

Kollagen colitis som årsag til kronisk diarre hos tiårigt barn

Charlotte Nørkjær Bai¹, Kim Therkelsen² & Inger Marie Lønborg Friis[†]

Kollagen colitis (KC) er en sjælden sygdom hos børn. Der er til dato kun beskrevet syv tilfælde i litteraturen [1].

Sygdommen manifesterer sig ved kronisk vandtynd, ublodig diarre og intermitterende mavesmerter. Colonslimhinden er makroskopisk normal, men mikroskopisk er tilstanden karakteriseret ved fortykket subepiteltialt kollagen (≥ 10 mikrometer) samt intraepiteltial lymfocytose [2, 4].

Her beskrives et tilfælde af KC hos et barn.

SYGEHISTORIE

En tiårig pige blev indlagt efter en måned med slimede, vandtynde diarreeer op til 15 gange dagligt. Der var intet blod eller pus i afføringen.

Hun klagede over intermitterende mavesmerter, der forværredes under måltiderne, og hun angav svingende appetit. Der havde ikke været kvalme, opkastning eller vægttab. Barnet havde tidligere været raskt, og der var ingen kendte ekspositioner.

Pigen var disponeret til kronisk inflammatorisk tarmlidelse, da pater havde colitis ulcerosa.

Barnet blev udredt med hæmatologi, infektions-, væske- og levertal samt sænkingsreaktion, transglutaminase-immunglobulin A, orosomukoid, thyroidea- og immunglobulinstatus, der alle var normale. Fæcesundersøgelser for tarmpatogene bakterier, parasitter samt døgnfæces med henblik på volumen- og fedtbestemmelse var upåfaldende.

Biopsier fra rectum- og colonslimhinde viste et mindre område med ganske let breddeøgning af det subepiteltiale kollagen (> 10 mikrometer) samt en let øget tæthed af lymfocytter og plasmaceller subepiteltialt (Figur 1). Der blev derfor rejst mistanke om KC.

Pigen påbegyndte behandling med oral budesonid (Entocort 9 mg/dag) suppleret med HUSK (loppefrøskaller) og loperamid pro necessitate med god effekt på diarrefrekvensen og mavesmerterne efter ca. to ugers behandling. Ved forsøg på nedtrapning i budesoniddosis løbende over fire måneder recidiverede symptomerne hurtigt. Sammenholdt med barnets kronisk inflammatoriske tarmsygdom medførte dette en gentagelse af de parakliniske undersøgelser. Disse var på ny upåfaldende. En ny koloskopi med bioptering bekræftede diagnosen KC.

Behandlingen med oral budesonid (Entocort 9 mg/dag) suppleret med HUSK blev genoptaget, og efter to måneder var barnet i væsentlig bedring. Efterfølgende har der ikke været behov for fast medicinering bortset fra intermitterende loperamidbehandling.

DISKUSSION

KC ses hyppigst i 5. eller 6. dekode og med en overvægt af kvinder på 7:1 [2, 3]. I en svensk opgørelse blandt voksne patienter blev incidensen bestemt til 4-6 pr. 100.000 indbyggere [2].

Ætiologien er ikke klarlagt, men man har foreslået, at der kunne være en sammenhæng med autoimmunitet, idet autoimmun sygdom er fundet i op til 40% af tilfældene i voksenpopulationen [4]. Herudover har der været rejst mistanke om, at fibroblastdysfunktion eller et luminalt agens i form af bakterier eller enterotoksin kan spille en rolle for patogenesen [1, 2, 4]. KC er hos børn fundet at være associeret med cøliaki, morbus Crohn, juvenil sklerodermi, eosinofil gastritis og infektion med den tarmpatogene bakterie *Aeromonas hydrophilia* [3, 4].

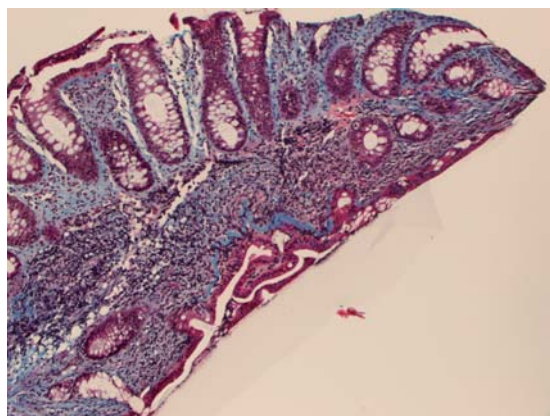
Oftest ses en pludselig debut af symptomerne, hvorfor sygdommen kan forveksles med infektiøst udløst gastroenteritis.

Patienterne findes ikke at være kronisk medtagne, ej heller vækstreterede eller anæmiske,

KASUISTIK

1) Børneafdelingen, Sygehus Vendsyssel, Hjørring, og
2) Medicinsk Afdeling, Sygehus Vendsyssel, Hjørring

FIGUR 1



Colonbiopsi med let øget bredde af det subepiteltiale kollagene bånd, der flere steder når op over ti mikrometer.

som det hyppigt ses ved kronisk inflammatorisk tarm-sygdom. Der er oftest normal biokemi samt negative fæcesundersøgelser.

Førstevalgspræparatet er budesonid til korttids-terapi [2], der også har vist god effekt hos enkelte børn, inklusive hos vores patient [1]. Der er dog en høj risiko for recidiv få uger efter seponering af behandlingen (60-80% af tilfældene), og risikoen er særligt høj hos yngre patienter [5]. Der er i nyere dobbeltblindede undersøgelser af voksne patienter set god effekt af lavere vedligeholdelsesdosis af budesonid. Behandlingsniveauet bør dog individualiseres under hensyntagen til symptomatologi og bivirkningsprofil [2, 5]. Behandling med bismuth, loperamid, sulfasalazin, prednisolon, antibiotika samt diæt har også været forsøgt med svingende effekt [2, 4].

Generelt er langtidsprognosen god. Alvorlige komplikationer er sjældne, og der er ikke fundet højere mortalitet end i baggrundsbefolkningen [2].

Da de histologiske forandringer kan være spredt i colon, anbefales fuld koloskopi med multiple biopsier fra alle regioner for at fastslå diagnosen.

KC er en sjælden tilstand hos børn, men den bør have i mente hos patienter med vedvarende ublodig diarre og mavesmerter, hvor der foreligger normal biokemi og fæcesundersøgelse samt makroskopisk normal endoskopi.

KORRESPONDANCE: Charlotte Nørkjær Bai, Blegdalsparken 21, st. th., 9000 Aalborg. E-mail: charlottebai78@yahoo.dk

ANTAGET: 15. juli 2010

FØRST PÅ NETTET: 20. september 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Tak for foto til overlæge Morten Johansen, Patologisk Institut, Sygehus Vendsyssel, Hjørring.

LITTERATUR

1. Vanderhoof JA, Goble K, Young RJ. Collagenous colitis in a 4-year-old child: response to budesonide. *JPGN* 2010;50:688-90.
2. Nyhlin N, Bohr J, Eriksson S et al. Systematic review: microscopic colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:1525-34.
3. Benchimol EI, Kirsch R, Viero S et al. Collagenous colitis and eosinophilic gastritis in a 4-year old girl: a case report and review of the literature. *Acta Pædiatrica* 2007;96:1365-7.
4. Camarero C, Leon F, Colino E et al. Collagenous colitis in children: clinicopathologic, microbiologic, and immunologic features. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:508-13.
5. Bonderup OK, Hansen JB, Teglbjaerg PS et al. Longterm budesonide treatment of collagenous colitis: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Gut* 2009;58:68-72

Venovenøs hæmodiafiltrering til baclofenforgiftet patient

Simon Uhl Nielsen¹, Tejs Jansen¹, Sys Stybe Johansen², Kristian Linnet², Peter Gregersen¹ & Lotte Christine Groth Højberg¹

KASUISTIK

1) Anæstesiaafdelingen, Bispebjerg Hospital, og
2) Retskemisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet

Baclofen bruges til behandling af kroniske spastiske tilstande forårsaget af lidelser i centralnervesystemet.

Baclofen som spasmolytikum blev markedsført i Danmark i 1984 og har fundet stor udbredelse som tabletbehandling og intratekal injektion. Registreringer på Giftlinjen, Bispebjerg Hospital viser, at antallet af henvendelser om råd vedrørende baclofenforgiftninger er stigende.

Virkningsmekanismen er *gamma-amino butyric acid*-B-agonisme på spinalt og supraspinalt niveau [1, 2]. Baclofen absorberes hurtigt og fuldstændigt fra mave-tarm-kanalen med maksimale plasmakoncentrationer efter 1-2 timer. De terapeutiske niveauer ligger på 80-400 mikrogram/liter [3]. Plasmahalveringstiden er på 2-7 timer i terapeutiske doser [2-4]. Baclofen har en relativt lille molekylestørrelse (213,7 MW). Proteinbindingen er 30%, og baclofen udskilles væsentligst (80%) uændret gennem nyrene [5]. De

typiske overdoserings symptomer såsom bevidstløshed, respirationsdepression og muskulær hypotoni kan komme pludseligt eller snigende [1, 2, 5]. Ofte ses også kramper, hypotension og bradykardi [5]. Der findes ingen specifik antidot, og behandlingen er understøttende terapi. I litteraturen findes divergerende opfattelser af effektiviteten af forcerede diureser og hæmodialyse [1-5]. Vi præsenterer en case med en ung nyrrerask mand, der i to tilfælde inden for en måned, fik adjuverende venovenøs dialysebehandling efter indtag af baclofen i suicidalt øjemed.

SYGEHISTORIE

En ung mand, der havde en vægt på 93 kg og led af dissemineret sklerose med lette neurologiske symptomer, blev indbragt til skadestuen ca. 30 minutter efter bevidnet indtag af 1.850 mg baclofen, 230 mg mirtazapin og 160 mg escitalopram. Ved ankomsten