

CROHN HASTALIĞI: BİR OLGU NEDENİYLE

CROHN'S DISEASE: A CASE REPORT

Duygu OFLUOĞLU¹, Meltem KORAY¹, Ahmet BARAN², Hakkı TANYERİ¹

ÖZET

Crohn hastalığı (CH) etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesini etkileyebilen, granülatöz inflamasyon ile karakterize bir inflamatuvar barsak hastalığıdır. Abdominal ağrı, ishal, mide bulantısı, anoreksi, kilo kaybı ve ateş hastalığın en önemli klinik belirtileridir. Ağız bulguları, vestibüler ve retromolar bölgelerdeki sertleşmiş polipoid yama tarzındaki lezyonlar, diffüz labial bukkal veya gingival şişlikler, mukozal inflamatuvar fissürler ve hiperplaziler, granülatöz cheilitis, derin oral ülserler, perioral ödem, angular cheilitis, glossitis, gingivitis, piyostomatitis vejetans, perioral eritem ve mukozal renk değişiklikleri ile karakterizedir. Hastalığın aktif dönemlerinde ağız hijyeninin ihmal edilmesi, çürük insidansının artmasına neden olur. Hastalığın istenmeyen ağız etkilerini azaltmak amacıyla Crohn hastaları ağız hijyeni konusunda çok iyi eğitilmeli, düzenli ve sık aralıklarla diş hekimleri tarafından takip edilmelidir. Bu olgu sunumunda, CH teşhisi konmuş 37 yaşındaki kadın hastadaki ağız bulguları değerlendirilmiş ve bu hastalığın diş hekimleri açısından önemi tartışılmıştır.

Anahtar Kelime: Crohn hastalığı, Ağız belirtileri, Çürük, Aftöz Ülserasyon.

ABSTRACT

Crohn's disease (CD) is an inflammatory bowel disease characterized by granulomatous inflammation which may affect any site along the gastrointestinal tract from the mouth to anus. Clinically, patients with CD present abdominal pain, diarrhoea, malaise, anorexia, weight loss and fever. Oral manifestations of CD are characterized by specific symptoms such as indurated polypoid tag lesions on vestibular and retromolar fossae, diffuse labial, buccal or gingival swellings, mucosal inflammatory hyperplasia and fissuring, granulomatous cheilitis and nonspecific symptoms such as deep persistent oral ulcerations, perioral edema, cheilitis angularis, glossitis, gingivitis, pyostomatitis vejetans, perioral erythema and mucosal discoloration. Neglect of oral hygiene during the active phases of the disease may also contribute to the high caries incidence. CD patients imply frequent dental check-ups with oral hygiene instructions because of the undesirable oral affects of the disease. This report presents oral manifestations of a thirty-seven years old female CD patient, gives an overview of the oral findings observed in patients with CD and the importance of the disease for dentists are discussed.

Key Words: Crohn's disease, Oral aspect, Caries, Aphthous Ulceration.

¹ İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı.

² İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

GİRİŞ

Crohn hastalığı (CH) etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesini etkileyebilen, granülatöz inflamasyon ile karakterize bir inflamatuvar barsak hastalığıdır (1). Hastaların büyük bir kısmı, teşhis konulduğunda ergenlik çağındadır. Gastrointestinal belirtiler arasında genellikle ateşle birlikte seyreden abdominal kramplar, ağrı, bulantı ve ishal sayılabilir. Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan beslenme bozuklukları ve kilo kaybı, anemiye, büyüme ve gelişimde yavaşlamaya neden olabilir (2).

Ağız mukozasında görülen aftöz ülserler, dudaklarda ve yanaklarda meydana gelen diffüz şişlikler, mukozada oluşan inflamatuvar hiperplaziler, fissürler ve vestibül alanlardaki yama şeklindeki polipoid mukoza değişiklikleri, en önemli ağız belirtileridir (3, 4). Hastalığın aktif dönemlerinde ortaya çıkan beslenme bozuklukları ve bu dönemde bireylerin ağız hijyenlerini ihmal etmeleri, çürük insidansının artmasına ve ağız sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olur (5, 6).

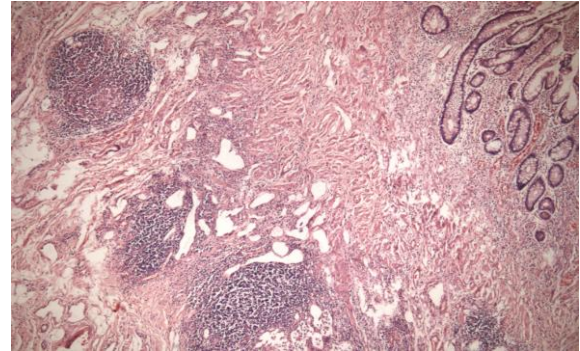
Crohn hastalığının tedavi şeklini hastalığın şiddeti, şekli ve lokalizasyonu belirler. Ayrıca daha önce yapılan tedavi girişimleri, ilaç alerjileri ve intoleransı, ekstraintestinal hastalıklar, beslenme ve fonksiyonel durumlar da tedaviyi yönlendirir. Tedavide amaç klinik olarak hastalığın remisyonunu sağlamaktır. Crohn hastalığının medikal tedavisinde *Sulfasalazin*, *Mesalamin (5-ASA)* gibi aminosalisilat bileşikler, *Prednisolon*, *Budenosid* gibi kortikosteroidler, *Azathioprin*, *6-merkaptopurin*, *Metotreksat*, *Siklosporin*, *Mycophenolate Mofetil* ve *Tacrolimus* gibi immunomodülatör ilaçlar, *İnfliximab* gibi antitoksin ilaçlar ve *Metranidazol*, *Siproflaksasin* gibi antibiyotikler kullanılabilir (7).

Bazı hastalarda özellikle hastalığın şiddetli dönemlerinde medikal tedaviye ek olarak barsakları istirahate almak gerekebilir bu nedenle hastaya özel, sindirimi kolay elemental diyetler hazırlanır veya damardan beslenme sağlanır. Hastalığın seyri sırasında ilaç tedavisine rağmen belirti ve bulguların baskılanmaması, ilaç yan etkileri, ilaca bağımlılık veya hayatı tehdit eden komplikasyonlar nedeniyle cerrahi tedavi de gerekebilir (8, 9).

Bu olgu sunumunda, CH teşhisi konmuş 37 yaşındaki kadın hastadaki ağız bulguları değerlendirilmiş ve bu hastalığın diş hekimleri açısından önemi tartışılmıştır.

VAKA SUNUMU

37 yaşındaki kadın hasta alt dudak mukozasındaki aftöz ülserasyonlar ve diş çürüklerine bağlı ağrı şikayeti ile İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları Bilim Dalı kliniğine başvurdu. Tıbbi anamnezinde hastanın yaklaşık 4 yıl önce kanlı, mukuslu ishal, şiddetli karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetiyle hastaneye başvurduğu, yapılan klinik, radyolojik ve histopatolojik incelemeler (İnce barsak Enteroklizis; Biyopsi No:12203-2003) (Resim 1) sonucunda fistülizan Crohn hastalığı teşhisi konduğu, uzun süreli medikal tedaviyi takiben (Azathioprin, Steroid) cerrahi tedavi gördüğü (Lap destekli ileoçekal rezeksiyon ve segmental transvers kolon rezeksiyonu- Def. No: 200304300) ve halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalında kontrol altında olduğu öğrenildi (Prt No: 2001145524).

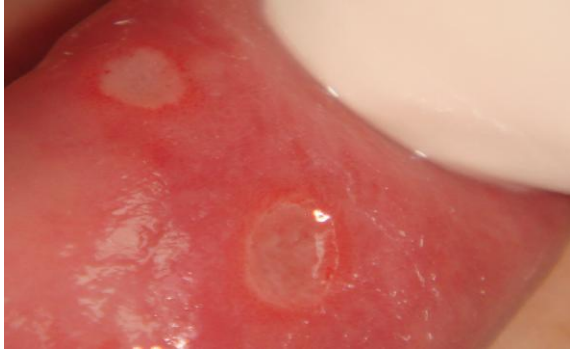


Resim 1: İnce barsak biyopsisi; Submukozada fibrozis, lenfoid foliküller ve lenfanjiektazi

Ekstraoral muayenede dudaklarda kuruluk yüzeysel çatlaklar ve angular chelitis tespit edildi (Resim 2). İntraoral muayenede, alt dudak mukozasında iki adet minör aft bulunduğu, dilin granülatöz bir görüntüye sahip olduğu ve hastanın ağız hijyeninin çok kötü olduğu belirlendi (Resim 3, 4). Dişlerin muayenesinde yoğun diştaşı ve plak birikiminin yanı sıra, hastanın maksillar sağ 1. molar, maksillar sol 2. premolar, mandibular sol 2. ve 3. molar, mandibular sağ 1. premolar ve 1. molar dişlerinin eksik olduğu, maksillar sağ lateral kesici, maksillar sağ 1. ve 2. premolar, maksillar sağ 2. molar, maksillar sol santral ve lateral kesiciler, maksillar sol 1. premolar, maksillar sol 1. ve 2. molar ve mandibular sol 1. molar dişlerinde farklı



Resim 2: Ekstraoral muayene; dudaklarda kuruluk ve dudak köşelerinde angular chelitis.



Resim 3: Alt dudak mukozasında aftöz ülserasyonlar



Resim 4: Dilin granümatöz görüntüsü.

zamanlarda yapılmış çeşitli büyüklükte restorasyonlar olduğu tespit edildi. Ayrıca maksillar sağ santral kesici, maksillar sağ 3. molar, maksillar sol santral ve lateral kesiciler, maksillar sol 2. molar, mandibular sol santral ve lateral kesiciler, mandibular sol kanin, mandibular sol 1. ve 2. premolar, mandibular sağ santral ve lateral kesiciler, mandibular sağ kanin ve mandibular sağ 2. premolar dişlerinde farklı büyüklükte dentin çürükleri olduğu görüldü (Resim 5). Radyolojik muayenede, halen ağız içerisinde bulunan mandibular sağ 2. ve 3.

molar diş köklerinin etrafında radyolüsent alanlar tespit edildi (Resim 6). Ekstraoral, intraoral ve radyolojik muayeneler tamamlandıktan sonra diş tedavi planı hazırlandı, diştaşı temizliği ve topikal Sodyum florür (NaF) jel (Denti-Care 480 ml, Medicom) uygulaması yapılarak hastaya ağız hijyeni eğitimi verildi. Mevcut aftları için Triamsinolon asetonid pomad (Kenakort A Orabase, Bristol-Myers Squibb) ve %0.2 Klorheksidin glukonat (Klorhex, Drogosan) gargara verildi. Enfeksiyona neden olan mandibular sağ 2. ve 3. molar diş köklerinin çekimi amacıyla antibiyotik (Amoksisilin trihidrat + potasyum klavulanat - Bioment BID film tablet 1g, 2x1, Fako) reçetesi hazırlandı.



Resim 5: Yoğun diştaşı, plak birikimi ve diş çürükleri.



Resim 6: Panoramik röntgen görüntüsü.

Planlanan randevularına gelmeyerek tedavisini yarım bırakan hasta ilk muayeneden yaklaşık 6 ay sonra mandibular sağ posterior bölgedeki şiddetli ağrı şikayetiyle ikinci kez kliniğimize başvurdu. Yapılan intraoral ve radyolojik muayenede mandibular sağ 2. molar diş kökündeki enfeksiyonun halen devam etmekte olduğu, hastanın maksillar dört kesici dişine başka bir diş hekimi tarafından sabit protetik bir restorasyon yapıldığı ve mandibular sağ 3. molar diş kökünün çekildiği görüldü. Hastanın ağız hijyeninde ve dental durumunda olumlu hiçbir gelişme olmadığı ancak oral aftların tedavisi

amacıyla verilen Triamsinolon asetonid pomadın, semptomları azalttığı ve aftların iyileşme sürecini kısalttığı tespit edildi. Beş günlük antibiyotik tedavisi (Amoksisilin trihidrat+potasyum klavulanat –Bioment BID film tablet 1g, 2x1, Fako) sonrası ikinci randevuda, hastaya diştaşı temizliği yapıldı, mandibular sağ santral ve lateral kesici, mandibular sağ kanin, mandibular sağ 2. premolar, mandibular sol santral ve lateral kesici dişlerdeki çürükler temizlenerek cam iyonomer siman (Kavitan Plus 15g/r A₂, SpofaDental) ile geçici olarak kapatıldı ve mandibular sağ 2. molar kökleri lokal anestezi altında çekildi. Konservatif tedavi işlemlerinin tamamlanabilmesi ve protetik tedavilerinin planlanması için hastaya randevu verildi. Ancak belirlenen randevulara gelmeyerek tedavilerini ikinci kez yarım bırakan hastaya tüm çabalarımıza rağmen ulaşamadı.

TARTIŞMA

Crohn hastalığının ağız bulguları, ilk defa Dudeney ve Todd tarafından tanımlanmış olup, aftöz ülserasyonlar, dudak ve yanaktaki şişlikler, inflamatuvar hiperplaziler, bukkal ve labial mukozada kaldırım taşı görüntüsü veren lezyonlar ile karakterizedir (3, 4, 10, 11). Bazı vakalarda intraoral ülserler olmadan dudakta şişlikler meydana gelebilir. Submandibular veya submental bölgelerde, dudaklarda ödemle seyreden palpe edilebilir lenf nodülleri oluşabilir. Angular cheilitis sıktır ve şişkin dudaklarda yüzeysel çatlaklar görülebilir (11). Olgumuzda alt dudak mukozasında görülen aftöz ülserlerin yanı sıra, dudaklarda kuruluk ve çatlaklar, angular cheilitis ve dilde granülomatöz şişlikler görülmüştür.

CH dental sağlığı olumsuz yönde etkiler. Beslenme bozuklukları, rafine şeker tüketiminin fazla olduğu diyetler, özellikle cerrahi tedaviler sonrasında artan malabsorbsiyonlar, ağız hijyeninin kötüleşmesine ve çürük insidansının artmasına neden olmaktadır (6, 12, 13). Sundh ve Hulten, 27 Crohn hastasında yaptıkları çalışmada, anormal diyet alışkanlıklarına, malabsorbsiyonlara ve hastalığın aktif dönemlerinde ağız hijyeninin ihmal edilmesine bağlı olarak çürük riskinin ve plak insidansının arttığını belirtmiştir (13).

Rooney, CH bireylerde tükürük faktörlerinin değişimine bağlı olarak eksik, çürük ve dolgulu diş sayısının arttığını bildirmiştir (5). Bevenius, klinik özelliklerini, diyet alışkanlıklarını, tükürük karakterlerini ve oral asidojenik bakteri miktarlarını incelediği 15 Crohn hastasının 11'inde çürük insidansının yüksek olduğunu belirtmiştir (14).

Sundh ve Emilson, üç yıl boyunca takip ettikleri 21 Crohn hastasının, aynı yaş ve cinsiyetteki kontrol hastalarına göre daha yüksek çürük insidansına sahip olduklarını rapor etmiştir (6).

Olgumuzda yapılan intraoral ve radyolojik muayene sonucunda, hastanın toplam altı dişinin eksik olduğu, toplam 10 dişinde farklı zamanlarda yapılmış çeşitli restorasyonlar bulunduğu, toplam 14 dişinde primer ve sekonder çürükler olduğu ve iki dişin ağızda kalan köklerinde apikal enfeksiyon geliştiği tespit edilmiş ancak hasta kooperasyonunun sağlanamaması nedeniyle gerekli tedaviler tamamlanamamıştır. Hastanın ağız hijyeninin kötülüğü, çürük insidansının yüksek oluşu ve mukozal değişiklikleri literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuştur.

Crohn hastalarında dental çürük artışının en önemli nedeni diyettir. Beslenme durumlarının incelendiği iki farklı çalışmada, Crohn hastalarının kontrol hastalarına göre daha yüksek oranda rafine karbonhidrat tükettikleri görülmüştür (15, 16). Martini ve ark. hastaların ortalama rafine karbonhidrat tüketiminin, hastalığın tedavisi sonrasında belirgin olarak düştüğünü ancak tüketimin normal kontrol hastalarına göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (15). Şekerli besinlerin tüketiminin yağ içerikli diyetlere göre daha az gastrointestinal semptomla yol açması hastaların daha çok rafine karbonhidrat içerikli besinleri tercih etmelerine neden olmaktadır. Bu beslenme alışkanlığı, asidojenik bakteri kolonizasyonunun ve çürük insidansının artmasına sebep olmaktadır (17).

CH, özellikle aktif dönemlerde, ağız içerisinde olumsuz değişikliklere neden olmaktadır. Mukozal inflamasyonlar çoğu zaman orta şiddette seyretmekte ve genellikle tedavi gerektirmemektedir ancak artan çürükler ve dental enfeksiyonlar mutlaka tedavi edilmelidir (18). Hızlı ilerleyen çürüklerin önlenmesi için gastrointestinal rahatsızlığa neden olmayacak şekilde günlük florid alımı sağlanmalıdır. Yoğun karbonhidrat tüketimi ve tükürük disfonksiyonlarına bağlı olarak artan plak formasyonunu önlemek için etkili fırçalama teknikleri hastalara öğretilmeli, gün içinde sık sık su ile gargara yapmaları ve gerektiğinde yapay tükürük ajanları kullanmaları önerilmelidir. Altı haftalık aralıklarla florid uygulaması ve plak temizliği yapılmalı, gerektiğinde üç ayda bir tükürük değerleri ve mikroflora tetkikleri incelenmelidir (14). Olgumuzda tekrarlayan aftöz lezyonlar, verilen topikal steroid pomat ve antienflamatuvar ajanlar ile kontrol altına alınmış, ağız hijyenin artırılması

amacıyla dıştaşı temizliği yapılmış ve topikal NaF jeli uygulanmış ve ağız hijyen eğitimi verilmiştir.

Crohn hastalığının dental sağlık üzerindeki olumsuz etkileri sıklıkla literatürde rapor edilmesine rağmen genel pratisyen diş hekimlerinin, hastalığın dental sağlık ve yaşam kaliteleri üzerinde oluşturduğu yıkıcı etkileri tam olarak değerlendiremediklerini düşünmekteyiz. Crohn hastalarının sayısının her geçen gün arttığı göz önüne alındığında gastroenterologlar ve diş hekimleri arasındaki işbirliğinin önemi daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Multidisipliner tedavi yaklaşımı kapsamında CH teşhisi konan hastaların vakit kaybetmeden diş hekimlerine yönlendirilmesi, koruyucu ve restoratif dental tedavilerin hastalığın başlangıç aşamasında yapılabilmesine, hastaların yaşam kalitelerinin artırılıp, ileride oluşabilecek olası problemlerin önlenmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cosnes A, Dupuy A, Revuz J, Delchier JC, Conton JE, Gendre JP et al. Longterm evolution of oral localization of Crohn's disease (abstract). Gastroenterology 1998; 114: A 956.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology 2nd edn. Philadelphia, PA, 2002, p 733-34.
3. Bernstein ML, McDonald JS. Oral lesions in Crohn's disease: report of two cases and update of the literature. Oral Surg Ağız Med Ağız Pathol 1978; 46: 234-45.
4. Ünür M, Doğan Onur Ö. Ağız Hastalıklarının Teşhis ve Tedavisi. 1. Baskı Quintessence Yayıncılık, İstanbul, 2003: 47-51.
5. Rooney TP. Dental caries prevalence in patients with Crohn's disease. Oral Surg Ağız Med Ağız Pathol 1984; 57: 623-4.
6. Sundh B, Emilson CG. Salivary and microbial conditions and dental health in patients with Crohn's disease: a 3-year study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 67: 286-90.
7. Prof. Dr .M. Enver Dolar. Crohn Hastalığı. <http://gastro.uludag.edu.tr/k1004.php> 2 Nisan 2007.
8. Prof. Dr. M. Ayhan Kuzu. Crohn Hastalığı. <http://www.kolonrektum.com/crohn.html> 7 Nisan 2007.
9. Plauth M, Jenss H, Meyle J. Oral manifestations of Crohn's disease. An analysis of 79 cases. J Clin Gastroenterol 1991; 13: 29-37.
10. Dudeney TP, Todd IP. Crohn's disease of the mouth. Proc R Soc Med 1969; 62: 1237.
11. Tanyeri H. Oral Mukozanın İmmunolojik Hastalıkları ve Tedavileri. Nobel Tıp Kitapevleri 2000.
12. Reif S, Klein I, Lubin F, Farbstein M, Hallak A, Gilat T. Pre-illness dietary factors in inflammatory bowel disease. Gut 1997; 40: 754-60.
13. Sundh B, Hulten L. Oral status in patients with Crohn's disease. Acta Chir Scand 1982; 148: 531-4.
14. Bevenius J. Caries risk in patients with Crohn's disease: a pilot study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 65: 304-7.
15. Martini GA, Brandes JW. Increased consumption of refined carbohydrates in patients with Crohn's disease. Klin Wochenschr 1976; 54: 367-71.
16. Kasper H, Sommer H. Dietary fiber and nutrition intake in Crohn's disease. Am J Clin Nutr 1979; 32: 1898-1901.
17. Jarnerot G, Jarnmark I, Nilsson K. Consumption of refined sugar by patients with Crohn's disease, ulcerative colitis, or irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol 1983; 18: 999-1002.
18. Halme L, Meurman JH, Laine P, von Smitten K, Syrjanen S, Lindqvist C, Strand-Pettinen I. Oral findings in patients with active or inactive Crohn's disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 76: 175-81.

Yazışma Adresi:

Dt. Duygu OFLUOĞLU

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş, Çene Hastalıkları Bilim Dalı

Fatih- İstanbul

Tel: 212- 414 20 20 Dahili: 30353

Faks: 212-531 22 30

E-mail: duyguofluoglu@gmail.com