

# Crohnin tauti

## Keskeistä

- Tavallisimpia oireita ovat vatsakipu, ripuli, kuume, laihtuminen ja veriulosteet.
- Oireet alkavat yleensä vähitellen.
- Perusterveydenhuollon tehtävä on havaita Crohnin taudin mahdollisuus ja ohjata potilaat jatkotutkimuksiin.
- Hoidon tavoitteina ovat oireettomuus, remissio ilman kortikosteroidilääkitystä sekä komplikaatioiden ja uusiutumisen esto.
- Vaikea Crohnin tauti hoidetaan sairauteen hyvin perehtyneessä sairaalassa.

## Epidemiologia

- Ilmaantuvuus on Suomessa 9/100 000/v ja esiintyvyyys 120–200/100 000 asukasta. Esiintyvyyys on korkea Pohjoismaissa, Pohjois-Amerikassa ja Britanniassa.
- Tauti puhkeaa tavallisesti 20–30 vuoden iässä.
  - + Crohnin tauti voi alkaa jo lapsuusiässä.

## Kliininen kuva

- Kliiniseen kuvaan ja komplikaatioiden syntyyn vaikuttavat
  - + taudin luonne
  - + paikantuminen suolistossa.
- Rajoittuu ohutsuoleen n. 30 %:lla potilaista ja paksusuoleen 25–30 %:lla. 40 %:lla on ileokoolinen tauti.
  - + N. 5 %:lla esiintyy muutoksia muualla suolistossa, esim. ruokatorvessa ja mahalaukussa.
- Suoliston ulkopuolisia ilmentymiä esiintyy 10–20 %:lla (esim. peri-

- feerinen niveltulehdus, sakroiliitti, kyhmyruusu, uveitti, episkleriitti).
- Varhainen sairastumisikä ja kortikosteroidihoidon tarve sekä perianaaliset ongelmat viittaavat aggressiiviseen tautiin.
- Oireita
  - + Vatsakipu
  - + Ripuli
  - + Kuumeilu
  - + Verenvuoto peräsuolesta
  - + Laihtuminen
  - + Tihentynyt ulostustarve
  - + Suolen tukosoireet
  - + Anaalialueen vaivat
  - + Lapsilla kasvun hidastuminen
- Kliinisiä löydöksiä
  - + Vatsan aristus
  - + Perianaalifissuurat ja fistelit
  - + Suun aftat
- Tauti luokitellaan tulehdukselliseksi, ahtauttavaksi tai fistuloivaksi, mutta luonne voi vuosien varrella muuttua.
- Komplikaatioina voi kehittyä
  - + suolitukoksia
  - + absesseja
  - + fisteleitä.

## Diagnostiikka ja tutkimukset

- Primaaritutkimus on ileokolonoskopia histologianäytteineen.
  - + Ohutsuoli voidaan tutkia kuvantamistutkimuksin, ensisijaisesti magneettikuvauksella.
  - + Ohutsuolen tutkimiseen voidaan käyttää myös ohutsuolen kapselikuvausta, jos potilaalla ei ole ohutsuolen ahtaumaan viittaavia oireita tai kuvantamislöydöksiä.



- Endoskopiassa todetaan
  - + segmentaarinen tai läiskäinen tulehdus
  - + limakalvon mukulakivimäisyyttä
  - + aftamaisia haavoja ja fissuroita
  - + ahtautumia.
- Histologisesti todetaan krooninen syväälle submukoosaan ja jopa suolen seinämän läpi ulottuva tulehdus ja tyypillisenä löydöksenä granuloomia.
- Tavallisia laboratoriolöydöksiä ovat
  - + suurentuneet La ja CRP
  - + lievä anemia
  - + leukosytoosi
  - + suurentunut ulosteen kalprotektiini inflammatoion merkinä (voidaan määrittää jo perusterveydenhuollossa).
- 10–15 %:lla ei taudin alkuvaiheessa pystytä tekemään erotusdiagnoosia haavaisen koliitin ja Crohnin taudin välillä.

## Erotusdiagnostiikka

- Haavainen paksusuolitulehdus (colitis ulcerosa)
- Toiminnallinen ripuli (normaalit tulehdusarvot, normaali F-kalprotektiini)
- Infektiokoliitti (ulosteväljely, limakalvobiopsia)
- Clostridium difficile -koliitti (edeltävä antibioottilääkitys)
- Divertikuliitti (divertikkeleitä täyhystyksessä tai virtuaalisessa TT-kologafiassa, ei limakalvomutoksia, vasemmalle puolelle rajoittuvat oireet)
- Iskeeminen koliitti (yli 50-vuotiailla, verisuonisairauden riskitekijöitä)
- Sädehoidon jälkeinen koliitti (jopa vuosia hoidon jälkeen)

## Hoidon porrastus

- Perusterveydenhuollon tehtävä on todeta Crohnin taudin mahdollisuus ja ohjata potilaat jatkotutkimuksiin.
- Diagnostiikka ja hoito kuuluvat yleensä erikoissairaanhoidon.

- Vaikeaa Crohnin tautia sairastavat hoidetaan sairaalassa, jossa on gastroenterologista asiantunte- musta, riittävät päivystystutkimusmahdollisuudet ja valmius päivystysluonteiseen leikkaushoitoon.
- Rauhallisessa vaiheessa voidaan seuranta toteuttaa myös perusterveydenhuollossa.
  - + Erikoissairaanhoidon tulee antaa perusterveydenhuollon lääkärille riittävät ohjeet.

## Lääkehoito

- Hoito ei ole parantavaa, mutta oireita ja komplikaatioita voidaan vähentää.
- Hoidon valintaan vaikuttavat taudin paikantuminen, laajuus, vaikeusaste ja luonne.
- Lievän taudin aktiivivaiheen hoitona voidaan käyttää
  - + kortikosteroideja (ensisijaisesti budesonidia)
  - + mesalatsiinia <sup>C</sup> tai sulfasalatsiinia, joskin näiden lääkkeiden teho Crohnin taudissa on ver- raten heikko eikä niiden ole

- osoitettu estävän relapseja.
- Keskivaikean tai vaikean taudin hoitoremision induktioon käytetään budesonidia <sup>A</sup> alenevin annoksin alkaen 9 mg/vrk taiprednisonolia alkaen 40–80 mg/vrk.
- Remission ylläpitoon aloitetaan atsatiopriini tai merkaptopuriini <sup>A</sup>.
  - + Tiopuriini-intoleranteille metotreksaatti <sup>B</sup>
  - + Biologisia lääkkeitä <sup>A</sup> käytetään remission induktioon ja ylläpitohoitoon, vaikeassa tai kortikosteroidiresistentissä taudissa infliksimabia <sup>C</sup>.
- Hoitovaste tulee arvioida (ulos- teen kalprotektiinin määrittäminen, endoskopia tai kuvantaminen) 3–6 kk:n kuluttua immunomodu- laatiohoidon aloituksesta.

## Leikkaushoito

- Leikkauksen aiheet
  - + Tavallisia leikkauksen aiheita ovat ohutsuolen ja ileosekaali- alueen taudeissa ohutsuoli- tukos, interni fisteli ja absessi.
  - + Harvinaisempia leikkauksia

**TAULUKKO.** Crohnin taudin hoidossa tavanomaisesti käytettäviä immuunivasteeseen vaikuttavia lääkkeitä.

Lääke	Seurantakokeet	Annos	Käyttöaiheet
<b>Immunosuppressiiviset</b>			
Atsatiopriini	Viikoilla 0, 2, 4, 6 ja 8 ja sen jälkeen 3 kk:n välein: PVK+TKD, ALAT, AFOS	2–2,5 mg/kg/vrk	Aktiivinen tauti, remission ylläpito, fistelit
6-merkaptopuriini	Viikoilla 0, 2, 4, 6 ja 8 ja sen jälkeen 3 kk:n välein: PVK+TKD, ALAT, AFOS	1–1,5 mg/kg/vrk	Aktiivinen tauti, remission ylläpito, fistelit
Metotreksaatti	Viikoilla 0, 2, 4, 6 ja 8 ja sen jälkeen 3 kk:n välein: PVK+TKD, ALAT, AFOS, Krea	15–25 mg viikossa	Aktiivinen vaihe, remission ylläpito
<b>Sytokiinivälitteiset</b>			
Infliksimabi	PVK+TKD, ALAT, CRP ennen jokaista infuusiota	5 mg/kg infuusiona 8 viikon välein induktion (0, 2, 6 viikkoa) jälkeen	Aktiivinen vaihe, remission ylläpito, fistelit
Adalimumabi	0 ja 1 kk: PVK+TKD, ALAT, CRP, sitten 3 kk:n välein: PVK+TKD, ALAT, CRP	40 mg ihon alle 2 viikon välein induktion (160–80 mg) jälkeen	Aktiivinen vaihe, remission ylläpito, fistelit

ovat suolen puhkeaminen, raju suolistoverenvuoto tai jatkuva anemisoituminen

- + Paksusuolen taudissa suolitukos on harvinaisempi ja leikkausaiheita ovat huono hoitovaste, absessit, toksinen koliitti ja anaalileesiot.
- Leikkaus tulisi suorittaa elektii-visesti.
- Tavoite on poistaa pahimmin oireita aiheuttava tautimuutos suolen pituutta säästäten.
- Laparoscopia-avusteinen leikkaus saattaa lyhentää sairaalahoitoa ja vähentää komplikaatioita ja kustannuksia.
- Paksusuoleen rajoittuneessa taudissa segmenttiresektio on edullisempi kuin subtotaalinen kolektomia.

- Crohnin tautia pidetään yleensä vasta-aiheena ileumsäiliön ja ileo-anaaliliitoksen rakentamiselle.

## Endoskooppinen hoito

- Ahtaumien endoskooppinen hoito
  - + Laajennettavat striktuurat eivät saa olla komplisoituneita eivätkä yli 4 cm pitkiä.
  - + Laajennus tehdään pitkänomaisella pallolla.
- Laajentamisen komplikaationa voi ilmaantua suolen puhkeama, sepsis tai verenvuoto.

## Kirjallisuutta

Van Assche G, Dignass A, Panes J ym. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's

disease: Definitions and diagnosis. J Crohns Colitis 2010;4(1):7–27.

Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO ym. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. J Crohns Colitis 2010;4(1):28–62.

### NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

**A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ**  
**B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ**  
**C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ**  
**D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ**

**Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista**

**[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)**

**Lääkärin käsikirja • Uusi artikkeli**  
**• 16.11.2011 • Taina Sipponen**  
**© 2012 Kustannus Oy Duodecim**