

Ülseratif Kolitli Çocuklarda Kolektominin Etkileri

The Effects of Colectomy in Children with Ulcerative Colitis

Aysel Ünlüsoy Aksu¹, Neslihan Gürcan Kaya¹, Sinan Sari¹, Ödül Eğritaş Gürkan¹, Ramazan Karabulut², Buket Dalgiç¹

¹ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Ülseratif kolit (ÜK) tanısı ile izlenen çocuklarda kolektomi etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kolektomi öncesi ve sonrası klinik ve laboratuvar bulgular ve kolektomi ilişkili komplikasyonlar geriye dönük değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Kolektomi yapılan 18 hastanın ortalama yaşları 8,02±5,66 olup; %66,6'sı erkektir. On altı hastada kolektomi endikasyonu medikal tedaviye yanıtızlık, bir hastada displazi, bir hastada toksik megakolon ve kanamadır. Kolektomi öncesi; 13 hastaya, basamak yükseltici / kurtarıcı tedavi olarak siklosporin ve/veya infliximab verilmiştir. On üç hastaya ileostomisiz ileoanal anastomoz, 2 hastaya ileostomisiz ileal poş ile ileoanal anastomoz, 2 hastaya ileostomi ve Hartmann poş ile subtotal kolektomi, 1 hastaya subtotal kolektomi yapılmıştır. Hastaların kolektomiden 1 yıl sonra bakılan ağırlık, boy, vücut kitle indeksi Z skorlarında kolektomi öncesine göre artış görülse de, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kolektomiden 1 yıl sonra hemoglobin değeri artmış; lökosit, C-reaktif protein ve sedimentasyon değerleri düşmüştür. Kolektomi sonrası 2 hasta dışındaki tüm hastaların kullandığı immünsupresif ilaçlar kesilmiştir. En sık görülen kolektomi ilişkili komplikasyon dışı kaçırma ve sık dışkılamadır.

Tartışma: Ülseratif kolit tedavisinde en sık olarak medikal tedaviye yanıtızlık endikasyonu ile yapılan kolektomi; inflamasyonu kontrol ederek, klinik ve laboratuvar bulguları düzeltmekte, çocukların büyüme ve gelişmesini sağlamaktadır. Önemli yan etkileri olan immünsupresif ilaçların kullanımını azaltmaktadır. Komplikasyonları, hastalığa göre kontrolü daha kolay problemlerdir.

Anahtar Sözcükler: Ülseratif kolit, çocuklar, kolektomi, komplikasyonlar, büyüme, inflamasyon

Geliş Tarihi: 04.07.2018

Kabul Tarihi: 05.12.2018

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the effect of colectomy in children with ulcerative colitis (UC).

Methods: The effects of colectomy on clinical and laboratory findings and the complications of the colectomy were evaluated retrospectively.

Results: Colectomy was performed in 18 children; the mean age was 8,02±5,66 years old; 66,6% of the patients were the boys. In 16 children, the indication was a poor response to medical therapy; dysplasia in one patient and toxic megacolon and bleeding in another patient. Cyclosporine and/or infliximab were used in 13 patients as step-up or rescue therapies before colectomy. Ileoanal anastomosis was performed in 13 patients, ileal pouch and ileoanal anastomosis were performed in 2 patients, Hartmann pouch and subtotal colectomy with ileostomy were performed in 2 patients, and subtotal colectomy was performed in one patient. Although there was no statistical difference; Z-scores for the weight, the height, and the body mass index improved within one year, after colectomy. Hemoglobin level increased, and leukocytes, C-reactive protein, and erythrocyte sedimentation rate serum levels decreased within one year, after colectomy. The immunosuppressive drugs were discontinued after the colectomy in all, except two patients. The most common complications were fecal incontinence and frequent defecation.

Conclusion: The most common indication for colectomy was a poor response to medical therapy. Colectomy improved clinical and laboratory findings by alleviating inflammation and restored growth and development of the children. It has reduced the use of immunosuppressive drugs which have significant side effects. The complications that have seen after surgery were tolerable.

Key Words: Ulcerative colitis, children, colectomy, complications, growth, inflammation

Received: 07.04.2018

Accepted: 12.05.2018

The study was presented as poster presentations in 49th ESPGHAN Annual Meeting in Athens (25-28 May 2016) and Turkish Pediatric Gastroenterology Update Meeting in Adana, Turkey (9-12 April 2015).

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr.Aysel Ünlüsoy Aksu, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1. Kat Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Beşevler, Ankara E-posta: ayselun@gmail.com

©Telif Hakkı 2019 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2019 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2019.42>

GİRİŞ

Ülseratif kolit olgularının %15-20'si çocukluk çağında başlar. Çocuklarda hastalığın insidansı Kuzey Amerika ve Avrupa'nın birçok bölgesinde yılda 1-4/100.000 olarak bildirilmektedir(1). Çocuk hastaların %60-80'inde kolonun büyük kısmı tutulmaktadır ve pankolit oranı erişkinlerden 2 kat fazladır (1). Kolonik yaygın tutulum, hastalığın şiddetli olduğunu gösterir ve bu nedenle çocuklarda ÜK, erişkine göre daha ağır seyredir. ÜK tedavisinde kolektomi, özel durumlarda bir tedavi seçeneğidir. Yaşamı tehdit eden bağırsak perforasyonu ve/veya kanaması, toksik megakolon, yoğun medikal tedaviye rağmen semptomların kötüleşmesi, kronik steroid ve/veya immünsupresif kullanımına bağlı yan etkilerin ortaya çıkması, büyüme gelişme geriliği ve displazi gelişimi kolektomi endikasyonlarını oluşturur. Çocuklarda kolektomi oranı, erişkinlere göre daha fazladır ve nedeni büyük oranda medikal tedaviye yanıtızlıktır (1). Çocuklarda medikal tedaviye yanıtızlık nedeniyle yapılan kolektomi oranları 10 yıllık takipte %30-40'lara ulaşsa da daha düşük oranlar bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (1,2,3). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ÜK ile izlenen 90 çocuk hastanın %4,4'üne kolektomi yapıldığı bildirilmiştir (4). Biyolojik ajanların tedavi seçenekleri arasına girmesi ile kolektomi oranlarının düşeceği öngörülmüş olsa da; 1994-2007 yılları arasında kolektomi oranlarında düşüş olmadığı gösterilmiştir (5). Akut ağır ÜK kliniği ile başvuran ve steroid tedavisine direngen hastalarda; kalsinörin inhibitörleri (siklosporin) veya infliksimab kısa vadede kolektomi oranını %40-70'lerden %10-20'lere, ilk 1 yılda kolektomi oranını ise ortalama %60'tan %18-22'ye düşürse de (6); erken dönemde kolektomiden korunan hastaların çoğunluğuna takipte kolektomi gerekmiştir (6). Kolektomi, ÜK için küratif bir tedavi olsa da cerrahi sonrası erken ve geç dönemde komplikasyonlar görülmektedir.

Çocukluk çağında ÜK tanısı ile izlenen hastalarda; kolektomi yapılan hasta sayısının da az olması nedeni ile kolektominin hastalık seyrine etkisi ve komplikasyonları ile ilgili az sayıda yayın bulunmaktadır. Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda ÜK tanısı ile izlenirken, kolektomi yapılan 18 yaşın altındaki çocuk hastalarda, kolektominin hastalığın seyrine etkisi ve komplikasyonlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda Haziran 1999- Haziran 2018 tarihleri arasında 18 yaşın altında ÜK tanısı ile izlenen ve kolektomi yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalar Avrupa Crohn ve Kolit Topluluğu (ECCO) ve Avrupa Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Topluluğu (ESPGHAN) kılavuzlarına göre tanı almış ve tedavi edilmişlerdir (1,6). Hastalarda kolektomi kararı çocuk gastroenteroloğu, çocuk cerrahı, hasta ve ailesi ile birlikte tartışılarak verilmiştir.

Hastaların demografik bilgileri, tanı tarihleri, kolektomi öncesi aldıkları tedaviler, kolektomi komplikasyonları, kolektomi öncesi ve 1 yıl sonrası kilo ve boyları, pediatrik ÜK aktivite indeksi (PUKAİ) skoru, laboratuvar değerleri (hemogloblin, akut faz belirteçleri) geriye dönük olarak, dosya ve elektronik hasta kayıtlarından taranmıştır. Kilo, boy, vücut kitle indeksi (VKİ) Z skorları; kolektomi öncesi ve 1 yıl sonrası büyüme on-line (<http://www.itf.istanbul.edu.tr/cocukhast/buyuyorumweb/Index.ht>) ve WHO Anthro ve Anthro Plus (<http://www.who.int/childgrowth/software>) kullanılarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analizler, 'IBM SPSS for Windows version 21.0 paket programında yapılmıştır. Devamlı değişkenler ortanca (minimum-maksimum) olarak verilir, hastaların kolektomi öncesi ve sonrası verileri Wilcoxon-Rank test kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı p değeri <0,05 olarak kabul edilmiştir.

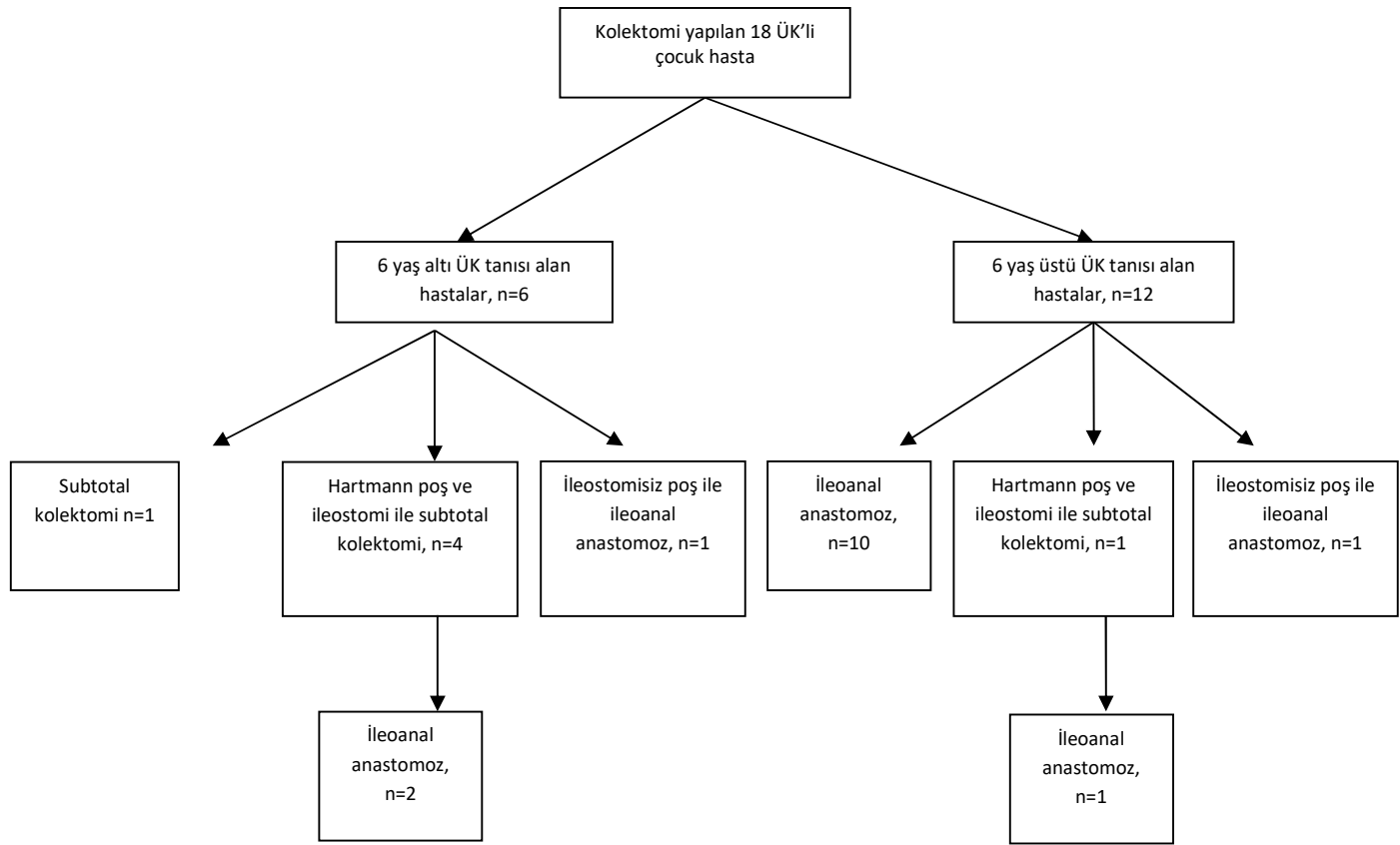
Çalışmamıza Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 2018 yılı 485 sayılı kararı ile onay alınmıştır.

BULGULAR

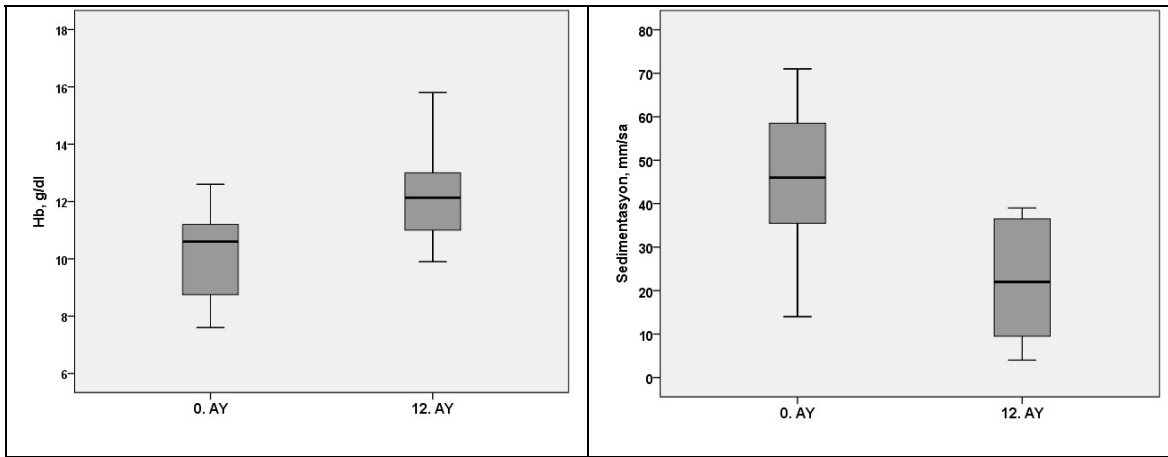
Haziran 1999- Haziran 2018 tarihleri arasında 61 hasta ÜK tanısı ile izlenmiş ve 18 hastaya kolektomi yapılmıştır. ÜK tanısı ile izlenen hastaların tanı yaş ortalaması 11,6±5,13 (ortanca 13, 2 ay-17 yaş arasında) olup, 31 hasta (%50,8) erkektir. Kolektomi yapılan hastaların tanı yaşı ortalama 8,02±5,66 (ortanca 10 yaş, 2 ay- 15,5 yaşları arasında) olup, 12 hasta (%66,6) erkektir. Altı hasta (%33,3) 6 yaş altında tanı almıştır. Kolektomi öncesi tüm hastalar mesalazin, steroid ve azatiyopürin tedavileri almıştır. Basamak yükseltici / kurtarıcı tedavi olarak 7 hastaya siklosporin ve 6 hastaya infliksimab; bu hastalardan 3'üne hem infliksimab hem de siklosporin verilmiştir. Bir hastada M694V homozigot, 2 hastada E148Q heterozigot FMF (Ailevi Akdeniz Ateşi) mutasyonu olması nedeni ile tedavilerine kolşisin eklenmiştir.

Hastalarımızın 16'sında (%88,9) kolektomi endikasyonu medikal tedaviye yanıtızlıktır. Bir hastada sigmoid kolonda displazi, bir hastada toksik megakolon ve rektal kanama, bir hastada medikal tedaviye yanıtızlığın yanında ağır büyüme geriliği ve puberte gecikmesi nedeni ile kolektomi yapılmıştır. Kolektomi öncesi PUKAİ ortanca değeri 53 (10-70) hesaplanmıştır. Hastalık tanısı ve kolektomi arasında geçen süre ortanca 22 aydır (4-94 ay).

On üç hastaya ileostomizis ileoanal anastomoz, 2 hastaya ileostomizis poş ile ileoanal anastomoz, 2 hastaya ileostomi ve Hartmann poş ile subtotal kolektomi, 1 hastaya subtotal kolektomi yapılmıştır (Şekil 1). İki buçuk yaşında subtotal kolektomi yapılan hasta, ÜK tanısı ve immünsupresif tedavi ile erişkin gastroenteroloji kliniğine devredilmiş olup, problemsiz izlemi devam etmektedir. İleostomi ve Hartmann poş ile subtotal kolektomi yapılan hastalardan birinin genetik incelemesinde interlökin-10 (İL-10) reseptör B mutasyonu, diğerinde İL-10 eksikliği saptanmıştır. Hastalara kemik iliği nakli planlanmış olup, halen ileostomi ile izlenmektedirler. İleostomizis ileoanal anastomoz yapılan grupta yer alan üç hastaya, daha önce ağır klinik durumları nedeni ile Hartmann poş ve subtotal kolektomi, sonrasında ileoanal anastomoz yapılmıştır. Bu hastalardan birinin genetik analizinde İL-10 reseptör A mutasyonu saptanmıştır. Hastanın kemik iliği nakli sonrası ileostomisi kapatılıp, ileoanal anastomoz yapılmıştır. Diğer 2 hastadan biri izlemde Crohn hastalığı olarak değerlendirilmiştir. İmmünsupresif ve biyolojik ajanlar ile medikal tedaviye devam edilmiş olup, erişkin gastroenteroloji kliniğine devredilmiştir. Diğer hasta 4 yıl medikal tedavi gereksinimi olmadan ÜK tanısı ile takip edilmiş, daha sonraki izlemlerine devam etmemiştir. Hastaların kolektomiden 1 yıl sonra bakılan ağırlık, boy, vücut kitle indeksi Z skorlarında kolektomi öncesine göre artış görülse de, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 1). Kolektomiden 1 yıl sonra hemogloblin değeri artmış; sedimentasyon değeri düşmüştür. (p<0,05) (Tablo 1, Şekil 2). Lökosit ve C-reaktif protein (CRP) değerlerinin de azaldığı görülse de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 1). Trombosit değerlerinde, kolektomi öncesi ve 1 yıl sonrası değişiklik izlenmemiştir (Tablo 1).



Şekil 1. Kolektomi yapılan hastaların cerrahi prosedürleri



Şekil 2: Kolektomi sırasında (0. ay) ve kolektomi sonrası 12. ayda; hastaların hemoglobinin ve sedimentasyon değerlerinin karşılaştırılması

Tablo 1. Kolektomi sırasında (0. ay) ve kolektomi sonrası 12. ayda hastaların ağırlık, boy vücut kitle indeksi Z skorları, laboratuvar değerleri

	0. AY			12. AY			p
	Ortanca	Minimum	Maksimum	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Vücut ağırlığı Z skoru	-2,31	-4,38	1,52	-0,72	-2,63	1,72	0,263
Boy Z skoru	-1,23	-4,88	0,27	-0,70	-2,08	0,9	0,093
Vücut kitle indeksi Z skoru	-0,51	-5,29	1,94	-0,22	-2,60	1,44	0,735
Hemoglobin (g/dl)	10,6	7,6	12,6	12,13	9,9	17,1	0,021
Beyaz küre (/mm ³)	11590	4000	24500	9700	6393	21864	0,249
Trombosit (/mm ³)	413200	134000	688700	412000	208000	834500	0,972
Sedimentasyon (mm/saat)	46	14	96	22	4	94	0,008
CRP (mg/L)	21,7	1,8	166	9,4	1,2	52,4	0,214

CRP: C-reaktif protein

Subtotal kolektomi olan ve kolektomi sonrası Crohn hastalığı tanısı ile izlenen 2 hasta dışındaki hastaların kullandığı immünsupresif ilaçlar kesilmiştir. Hastalarda kolektomi sonrası gelişen komplikasyonlar, tedavileri ve izlemleri tablo 2 'de belirtilmiştir. Bir hasta kolektomiden 2,5 yıl sonra sklerozan kolanjit

tanısı almıştır. Bir hastada kolektomi sonrası sağ transvers sinüste tromboz ve hemiparezi görülmüştür. Bir hasta kolektomi sonrası erken postoperatif dönemde septik şok nedeni ile kaybedilmiştir.

Tablo 2. Kolektomi olan hastalarda görülen operasyon sonrası komplikasyonlar ve tedavileri

Kolektomi sonrası komplikasyonlar	n	Tedavi
Dışkı kaçırmaya ve sık dışkılama	10	Loperamid (0,8 mg/kg/gün, maksimum 24 mg/gün; başlangıç 4 mg, sonrasında her 2-4 saatte bir ya da her dışkılama sonrası 2 mg)
Anastomoz darlığı	3	Buji dilatasyon
Anastomoz kaçağı	1	2. kez operasyon
Perirektal abse	1	Antibiyotik ve cerrahi drenaj
Yara yeri enfeksiyonu	2	Antibiyotik
Rektal kanama (enterit?)	5	Mesalazin lavman (günde 1 veya 2 kez 4 gr)
İleoileal fistül	1	Fistül operasyonu
Operasyon sonrası ileus	1	Klinik takip
Bridg	1	2.kez operasyon
Poşit	2	Antibiyotik

TARTIŞMA

Ülseratif kolitli çocuklarda kolektomi endikasyonları yaşamı tehdit eden bağırsak perforasyonu ve/veya kanaması, toksik megakolon, yoğun medikal tedaviye rağmen semptomların kötüleşmesi, kronik steroid ve/veya immünsupresif kullanımına bağlı yan etkilerin ortaya çıkması, büyüme gelişme geriliği ve displazi gelişimi olup, literatürde kolektomi oranları en yüksek %30-40 oranında bildirilmiştir. Ashton ve arkadaşlarının (7) çalışmasında 17 yaş ve altında ÜK tanısı alan 220 çocuğun %9'una (n=19) kolektomi yapıldığı ve yaklaşık olarak ÜK tanısı ile izlenen her 11 çocuktan birine kolektomi yapıldığı bildirilmiştir. Bu seride 2 hasta toksik megakolon, 2 hasta akut ağır kolit (bir tanesi Clostridium difficile koliti), 15 hasta medikal tedaviye yanıtızlık nedeni ile opere edilmiştir. Bizim serimizde ise kolektomi yapılan 18 çocuk olgunun (%33,9); 16'sında (%88,9) kolektomi nedeni medikal tedaviye yanıtızlık olup, kolektomi oranlarımız ve endikasyonlarımız literatüre benzerdir. Serimizde ağır ÜK kliniği nedeni ile 9 hastamız siklosporin, 8 hastamız infliksimab tedavisi almıştır. Siklosporin alan 9 olgudan 7'sine (%77,8) infliksimab alan 8 hastanın 6'sına (%75) daha sonra kolektomi yapılmıştır. Literatürde biyolojik ajanların kullanımı ile uzun dönemde kolektomi riskinin azalmadığı gösterilmiştir (8), bizim bulgularımız da bu bilgiyi desteklemektedir. Erkek cinsiyet ve tanı anında yüksek PUKAİ skoru kolektomi için risk faktörleridir (8). Çalışmamızda erkeklerin oranı %66,6 olup, kolektomi öncesi PUKAİ ortanca değeri ise 53 hesaplanmıştır. En düşük değer olan 10, displazi nedeni ile kolektomi yapılan bir hastaya aittir. Serimizde 6 hasta (%33,3) çok erken başlangıçlı (6 yaş altı) ülseratif kolit tanısı almış olup bu yaş grubunda kolektomi oranı %66,6; 6 yaş üzerinde ise %23,1'dir. Erken başlangıçlı ÜK olgularında kolektomi oranı anlamlı olarak yüksektir. Serimizde kolektomi oranlarının Türkiye'den bildirilen diğer merkezlerle oranla daha yüksek bulunmasının nedenleri; seriye erken başlangıçlı ÜK olgularının, İL-10 eksikliği ve reseptör mutasyonları olan hastaların da dahil edilmesi ve Türkiye'de ağır seyirli bağırsak hastalıkları açısından 3. basamak bir referans merkezi olmamız ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Ülseratif kolit olgularında yapılacak kolektomi cerrahi tipine, hastaların klinik özelliklerine göre karar verilmelidir. İleostomizis poş ve ileoanal anastomoz; hastaların günlük yaşamına devam etmesi ve hasta memnuniyetinin fazla olması nedeni ile çok tercih edilen bir yöntemdir (7). Genel olarak elektif hastalarda ilk aşamada ileostomi ve kolektomi, bağırsak adaptasyonu sağlandıktan sonra ikinci aşamada ileal poş ve ileoanal anastomoz önerilmektedir (1).

Akut ağır koliti, yüksek doz steroid veya biyolojik ajan ile yakın zamanda tedavi edilmiş, ağır malnutrisyonu olan, undetermine koliti olan hastalarda 3 aşamalı prosedür (öncelikle subtotal kolektomi ve ileostomi, ikinci aşama total kolektomi ile poş ve ileoanal anastomoz, üçüncü aşama ileostominin kapatılması) önerilmektedir (1,9,10). İleostomizis poş ve ileoanal anastomoz yapılan olgularda komplikasyon oranları, ileostomi açılan poş ve ileoanal anastomoz komplikasyonlarına göre farklı bulunmamıştır (1). Literatürdeki verilerin az olması nedeniyle güncel kılavuzlarda; malnutrisyonu olmayan, biyolojik ajan kullanılmamış ÜK hastalarında ileostomizis poş ve ileoanal anastomoz seçilebilir şekilde belirtilmektedir (1). Poş cerrahisinin yılda en az 10 poş cerrahisi yapan tecrübeli çocuk veya erişkin cerrahler tarafından yapılması önerilmektedir (1). Çocukluk yaş grubunda kolektomi olan hasta sayısının da az olması nedeniyle, poş ve diğer kolektomi cerrahileri açısından Türkiye'de çocuk cerrahlerinin deneyiminin erişkin gastroenteroloji cerrahlarına göre daha az olduğu düşünülebilir.

Serimizde; ilk cerrahi işlem olarak 10 hastaya ileostomizis ileoanal anastomoz, 2 hastaya ileostomizis poş ile ileoanal anastomoz; akut ağır koliti olan 5 hastaya ileostomi ve Hartmann poş ile subtotal kolektomi, 1 hastaya subtotal kolektomi yapılmıştır (Şekil 1). İki buçuk yaşında subtotal kolektomi yapılan hasta, ÜK tanısı ve immünsupresif tedavi ile erişkin gastroenteroloji kliniğine devredilmiş olup, problemsiz izlemi devam etmektedir. İleostomi ve Hartmann poş ile subtotal kolektomi yapılan 5 hastadan 3'ünün takiplerinde ileostomileri kapatılıp, ileoanal anastomoz yapılmıştır. Diğer 2 hastanın birinin genetik incelemesinde interlökin-10 (İL-10) reseptör B mutasyonu, diğerinde İL-10 eksikliği saptanmıştır. Hastalara kemik iliği nakli planlanmış olup, halen ileostomi ile izlenmektedirler. Kemik iliği nakli sonrası ileostomi kapatma ve ileoanal anastomoz planlanmıştır.

İL-10 eksikliği veya reseptör mutasyonu saptanan 3 hastaya da, kolektomi öncesi infliksimab tedavisi verilmiştir. Çok erken başlangıçlı (6 yaş altı) ÜK ya da undetermine koliti olan hastaların yaklaşık ¼'ünün zaman içinde Crohn Hastalığı sınıfına kaydı bildirilmekte ve poşlu kolektomi operasyonlarının ergenliğe kadar ertelenmesi önerilmektedir (11). Hastalarımızdan biri; izlemde Crohn Hastalığı olarak değerlendirilmiş, immünsupresif ve biyolojik ajanlar ile medikal tedaviye devam edilmiştir. Hasta halen immün yetmezlikler ve otoinflamatuvar hastalıklar açısından erişkin gastroenteroloji kliniği ile birlikte izlenmektedir. İL-10 eksikliği veya reseptör mutasyonu saptanan ve izlemde Crohn Hastalığı tanısı alan bu 4 hasta, 6 yaş altı çok erken başlangıçlı ÜK tanısı alan hastalardır.

Ashton ve arkadaşlarının çalışmasında ÜK tanısı ile kolektomi olan çocukların yarısında erken (anastomoz kaçacağı, ince bağırsak perforasyonu, yara yeri enfeksiyonu gibi), 1/3'ünde geç komplikasyonlar (adezyon/Bridg ileus gibi) görülmüştür ve 1/3'ünde ikinci cerrahi gerekmiştir (7). Serimizde; operasyon sonrası erken komplikasyon olarak ileoanal anastomoz yapılan hastalarımızın birinde anastomoz kaçacağı, geç komplikasyon olarak bir hastada ileostomi çevresinde oluşan Bridg ve ileostomide darlık görülmüş olup, tekrar opere edilmişlerdir. Hastalarımızın birinde ileoileal fistül gelişmiş olup, hasta takibinde kronik granülatöz hastalık tanısı almıştır. Üç hastamızda anastomoz darlığı oluşmuştur. Buji dilatasyon tedavisi ile hastaların klinik bulgularında düzelme olmuştur. Literatürde post-operatif ilk 30 günde kısa dönemdeki mortalite %10 olarak bildirilmiştir (12). Serimizde de, hastalarımızdan biri kolektomi sonrası sepsis nedeni ile ilk 30 günde kaybedilmiştir (mortalite oranı %5,5).

Hastalarımızda, kolektomi ile ilişkili dışkı kaçırma ve sık dışkılama sık görülmüştür. Dışkı kaçırma literatürde %21 oranında belirtilmiştir (12). Çalışmamızda kolektomi anında 2,5 yaş ve altı olan 4 hasta ve kaybedilen 1 hasta çıkarıldıktan sonra kalan 13 hastanın 10'unda özellikle erken dönemde dışkı kaçırma %76,9 oranında ve literatüre göre fazla görülmüştür. Bu durum, hastalarımızda cerrahi olarak ileoanal anastomozun daha çok tercih edilmesi ile ilişkili olarak düşünülmüştür. Literatürde ileoanal anastomoz yapılan çocuk hastaların takibi ve komplikasyonları ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Hastaların uzun süreli takiplerinde, loperamid kullanmalarına rağmen dışkı kaçırma ve sık dışkılama şikayetleri devam etmektedir. İleostomiz ileoanal anastomoz başarısızlık oranı yüksek ve kanser sürveyansı gerektiği bildirildiği için, güncel kılavuzda sadece poş cerrahisine bağlı fertilitte düşüklüğü riski ve poş-vajinal fistül nedeni ile kız hastalara önerilebilir şekilde yer almaktadır (1,9). İleostomiz ileoanal anastomozda dışkı kaçırma ve sık dışkılama göre fazla görülebilir; operasyondan 2 yıl sonra komplikasyonlar açısından fark görülmemiştir (1).

İleostomiz ileoanal anastomozda enterit, poş ise poşit riski taşır (1). Poşit, ÜK'li çocuklarda %24-67 oranında görülmektedir (1). Literatürde poş ile ileoanal anastomoz yapılan ÜK'li çocukların %67'sinde poşit görülmüş olup; operasyondan ortanca olarak 10,5 ay sonra gelişmiştir (13). Tanı anında yüksek PUKAİ skoru poşit riskini artırmaktadır (1). Serimizde 2 hastaya ileal poş ve ileoanal anastomoz yapılmış olup, bu hastalardan birinde kolektomiden 2,5 yıl sonra poşit görülmüştür; diğer hasta 2 yıl önce kolektomi olup, izlemi boyunca poşit bulguları saptanmamıştır. Hastalık süresi, hastalık tanı yaşı ve cerrahin tecrübesi poşit riski üzerine etkili iken, poş tipi ve operasyon tekniğinin etkisi yoktur (1). İleostomiz ileoanal anastomoz yapılan 13 hastamızın 5'inde (%38,5) rektal kanama görülmüş olup enterit düşünülerek topikal mesalamin tedavisi verilmiştir.

Kolektomiden 1 yıl sonra istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da, hastalarımızın ağırlık, boy ve VKİ Z skorları artmış; laboratuvar olarak hemogloblin değerleri artmış ve akut faz belirteçleri gerilemiştir. Ashton ve arkadaşlarının çalışmasında da kolektomi yapılan çocuklarda, cerrahi öncesi ve sonrası kilo ve boy standart deviasyon skorları istatistiksel olarak anlamlı olarak değişme de, VKİ'lerinin arttığı gösterilmiştir (7). Başka bir çalışmada; ÜK tanısı ile kolektomi olan 18 hastadan 11 prepubertal hastanın; kolektomi öncesi ortanca boy uzama hızı 3,85 cm/yıl iken, kolektomi sonrası 7,35 cm/yıl bulunmuştur (14). Kolektomi sonrası boy, kilo ve VKİ'deki artışlar; medikal tedaviye yanıtız ve boy kısalığı, puberte gecikmesi olan hastalarda kolektomi zamanlamasının önemini göstermektedir.

Sonuç olarak, özellikle erken başlangıçlı ülseratif kolit olgularında izlemde kolektomi gereksinimi daha fazla olmakta ve en sık kolektomi endikasyonunu medikal tedaviye yanıtızlık oluşturmaktadır.

Ülseratif kolitte kolektomi, inflamasyonu kontrol ederek, klinik ve laboratuvar bulguları düzeltmekte, çocukların büyüme ve gelişmesini sağlamaktadır. Önemli yan etkileri olan immünsupresif ilaç kullanımını ve uzun dönemde kolonik displazi riskini azaltmaktadır. Kolektomi komplikasyonları açısından bakıldığında dışkı kaçırma ve sık dışkılama önemli problemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuklarda başlangıçta ileostomi ile birlikte kolektomi ve takipte ileostomi kapatılmasının bu komplikasyonları azaltabileceği öngörülebilir.

Çocukluk çağı ÜK'te hastalığın seyri boyunca görülebilecek ve medikal tedavilerle ilişkili yan etkiler ve komplikasyonlar ile kolektominin yararları ve komplikasyonları göz önünde bulundurularak kolektomi kararı alınmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, ve ark. Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 1: Ambulatory Care- an Evidence-Based Guideline from ECCO and ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018 May 30.
2. Van Limbergen J, Russell RK, Drummond HE, ve ark. Definition of phenotypic characteristics of childhood-onset inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2008; 135:1114-22.
3. Gower-Rousseau C, Dauchet L, Vernier-Massouille G, ve ark. The natural history of pediatric ulcerative colitis: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:2080-8.
4. Cakir M, Unal F, Dinler G, ve ark. Inflammatory bowel disease in Turkish children. *World J Pediatr.* 2015; 11:331-7.
5. Benchimol EI, Guttmann A, To T, ve ark. Changes to surgical and hospitalization rates of pediatric inflammatory bowel disease in Ontario, Canada (1994-2007). *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17:2153-61.
6. Turner D, Ruemmele FM, Orlanski-Meyer E, ve ark. Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 2: Acute Severe Colitis; An Evidence-based Consensus Guideline from ECCO and ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018 May 30.
7. Ashton JJ, Versteegh HP, Batra A, ve ark. Colectomy in pediatric ulcerative colitis: A single center experience of indications, outcomes, and complications. *J Pediatr Surg.* 2016; 51:277-81.
8. Rinawi F, Assa A, Eliakim R, ve ark. Risk of Colectomy in Patients With Pediatric-onset Ulcerative Colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017; 65:410-415.
9. Shen B. The Evaluation of Postoperative Patients with Ulcerative Colitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2016; 26:669-77.
10. Ryan DP, Doody DP. Surgical options in the treatment of ulcerative colitis. *Semin Pediatr Surg.* 2017; 26:379-383.
11. Rialon KL, Crowley E, Seemann NM, ve ark. Long-term outcomes for children with very early-onset colitis: Implications for surgical management. *J Pediatr Surg.* 2018; 53:964-967.
12. Peyrin-Biroulet L, Germain A, Patel AS, Lindsay JO. Systematic review: outcomes and post-operative complications following colectomy for ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016; 44:807-16.
13. Orlanski-Meyer E, Topf-Olivestone C, Ledder O, ve ark. Pouchitis in paediatric UC: A multicentre longitudinal cohort study from the Porto IBD working group of ESPGHAN. *ESPGHAN annual meeting, Prague, May 12th 2017: Abstr G-O-038.*
14. Nicholls S, Vieira MC, Majrowski WH, ve ark. Linear growth after colectomy for ulcerative colitis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1995; 21:82-6.