

Malokoplaki i colon behandlet med sulfamethizol og trimetoprim

Mikkel Christensen¹, Svend Knuhtsen^{2,3} & Elisabeth Knudsen¹

Malakoplaki (MP) er en sjælden granulomatøs inflammatorisk sygdom, som først blev beskrevet i 1901 [1]. Sygdommen er karakteriseret patologisk ved ophobning af histiocytter, kaldet von Hansemanns celler (vHC), der indeholder patognomoniske intracytoplasmatiske inklusionslegemer, såkaldte Michaelis-Gutmann legemer (MGL) [1, 2]. Ætiologien til granulomdannelsen og inklusionslegemerne formodes at være persisterende intracellulær bakteriel infektion på grund af nedsat fagocytfunktion og defekt drab af intracellulære bakterier i vHC [1, 2]. MP forekommer langt hyppigst i urinvejene, dog er mave-tarm-kanalen nævnt som næsthyppigste lokalisering [2, 3].

SYGEHISTORIE

En 78-årig kvinde blev henvist til en privat endoskopiklinik på grund af 4-6 ugers diarré (op til ti gange om dagen) og almen utilpashed. Forud for dette var patienten via sin praktiserende læge blevet behandlet med prednisolon 50 mg i fem dage på grund af ømme muskler og nakkestivhed. Indledende biokemi før koloskopi afslørede anæmi (hæmoglobin 5,2 (ref. 7,1-9,3) mmol/l, middelcellevolumen 96 (ref. 82-98) fl; ferritin 217 (ref. 12-300) mg/l; transferrin 19 (ref. 24-41) mmol/l og forhøjet C-reaktivt protein 193 (ref. < 10) mg/l) med et normalt leukocytaltal. Den initiale koloskopi viste gullige, nodulære forandringer i hele tyktarmen, mest udtalt i transversum (Figur 1). Røntgen af thorax, ultralyd af abdomen, immunoglobuliner, thyroideastimulerende hormon og levertal var normale, og en hiv-test samt undersøgelse for M-komponent var negativ. Biopsier fra colon afslørede i slimhindens lamina propria ophobning af histiocytter, der indeholdt MGL og var positive for von Kossa farvning samt reagerede immunohistokemisk med antistoffer mod CD-68 – hvilket var foreneligt med diagnosen MP. Der blev på baggrund af dette opstartet empirisk behandling med ciprofloxacin (500 mg × 2) oralt i ti dage, og patienten blev udskrevet til videre opfølgning i daghospitalet. Efter yderligere to uger afslørede en fornyet koloskopi fortsat omfattende nodulære forandringer i colon, der nu var af mere mørkfarvet karakter. Mikrobiologisk dyrkning af biopsier fra colon udviste moderat vækst

af *Escherichia coli* (EC) og *Enterococcus faecium*. Førstnævnte var resistent for ciprofloxacin, og begge var følsomme for kombinationsbehandling med trimethoprim (TM) og sulfamethizol (SM). På det tidspunkt var der fortsat symptomer i form af vandig diare, kvalme og træthed, og kombinationsbehandling med SM og TM blev derfor startet. Herefter oplevede patienten en langsom men vedvarende positiv effekt på afføringsfrekvens og almen tilstand. Den subjektive bedring fortsatte i 2,5 måneder, hvorefter en kontrolsigmoideoskopi viste næsten fuld makroskopisk helbredelse og kun helt sporadiske resterende forandringer. Patienten udviklede efter tre måneders behandling et rødt, skællende og kløende eksem, der blev tilskrevet SM-behandlingen. På daværende tidspunkt havde patienten en normal daglig afføring og normaliserede hæmatologiske og inflammatoriske parametre. Den antibiotiske behandling blev derefter seponeret uden tilbagefald af sygdommen.

DISKUSSION

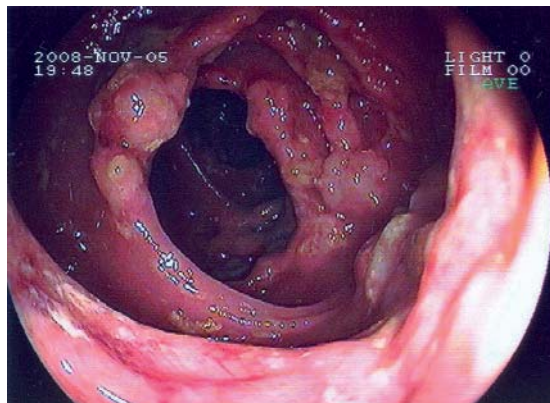
Behandlingen af MP baserer sig på teoretiske overvejelser og kasuistiske rapporter, hovedsageligt om urogenitalt lokaliseret MP [1, 2]. Den fremherskende

KASUISTIK

- 1) Medicinsk Afdeling Amager Hospital,
- 2) Speciallægeklinikken Sankt Gertrud, Sankt Gertruds Stræde, og
- 3) Gastrokirurgisk Afdeling K, Bispebjerg Hospital

FIGUR 1

Endoskopisk billede af malakoplaki i colon transversum, som viser gullige nodulære forandringer. Biopsier blev taget fra de nodulære forandringer.



terapeutiske tilgang består således af langtidsbehandling med makrofagpenetrerende antibiotika evt. i kombination med kolinerge agonister (der ikke aktuelt markedsføres i Danmark), som øger den lysosomale aktivitet i fagocytter [1, 2]. Det er væsentligt, at MP ofte er forbundet med et underliggende nedsat immunforsvar f.eks. ved organtransplantation, kemoterapi, malignitet, alkoholmisbrug, aids og glukokortikoidbehandling [2]. Korrektur af en sådan underliggende immunosuppressiv tilstand bør – hvis det er muligt – selvsagt være første terapeutiske tiltag. Endvidere er det bemærkelsesværdigt, at MP i colon hos ca. en tredjedel af patienterne er associeret med et samtidigt adenokarcinom i colon, hvilket nødvendigvis udelukker af eventuel gastrointestinal malignitet hos disse patienter [3, 4]. Vellykket behandling med SM/TM ved MP i colon er, så vidt vi ved, ikke tidligere rapporteret, men repræsenterer altså et muligt behandlingsalternativ ved såvel gastrointestinal

som urogenital MP på trods af, at behandling med SM og TM er beskrevet at kunne forringe intracellulære drab i fagocytter in vitro [5]. Denne kasuistik illustrerer desuden relevansen af dyrkning og resistensbestemmelse af biopsier fra colon, idet de fremdyrkede EC var resistente over for den indledende empiriske behandling med ciprofloxacin.

KORRESPONDANCE: Mikkel Christensen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, 2400 København NV. E-mail: mch@dadlnet.dk

ANTAGET: 4. marts 2010

FØRST PÅ NETTET: 28. juni 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Dasgupta P. Malacoplakia: von Hansemann's disease. *BJU Int* 1999;84:464-9.
2. Yousef GM, Nagbibi B. Malakoplakia outside the urinary tract. *Arch Pathol Lab Med* 2007;131:297-300.
3. Cipolletta L, Bianco MA, Fumo F et al. Malacoplakia of the colon. *Gastrointest Endosc* 1995;41:255-8.
4. Karrasavidou F. Malakoplakia of the colon associated with colonic adenocarcinoma diagnosed in colonic biopsies. *World J Gastroenterol* 2007;13:6109-11.
5. van den Broek PJ. Antimicrobial drugs, microorganisms, and phagocytes. *Rev Infect Dis* 1989;11:213-45.

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Anna Lei Lamberg:

The use of new and existing data sources in non-melanoma skin cancer research

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: al@dce.au.dk

UDGÅR FRA: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, og Dermatologisk Afdeling og Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Århus Sygehus.

FORSVARET FINDER STED: den 18. februar 2011 kl. 14.00, Store auditorium, Dermatologisk Afdeling, Århus Universitetshospital.

BEDØMMERE: Neils K. Veien, Leiv S. Bakkevig, Norge, og Henrik C. Schønheyder.

VEJLEDERE: Anne Braae Olesen, Deirdre P. Cronin-Fenton, Henrik Sølvsten og Mette Ramsing.



Kirstine Moll Harboe:

The quality of cholecystectomy in Denmark

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: kmoll@dadlnet.dk

UDGÅR FRA: Gastroenheden, Kirurgisk sektion, Hvidovre Hospital.

FORSVARET FANDT STED: den 4. februar 2011.

BEDØMMERE: Jacob Rosenberg, Jan Mainz og Agneta Montgomery, Sverige.

VEJLEDER: Linda Bardram.

Jane Byriel Knudsen:

Infective endocarditis. Contemporary challenges

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: jane.byriel.knudsen@ki.au.dk

UDGÅR FRA: Kardiologisk Afdeling B, Århus Universitetshospital, Skejby.

FORSVARET FINDER STED: 25. februar 2011, kl. 14.00, Auditorium B, Århus Universitetshospital, Skejby.

BEDØMMERE: Lars Olaison, Sverige, Niels Eske Bruun og Ole Gøtzsche.

VEJLEDERE: Kurt Fuursted, Eskild Petersen og Henrik Egeblad.