

Intestinal tuberkulose, en sjælden differentialdiagnose til Crohns sygdom hos en etnisk dansker

Maria Joanna Alexandraki¹, Christian Wejse², Mette Esbjørn¹ & Lena Hagelskjær Kristensen¹

KASUISTIK

1) Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Viborg
2) Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger
2015;177:V12140667

Tuberkulose (tb) forårsages af *Mycobacterium tuberculosis*. I Danmark var incidensen af tb 6,9 pr. 100.000 indbyggere i 2012 med i alt 388 anmeldte tilfælde [1]. Over halvdelen fandtes blandt indvandrere. Blandt etniske danskere ses sygdommen oftest hos personer, som er immunkompromitterede på grund af immundæmpende medicin, malign sygdom eller hiv.

Hos etniske danskere med tb har mere end 80% lungefokus. Intestinal tuberkulose (itb) er en sjælden tilstand. I 2012 blev der kun anmeldt seks tilfælde af itb, og kun en var hos en etnisk dansker [1]. I en dansk femårsopgørelse udgjorde itb kun 5% af de ekstrapulmonale tb-tilfælde [2].

Vi fremlægger en sygehistorie med itb hos en etnisk dansk kvinde.

SYGEHISTORIE

En 42-årig etnisk dansk kvinde, der gennem flere år havde haft vekslende afføringsmønster og intermitterende mavesmerter, blev indlagt akut med mave smerter, opkastninger og diarré. Man fandt, at hun havde jernmangelanæmi. Gastroskopi og ileokoloskopi var normale, hvorfor der ikke blev taget biopsier. Fæcesdyrkning var uden vækst af tarmpatogene

bakterier, hvorfor der ikke blev foretaget yderligere undersøgelser.

Nogle uger senere blev hun hysterektomeret pga. kraftige menstruationsblødninger. Her fandt man små, nodulære og hvidlige pletter flere steder på tyndtarmen og tyndtarmskrøset. Biopsier viste ikke-nekrotiserende granulomatøs inflammation uden syrefaste stave. Der blev ikke sendt materiale til tb-tyrkning før parafinfixering. En tb-polymerasekædereaktion (PCR)-undersøgelse af de parafinfixerede tyndtarmbiopsier var negativ.

Patienten, som var ikkeryger, blev derpå henvist til videre gastroenterologisk udredning på mistanke om Crohns sygdom. Hun havde vedvarende vandtynde, postprandiale ildelugtende afføringer uden synligt blod eller slim, kraftige mavesmerter, træthed, madlede og et vægttab på 6 kg. F-calprotectin var 1.205 mg/kg. Sedimentationsreaktionen lå på 24-41 mm og C-reaktivt protein-niveaue var 15-50 mg/l. Der var normalt blodsukkerniveau, og en hiv-test var negativ. Tyndtarmspassagen var uden tegn til stenoser, og man fortsatte med en kapselendoskopi.

Ti dage senere blev patienten indlagt med mavesmerter og opkastninger. En CT-oversigt over abdomen viste partiel tyndtarmsileus med retineret kapsel, som senere blev kvitteret ukompliceret. Ved kapselendoskopien så man sårdannelse ca. i midten af tyndtarmen og stenose, hvor kapslen havde sat sig fast (**Figur 1**). En efterfølgende CT af abdomen viste

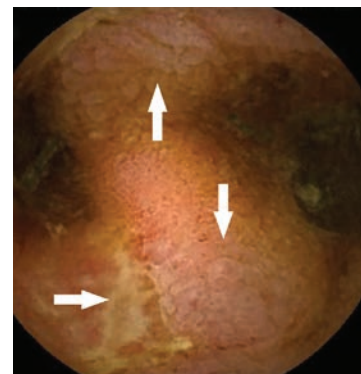
FIGUR 1

CT-billede af abdomen med intravenøs kontrast. Der ses retineret kapsel, inflammation og stenose i tyndtarmen distalt herfor (pil).



FIGUR 2

Kapselendoskopisk billede af fibrinbelagte ulcerative forandringer og ødematøs slimhinde i tyndtarmen (nederste pil).



inflammation og stenosing i den terminale ileum (Figur 2). Samtidigt fandtes positiv QuantiFERON-TB Gold-test. I tre fæcesprøver kunne der ikke påvises syrefaste stave, mens en tb-PCR-undersøgelse var in-konklusiv. Efter 14 dage var der positiv vækst i alle tre fæcesprøver af *M. tuberculosis* kompleks type 1426-15 – en smittekæde, der i Danmark er kendt hos patienter med lunge-tb, og hvor der er beskrevet isoniazidresistens. Patienten havde ingen lungesymp-tomer og ekspektorerede ikke. En røntgenundersøgelse af thorax viste nodulære forandringer apikalt i venstre lunge, formentlig primær kompleks. Hun kunne senere fortælle, at hun havde en veninde, der for tyve år siden havde haft lungetuberkulose.

Hun påbegyndte standardbehandling for tb, men tålte imidlertid ikke rifampicin pga. gastrointestinale gener, og den fundne *M. tuberculosis*-stamme viste sig at være isoniazidresistent. Behandlingen blev derfor ændret til moxifloxacin, rifabutin, ethambutol og pyrazinamid. Pga. disse forhold blev der planlagt sammenlagt ni måneders behandling. Efter en måneds behandling blev der på en CT af abdomen påvist aftagende stenose i tyndtarmen.

DISKUSSION

Itb er hyppigst lokaliseret i den distale ileum og caecum. Smitte til tarmen kan ske via hæmatogen spredning fra et lungefokus, synkning af inficeret sputum eller via inficerede naboorganer. De gastrointestinale symptomer kan være diarré, eventuelt blodig, feber, vægttab og mavesmerter [3-5]. Itb kan også debutere som akut abdomen, obstruktion og i få tilfælde perforation [3]. Itb kan således forveksles med mange sygdomme. Især er itb en meget vigtig differentialdiagnose til Crohns sygdom, da de to tilstande har store ligheder både klinisk, endoskopisk og ikke mindst histologisk [3, 5].

Morfologisk skelner man mellem to typer tuberkuløs enteritis: den ulcererende type, der typisk involverer ileum og jejunum og kan medføre strikturdannelse med efterfølgende perforation, og den ulcerohypertrofiske type, der hyppigst afficerer det ileocøcale område. Denne type kan ofte vise sig som en fibroserende masse, der kan give obstruktion [5].

Til trods for at itb er sjælden i Danmark, fandt vi itb hos en etnisk dansk kvinde uden kendt immun-suppression eller relevant rejseanamnese. Vores kasuistik viser, at det er vigtigt at overveje og evt. udrede for itb hos patienter med kroniske gastroenteritgener – også hos etniske danskere, der er immun-kompetente og umiddelbart ikke har haft erkendt tb-eksposition, inden man påbegynder immunsup-pressiv behandling for formodet Crohns sygdom.

SUMMARY

Maria Joanna Alexandraki, Christian Wejse, Mette Esbjørn & Lena Hagelskjær Kristensen:

Intestinal tuberculosis – a rare differential diagnosis of Crohn's disease in an ethnic Danish woman

Ugeskr Læger 2015;177:V12140667

We report a case of intestinal tuberculosis in a 42-year-old Danish woman with stomach pain, weight loss and diarrhoea for months suspicious of Crohn's disease. She underwent hysterectomy where white, small nodules were found on the small intestine. Biopsies showed non-necrotizing granulomatous inflammation. Gastroscopy and colonoscopy were normal. Capsule endoscopy revealed small intestine ulcers and a stenosis. A CT scan of the abdomen confirmed stenosis and inflammation of terminal ileum. QuantiFERON-TB Gold Test was positive and *Mycobacterium tuberculosis* was detected in faeces cultures.

KORRESPONDANCE: Maria Joanna Alexandraki, Medicinsk Afdeling, Regions-hospitalet Viborg, Heibergs Allé 4, 8800 Viborg. E-mail: marianna_vj@yahoo.dk

ANTAGET: 11. marts 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 29. juni 2015

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

LITTERATUR

1. Tuberkulose 2012. EPI-NYT uge 4/2014.
2. Leutscher P, Madsen G, Erlandsen M et al. Demographic and clinical characteristics in relation to patient and health system delays in tuberculosis low-incidence country. *Scand J Infect Dis* 2012; 44:29-36.
3. Lødrup A, Eiholm S, Meyer C et al. Intestinal tuberkulose som differentialdiag-nose til inflammatorisk tarmsygdom. *Ugeskr Læger* 2010;172:2902-3.
4. Khan R, Abid S, Jafri W et al. Diagnostic dilemma of abdominal tuberculosis in non-HIV patients: an ongoing challenge for physicians. *World J Gastroenterol* 2006;12:6371-5.
5. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK et al. Abdominal tuberculosis of the gastro-intestinal tract: revisited. *World J Gastroenterol* 2014;20:14831-40.