

Klinisk differentiering mellem intestinal tuberkulose og morbus Crohn

Michael Ørting¹, Christian Wejse² & Thomas Møller Jensen³

KASUISTIK

- 1) Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Horsens
 2) Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital
 3) Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Horsens

Ugeskr Læger
 2015;177:V02130130

Intestinal tuberkulose (Itb) og morbus Crohn (CD) er kroniske, granulomatøse lidelser, der har ligheder i deres kliniske præsentation samt i de patologiske, endoskopiske og billeddiagnostiske fund [1]. Sygdommene kan vise sig i form af feber, anoreksi, vægttab, diarré, blodig afføring, mavesmerter og kvalme, men forløber vidt forskelligt [1-4].

Den stigende forekomst af CD hos patienter fra lande, hvor tb stadig er højendemisk forekommende, har gjort differentieringen af disse to sygdomme til en diagnostisk udfordring. Diagnostiseringen bliver i Danmark yderligere vanskeliggjort af en relativt lav forekomst af tb og endnu lavere af Itb, der ses i under 1% af tb-tilfældene [5], hvorfor den initiale diagnostiske tanke ved inflammatorisk tarmsygdom ofte vil være CD frem for Itb.

SYGHEHISTORIE

En 34-årig kvinde, der var af indonesisk oprindelse, bosiddende i Danmark gennem et år, blev indlagt efter et kortere ophold i Indonesien. Hun havde siden hjemkomsten haft vandtynde diaréer, feberperioder, nattesved og et vægttab på 9 kg. Hun fandtes upåvirket og maven var blød. Der blev fundet forhøjede niveauer af orosomukoid, C-reaktivt protein (CRP) og sænkingsreaktion samt anæmi. En fæcesdyrkning

var negativ for tarmpatogene bakterier og parasitter. Hun blev udskrevet til ambulant koloskopi på mistanke om CD.

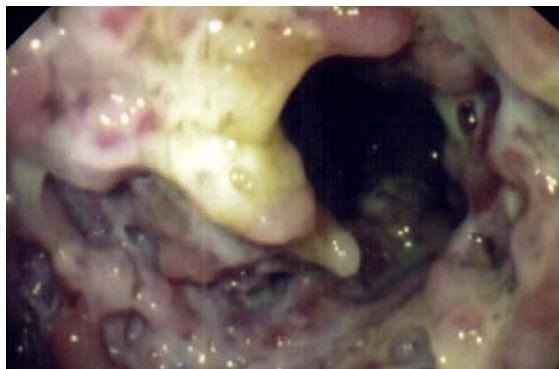
Koloskopien viste nekrotiske områder med *cobblestone*-tegning i transversum frem til højre fleksur, hvor man ikke kunne komme videre frem pga. forandringerne (**Figur 1**). En MR-skanning viste flere steder fortykkelse af tarmvæggen, betydeligt ødem ileocøcalt og forstørrede glandler paraaortalt og langs iliacakarrene (**Figur 2**).

En røntgenundersøgelse af thorax viste normale forhold. Biopsier fra colonslimhinden viste akut og kronisk granulomatøs inflammation med spredt nekrose og centralt enkelte makrofager med ophobning af bakterielignende elementer, men der blev ikke påvist syrefaste stave. Præparatet var formalinfikseret og kunne derfor ikke dyrkes, men PCR for tb var negativ.

Det kliniske og endoskopiske billede var foreneligt med CD, og man overvejede iværksættelse af steroidbehandling. T-spot-tb var imidlertid positiv, og patienten oplyste, at hendes bror havde haft pulmonal tb nogle år forinden. Patienten havde sparsom ekspektoration, og der kunne ikke påvises *Mycobacterium tuberculosis*. Koloskopi blev gentaget for at sikre relevant materiale, men også disse biopsier var

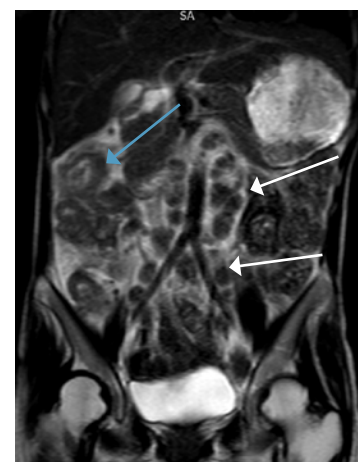
FIGUR 1

Endoskopisk billede af svært inflammeret colon som følge af intestinal tuberkulose.



FIGUR 2

MR-skanning af abdomen. Der ses svært inflammeret tarm med vægfortykkelse (blå pil) samt forstørrede lymfeknuder langs aorta (hvide pile).



mikroskopi-, PCR- og senere også dyrkningsnegative. Ud fra en samlet klinisk vurdering valgte man at påbegynde firestofs-tb-behandling med god respons i form af vægtøgning, normalisering af afføringen og almen bedring.

Det var, til trods for alle relevante undersøgelser for *M. tuberculosis* først muligt at påvise bakterien ved positiv fæcesdyrkning i én af tre prøver en måned efter behandlingsstart.

Denne undersøgelse viste ingen resistens og unik genotype, hvilket var foreneligt med smitte i udlandet. Patienten gennemførte seks måneders standardbehandling for tb og havde efterfølgende ingen tarm-symptomer.

DISKUSSION

Vi valgte behandling for Itb på grund af en klinisk mistanke og patientens etnicitet og var tilbageholdende med at påbegynde immunsupprimerende behandling. Hos en patient, som har kronisk ileokolik inflammation og stammer fra et højendemisk tb-område, vil diagnosen Itb være langt hyppigere og mere sandsynlig end CD. Dette burde man have overvejet ved den initiale indlæggelse.

De kliniske fund ved Itb og CD kan være identiske. Dog er nattesved, blodig afføring samt vægttab samtidig med pulmonal tb, positiv T-spot, abdominal lymfadenopati, ascites, tværgående ulcerationer og store granulomer med kaseøs nekrose hyppigere forekommende ved Itb end ved CD [1-4]. Dyrkning af *M. tuberculosis* er den mest sensitive diagnostiske metode og guldstandard i Danmark, men den kan evt. suppleres med PCR, som dog er mindre sensitiv, men potentielt giver hurtigere svar. Hos patienten i sygehistorien var PCR for *M. tuberculosis* dog negativ i multiple biopsier fra svært inflammerede partier.

Itb kan helbredes, forudsat at diagnosen stilles i tide, og passende behandling påbegyndes. I modsætning hertil er CD en kronisk recidiverende sygdom, som ikke påvirkes af antituberkuløs behandling, men derimod af immunsupprimerende behandling, som er kontraindiceret og kan være farlig ved Itb [6].

Det er derfor essentielt, når man endoskopisk diagnosticerer CD-forandringer hos en patient, der kommer fra et land med høj tb-prævalens, at tage gode repræsentative biopsier, der skal sendes til direkte mikroskopi, PCR og dyrkning for *M. tuberculosis*, og man må nøje overveje sin endelige diagnose, før en immunsupprimerende behandling for CD påbegyndes.

Det kan derfor være differentialdiagnostisk relevant med røntgenundersøgelse af thorax, MR-skanning af tarmen samt T-spot-analyse, inden man beslutter sig for en endelig behandlingsalgoritme.

SUMMARY

Michael Ørting, Christian Wejse & Thomas Møller Jensen:
Clinical differentiation between intestinal tuberculosis and morbus Crohn
Ugeskr Læger 2015;177:V02130130

We describe a case of intestinal tuberculosis in a 34-year-old Indonesian woman. She presented with diarrhoea, weight loss, fever and night sweat over a period of weeks. She underwent colonoscopy which showed a major cobblestone pattern like necrosis in part of the colon. An MR scan showed oedema involving the small intestine near the ileocaecal area and abdominal lymphadenopathy. Because of the patient history of recent TB exposure, ethnicity and positive T-SPOT-TB, she was given a course of four-drug tuberculosis treatment and responded quickly. Later on *Mycobacterium tuberculosis* was found in faeces culture.

KORRESPONDANCE: Michael Ørting, Bellisvej 11, 8464 Galten.
E-mail: michael.oerting@gmail.com

ANTAGET: 3. juni 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 12. august 2013

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

LITTERATUR

1. Yu H, Liu Y, Wang Y et al. Clinical, endoscopic and histological differentiations between Crohn's disease and intestinal tuberculosis. *Digestion* 2012;85:202-9.
2. Uygur-Bayramicli O, Dabak G, Dabak R. A clinical dilemma: abdominal tuberculosis. *World J Gastroenterol* 2003;9:1098-101.
3. Pulimood AB, Amarapurkar DN, Ghoshal U et al. Differentiation of Crohn's disease from intestinal tuberculosis in India in 2010. *World J Gastroenterol* 2011; 17:433-43.
4. Epstein D, Watermeyer G, Kirsch R. Review article: the diagnosis and management of Crohn's disease in populations with high-risk rates for tuberculosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:1373-88.
5. Leutscher P, Madsen G, Erlandsen M et al. Demographic and clinical characteristics in relation to patient and health system delays in a tuberculosis low-incidence country. *Scand J Infect Dis* 2012;44: 29-36.
6. Demory D, Forel JM, Michel F et al. Crohn disease and abdominal tuberculosis: complications related to a diagnostic error. *Presse Med* 2006;35:51-4.