

Kolagenowe zapalenie jelita grubego – opis przypadku

Collagenous colitis – case report

Barbara Skrzydło-Radomańska¹, Piotr Radwan¹, Agnieszka Mierzwińska², Franciszek Woźniak²

¹Katedra i Klinika Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową, Akademia Medyczna, Lublin

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Akademia Medyczna, Lublin

Przegląd Gastroenterologiczny 2006; 1 (2): 79–81

Słowa kluczowe: kolagenowe zapalenie jelita grubego, diagnostyka, leczenie.

Key words: collagenous colitis, diagnostic, treatment.

Adres do korespondencji: prof. AM dr hab. med. Barbara Skrzydło-Radomańska, Klinika Gastroenterologii, SPSK nr 4, ul. Jaczewskiego 8, 20-950 Lublin, tel./faks +48 81 742 54 21

Streszczenie

Kolagenowe zapalenie jelita grubego (KZJG) jest postacią mikroskopowego zapalenia okrężnicy, występującą kilkakrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn, szczególnie powyżej 50. roku życia. Manifestuje się przewlekłą wodnistą biegunką. Etiologia schorzenia nie jest wyjaśniona. Autorzy przedstawiają przypadek 57-letniego mężczyzny z KZJG, jego diagnostykę i leczenie w oparciu o aktualne dane z literatury.

Opis przypadku

57-letni dotychczas zdrowy mężczyzna, z zawodu kierowca, zgłosił się do specjalistycznej poradni gastrologicznej z powodu występujących od 3 lat wodnistych licznych stolców bez patologicznych domieszek, w okresach nasilenia dolegliwości sięgających 10–15 wypróżnień na dobę, w tym również nocą. W ciągu ostatnich 2 mies. dolegliwości się nasiliły. Pacjent skarży się przy tym na kolkowe bóle brzucha oraz wzdęcia, nie góraczkuje. W czasie trwania dolegliwości stracił łącznie na wadze ok. 7 kg. Dotychczas nie chorował, natomiast przed 4 laty doznał w wypadku złamania otwartego obu kości prawego podudzia i był leczony operacyjnie w oddziale urazowo-ortopedycznym.

W badaniu przedmiotowym stan ogólny pacjenta był dobry, przy palpacji jamy brzusznej nie stwierdzono bolesności ani patologicznych oporów, przy opukiwaniu nieznaczna bębniaca, a osłuchowo stwierdzalna głośnia perystaltyka.

Kończyny dolne symetryczne, bez obrzęków, w obrębie prawego podudzia na jego przedniej powierzchni widoczne nieregularne blizny pooperacyjne oraz zmiany troficzne skóry barwy brunatnej.

Abstract

Collagenous colitis (CC) is a form of microscopic colitis that is recognized as a cause of chronic watery diarrhoea. It is more common in elderly women. The etiology of collagenous colitis remains still elusive. Authors report a case of 57-year-old man with CC and discuss its diagnostics and treatment with review of current data from literature.

Badania laboratoryjne

W badaniach dodatkowych jedynym odchyleniem od stanu prawidłowego był przyspieszony odczyn opadania krwinek Biernackiego do 38 po 1 godz.

Aktywność enzymów trzustkowych i wątrobowych w surowicy pozostawała w granicach normy. Nie stwierdzono zaburzeń w lipidogramie ani w poziomie glikemii.

W surowicy krwi nie stwierdzono obecności przeciwciał przeciwko gliadynie ani endomysium.

Również wartości TSH i fT4 były w granicach normy.

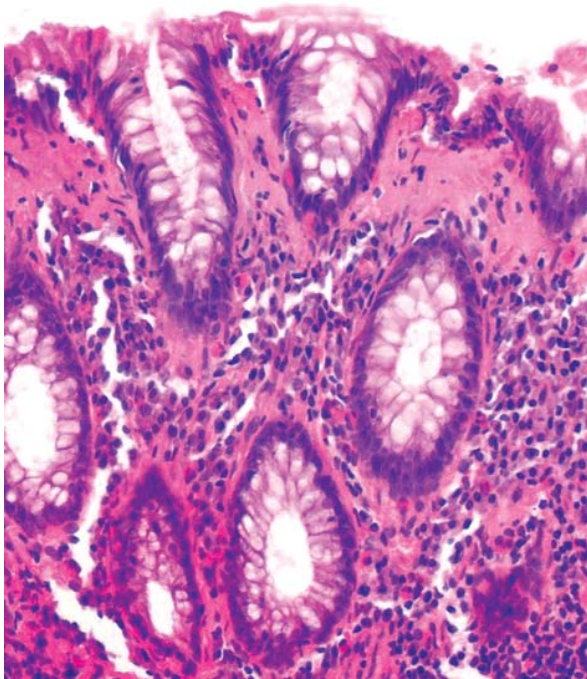
Trzykrotny posiew kału w kierunku bakterii *Salmonella* i *Shigella* był ujemny.

Badania obrazowe i endoskopowe

W badaniu kontrastowym jelita grubego z podwójnym kontrastem uzyskano prawidłowy obraz okrężnicy.

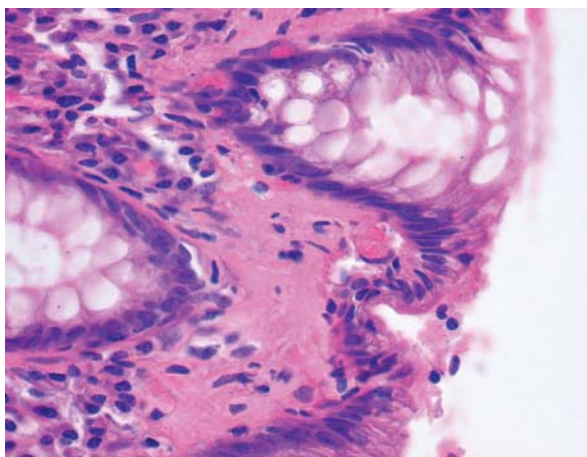
Pasaż przewodu pokarmowego po doustnym podaniu środka cieniującego, poza nieznacznym przyspieszeniem przechodzenia kontrastu (jelito grube zakontrastowało się po 2 godz.), nie wykazywał zmian w obrębie jelita czczego i krętego.

Wynik badania ultrasonograficznego jamy brzusznej był prawidłowy.



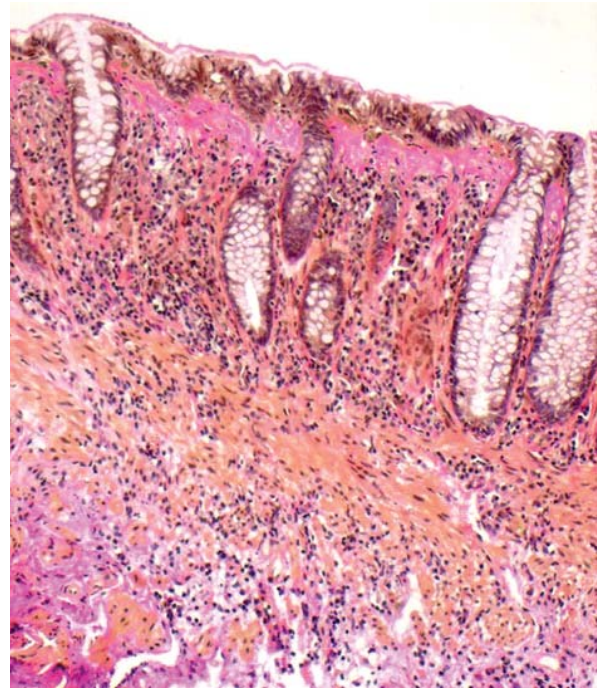
Ryc. 1. Barwienie H+E. Widoczna pogrubiała podnabłonkowa warstwa kolagenu, śródnabłonkowe limfocyty oraz naciek z komórek zapalnych w blaszce właściwej. Natomiast zachowana jest architektura krypt (powiększenie x 200)

Fig. 1. *H+E coloration. Subepithelial collagenous band is thickened, intraepithelial lymphocytes are seen, inflammatory infiltration in lamina propria. The crypt architecture is preserved (enlargement x 200)*



Ryc. 2. Barwienie H+E. Podnabłonkowa warstwa kolagenu (powiększenie x 400)

Fig. 2. *H+E coloration. Subepithelial collagenous band (enlargement x 400)*



Ryc. 3. Ten sam obraz w barwieniu Van Gieson
Fig. 3. *The same picture – Van Gieson coloration*

Badanie kolonoskopowe wykonane ambulatoryjnie wypadło prawidłowo, oceniono jelito grube do kątnicy, stwierdzając jedynie kilkucentymetrowe zatarcie rysunku naczyńowego na pograniczu prostoproczniczo-esiczym. Pobrano wycinki z esicy, zstępnicy, poprzecznicy, zagięcia wątrobowego i wstępnicy do oceny histopatologicznej.

W obrazie mikroskopowym we wszystkich pobranych wycinkach stwierdzono w barwieniu metodą Van Gieson oraz w barwieniu hematoksyliną i eozyną (H+E) obecność pogrubiałej podnabłonkowej warstwy kolagenu osiągającej 30–50 µm ze współistniejącym naciekiem z komórek zapalnych, w tym limfocytów, ale w mniejszej liczbie niż stwierdza się w limfocytowym zapaleniu okrężnicy.

Opisany obraz odpowiada klinicznemu podejrzeniu i mikroskopowemu rozpoznaniu kolagenowego zapalenia okrężnicy (ryc. 1–3.).

Leczenie

Postępowanie objawowe z wdrożeniem leków przeciwbiegunkowych (loperamid 3 razy 4 mg, smecta 3 razy 1 saşetka) nie spowodowało poprawy.

Analizując w wywiadach lekarskich początek choroby, ustalono, że przypada on na okres rekonwalescencji po wypadku i po operacyjnym leczeniu złamania prawego podudzia. Pacjent zażywał w tym okresie naprze-

miennie różne preparaty niesteroidowych leków przeciwzapalnych, które obecnie odstawiono.

W farmakoterapii zastosowano następnie enkorton 30 mg na dobę w dawkach malejących o 5 mg co 7 dni, potężony z sulfasalazyną 3 g na dobę w 3 dawkach podzielonych.

Uzyskano pełną poprawę kliniczną, ustąpienie biegunki i dolegliwości bólowych. Pacjent przybrał na wadze i wrócił do pracy jako kierowca.

Kontrolnej oceny obrazu histologicznego nie dokonano z powodu braku zgody pacjenta na ponowne badanie kolonoskopowe.

Dyskusja

Jak podkreślono w poprzednim artykule, problem mikroskopowych zapaleń jelita grubego (MZJG) nie jest prawdopodobnie tak rzadki, lecz niedoszacowany z powodu przeoczenia diagnostycznego.

Pacjenci z uporczywą biegunką, po wykluczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby trzewnej, nadczynności tarczycy i przyczyn infekcyjnych są bardzo często zaliczani do grupy czynnościowych zaburzeń z rozpoznaniem biegunkowej postaci zespołu jelita nadwrażliwego [1, 2].

Angielscy autorzy w bardzo interesującej pracy opublikowanej w 2003 r. przedstawili realne dowody sugerujące, że przypadki mikroskopowego zapalenia jelit mogą zostać przeoczone [3], a na skutek niewłaściwej diagnozy mogą również być nieskutecznie leczone.

Czy kolagenowe, limfocytowe oraz nieokreślone mikroskopowe zapalenia jelita grubego mogą stanowić różne formy, a może różne etapy tego samego schorzenia? Nieustalony jest też ich związek z klasycznymi nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, choć są opinie, że MZJG mogą być fazą poprzedzającą ich wystąpienie [4, 5]. Być może jednak lepsze ich zrozumienie mogłoby stanowić klucz do znalezienia przyczyny choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego [6]?

Jak podkreślano, MZJG dotyczy najczęściej osób po 50. roku życia, częściej kobiet. Nierzadko udaje się ustalić związek ze stosowaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych, tak jak u omawianego pacjenta [3, 7]. W takim wypadku dla wyjaśnienia przyczyn wodnistej biegunki, utraty wagi, utraty komfortu życia należy pomyśleć o potrzebie kolonoskopii i nawet u prawidłowego obrazu błony śluzowej pobrać wycinki ze wszystkich części okrężnicy, w tym głównie z prawej, a badającemu histopatologowi zasugerować kliniczne podejrzenie [3, 6, 7].

Trafna diagnoza stanowi połowę sukcesu, a drugą – skuteczne leczenie. Odstawienie domniemanego czynnika sprawczego możliwe jest wówczas, gdy uda się go ustalić [7]. Ustalenie skutecznej farmakoterapii

wymaga dalszych kontrolowanych badań. Jak dotąd najskuteczniejsze wydaje się doustne stosowanie budesonidu, powodującego poprawę kliniczną i histopatologiczną, choć niegwarantującego braku nawrotu po odstawieniu [8, 9].

W piśmiennictwie są też doniesienia o skuteczności sulfasalazyny, mesalazyny, cholestyraminy, metronidazolu oraz mepakryny [3, 7].

Rokowanie w przebiegu MZJG jest dobre i jak dotąd podczas ponad 7-letniej obserwacji nie opisywano przypadków nowotworu złośliwego. Występują jednak nawroty i zaostrzenia, a wraz z nimi nasilone dolegliwości i obniżenie jakości życia zależnej od zdrowia, powodujące konieczność wznawiania i poszukiwania nowych prób leczenia, jakże innego od stosowanego w biegunkowej postaci zespołu jelita nadwrażliwego.

Dlatego mikroskopowe zapalenia jelita grubego to problem, o którym warto pamiętać.

Piśmiennictwo

1. Tysk C, Bohr J, Olesen M i wsp. Microscopic colitis-more common cause of diarrhea than believed. Biopsies are the only way to diagnosis, drug treatment is effective. *Lakartidningen* 2005; 102: 2210-4.
2. Madisch A, Bethke B, Stolte M i wsp. Is there an association of microscopic colitis and irritable bowel syndrome – a subgroup analysis of placebo controlled trials. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 1351-5.
3. Kitchen PA, Levi AJ, Domizio P i wsp. Microscopic colitis: the tip of the iceberg? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14: 1199-204.
4. Cymes K, Potet F, Dauge-Geffroy MC i wsp. Are lymphocytic and collagenous colitis two forms of a single disease? Arguments taken from a biopsy quantitative study. *Ann Pathol* 1996; 16: 430-4.
5. Goldstein N, Gyorf T. Focal lymphocytic colitis and collagenous. Patterns of Crohn's colitis. *Am J Surg Pathol* 1999; 23: 1075-81.
6. Tremaine WJ. Czy rozpoznawanie kolagenowego zapalenia jelita grubego jest uzasadnione. *Eur J Gastroenterol Hepatol (wyd. Polskie)* 2000; 5:14-15.
7. Loftus EV. Microscopic colitis: epidemiology and treatment. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: S31-S36.
8. Banares FF, Salas A, Estere M. Collagenous and lymphocytic colitis: evaluation of clinical and histological features, response to treatment and long-term follow-up. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 340-7.
9. Bonderup OK, Hansen J, Birket-Smith L i wsp. Budesonide treatment of collagenous colitis; a randomised, double blind, placebo controlled trial with morphometric analysis. *Gut* 2003; 52: 248-51.