

# Zajęcie przełyku w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna u 17-letniej dziewczynki

Changes in the oesophagus in a 17-year old girl with Crohn's disease

Joanna Gąsiorowska, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Grażyna Mierzwa

Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (2): 108–111

**Słowa kluczowe:** choroba Leśniowskiego-Crohna, przełyk.

**Key words:** Crohn's disease, oesophagus.

---

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Joanna Gąsiorowska, Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 48 50, e-mail: klped@cm.umk.pl

## Streszczenie

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest chorobą zapalną jelit, która może obejmować cały przewód pokarmowy, jednak stosunkowo rzadko zajmuje górny odcinek przewodu pokarmowego. W niniejszej pracy przedstawiono 17-letnią pacjentkę z bólami nadbrzusza, zgagą, zaburzeniami połykania oraz przewlekłą biegunką, u której oprócz typowej dla choroby Leśniowskiego-Crohna lokalizacji w jelicie krętym stwierdzono zajęcie procesem zapalnym przełyku.

## Abstract

Crohn's disease is a kind of inflammatory disease which can spread to the whole digestive tract. The upper part of the digestive tract is a rare location of changes. We present a 17-year old girl with epigastric pain, heartburn, dysphagia and chronic diarrhoea. Inflammatory changes were observed not only in the typical region of the ileum but also in the oesophagus.

## Wstęp

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest chorobą zapalną jelit, która może obejmować cały przewód pokarmowy, od jamy ustnej aż do odbytu. Najczęstszą lokalizacją zmian zapalnych okazuje się okolica krętniczo-kątnicza, ale mogą one występować również w jelicie grubym lub tylko w jelicie cienkim. Rzadziej proces chorobowy – oprócz jelita cienkiego i/lub grubego – zajmuje także górny odcinek przewodu pokarmowego, jeszcze rzadziej zmiany zapalne obserwuje się tylko w górnym odcinku przewodu pokarmowego bez zajęcia jelita krętego czy grubego [1].

W piśmiennictwie można znaleźć pojedyncze doniesienia dotyczące izolowanego zajęcia przełyku w chorobie Leśniowskiego-Crohna [2].

## Opis przypadku

Pacjentka 17-letnia, pochodząca ze środowiska wiejskiego, z nieobciążonym wywiadem rodzinnym i okołoporodowym, dotychczas rozwijająca się prawidłowo, by-

ła dotąd hospitalizowana 2-krotnie (bezpośrednio przed przyjęciem do kliniki autorów) z powodu stanów gorączkowych o nieustalonej etiologii, zapalenia przełyku i przewlekłej biegunki. W czasie tych hospitalizacji wykuczono m.in. zakażenie przewodu pokarmowego bakteriami *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* oraz adenowirusami i rotawirusami, a także zaburzenia immunologiczne (oznaczono m.in. stężenia immunoglobulin oraz przeprowadzono ocenę limfocytów metodą cytometrii przepływową). W badaniach dodatkowych z nieprawidłowości wykazano wówczas m.in. niedokrwistość, wysokie wykładniki stanu zapalnego (odczyn Biernackiego – OB, białka C-reaktywne – CRP), dysproteinemię (obniżone stężenie albumin, podwyższone stężenie  $\alpha$ 1-globulin i  $\alpha$ 2-globulin) oraz obecność krwi utajonej w kale. W badaniu endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego stwierdzono owrzodzenia w przełyku. W leczeniu stosowano probiotyki, smektyny dwuoktanościenny, nifuroksazyd, inhibitor pompy protonowej, bez poprawy w zakresie bólów nadbrzusza i zgagi.

Pacjentka z podejrzeniem nieswoistego zapalenia jelit została przekazana do kliniki autorów pracy. Podczas przyjęcia chora informowała, że od ok. miesiąca oddawała luźne stolce do kilku na dobę, bez patologicznych domieszek, miała stany gorączkowe, cierpiała z powodu silnych bólów nadbrzusza z towarzyszącą zgagą oraz schudła ok. 6 kg. Stan pacjentki był średni. W badaniu przedmiotowym z odchyłń stwierdzono niedobór masy ciała (poniżej 3. centyla), bledość i nadmierne ucieplenie powłok skórnych, afty w jamie ustnej, a w badaniu palpacyjnym głębokim tkliwość podbrzusza. W badaniach laboratoryjnych wykazano podwyższone wykładniki stanu zapalnego, hipokaliemię, hipokalcemię oraz dysproteinemię. W badaniu endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego obserwowano liczne zmiany o charakterze aft oraz jedno głębokie owrzodzenie z tworzącym się mostkiem w przetyku (ryc. 1.), w żołądku pojedyncze wybroczynki oraz pojedynczą aftę w okolicy przedodźwiernikowej. Obraz makroskopowy dwunastnicy był prawidłowy. Ze względu na przewlekłą biegunkę oraz obecność krwi utajonej w kale wykonano kolonoskopię. W końcowym odcinku jelita krętego makroskopowo stwierdzono prawidłową błonę śluzową, zastawka krętniczo-kątnicza była zniekształcona, natomiast w kątnicy zanotowano zatarty rysunek naczyniowy oraz drobne pojedyncze, głębokie afty (ryc. 2.). W dalszych odcinkach okrężnicy zmiany miały charakter odcinkowy. Obserwowano m.in. odcinkowe zatarcie siatki naczyń, zmiany aftowe, granulowanie błony śluzowej na przemian z odcinkami prawidłowej błony śluzowej, z największym nasileniem zmian w kątnicy i esicy. W badaniu histopatologicznym w błonie śluzowej jelita cienkiego stwierdzono liczne komórki plazmatyczne i nacieki z komórek jednojądrzastych oraz rozsiane nacieki zapalne w błonie podśluzowej, w błonie śluzowej zastawki krętniczo-kątnicznej od strony jelita cienkiego liczne nacieki zapalne z komórek jednojądrzastych i kwasochłonnych, w błonie śluzowej jelita grubego pobudzone grudki chłonne, a także prawidłową błonę śluzową jelita grubego. Na podstawie całości obrazu klinicznego rozpoznano ciężką postać choroby Leśniowskiego-Crohna, ocenioną na 60 punktów wg wskaźnika aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna (ang. *pediatric Crohn's disease activity index* – PCDAI). W leczeniu zastosowano zarówno glikokortykosteroidy systemowo, mesalazynę, azatio-prynę, omeprazol, probiotyk, jak i preparaty żelaza, wapnia i potasu, uzyskując szybką poprawę kliniczną, ustąpienie bólów brzucha i gorączki, normalizację stolców, a także wykładników zapalenia.

Pacjentka pozostaje pod stałą opieką Przyklinicznej Poradni Gastroenterologicznej i jest w fazie remisji.

## Omówienie

Zajęcie przetyku w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna jest zjawiskiem rzadkim. Na podstawie różnych badań częstość zajęcia przetyku ocenia się na 0,2–16% [3, 4]. Chociaż chorobę tę uważa się przede wszystkim za chorobę młodych dorosłych i diagnozuje się najczęściej między 20. a 30. rokiem życia, to ostatnio coraz częściej rozpoznanie ustala się u dzieci i młodzieży. Uważa się, że w tej grupie wiekowej zmiany w przetyku występują częściej niż u dorosłych. W badaniach Ruuska i wsp. [5] zmiany endoskopowe w obrębie przetyku w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna u dzieci stwierdzono w 44% (u 18 pacjentów na 41 badanych), w tym u 5% (2 osób) miały one charakter owrzodzeń,



Ryc. 1. Owrzodzenie przetyku  
Fig. 1. Ulcer of oesophagus



Ryc. 2. Owrzodzenia w jelicie grubym  
Fig. 2. Ulcers of colon

a w pozostałych przypadkach były to zmiany niecharakterystyczne o typie zapalenia przełyku.

Zmiany zapalne w przełyku mogą wystąpić w pierwszym okresie choroby, być obecne w momencie rozpoznania choroby i towarzyszyć zajęciu dolnego odcinka przewodu pokarmowego, najczęściej jednak obserwuje się je już w czasie trwania choroby. Wyjątkowo tylko zajęcie przełyku w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna jest izolowane [2] i wówczas rozpoznanie choroby jest bardzo trudne, zwykle ustalane po dłuższym czasie trwania choroby. Naranjo-Rodriguez i wsp. [2] opisali 31-letniego mężczyznę z dysfagią i odynofagią, u którego endoskopowo stwierdzono mnogie owrzodzenia w przełyku. Mimo leczenia u pacjenta doszło do zwężenia przełyku. Bezskutecznie stosowano endoskopowe poszerzanie przełyku, w końcu zakwalifikowano go do leczenia operacyjnego. W pobranym wycinku do badania histopatologicznego stwierdzono obecność typowych dla tej choroby nieserowaciejących ziarniniaków.

Jeśli objawom z górnego odcinka przewodu pokarmowego towarzyszą objawy sugerujące zajęcie dolnego odcinka, szczególnie biegunka, rozpoznanie jest łatwiejsze. U takich osób w ramach diagnostyki różnicowej planuje się wykonanie kolonoskopii. Stwierdzenie typowych dla choroby Leśniowskiego-Crohna zmian endoskopowych w dolnym odcinku przewodu pokarmowego w połączeniu z badaniem histopatologicznym przesądza o rozpoznaniu.

Niekiedy występują jedynie objawy z górnego odcinka przewodu pokarmowego, mimo zajęcia przez proces zapalny dolnego odcinka przewodu pokarmowego [6, 7]. Jarocka-Cyrta i wsp. [6] opisali 15-letnią dziewczynkę z zaburzeniami połykania i bólem w klatce piersiowej, bez towarzyszącego bólu brzucha i biegunki, u której w badaniu endoskopowym stwierdzono makroskopowo 2 owrzodzenia w przełyku, a w wycinku do badania histopatologicznego znaleziono typowe dla choroby Leśniowskiego-Crohna ziarniniaki bez serowacenia. W wykonanej kolonoskopii zaobserwowano zmiany zapalne i owrzodzenie w końcowym odcinku jelita krętego.

Główne objawy zgłaszane przez pacjentów z zajęciem przełyku to: trudności w połykaniu, ból przy połykaniu, zgaga, bóle w klatce piersiowej, nudności i wymioty [8]. U części chorych zajęcie przełyku ma charakter bezobjawowy, a zmiany endoskopowe stwierdza się przy wykonywaniu endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego, którą wykonuje się rutynowo u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna.

W badaniach Ramaswamy i wsp. [8] wśród 210 badanych dzieci z tą chorobą u 27 z nich zdiagnozowano zajęcie przełyku, a 9 dzieci zgłaszało objawy, takie jak: zgagę, dysfagię, bóle w klatce piersiowej, nudności czy wymioty. Wśród dzieci zgłaszających objawy z górnego

odcinka przewodu pokarmowego tylko u 5 potwierdzono w badaniu endoskopowym zmiany makroskopowe w przełyku, natomiast zanotowano zmiany w przełyku u pacjentów bez objawów klinicznych.

Endoskopowo zajęcie przełyku może przebiegać w postaci rumienia, granulowania błony śluzowej, nadżerek, aftowych owrzodzeń, głębokich owrzodzeń, a także zwężeń i przetok [3, 8]. Zwężenia i usztywnienie przełyku pojawiają się w czasie trwania choroby, natomiast przetoki obserwuje się rzadko [3, 9].

W badaniu histopatologicznym wycinków z przełyku stwierdza się obecność nacieków zapalnych, włóknienie, rzadko typowe ziarniniaki bez serowacenia. Zmianom histopatologicznym nie zawsze towarzyszą zmiany endoskopowe. We wspomnianych badaniach Ramaswamy i wsp. [8] u 17,6% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna zaobserwowano zmiany histopatologiczne w przełyku, natomiast zmiany endoskopowe występowały tylko u 7,6% osób, jeszcze mniej chorych zgłaszało objawy kliniczne.

Objawy radiologiczne zajęcia przełyku procesem zapalnym są mało charakterystyczne. Mogą to być: naddatki cienia spowodowane owrzodzeniem, zwężenie czy obecność przetok. Obraz może być również prawidłowy.

W przypadku objawów klinicznych tylko z górnego odcinka przewodu pokarmowego obowiązuje diagnostyka różnicowa uwzględniająca m.in. chorobę refluksową przełyku, zapalenie przełyku jako powikłanie po stosowanym leczeniu, np. tetracyklinami, niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, po oparzeniu przełyku, w niektórych chorobach infekcyjnych związanych np. z zakażeniem CMV, HIV, HSV [10].

W leczeniu stosuje się preparaty 5-ASA, glikokortykosteroidy, natomiast w przypadkach trudnych do leczenia immunosupresję jako leczenie choroby podstawowej oraz dodatkowo inhibitor pompy protonowej. W przypadku braku poprawy można rozważyć zastosowanie terapii biologicznej, a w razie zwężeń i przetok często konieczne jest leczenie chirurgiczne.

U prezentowanej pacjentki znaczne nasilenie zgagi, bóle w nadbrzuszu, trudności w połykaniu były przyczyną wykonania endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego w początkowym okresie objawów klinicznych. Mimo leczenia inhibitorem pompy protonowej nie uzyskano poprawy. Podejrzenie choroby Leśniowskiego-Crohna sugerowały: przewlekła biegunka, znaczny ubytek masy ciała (choć ten objaw spotykany jest również u pacjentów z dysfagią i odynofagią) oraz wysokie wykładniki stanu zapalnego.

Przedstawiając ten przypadek, autorzy chcą zwrócić uwagę na współistnienie objawów z górnego odcinka przewodu pokarmowego i przewlekłej biegunki, które ukierunkowały rozważania różnicowo-rozpoznawcze

na nieswoiste zapalenie jelit. Jednocześnie autorzy podkreślają, że u pacjentów z nieleczącymi się zmianami w przetyku należy rozważyć wykonanie kolonoskopii, gdyż może ona ujawnić zmiany typowe dla choroby Leśniowskiego-Crohna w jelicie krętym i grubym bez towarzyszących objawów klinicznych z dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

#### Piśmiennictwo

1. Hildebrand H, Finkel Y, Grahnquist L i wsp. Changing pattern of paediatric inflammatory bowel disease in northern Stockholm 190-2001. *Gut* 2003; 52: 1432-4.
2. Naranjo-Rodriguez A, Solórzano-Peck G, Lopez-Rubio F i wsp. Isolated oesophageal involvement of Crohn's disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 1123-6.
3. Decker GA, Loftus EV, Pasha TM i wsp. Crohn's disease of esophagus: clinical features and outcomes. *Inflamm Bowel Dis* 2001; 7: 113-9.
4. Cameron DJ. Upper and lower gastrointestinal endoscopy in children and adolescents with Crohn's disease: prospective study. *J Gastroenterol Hepatol* 1991; 6: 355-8.
5. Ruuska T, Vaajalahti P, Arajärvi P, Mäki M. Prospective evaluation of upper gastrointestinal mucosal lesion in children with ulcerative colitis and Crohn's disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 19: 181-6.
6. Jarocka-Cyrta E, Matuszewska E, Uścińowicz M i wsp. Przetykowa lokalizacja choroby Leśniowskiego-Crohna – opis przypadku. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żyw Dz* 2007; 9: 200-2.
7. Ohta M, Konno H, Kamiya K i wsp. Crohn's disease of esophagus: report of case. *Surg Today* 2000; 30: 262-7.
8. Ramaswamy K, Jacobson K, Jevon G, Israel D. Esophageal Crohn disease in children: a clinical spectrum. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 36: 454-8.
9. Rieder F, Hamer O, Gelbmann C i wsp. Crohn's disease of the esophagus: treatment of an esophagobronchial fistula with the novel liquid embolic polymer "onyx". *Z Gastroenterol* 2006; 44: 599-602.
10. *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*. Konturek SJ (red.) Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006; 33-72.