

Taina Sipponen

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 glukokortikoidilääkitystä limakalvon paraneminen sekä komplikaatioiden ja uusiutumisen esto.
- Crohnin tautia sairastavaa tulee kannustaa tupakoinnin lopettamiseen.
- Vaikea Crohnin tauti hoidetaan sairauteen hyvin perehtyneessä sairaalassa.

Epidemiologia

- Ilmaantuvuus on Suomessa n. 9/100 000/v ja esiintyvyys 120–200/100 000 asukasta. Esiintyvyys on korkea Pohjoismaissa, Länsi-Euroopassa, Pohjois-Amerikassa ja Australiassa.
- Tupakointi lisää Crohnin taudin puhkeamisriskiä, taudin aktiivisuutta ja leikkaukseen joutumisen todennäköisyyttä.
- 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.
 - tautimuutoksia voi olla missä tahansa ruuansulatuskanavan osassa.
 - noin kolmanneksella on perianaalisia fisteileitä.
- Osalla potilaista esiintyy suoliston ulkopuolisia ilmentymiä (esim. perifeerinen niveltulehdus, sakroiliitti, kyhmyruusu, uveiitti, episkleriitti, sappitietulehdus).
- Varhainen sairastumisikä, laajalainen tulehdus, tupakointi, perianaaliset ongelmat ja glukokortikoidihoidon tarve ovat korkean etenemisriskin ennustekijöitä.
- Oireita
 - Vatsakipu
 - Ripuli
 - Kuumeilu
 - Verenvuoto peräsuolesta
 - Laihtuminen
 - Tihentynyt ulostustarve



- Suolen tukosoireet
- Anaalialueen vaivat
- Lapsilla kasvun hidastuminen
- Kliinisiä löydöksiä
 - Vatsan aristus, resistenssi
 - Perianaalifissuurat ja fistelit
 - Suun aftat
- Tauti luokitellaan tulehdukselliseksi, ahtauttavaksi tai fistuloivaksi, mutta luonne voi vuosien varrella muuttua.
- Komplikaatioina voi kehittyä
 - suolitukoksia
 - absesseja
 - fisteileitä
 - suolistoverenvuotoja.
- Tavallisia laboratoriolöydöksiä ovat

Diagnostiikka ja tutkimukset

- suurentuneet La ja CRP
 - lievä anemia
 - leuko- ja trombosytoosi
 - suurentunut ulosteen kalprotektiini inflammaation merkinä (voidaan määrittää jo perusterveydenhuollossa)
 - S-albumiinitason lasku.
 - Primaaritutkimus on ileokolonoskopia histologianäytteineen.
 - Endoskopiassa todetaan
 - segmentaarinen tai läiskäinen tulehdus
 - limakalvon mukulakivimäisyttä
 - aftamaisia haavoja tai suurempia, usein pitkittäisiä tai fissuuramaisia haavoja
 - ahtautumia.
 - Histologisesti todetaan krooninen syväälle submukoosaan ja jopa suolen seinämän läpi ulottuva tulehdus, granuloomia, joita havaittavissa limakalvobiopsioissa melko harvoin.
 - Ohutsuoli voidaan tutkia kuvantamistutkimuksin, ensisijaisesti magneettikuvauksella.
 - Ohutsuolen tutkimiseen voidaan käyttää myös ohutsuolen kapselikuvausta, jos potilaalla ei ole ohutsuolen ahtaumaan viittaavia oireita tai kuvantamislöydöksiä.
 - Gastroskopia tehdään ylävatsaoireisille tai taudin laajuutta selvitettyä.
 - 10–15 %:lla ei taudin alkuvaiheessa pystytä tekemään erotusdiagnoosia haavaisen koliitin ja Crohnin taudin välillä (välimuotoinen eli luokittelematon koliitti, IBD unclassified, IBDU).
- ### Erotusdiagnoosiikka
- Haavainen paksusuolitulehdus (colitis ulcerosa)
 - Toiminnallinen ripuli (normaalit tulehdusarvot, normaali F-kalprotektiini)
 - Infektiokoliitti (ulosteväljely, serologiset tutkimukset, tarvittaessa endoskooppinen ja histologinen löydös)
 - Clostridium difficile -koliitti (edeltävä mikrobilääkitys, Cl. difficile osoitus ulosteesta)
 - Suolistotuberkuloosi (anamneesi, tuberkuloosin osoitus limakalvonäytteistä, endoskooppinen ja histologinen löydös)
 - Iskeeminen koliitti (yli 50-vuotiailla, verisuonisairauden riskitekijöitä, endoskooppinen ja histologinen löydös)
 - Sädehoidon jälkeinen koliitti (jopa vuosia hoidon jälkeen, endoskooppinen ja histologinen löydös)
 - Tulehduskipulääkkeiden aiheuttamat limakalvomuutokset (tulehduskipulääkkeiden

TAULUKKO 1. 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: TVK, ALAT, AFOS	2–2.5 mg/kg/vrk	Remission ylläpito, fistelit
6-merkaptopuriini	Viikoilla 0, 2, 4, 6 ja 8 ja sen jälkeen 3 kk:n välein: TVK, ALAT, AFOS	1–1.5 mg/kg/vrk	Remission ylläpito, fistelit
Metotreksaatti	Viikoilla 0, 2, 4, 6 ja 8 ja sen jälkeen 3 kk:n välein: TVK, ALAT, AFOS, Krea	15–25 mg viikossa	Remission ylläpito
Sytokiinivälitteiset			
Infliximabi	TVK, ALAT, CRP ennen jokaista infuusiota	5 mg/kg infuusiona 8 viikon välein induktion (0, 2, 6 viikkoa) jälkeen	Remission induktio ja ylläpito, fistelit
Adalimumabi	0 ja 1 kk: TVK, ALAT, CRP, sitten 3 kk:n välein: TVK, ALAT, CRP	40 mg ihon alle 2 viikon välein induktion (160–80 mg) jälkeen	Remission induktio ja ylläpito, fistelit
Vedolitsumabi	TVK, ALAT, CRP ennen jokaista infuusiota	300 mg infuusiona 8 viikon välein induktion (0, 2, 6 viikkoa) jälkeen	Remission induktio ja ylläpito, fistelit

käyttö, muutosten sijainti, histologia)

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 asiantuntemusta, riittävät pätevystutkimusmahdollisuudet ja valmius päivystysluonteeseen leikkaushoitoon.
- Rauhallisessa vaiheessa voidaan seuranta toteuttaa myös perusterveydenhuollossa.
 - Erikoissairaanhoidon tulee antaa perusterveydenhuoltoon 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
 - glukokortikoideja remission induktioon (ensisijaisesti budesonidia ileumin loppuosan tai oikeanpuoleisen paksusuolen taudissa)
 - joskus mesalatsiinia^C tai sulfasalatsiinia (teho heikko, eivät estä relapseja).
- Keskivaikean tai vaikean taudin hoitoremision induktioon käytetään budesonidia^A alenevin annoksin alkaen 9 mg/vrk tai prednisolonia

alkaen 40–60 mg/vrk.

- Remission ylläpitoon aloitetaan atsatiopriini tai merkaptopuriini^B.
 - Tiopuriini-intoleranteille metotreksaatti^B
 - Biologisia lääkkeitä^A käytetään remission induktioon ja ylläpitohoitoon keskivaikeassa tai vaikeassa Crohnin taudissa.
- Hoitovaste tulee arvioida (ulos-teen kalprotektiinin määräitys, endoskopia tai kuvantaminen) 3–6 kk:n kuluttua immunomodulaatiohoidon aloituksesta.
- Tukihoitoista kuten kalsiumin ja D-vitamiinin riittävästä saannista sekä ileumin tautia sairastaville/ileumleikatuille B12-vitamiinikorvaushoidosta tulee huolehtia.

Leikkaushoito

- Välittömät leikkausaiheet
 - suolen puhkeama ja siihen liittyvä vatsakalvon tulehdus;
 - usein paiseet

- raju suolistovuoto
- perianaalipaiseet (avaus)
- Elektiiviset leikkausaiheet
 - oireita aiheuttavat suoliahtaumat
 - suolifistelit
 - verenvuodosta johtuva jatkuva anemisoituminen
 - perianaalisten fisteleiden hoito (tavallisesti dreeneeraavien, ns. Seton-lankojen asetus)
 - dysplasiamuutokset, syöpä
- Tavoite on poistaa pahimmin oireita aiheuttava tautimuutos suolen pituutta säästäen.
 - ohutsuoliahtaamia voidaan hoitaa myös strikturoplastialla
- Paksusuoleen rajoittuneessa taudissa segmenttiresektio on edullisempi kuin subtotaalinen kolektomia.
- Crohnin tautia pidetään yleensä vasta-aiheena ileumsäiliön ja ileoanaaliliitoksen rakentamiselle.

Ahtaumien endoskooppinen hoito

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

Tähystysseuranta

- Paksusuolen Crohnin tautia sairastavat kuuluvat tulehduksen aiheuttaman syöpävaaran takia säännöllisen tähystysseurannan piiriin

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

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

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannosta Terveysportista

www.terveysportti.fi

Taina Sipponen
© 2016 Kustannus Oy Duodecim

Kirjallisuutta

1. 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.
2. 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.
3. Annese V, Daperno M, Rutter MD ym. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013;7(12):982-1018.
4. Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P ym. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med* 2013;369(8):711-21.
5. Sipponen T ja Färkkilä M. Tulehdukselliset suolistosairaudet. *Gastroenterologia ja hepatologia. toim. Färkkilä M, Isoniemi H, Kaukinen K, Puolakkainen P. Duodecim* 2013.
6. Lepistö A. Crohnin taudin leikkaushoito. *Gastroenterologia ja hepatologia. toim. Färkkilä M, Isoniemi H, Kaukinen K, Puolakkainen P. Duodecim* 2013.