkili yol sistemik kortikosteroidler ve/veya sulfosalazindir, fakat bu şekil tedavi malnutrisyona etkili değildir. Hatta uzun süreli kortikosteroid kullanımının kendisi katabolizma artışı, doku ve protein yıkımı ve negatif azot dengesine yol açabilir. Özellikle pediatrik yaş grubunda kortikosteroidlere bağlı malnutrisyon ve sonucu gelişme geriliği oldukça önemli bir sorundur (11). Malnutrisyonun bir diğer sonucu da beklenen komplikasyonların daha sık olması ve ağır seyretmesidir.

Bu tartışmanın ışığı altında Crohn hastalığının aktif dönemini tedavi ederken zemindeki malnutrisyonu düzeltmeninde gerekliliği ortaya

açıkça çıkmaktadır. Bu hastalarda çeşitli enteral ve parenteral nutrisyon destekleri önerilmektedir. Hatta elemental formüllü enteral beslenmenin remisyonu sağlamada diğer ilaçlar kadar etkili olduğu bildirilmektedir (12). Ülkemizde henüz elemental enteral formüller yoktur, biz hastalarımızda nutrisyon desteğine bu nedenle enteral nutrisyon ile başlamadık. Ayrıca literatürde TPN ve tam barsak istirahatinin aktif Crohn hastalığında karın ağrısı ve ishali azalttığı ve remisyona girmeyi hızlandırdığına dair çalışmalar vardır (6).

Bizim grubumuzdaki hastalarda aktif Crohn hastalığı yanında belirgin bir protein-kalori malnutrisyonu mevcuttu. Hastalarımıza uygun medikal tedavinin yanında önce TPN ve sonra EN şeklinde nutrisyon desteği verdik. Teknik yetersizlikler nedeniyle azot dengesindeki düzelmeyi gösterememekle beraber nutrisyonun diğer belirleyicileri olan vücut ağırlığı ve serum proteinlerinde önemli ölçüde düzelmeler olmuştur.

Sonuç olarak, ağır durumdaki aktif Crohn hastalarında remisyonu sağlamak için yapılan medikal tedavinin yanında bunlarda görülen malnutrisyonun düzeltilmesinin de hastanın geleceği açısından önemli olduğu kanaatine vardık

KAYNAKLAR

1. Summers RW, Switz DM, Sessions JT Jr, Bectel JM, Best WR, Kern F Jr, Singleton JW: National cooperative Crohn's disease study results of drug treatment. *Gastroenterology* 1979; 77: 847-69.
2. Dickindon RJ, Ashton MG, Axon ATR, Smith RC, Yeung CK, Hill GH: Controlled trial of intravenous hyperalimentation and total bowel rest as an adjunct to the routine therapy of acute colitis. *Gastroenterology* 1980; 79: 1199-204.
3. Malchow H, Ewe K, Brandes JW, Goebell H, Ehms H, Sommer H, Jesdinsky H: European cooperative Crohn's disease study (ECCDS): results of drug treatment. *Gastroenterology* 1984; 86: 249-66.
4. Lochs H, Steinhardt HJ, Klaus Wentz B, Zeitz M, Vogelsang H, Sommer H, Fleig WE, Bauer P, Schirrmeyer J, Malchow H: Comparison of enteral nutrition and drug treatment in active Crohn's disease. *Gastroenterology* 1991; 101: 881-8.
5. Harries AD, Heatly RV: Nutritional disturbances in Crohn's disease. *Postgrad Med J* 1983; 59: 690-7.
6. Dudrick SJ, Latifi R, Schager R: Current strategies in surgical nutrition: Nutritional management of inflammatory bowel disease. *Surg Clin N Am* 1991; 71: 609-23.
7. Mühlbacher F, Kapadia CR, Colpoys F, Smith RJ, Wilmore DW: Effects of glucocorticoids on glutamin metabolism in skeletal muscle. *Am J Physiol* 1984; 247: E75-E83.
8. Best WR, Becktel JM, Singleton JW: Redrived values of the eight coefficients of the Crohn's disease activity index (CDAI). *Gastroenterology* 1979;77: 843-6.
9. Grant JP: Handbook of total parenteral nutrition. Philadelphia, Lea and Febiger ed. 1988, s: 1031-8.
10. Seidman EG: Nutritional management of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin N Am* 1989; 18: 567-78.
11. Sinleton JW: Enteral feeding vs drug therapy in Crohn's disease A continuing story (editorial). *Gastroenterology* 1991; 101:1127-8.
12. Bowling TE, Jameson JJ, Grimble GK, Silk BA: Enteral nutrition as a primary therapy in active Crohn's disease (review). *Europ J Gastroent Hepat* 1993; 5: 1-7.