

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 esiintyvyys 120–200/100 000 asukasta. Esiintyvyys 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. perifeerinen niveltulehdus, sakroiliitti,

- kyhmyruusu, uveitti, episkleriitti, sappitulehdus).
- 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 ahtaamaan viittaavia oireita tai kuvantamislöydöksiä.
- Endoskopiassa todetaan
 - ♦ segmentaarinen tai läiskäinen tulehdus
 - ♦ limakalvon mukulakivimäisyttä
 - ♦ aftamaisia haavoja ja fissuuroita
 - ♦ ahtautumia.
- Histologisesti todetaan krooninen suolen seinämän läpi ulottuva

tulehdus ja tyypillisenä löydöksenä granuloomia.

- Tavallisia laboratoriolöydöksiä ovat
 - ♦ suurentuneet La ja CRP
 - ♦ lievä anemia
 - ♦ leukosytoosi
 - ♦ suurentunut ulosteen kalprotektiini «Kalprotektiini, ulosteesta (HUSLAB)» inflammaation merkinä (voidaan määrittää jo perusterveydenhuollossa).
- 10–15 %:lla ei taudin alkuvaiheessa pystytä tekemään erotusdiagnoosia haavaisen koliitin ja Crohnin taudin välillä (välimuotoinen eli luokittelematon koliitti, IBD unclassified).

Erotusdiagnoosi

- Haavainen paksusuolitulehdus (colitis ulcerosa) «Haavainen paksusuolitulehdus (colitis ulcerosa)»
- Toiminnallinen ripuli «Toiminnalliset suolistovaivat ja ärtyvä suoli-oreitymä (IBS)» (normaalit tulehdusarvot, normaali F-kalprotektiini)
- Infektiokoliitti «Aikuisen pitkittynyt ripuli» (ulosteviljely, limakalvobiopsia)
- *Clostridium difficile*-koliitti «*Clostridium difficile*-ripuli» (edeltävä antibioottilääkitys)
- Divertikuliitti «Divertikuliitti ja divertikuloosi» (divertikkeleitä tähytyksessä tai virtuaalisessa TT-kolografiassa, ei limakalvomutoksia, vasemmalle puolelle rajoittuvat oireet)
- Iskeeminen koliitti (yli 50-vuotiailla, verisuonisairauden riskitekijöitä)
- Säteyhoidon jälkeinen koliitti (jopa vuosia hoidon jälkeen)

Hoidon porrastus

- Perusterveydenhuollon tehtävä on todeta Crohnin taudin mahdollisuus ja ohjata potilaat jatkotutkimuksiin.

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja
• viimeisin muutos 27.3.2013
© 2013 Kustannus Oy Duodecim

TAULUKKO. Crohnin taudin hoidossa tavanomaisesti käytettäviä immuunivasteeseen vaikuttavia lääkkeitä.

Lääke	Seurantakokeet	Annos	Käyttöaiheet
Immunosuppressiiviset			
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
Metotrek-saatti	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
Sytokiinivälitteiset			
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

- Diagnostikka ja hoito kuuluvat yleensä erikoissairaanhoidon.
- Vaikeaa Crohnin tautia sairastavat hoidetaan sairaalassa, jossa on gastroenterologista asiantuntemusta, 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^C tai sulfasalatsiinia, joskin näiden lääkkeiden teho Crohnin taudissa on verraten heikko eikä niiden ole osoitettu estävän relapseja.
- Keskivaikean tai vaikean taudin hoitoremision induktioon käytetään budesonidia^A alenevin annoksien alkaen 9 mg/vrk tai prednisonia alkaen 40–80 mg/vrk.

- Remission ylläpitoon aloitetaan atsatiopriini tai merkaptopuriini^A.
 - ♦ Tiopuriini-intoleranteille metotrek-saatti^B
 - ♦ Biologisia lääkkeitä^A käytetään remission induktioon ja ylläpitohoitoon, vaikeassa tai kortikosteroidiresistentissä taudissa^C.
- Hoitovaste tulee arvioida (ulos-teen kalprotektiinin määrittäminen, endoskopia tai kuvantaminen) 3–6 kk:n kuluttua immunomodulaatiohoidon aloituksesta.

Leikkaushoito

- Leikkauksen aiheet
 - ♦ Tavallisia leikkauksen aiheita ovat ohutsuolen ja ileosekaali-alueen taudeissa ohutsuolitukos, interni fisteli ja absessi.
 - ♦ Harvinaisempia leikkauksia aiheita ovat suolen puhkeaminen, raju suolistoverenvuoto tai jatkuva anemisoituminen
 - ♦ Paksusuolen taudissa suolitukos on harvinaisempi ja leikkauksia aiheita ovat huono hoitovaste, absessit, toksinen koliitti ja anaalileesiöt.
- Leikkaus tulisi suorittaa elekttiivisesti.
- Tavoite on poistaa pahimmin oireita aiheuttava tautimuutos suolen pituutta säästäten.
- Laparaskopia-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

- Ahtaamien 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.