

Recidiverende ulcusblødning hos en 15-årig dreng med kollagen gastritis

Anne-Mette Haase & Jens Kelsen

KASUISTIK

Medicinsk Afdeling,
Regionshospitalet
Randers

Der er på verdensplan beskrevet ca. 30 tilfælde af kollagen gastritis (KG).

Histologisk er sygdommen defineret ved et fortykket subepitelialt kollagenlag (> 10 mikrometer) og kronisk inflammation i lamina propria, domineret af plasmaceller, eosinofile lymfocytter og mastceller. Kollagenlaget har en segmentær udbredelse og varierer fra patient til patient og over tid [1].

Patientgruppen kan deles i to: 1) børn og unge voksne, hvor sygdommen er begrænset til ventriklen og viser sig i form af anæmi og mavesmerter, og 2) voksne, hvor sygdommen oftest debuterer med vandig diare [2], og hvor involvering af mave-tarm-kanalen er mere udbredt i form af kollagen kolitis (KC) eller cøliaki. Et karakteristisk endoskopisk fund hos børn og unge er et nodulært mønster i ventrikelslimhinden med landkortagtigt udbredt gastritis. Hos voksne ses der som regel normale forhold ved endoskopi [2].

SYGEHISTORIE

En tidligere rask 15-årig dreng blev indlagt pga. hæmatemese. Hans hæmoglobinniveau var på 5,5 mmol/l, karbamid/kreatinratioen var 1,7, og albuminniveauet var på 31 mikromol/l. Han havde normale thyroideaparametre.

Anamnestisk havde han oplevet intermitterende mavesmerter, et mindre vægttab og træthed. Han

havde normal afføring og intet forbrug af nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer.

Ved gastroskopi blev der påvist et 8 mm stort blødende ulcus på cuvertura major og en nodulær slimhinde i antrum ventriculi. *Helicobacter pylori*-testen var positiv, og han blev sat i eradikationsbehandling.

Fire dage senere blev han gastroskoperet på mistanke om fornyet blødning. Ulcus var under opheling, mens ventrikelslimhinden i corpus og fundus var præget af inflammation og områder med nærmest polypøst væv. Ved begge gastroskopier blev der påvist normale forhold i duodenum.

På biopsier fra ventriklen blev der påvist kronisk inflammation, et vekslende udbredt, kraftigt fortykket subepitelialt bindevævslag (>10 mikrometer) samt infiltration af eosinofile lymfocytter og plasmaceller i lamina propria, hvilket er foreneligt med diagnosen KG (Figur 1).

Under den efterfølgende udredning blev cøliaki udelukket på baggrund af en normal tyndtarmsbiopsi og en negativ transglutaminaseantistof-test. KC blev ligeledes udelukket på baggrund af normale histologiske forhold.

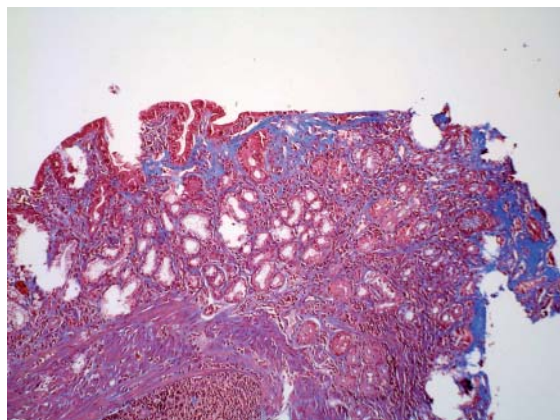
Efter eradikationsbehandlingen fortsatte patienten med at tage jerntilskud og protonpump hæmmere (PPI). Ved kontrol seks måneder senere var der normal paraklinik og klinisk bedring i form af vægtøgning. Ved endoskopi fandtes der fortsat makroskopiske gastritisforandringer. De histologiske forandringer var fortsat forenelige med KG. Elleve måneder efter symptomdebut blev patienten genindlagt pga. melæna. En gastroskopi afslørede to blødningsstigmatiserede ulcera i ventriklen samt landkortagtige gastritisforandringer. *H. pylori*-testen var negativ, og patienten genoptog PPI-behandlingen. Ved en kontrolgastroskopi otte uger senere blev der konstateret makroskopisk normale forhold. Der blev ikke taget biopsier.

DISKUSSION

Sygdommens ætiologi og patofysiologi er ikke klarlagt, og især kan afgrænsningen over for uspecifik kollagenaflejring være vanskelig. I denne sygehistorie oversteg kollagenlagets tykkelse ti mikrometer. Til sammenligning er kollagenlaget ved kronisk gastritis forårsaget af *H. pylori* ikke fundet at overstige fem

FIGUR 1

Ventrikelbiopsi.
Massons trikromfarvning.
Forstørrelse × 10.



mikrometer [1]. Kollagenet hos patienten i sygehistorien var af typen tenascin, hvilket tidligere er beskrevet sammen med type III kollagen i sygehistorier om KG [3]. Antallet af mastceller var normalt.

Ud over KC ses KG sammen med cøliaki, reumatoid arthritis, thyroideasygdomme og mb. Sjögren, hvilket indikerer en autoimmun genese [3].

Kollagendannelsen kan være udløst af kronisk inflammation, der persisterer trods fravær af det oprindeligt udløsende noxa. Degranulering af eosinofile lymfocytter og mastceller med sekundær kollagendannelse er beskrevet i litteraturen [4].

Anæmien hos gruppen af børn og unge voksne skyldes formentlig overfladeerosion [2, 5]. Ulcus-blødning er kun beskrevet i få tilfælde.

Behandlingen er empirisk. PPI- og budesonidbehandling samt glutenfri diæt er forsøgt, men med tvivlsom effekt på isoleret KG. Til gengæld synes der at være symptomatisk effekt, hvis KG er led i et sygdomsbillede med KC og/eller cøliaki, hvilket tyder på, at disse patienter hovedsageligt har symptomer fra den/de associerede sygdomme [1, 5]. Behandlingsresponsen afspejles ikke konsekvent i histologien.

Der er kun foretaget sporadiske opfølgingsundersøgelser af patienter med KG, hvorfor prognosen er uklar. Der er beskrevet en sekventiel udvikling af KG til KC [4], hvorfor det må antages, at sygdommen hos børn kan progrediere til det sygdomsbillede, man ser hos voksne. Der er ikke påvist øget risiko for udvikling af carcinomer eller lymfomer i ventriklen [1].

KORRESPONDANCE: Anne-Mette Haase, Bynkevej 10, 8240 Risskov.
E-mail: annemette.haase@gmail.com

ANTAGET: 17. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 12. marts 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Tak for foto til Jens Christiansen fra Patologisk Institut, Regionshospitalet Randers.

LITTERATUR

1. Leung ST, Chandan VS, Murray JA et al. Collagenous gastritis: histopathologic features and association with other gastrointestinal diseases. *Am J Surg Pathol* 2009;33:788-98.
2. Lagorce-Pages C, Fabiani B, Bouvier R et al. Collagenous gastritis: a report of six cases. *Am J Surg Pathol* 2001;25:1174-9.
3. Brain O, Rajaguru C, Warren B et al. Collagenous gastritis: reports and systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009;21:1419-24.
4. Pullimood AB, Ramakrishna BS, Mathan MM. Collagenous gastritis and collagenous colitis: a report with sequential histological and ultrastructural findings. *Gut* 1999;44:881-5.
5. Gopal P, McKenna BJ. The collagenous gastroenteritides: similarities and differences. *Arch Pathol Lab Med* 2010;134:1485-9.

Forgiftning med gammahydroxybutyrat er fortsat hyppig

Maria Maj Jensen & Karsten Skovgaard Olsen

Gammahydroxybutyrat (GHB) er et illegalt rusmiddel, der tidligere har været anvendt til medicinsk brug. Anvendelsen ophørte dog pga. mange bivirkninger og beskeden smertestillende effekt [1]. I 1990'erne anvendte bodybuildere GHB som muskelopbyggende stof. Efter tilfælde af pludseligt kollaps og dødsfald blev GHB forbudt i Danmark i 1999. GHB bliver imidlertid stadig set i nattelivet under navne som Fantasy, Flydende E og Natural Power og menes at blive anvendt til »bedøvelse« af ofre forud for voldtægt, såkaldte *drug rapes* [2]. Pga. den lette tilgængelighed, den relativt store udbredelse og det karakteristiske – og potentielt dødelige – forgiftningsforløb finder vi det relevant at præsentere følgende to sygehistorier.

SYGEHISTORIER

I. Kl. 07.16: En 20-årig i øvrigt rask mand blev indbragt bevidstløs til skadestuen. Glasgow Coma Score (GCS) var 3. Pupillerne var 2 mm i diameter og rea-

gerende kun svagt på lys. Et elektrokardiogram (ekg) viste normale forhold bortset fra bradykardi (frekvens 45). Der var respiratorisk acidose. Han havde angiveligt taget en blanding af fælgrens/Fantasy og ecstasy. Kl. 7.31 fik han respirationsstop og var pulsløs i omkring 20 sekunder. Han var på dette tidspunkt ikke ekg-overvåget. Der blev maskeventileret, og der mærkedes igen puls med frekvens omkring 40 slag/minut. Blodtrykket (BT) var på 95/70 mmHg. Efter fem minutter var BT 140/104 mmHg og pulsen 50 slag/minut. Patienten blev intuberet og indlagt på en intensivafdeling. Middelarterieblodtrykket var da omkring 120 mmHg. Kl. 12.31 vågnede han pludselig op. Der var normal respiration, og han blev ekstuberet. Blodtrykket var stadig højt, 185/90 mmHg. Kl. 18.00 var han stabil, vågen og orienteret, og blodtrykket var nu normaliseret. Han blev udskrevet i velbefindende den følgende dag.

II. Kl. 16.14: En 38-årig kvinde blev indbragt bevidst-

KASUISTIK

Operations- og
Anæstesiologisk
Afdeling Y,
Glostrup Hospital