

CT og magnetisk resonans-skanning er meget nyttige i vurderingen af laryngeale neoplasmer, men den histopatologiske undersøgelse af biopsimaterialet er nødvendig for at stille diagnosen.

Ved brug af aggressiv terapi til behandlingen af NHL er prognosen god, men prognosen afhænger af en række forskellige forhold, især af sygdommens stadium og patientens almentilstand.

Chancerne for helbredelse er bedst for patienter, i hvilke sygdommens udbredelse er begrænset. I ekstranodale tilfælde af NHL er femårsoverlevelsen 54% [4].

Behandlingen kan bestå af radioterapi, kemoterapi, immunterapi eller en kombination af disse. Radioterapi er meget effektivt tidligt i sygdomsforløbet. Kemoterapi bruges i behandlingen af udbredte tilfælde af NHL. En ny immunologisk behandling med et monoklonalt antistof, der er rettet mod CD20-re-

ceptoren på overfladen af B-celler (rituximab), har også vist sig at være anvendelig [4, 5].

KORRESPONDANCE: Andriy Andriychuk, Øre-, Næse- og Halsafdeling E, Svendborg Sygehus, 5700 Svendborg.
E-mail: andriychuk@sol.dk

ANTAGET: 7. maj 2010

FØRST PÅ NETTET: 23. august 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Overlæge Michael Dahlstrøm takkes for revision af manuskriptet. Overlæge Inge Moselund Tanderup og afdelingslæge Gita Jørgensen takkes for gennemlæsning af manuskriptet.

LITTERATUR

1. King AD, Yuen EH, Lei KI et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the larynx: CT and MR imaging finding. *Am J Neuroradiol* 2004;25:12-5.
2. Roca B, Vidal-Tegdor B, Moya M. Primary non-Hodgkin lymphoma of the larynx. *South Med J* 2005;98:388-9.
3. Patiar S, Ramsden JD, Freeland AP. B-cell lymphoma of the larynx in a patient with rheumatoid arthritis. *J Laryngol Otol* 2005;119:646-8.
4. Agada FO, Mistry D, Grace AR et al. Large B-cell non-Hodgkin's lymphoma presenting as a laryngeal cyst. *J Laryngol Otol* 2005;119:658-60.
5. Hansen PB, Hasselbach HC. Rituximab. Et monoklonalt CD20-antistof – hæmatologiske indikationsområder og mulige behandlingsperspektiver inden for immuninflammatoriske sygdomme. *Ugeskr Læger* 2004;166:466-9.

Intestinal tuberkulose som differentialdiagnose til inflammatorisk tarmsygd

Anders Lødrup¹, Susanne Eiholm², Christian Meyer² & Lasse Bremholm¹

KASUISTIK

1) Køge Sygehus, Medicinsk Afdeling, og
2) Roskilde Hospital, Patologifdelingen

Intestinal tuberkulose (ITB) forårsages af *Mycobacterium tuberculosis* (MT), der er en sjælden tilstand i Danmark. Blot syv ud af 367 anmeldte tuberkulose (TB)-tilfælde blev diagnosticeret som ITB i 2008, heraf var de seks af anden etnisk herkomst end dansk. Incidensen af ITB, TB og Crohns sygdom (CD) i Danmark er henholdsvis 0,13, syv og ti pr. 100.000 pr. år. CD og ITB kan give differentialdiagnostiske problemer, da det kliniske billede, de endoskopiske fund og de mikroskopiske karakteristika i stort omfang er ens. Sondringen imellem CD og ITB er af be-

tydning, da immunsupprimerende behandling kan medføre svær og akut forværring i en igangværende tuberkuløs sygdom [1-3].

SYGEHISTORIE

En 44-årig dansk mand blev henvist til udredning for mavesmerter, diarre og vægttab på 10 kg over en periode på seks måneder. Patienten havde fire år tidligere fået tilbagelagt en sigmoideostomi efter operation for perforeret diverticulitis og havde et regelmæssigt hashforbrug. Man mistænkte stenose svarende til anastomosen eller inflammatorisk tarmsygd (IBD). En røntgenundersøgelse af colon med dobbeltkontrastteknik viste kontrastdefekt (æbleskrogskonfiguration) i colon transversum, og der var normal tyndtarmspassage. Koloskopi viste segmentære polypøse forandringer fra caecum til venstre fleksur samt fokal ulceration. Biopsier fra colonslimhinden viste akut og kronisk inflammation samt granulomer uden nekrose, hvilket var foreneligt med CD. Behandling med steroid og azathioprin blev påbegyndt. Biopsi fra et sekundært fund af aftøs belægning i mundslimhinden viste foci med granulomatøse



FORKORTELSER

CD = Crohns sygdom
IBD = inflammatorisk tarmsygd
ITB = intestinal tuberkulose
MT = *Mycobacterium tuberculosis*
PCR = polymerasekædereaktion
TB = tuberkulose
TST = tuberculin skin test
ZNF = Ziehl-Neelsen-farvning

inflammationer, hvoraf et enkelt var med central nekrose uden syrefaste stave ved Ziehl-Neelsen-farvning (ZNF).

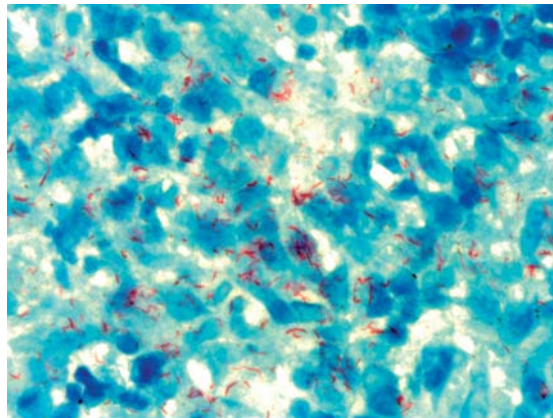
På grund af manglende behandlingsrespons blev der gennemført forundersøgelser før terapi med biologiske lægemidler (infliximab). *QuantIFERON-TB Gold test* var negativ, men røntgenundersøgelse af thorax viste et højresidigt apikalt infiltrat, der blev mistænkt for at være TB. Ekspektoratet viste store mængder af syrefaste stave, og polymerasekædereaktion (PCR) var positiv for MT. Supplerende ZNF af colonbiopsier viste syrefaste stave i en enkelt biopsi (Figur 1). Efterfølgende TB-PCR på formalinfikserede paraffinindstøbte prøver fra colon- og mundhulebiopsier var positiv, og diagnosen pulmonal TB med fuldt følsomme bakterier samt ITB blev stillet. Den immunsupprimerende behandling blev seponeret, patienten blev isoleret og overført til en lungemedicinsk specialafdeling, hvor antituberkuløs behandling (rifampicin, isoniazid, ethambutol og pyrazinamid) blev iværksat. Patienten blev udskrevet i bedring til ambulant opfølgning.

DISKUSSION

ITB er en sjælden differentialdiagnose til CD i Danmark, og forskellen i incidens mellem sygdommene (1:75) udgør en risiko for manglende opmærksomhed på ITB. Makroskopisk er CD og ITB vanskelige at differentiere, da begge sygdomme kan findes i hele fordøjelseskanalen og hyppigt involverer ileocøkalregionen. Mikroskopisk vil både ITB og CD kunne præsentere sig med akut og kronisk inflammation samt granulomer [4]. Røntgenundersøgelser af colon og koloskopi samt histologiske undersøgelser i sygehistorien er i overensstemmelse med dette. Dyrkning og resistensbestemmelse er tidskrævende (2-6 uger), men anbefales i diagnostikken af alle typer af TB, idet der hermed opnås resistensbestemmelse. Ved udredning for inflammatorisk tarmsygdom, hvor ITB sjældent mistænkes umiddelbart, vil biopsier oftest rutinemæssigt blive formalinfikseret på endoskopiafsnittet, hvilket umuliggør videre dyrkning. Ved mistanke om mulig ITB bør man sende supplerende ufikserede biopsier til TB-dyrkning, eller biopsierne bør som et minimum undersøges for syrefaste stave ved hjælp af mikroskopi (f.eks. med ZNF) og TB-PCR undersøgelse. TB-PCR har en specificitet og sensitivitet på henholdsvis > 90% og > 80%, og der kan anvendes formalinfikserede paraffinindstøbte biopsier [1]. De indirekte undersøgelser *tuberculin skin test* (TST)/*Mantoux test* og *interferon-gamma release assay* (Quantiferon-TB eller TB-T-spot) udtrykker udelukkende immunreaktivitet og ikke aktiv TB. I sidstnævnte tilfælde har testene 20% falsk negativitet, hvilket også

FIGUR 1

Ziehl-Neelsen-farvning af colonslimhinde med syrealkoholfaste mykobakterier.



var tilfældet hos vores patient. TST kan også være positiv mange år efter en *bacille Calmette-Guérin*-vaccination uden, at dette er udtryk for aktiv sygdom [5]. Alle IBD-patienter bør undersøges for latent (symptomløs) og aktiv TB forud for behandling med biologiske lægemidler, hvilket omfatter røntgenundersøgelse af thorax samt *Mantoux test* og/eller *interferon-gamma release assay*, idet patientens helbreds-tilstand forværres betydeligt, og mortalitetsrisikoen øges, såfremt behandlingen inducerer aktiv TB.

KORRESPONDANCE: Anders Lødrup, Brigadevej 7, 5., 2300 København S.
E-mail: loedrup.ab@gmail.com

ANTAGET: 9. maj 2010

FØRST PÅ NETTET: 16. august 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Statens Serum Institut takkes for PCR-analyser.

LITTERATUR

- Almadi MA, Ghosh S, Aljebreen AM. Differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease: a diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1003-12.
- Jacobsen BA, Fallingborg J, Rasmussen HH et al. Increase in incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in northern Denmark: a population-based study, 1978-2002. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006;18:601-6.
- Peter Henrik Andersen. Tuberkulose 2008, DEL 1. EPI-NYT 2009: nr. 50.
- Makharia GK, Srivastava S, Das P et al. Clinical, endoscopic, and histological differentiations between Crohn's disease and intestinal tuberculosis. *Am J Gastroenterol* 2010;105:642-51.
- Browatzki A, Meyer CN. Interferon-gamma release-assay ved mistanke om aktiv tuberkulose? *Ugeskr Læger* 2009;171:2631-5.