



NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER
SV. KARLA BOROMEJSKÉHO

NEOBVYKLÁ PŘÍČINA FEBRILIÍ IMITUJÍCÍCH AKUTNÍ ATAKU CROHNOVY CHOROBY

M. Kostrejová (1), R. Mudr (1) M. Janče (2)

Interní oddělení - gastroenterologie

Rentgenologické oddělení NMSKB



CROHNOVA CHOROBA

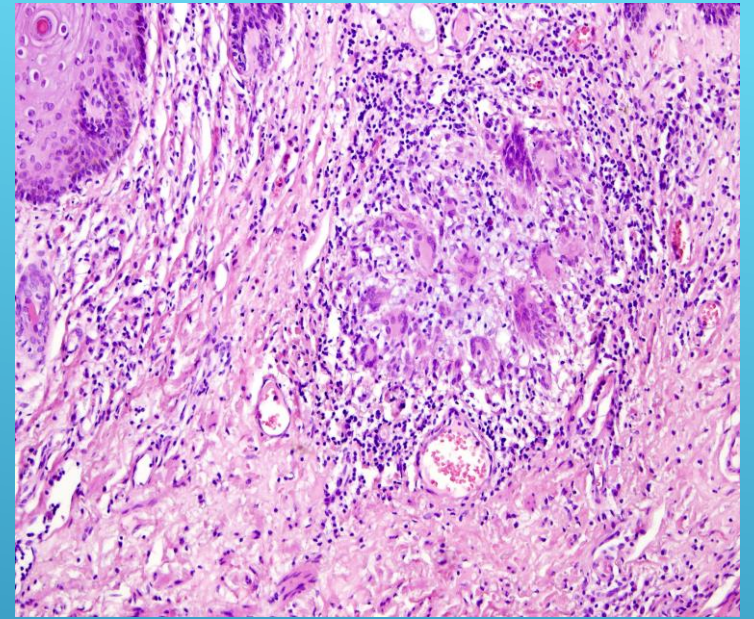
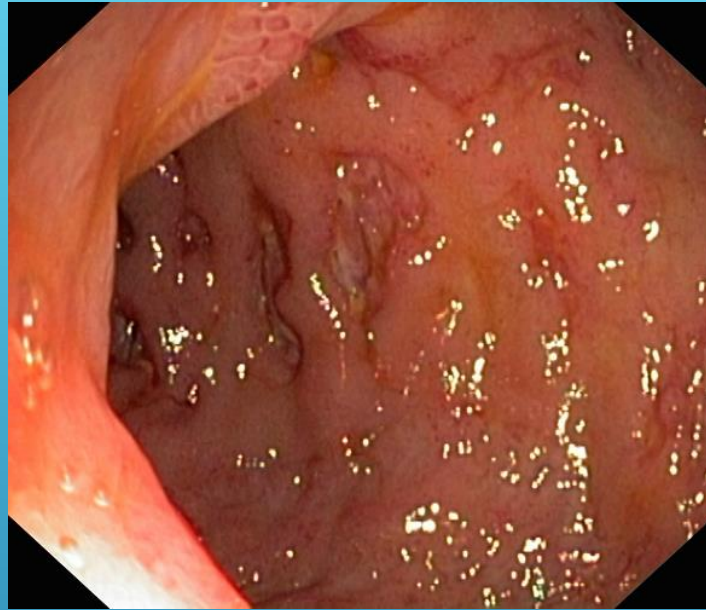
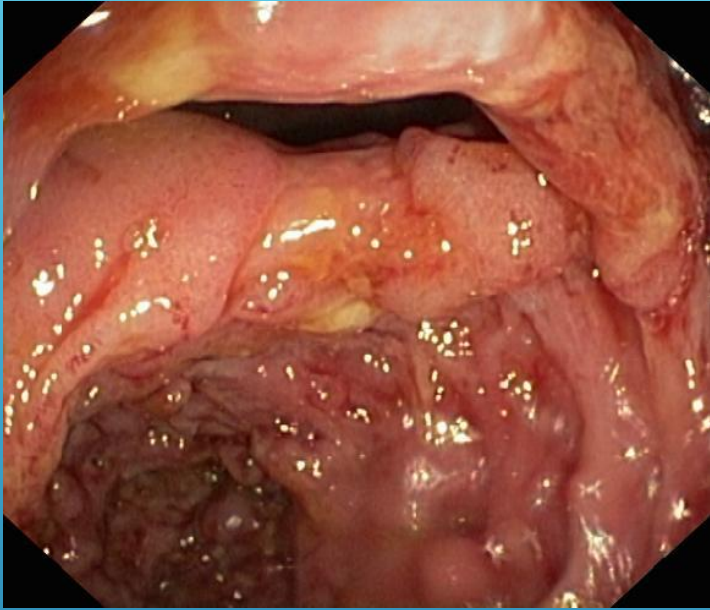
je chronický, recidivující, segmentální, transmurální zánět trávicí trubice, v typických případech granulomatosní. Zánětlivé změny se mohou vyskytnout v celém zažívacím traktu od úst až po konečník.

Toto onemocnění se vyznačuje tvorbou nekaseifikujících granulomů, zánětlivých infiltrátů, píštělí a abscesů. Postihuje uzliny v mezenteriu.

Onemocnění je medikamensně nevléčitelné.

Nemoc byla pojmenována podle amerického gastroenterologa Burrilla B. Crohna, který spolu s Ginzbergem a Oppenheimem v roce 1932 u 14 nemocných odlišili CD od ileocekální formy střevní tuberkulózy.

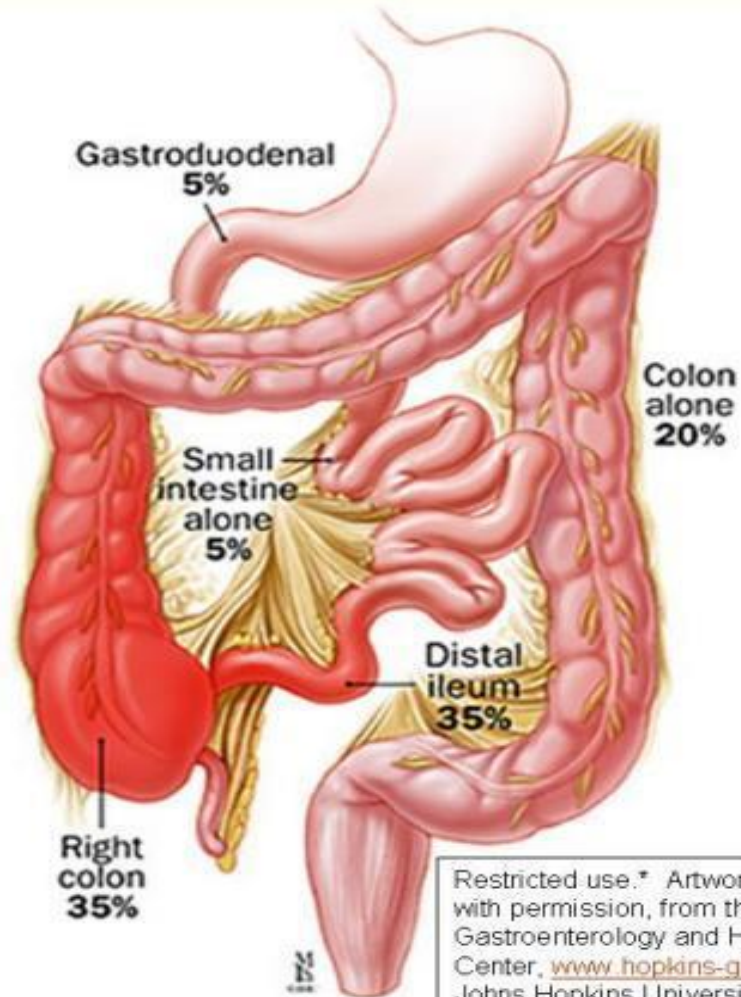




Obr. 1 a 1.1 Akutní exacerbace Crohnovy choroby- terminálního ilea a ceka. Plazivé ulcerace se žlutou spodinou, dlaždicovitá sliznice se šterbinovitými defekty.

Obr. 2 Histologický obraz nekaseifikujícího granulomu je pro Crohnovou chorobu charakteristickým nálezem. V endobioptickém materiálu je však prokazatelný jen u 40 % případů.

Crohn's Disease



Restricted use.* Artwork is reproduced, with permission, from the Johns Hopkins Gastroenterology and Hepatology Resource Center, www.hopkins-gi.org, copyright 2006, Johns Hopkins University, all rights reserved.

Obr. 3 Nejčastější lokalizace Crohnovy choroby

Prevalence Crohnovy choroby se pohybuje v rozmezí 0.7-56 případů na 100 000 obyvatel bílé populace západních zemí. V Americe 7/100 000. U Askhenazi židů je 3-5 vyšší než u ostatní populace.

Začátek onemocnění je v dětství s maximem mezi 15-20 rokem a mezi 50 - 70 rokem věku. Incidence a prevalence onemocnění zejména tlustého střeva se neustále zvyšuje.

Genetické riziko Crohnovy choroby je v příbuzenstvu prvního stupně 3,5 vyšší.

Kouření významně zvyšuje riziko vzplanutí choroby.

ZÁKLADNÍ KLINICKÉ SYMPTOMY CROHNOVY CHOROBY:

- ▶ 1. Průjem **70-90%**
- ▶ 2. Bolest břicha **45 -66%**
- ▶ 3. Anální léze **50-80%**
- ▶ 4. Perianální píštěl jako první projev choroby u **10-25%**
- ▶ 5. Erythema nodosum, episkleritis, uveitis jako první projev choroby u **30 %**

DIAGNOSTIKA CROHNOVY CHOROBY

Fekální Calprotektin – marker leukocytárního střevního zánětu

Kolonoskopie + horní endoskopie umožňuje nejpřesnější stanovení diagnózy a rozsahu postižení.

Počítačová tomografie a MR vyšetření s použitím kontrastní látky je nezbytnou součástí komplexní diagnostiky a sledování Crohnovy choroby.

S e stejnou klinickou symptomatologií a dokonce pod velmi podobným endoskopickým obrazem může probíhat i **akutní amébová dyzenterie, Yersiniova enterokolitida a ileocékální TBC.**

- ▶ Stanovení diagnózy Crohnovy choroby navíc komplikuje fakt, že až v 60 % případů v biopsii chybí nálezy granulomatózního zánětu

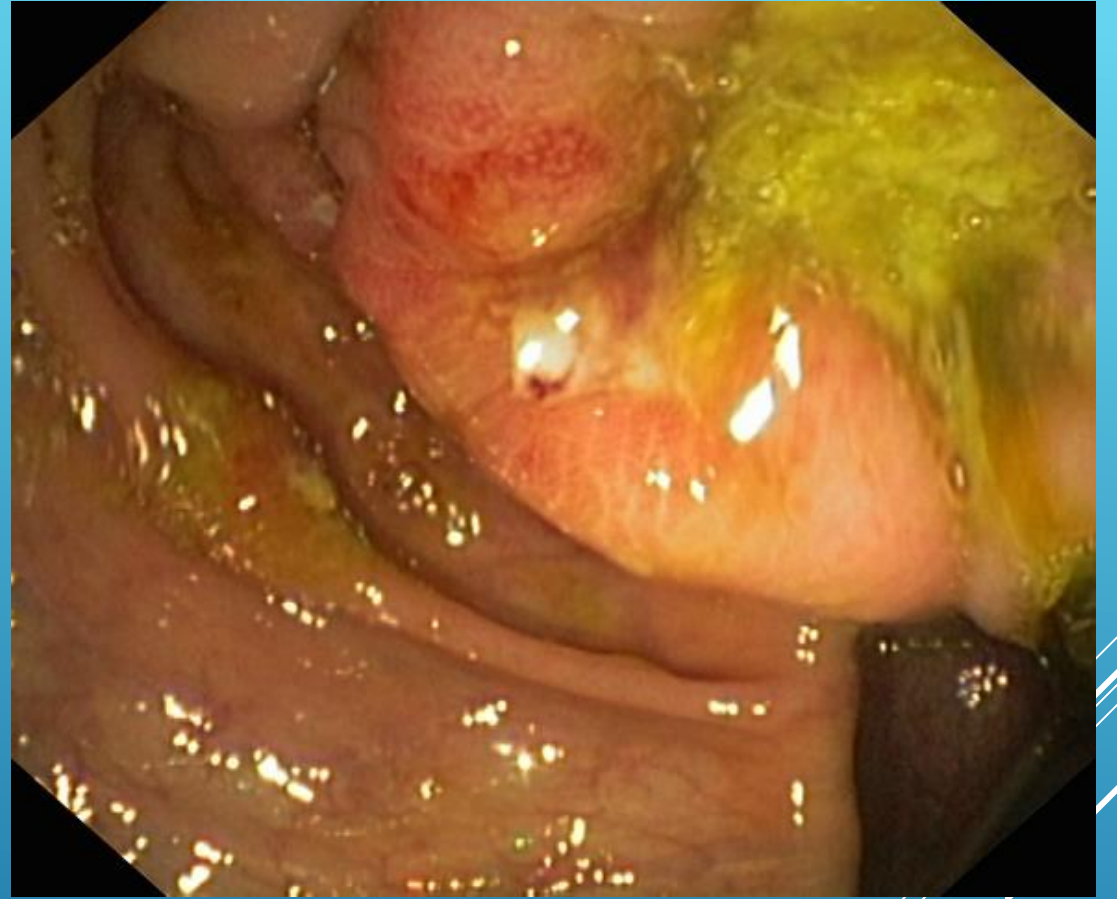
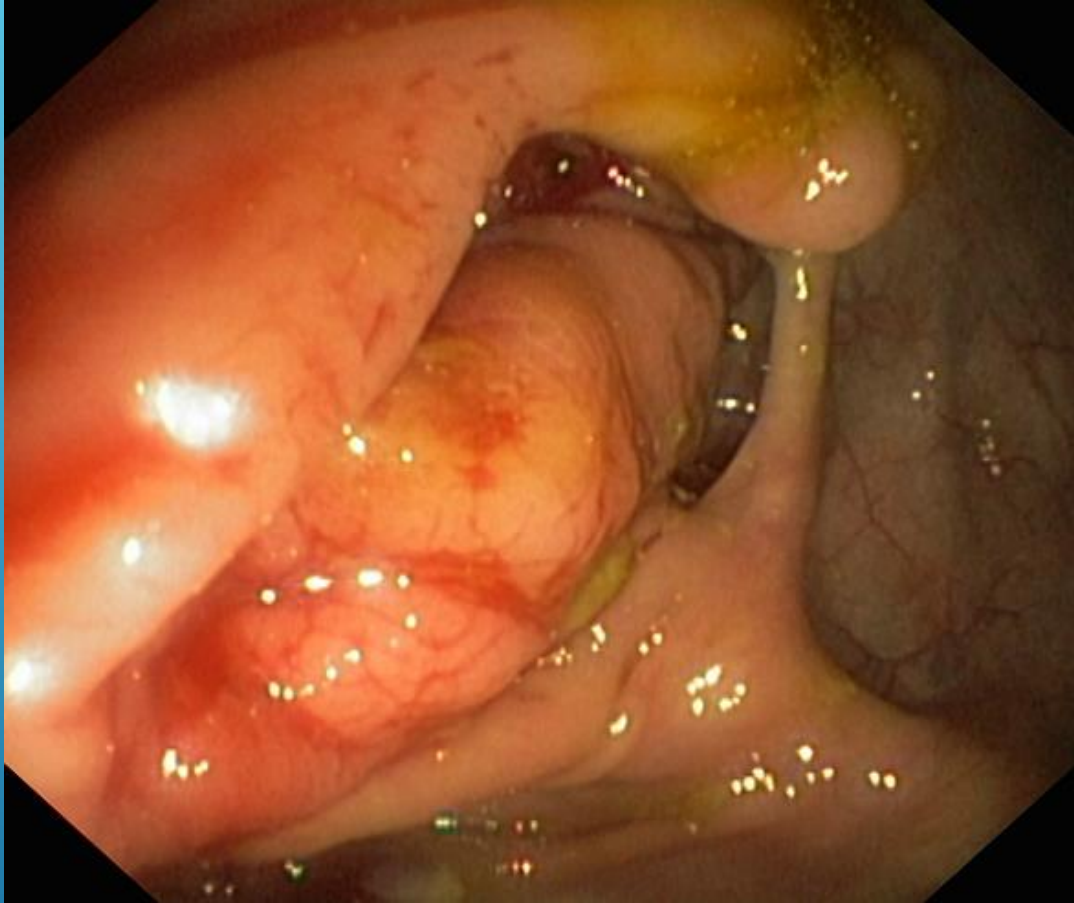
I u mladých lidí je nutno myslet na možnost rakoviny kolon, konečnicku a apendixu.

- ▶ U 30 % nemocných při izolovaném postižení kolon neodliší Crohnovu chorobu od ulcerosní kolitidy ani opakovaná biopsie.
- ▶ **Pro stanovení diagnózy je důležitý histologický nálezy z 1. biopsie.**

KAZUISTIKA Č.1 MUŽ, 31 LET

- ▶ **V osobní anamneze:** TBC –plicní forma za hospitalizace v Janově v roce 2002, autoimunní thyreoiditida na substituci od roku 2006, asthma bronchiale lehkého stupně .
- ▶ **Zaměstnání:** Sálový sanitář , svobodný, žije sám.
- ▶ Kuřák 15-20 cig denně.
- ▶ V r. 1989-abuzus Pervitinu.
- ▶ EA: negativní.
- ▶ **NO: 20.7. 2010** se objevily průjmy do 6-8 stolic, bolesti v pravém podbříšku, zvýšené teploty, únava. V biochemii nebyl žádný nález, který by upozornil na závažné onemocnění.
- ▶ **Bakteriologické vyšetření ze stolice bylo negativní.**

- ▶ **Při sonografii břicha (16.6.2010)** byly však zánětlivé změny v oblasti Bauhinské chlopně a terminálního ilea.
- ▶ **Kolonoskopické vyšetření (24.6.2010)** s intubací terminálního ilea prokázalo zánětlivé změny omezené na terminálního ileum a cekum , histologie z biopsie byla negativní.
- ▶ **MR-enteroklysa (26.7.2010)** : Zánětlivé změny v oblasti ileocekálního přechodu se zvětšenými uzlinami v mezenteriu.
- ▶ **Quantiferon 9.7.2010** - negativní.



Obr. 4 Koloskopie dne 24.6.2010– obraz akutní ileitidy imitující Crohnovou chorobu. Histologie- Vzorky do 3 mm , nebyly zachyceny změny, které by byly průkazné pro Crohnovou chorobu (Dr. Chlumská)

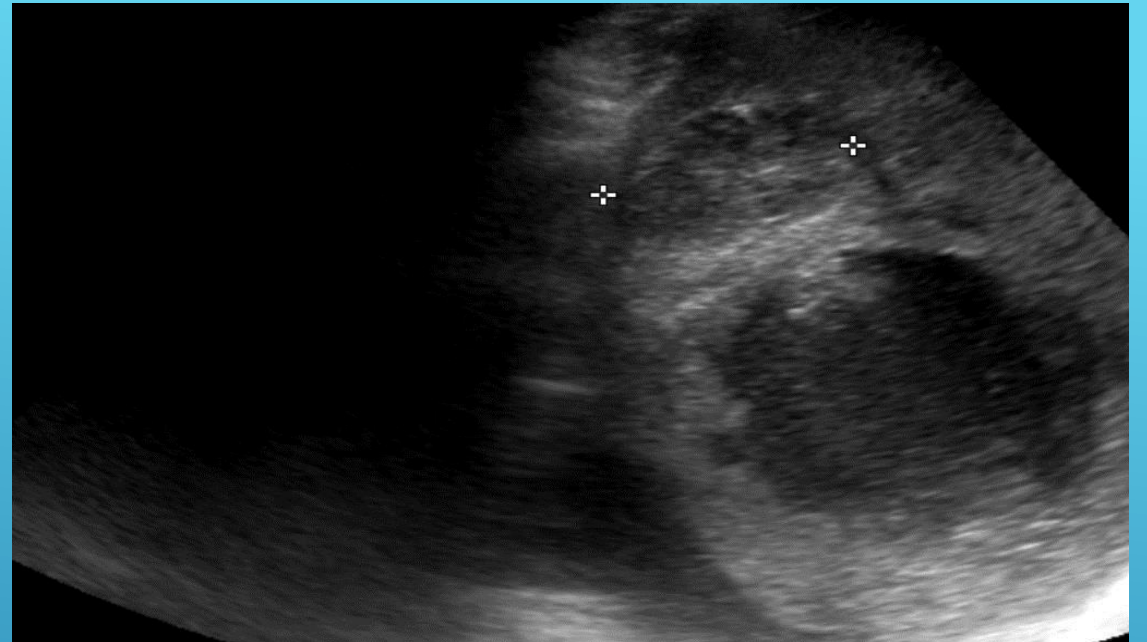
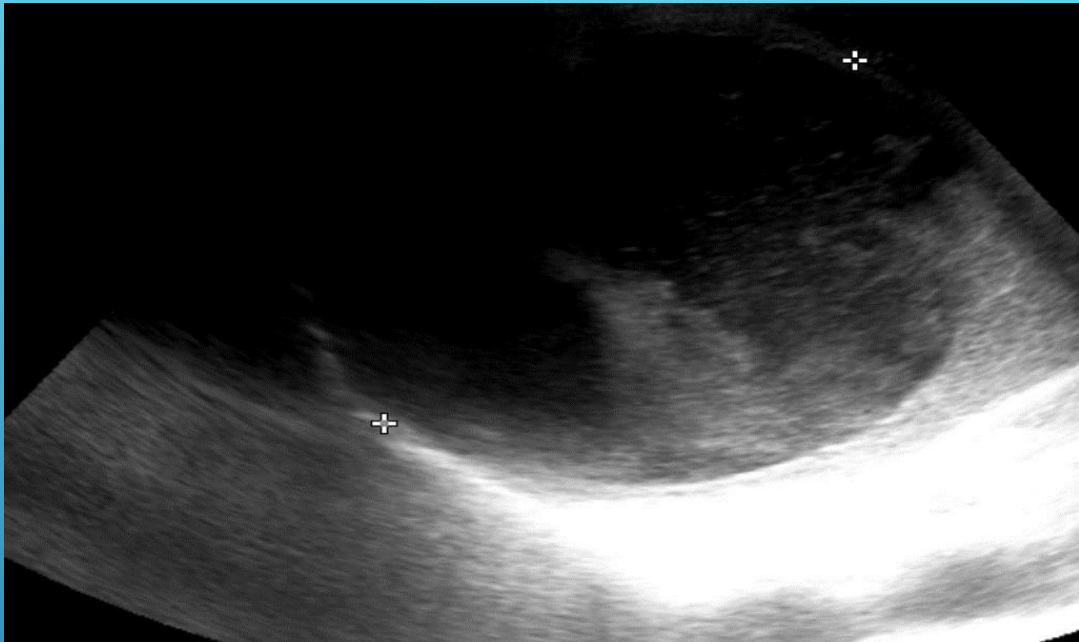
DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

- ▶ Na základě klinického obrazu, endoskopického nálezu a výsledku MR-enteroklýzy bylo vysloveno **podezření** na 1. ataku Crohnovy choroby v typické lokalizaci-ileocekální.
- ▶ V diferenciální diagnóze byla vyloučena TBC, Yersiniová enterokolitida.
- ▶ Vzhledem k pochybám byla zahájena léčba Pentasou v dávce 3,0 g / den. S kortikoidy jsme vyčkávali i kvůli uváděné TBC.

15.8.2010- FEBRILNÍ STAV NEJASNÉ ETIOLOGIE.

Nemocný s dvouměsíční anamnézou susp. Crohnovy choroby byl přijat na interní oddělení NMSKB pro horečky 38-39°C, bolesti břicha s propagací do pravého ramene a dolní poloviny zad.

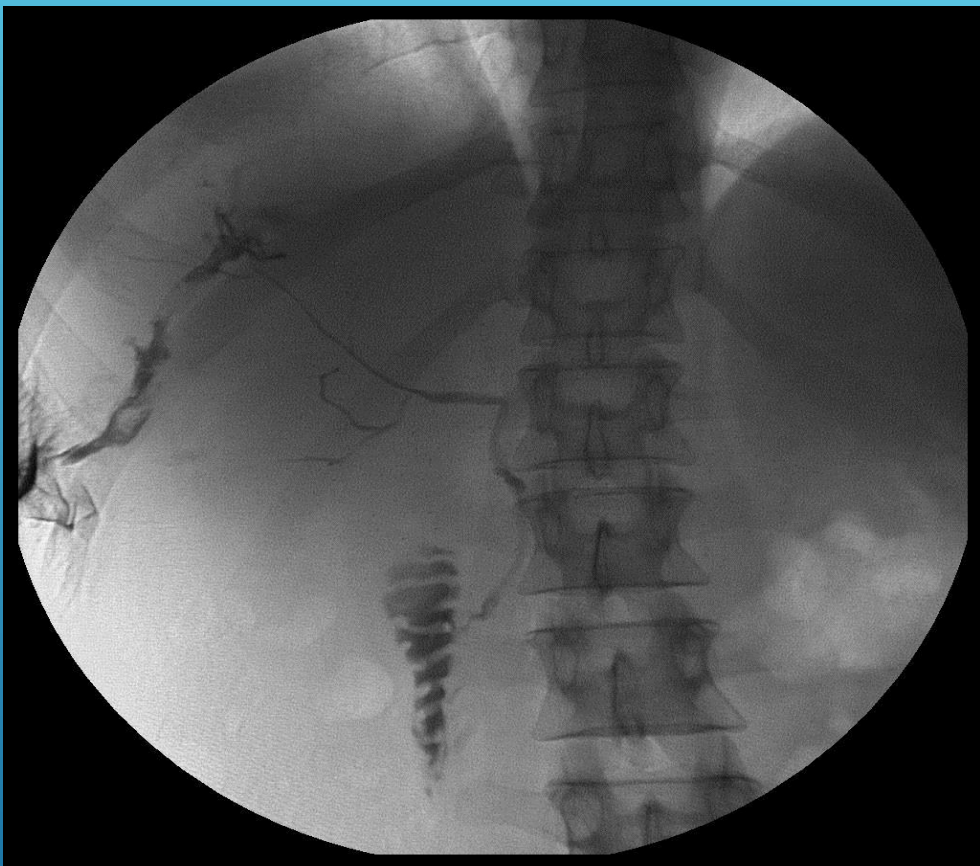
- ▶ **Obj nález:** Hmotnost 72 (-5kg) kg /180 cm, Teplota 38°C, /Puls 72 reg. TK : 110/70 mmHg
- ▶ Ve fyzikálním nálezu byla pouze palpačně citlivá oblast břicha v pravém podbříšku.
- ▶ **Laboratorní vyšetření:** FW: 21 za hodinu, KO: Leukocytosa 17 000 , CRP: 63.. 263 mg/l
- ▶ **Sonografie břicha: 20.8.2010 :** Abscesová dutina v pravém laloku jaterním, zánětlivé změny v ileocekální oblasti.
- ▶ **20.8.2010-** pacient byl přeložen na Chirurgickou kliniku 1. LF – UVN k evakuaci abscesu .
- ▶ **23.8.2010-** „Second look“ - Evakuace 2 abscesových dutin z játrech a subhepatální krajiny pod CT, biliární leak do abscesové dutiny (ÚVN)



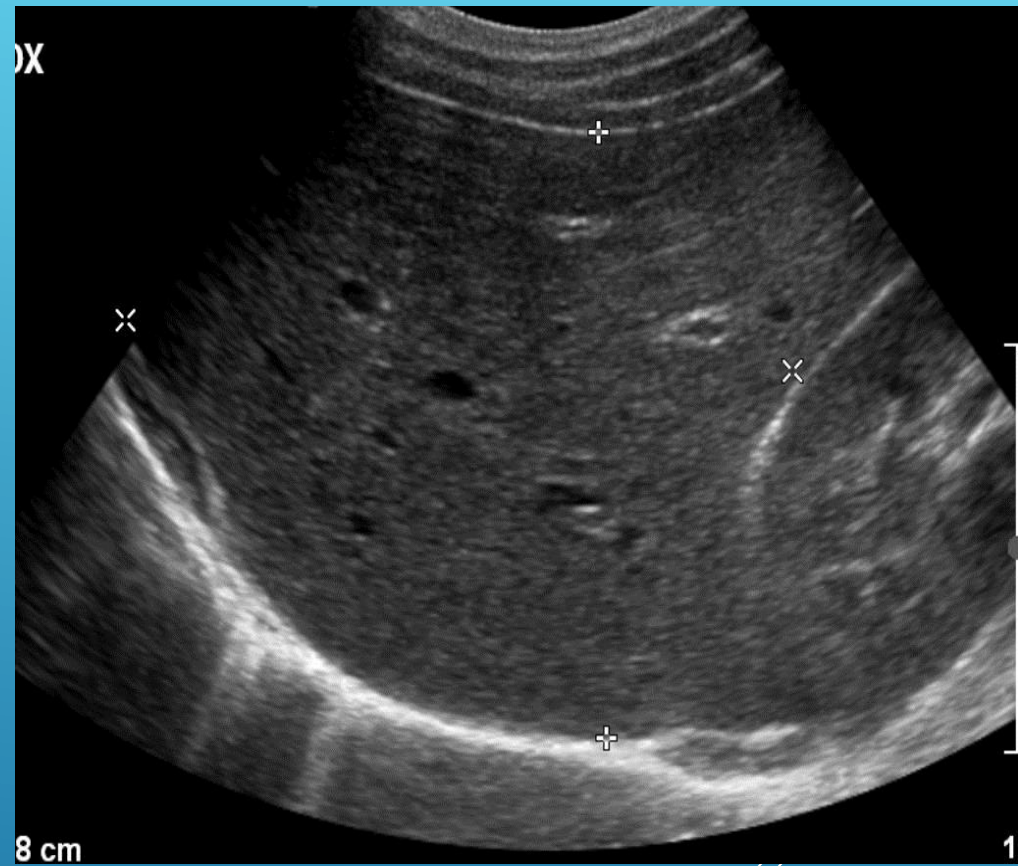
**Obr. 7, Sonografické
zobrazení abscesu jater**



Obr. 9, CT obraz- nitrojaterní absces a biliární leak se zavedením drénem



Obr 11 Fistulografie



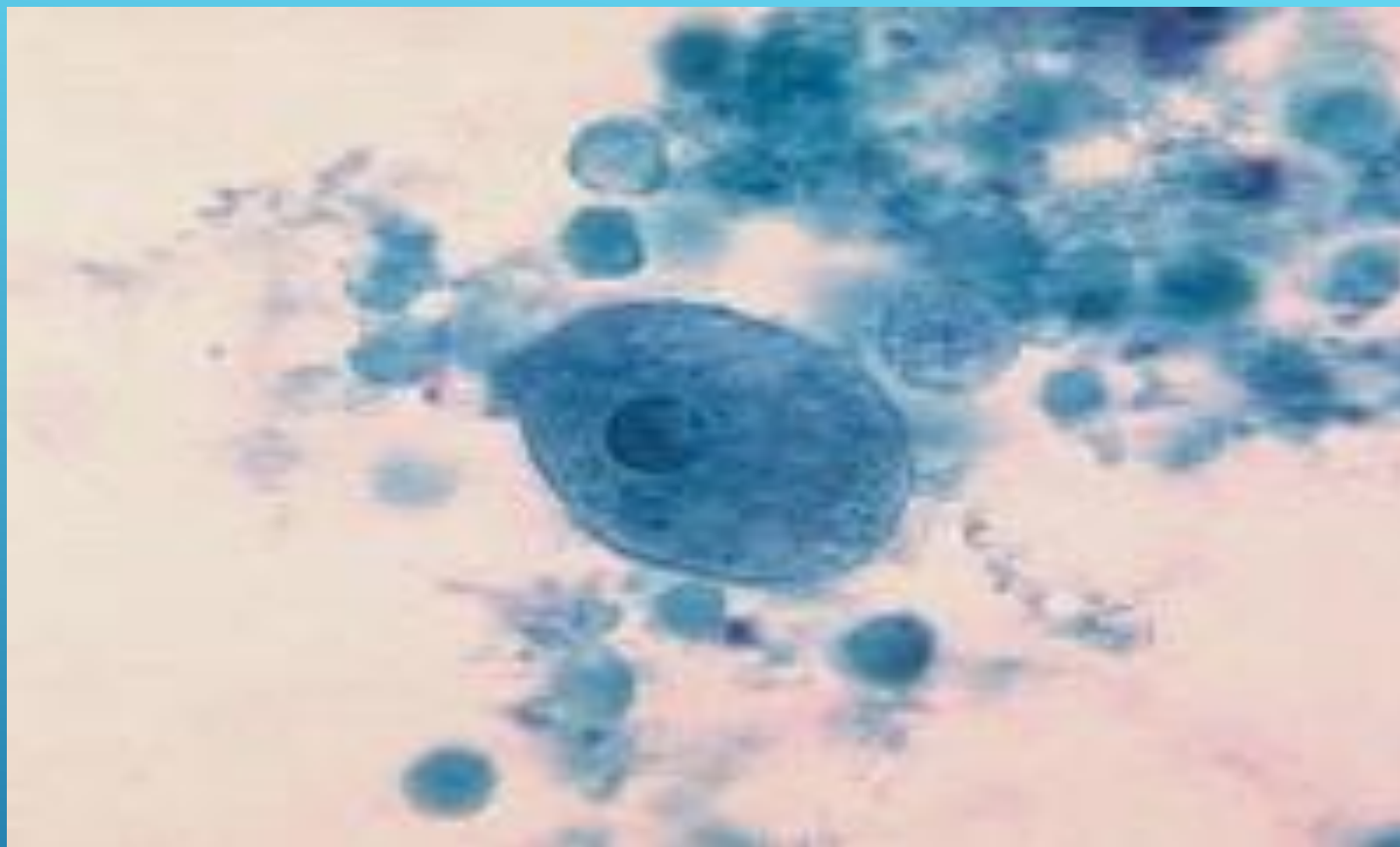
Obr 12 Sonografický nález po léčbě

Závěr: Amébová enterokolitida komplikována amébovým abscesem jater a sepsí

V krvi vysoké titry protilátek proti Entamoeba histolytika.

Septický stav způsobený Amébiasou byl doprovázen v bezprostředním pooperačním období multiorgánových selháním s nutností UPV, dočasné tracheostomií a perzistující biliární píštělí po drenáži amébového abscesu.

- ▶ Doprovodným jevem byla kachektizace s nutností parenterální a enterální výživy a další několikaměsíční rekonvalescencí.



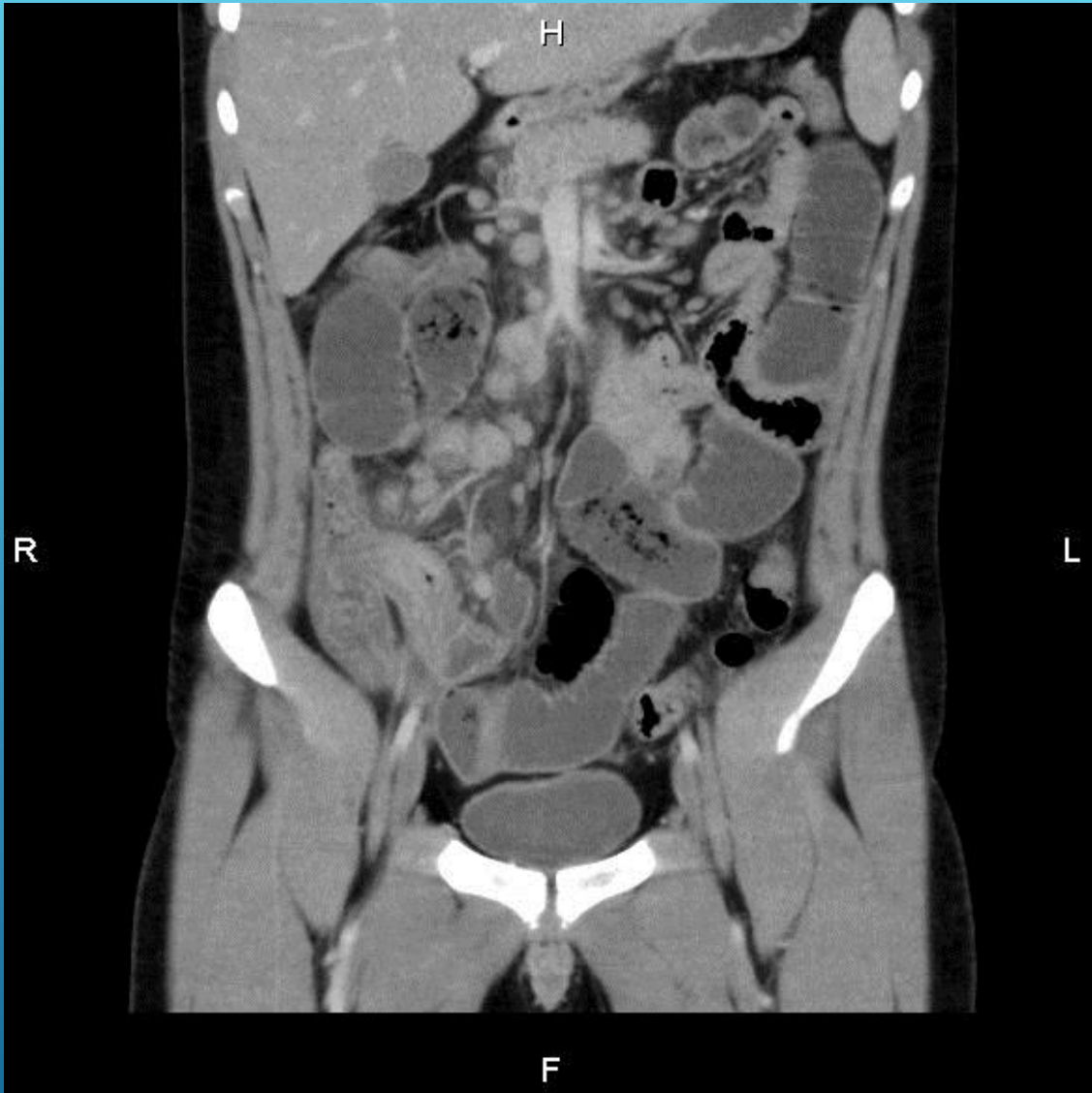
Obr 11 Histologie z jaterného abscesu

- ▶ **Toto** onemocnění se vyskytuje převážně v rozvojových zemích (Brazílie, Egypt).
- ▶ Výskyt amébové dyzenterie je u nás vzácný. Přenos je fekoorální cestou . Fekáliemi, kontaminovanou vodou z bazénů, potravinami u imunologicky oslabených jedinců.
- ▶ V Evropě 20-30 % homosexuálně orientovaní muži jsou nosiči Entamoeba Dispar nebo Entamoeba histolytika.
- ▶ Onemocnění probíhá pod obraz **akutní kolitidy, toxického megakolon s perforací, s tvorbou abscesů v játrech, podjaterní krajně, v mozku, perianálních ulcerací.**
- ▶ Léčba: Metronidazol, kortikoidy a chirurgická.
- ▶ Prognosa je nepříznivá . Při komplikovaném průběhu, jak měl náš pacient je až 60% mortalita.

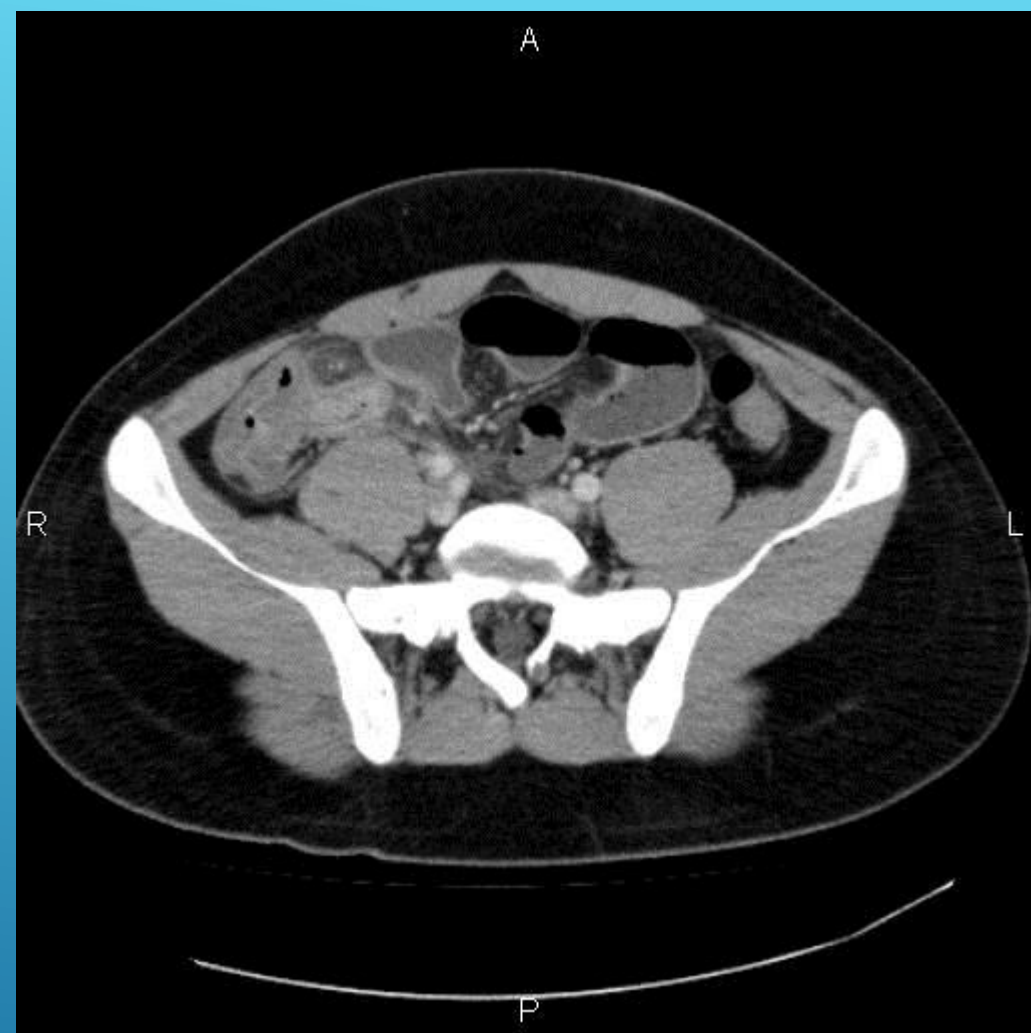
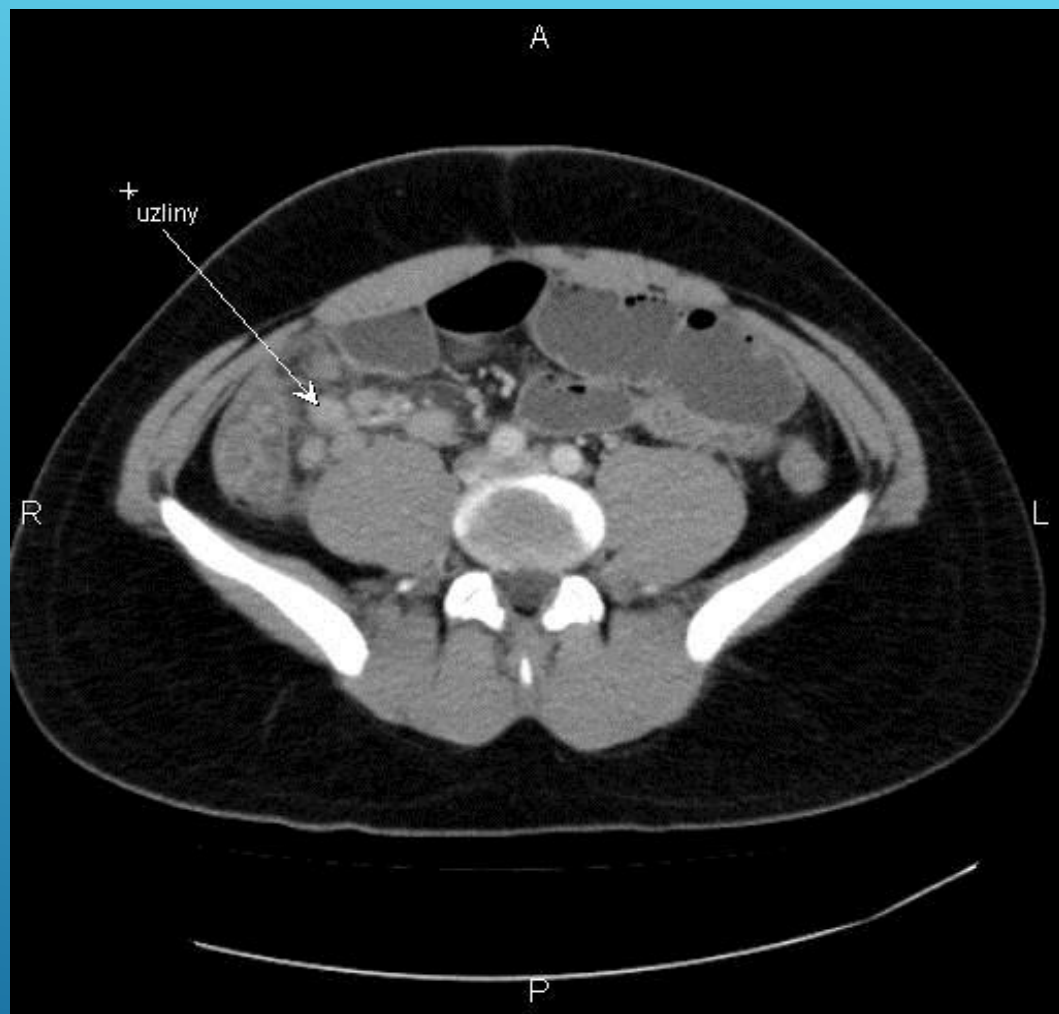
KAZUISTIKA Č. 2

- ▶ **18 letý muž , student**
- ▶ V osobní anamnéze nikdy vážněji nestonal,
- ▶ operace : Tonsilektomie v dětství
- ▶ EA: bez pozoruhodností, pomáhá mamince v hospodě.
- ▶ Kouří 1-2 cig, alkohol 0, drogy 0
- ▶ **9.5.2013 pro dva dny trvající bolesti břicha kolem pupku, subfebrilie byl přijat na chirurgické oddělení okresní nemocnice pro podezření na akutní apendicitidu.**

- ▶ **9.5.2013 diagnostická laparoskopická laparotomie** pro horečky, leukocytosu 25 000, CRP > 300 mg/l sonografický nálezn distendovaných klíček s hladinkami a zánětlivé změny v oblasti terminálního ilea
- ▶ Při laparotomii byla zjištěna rozsáhlá mezenterální lymfadenopathie a zánětlivé změny na terminálním ileu. **Apendix nebyl zánětem postižen.** Odebrány vzorky ze zvětšených uzlin vykazovaly pouze známky akutní lymfadenitidy.
- ▶ **13.5.2013 CT břicha s kontrastní látkou. Obr. Č.12, 13**
- ▶ Po konzultaci s gastroenterologem byla zahájena léčba i.v. aplikací kortikoidů a antibiotik.
- ▶ **Léčba:** Krystaloidy, ATB- Unasyn, Metronidazol, Gentamycin, Solumedrol 60mg/den



Obr 12 CT s nálezem těžké mezenteriální a retroperitoneální lymfadenopatie



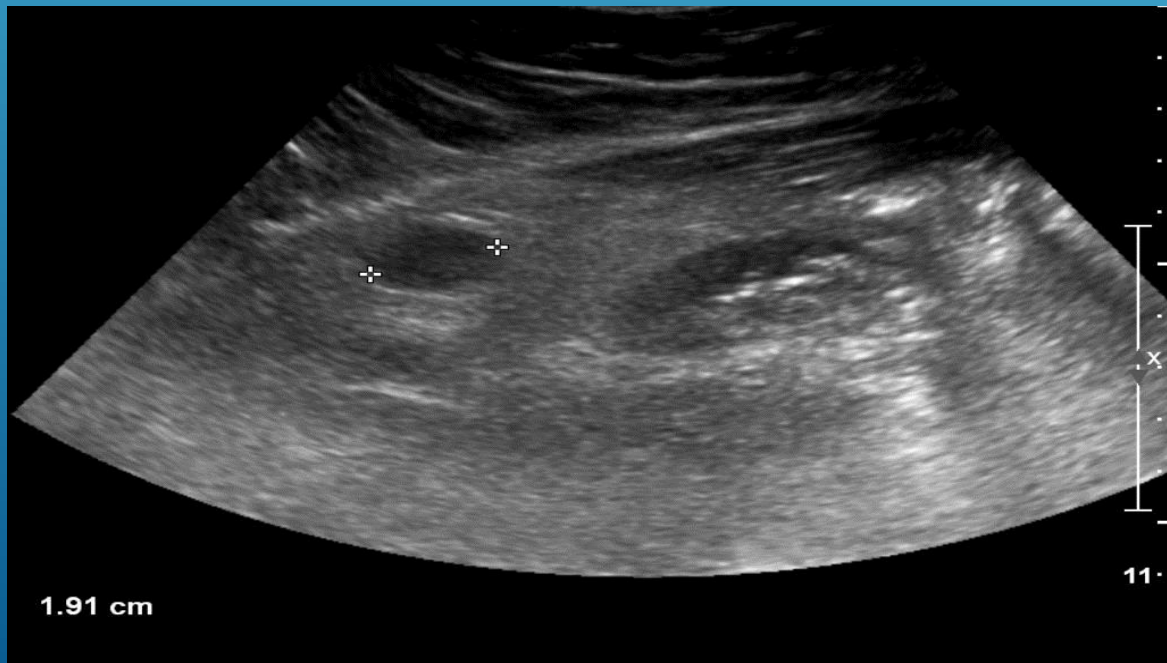
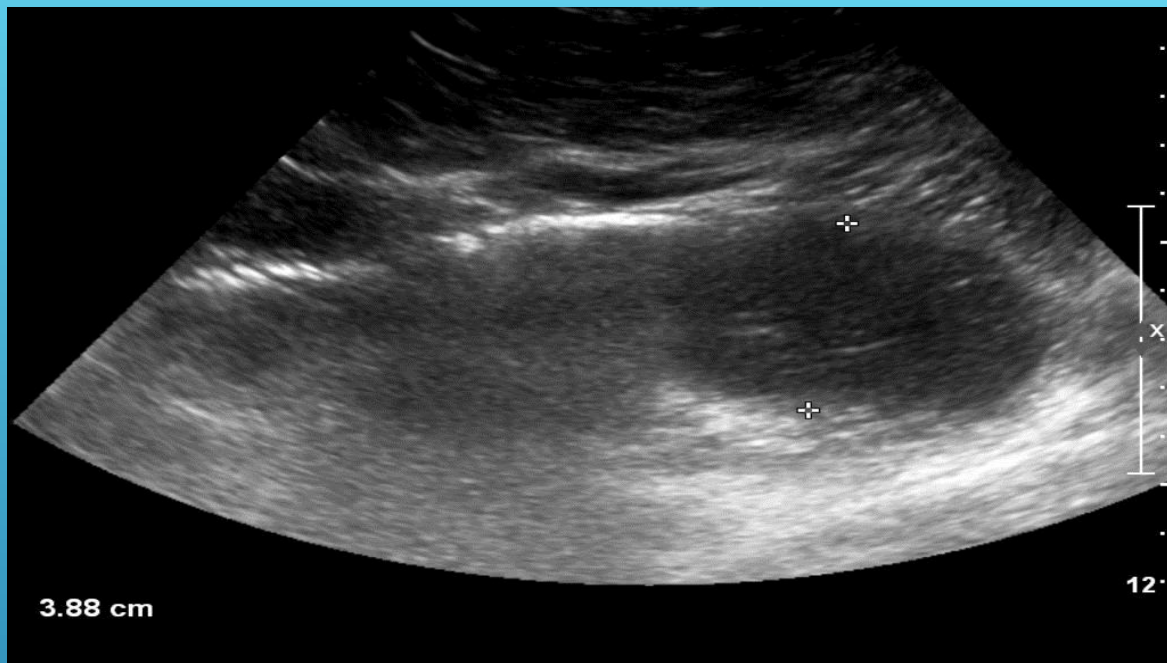
Obr 13 CT s nálezem těžké mezenterické a retroperitoneální lymfadenopatie

DNE 15.5.2013 TJ. 7 DENPOBYTU NA CHIRURGII PRO FEBRILIE PŘEKLAD NA GASTROENTEROLOGII NMSKB S V.S. FLORIDNÍ CROHNOVY CHOROBY V ILEOCEKÁLNÍ OBLASTI

V obj. nálezu: 110 kg / 184 cm, BMI: Teplota 39,0- 40 st. C. TK 100/ 60 mmHg, Puls 110 reg,

- ▶ FW: 30 /hod KO: Leuko 15 000, CRP: 131 mg/l, HB. 137 g/l , PCT: NEG Hemokultura-negativní. Quantiferon negativní.
- ▶ ALT: 2,36 , AST 1.54 ,GMT 6.2 , Albumin 34,1 g/l
- ▶ **Stolice na bakteriologii negativní**
- ▶ **Serologické vyšetření RIA na Yersinia Enterokolika IgG -285,2 U/ ml (0-10), IgA 51 U/ml (0-10)**
- ▶ Fekální kalprotektin 83 ng/l (0-60)
- ▶ **16.5.2013 sonografie břicha:** mezenteriální infiltrát v ileocekální oblasti s reaktivní lymfadenitidou, v.s.se stenósou 90 mm

30.5.2013 Kolonoskopie : Edem, zarudnutí sliznice. Histologie negativní.



**16.5.2013 sonografie
břicha:** mezenteriální
infiltrát v ileocekální oblasti
s reaktivní lymfadenitidou,
v.s.se stenózou 90 mm



30.5.2013 Kolonoskopie : Edem, zarudnutí sliznice kolon a terminálního ilea
Histologie: 3 mm vzorky sliznice ilea s normálním nálezem

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOZA

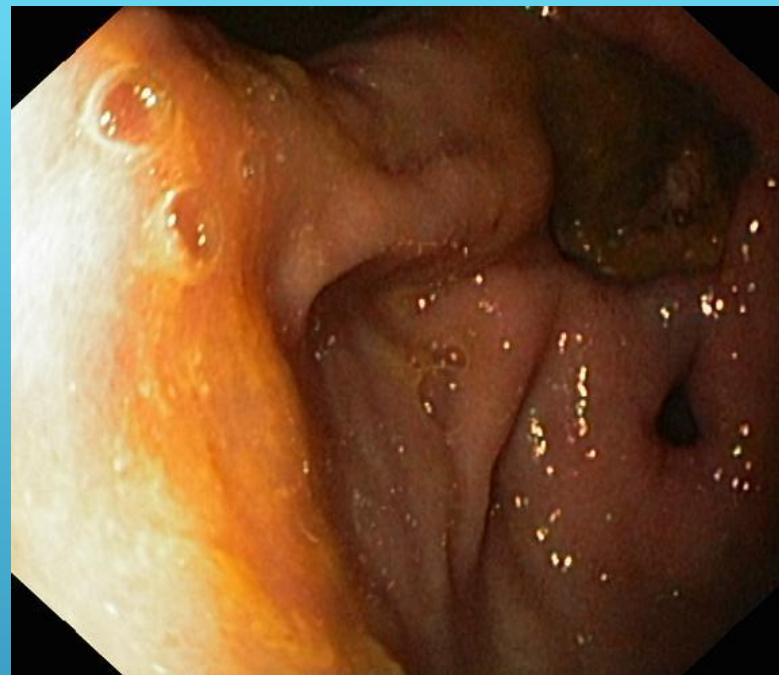
- ▶ Nález mezenteriální a retroperitoneální lymfadenopatie, **intaktní apendix**,
- ▶ ,terminální ileitis, endoskopický nález minimálních změn v terminálním ileu
hlavně vysoké titry IgG protilátek proti Yersinii zpochybnil diagnózu 1. ataky Crohnovy choroby.
- ▶ V dif. dg jsme uvažovali o Yersiniové enterokolitidy a břišní formě lymfomu, ale vzhledem k nepřítomnosti hepatosplenomegalie , vysokému titru IgG proti Yersinii byl konzultován hematologem jen CT nález, který rovněž vyloučil lymfom.

ZÁVĚR: YERSINIOVÁ ENTEROKOLITIDA S MEZENTERIÁLNÍ A RETROPERITONEÁLNÍ LYMFADENOPATHIÍ.

▶ Kontrolní kolonoskopie (14.2.2014) viz obrázek s normálním nálezem na terminálním ileu.

▶ **MR -enteroklysa**– 24.2.214 s normální nález na terminálním ileu a bez zvětšených uzlin.

▶ Serologie na Yersnie s poklesem titru protilátek k normálním hodnotám.



1. Odběr stolice na speciální půdu (CIN) na *Y. Enterocolica* do 14 dní od začátku choroby
2. Negativní bakteriologický nález na *Yersinie* a *Entamoeb*y nevyklučuje toto onemocnění. Rozhodující význam má serologické vyšetření protilátek typu Ig A, IgG a DNA –PCR.
3. Stolica na fekální Calprotektin- je vysoce senzitivní marker zánětu tenkého střeva a kolon.
4. Léčba kortikosteroidy by měla být zahájena až po vyloučení infekčního agens kolitidy, TBC , karcinomu.
5. **Poučení.:** U obou kazuistik chybí včasná serologie na infekční agens enterokolitidy. *Yersinia* není citlivá na aminopeniciliny.
Cave protiprůjmové léky pro riziko sepse a metastatických abscesů.



Děkuji za pozornost