

PLICNÍ POSTIŽENÍ PŘI ULCERÓZNÍ KOLITIDĚ

PULMONARY INVOLVEMENT IN ULCERATIVE COLITIS

kazuistika

Martin Hyršl¹
Eva Kočová¹
František Salajka²

¹Radiologická klinika LF UK a FN,
Hradec Králové

²Plicní klinika LF UK a FN,
Hradec Králové

Přijato: 15. 2. 2018.

Korespondenční adresa:

MUDr. Martin Hyršl
Radiologická klinika FN
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
e-mail: martin.hyrsl@gmail.com

Hlavní stanovisko práce

Plicní postižení u pacientů s nespecifickými střevními záněty je ve srovnání s ostatními extraintestinálními komplikacemi velice vzácné, nicméně je nutné na ně pomyslet.

SOUHRN

Hyršl M, Kočová E, Salajka F. Plicní postižení při ulcerózní kolitidě

Klinicky významné plicní postižení u pacientů s nespecifickými střevními záněty (IBD) je ve srovnání s výskytem ostatních extraintestinálních postižení velmi vzácné. Nejčastějším projevem postižení dýchacího systému je chronická bronchitida, subglotická stenóza, bronchiektázie a bronchiolitida. V naší kazuistice chceme přiblížit případ pacientky s ulcerózní kolitidou, která přichází do nemocnice pro kašel, dušnost a krev ve stolici. Na výpočetní tomografii (CT) plic nálezu dominovalo zesílení pravého hlavního bronchu s nálezem konsolidace v dolním laloku pravé plic. Přestože je plicní postižení u IBD velmi vzácné, je potřeba na tuto možnou komplikaci myslet. Včasné nasazení steroidní léčby vede k rychlé úpravě stavu pacienta.

Klíčová slova: CT, extraintestinální příznaky, tracheobronchiální strom, ulcerózní kolitida.

Major statement

Lung involvement in nonspecific bowel disease is in comparison with other extraintestinal complications very rare.

SUMMARY

Hyršl M, Kočová E, Salajka F. Pulmonary involvement in ulcerative colitis

Clinically significant involvement of respiratory system in patients with inflammatory bowel disease (IBD) is in comparison with other extraintestinal involvement very uncommon. The most common manifestation in respiratory system is chronic bronchitis, subglottic stenosis, bronchiectasis and bronchiolitis. In our case, we would like to show a patient with ulcerative colitis with cough, dyspnoea, and blood in stool. CT scan showed thickening of the right main bronchus with a consolidation in the right lower lobe. Even though the lung involvement in IBD is very uncommon, we should keep it in mind. An early treatment leads to a fast improvement of the patient's symptoms.

Key words: CT, extraintestinal manifestation, tracheobronchial tree, ulcerative colitis.

Konflikt zájmů: žádný.

ÚVOD

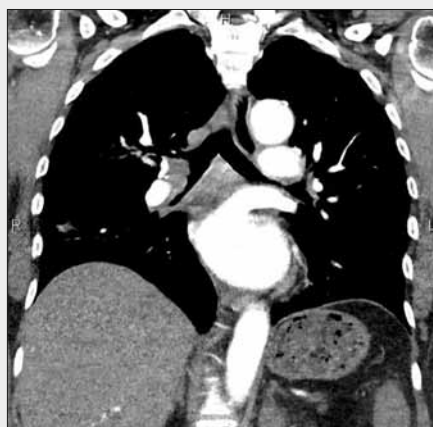
Nespecifické střevní záněty (IBD) jsou skupinou onemocnění, mezi které patří ulcerózní kolitida a Crohnova choroba (1). Extraintestinální a systémové manifestace se u pacientů s IBD vyskytují s četností až 25–40 %. Nejčastěji je postižen muskuloskeletální systém, kůže, játra, pankreas a oči. Klinicky významné postižení dýchacího ústrojí je extrémně vzácné (2).

VLASTNÍ KAZUISTIKA

Pacientka s ulcerózní kolitidou, 59 let, byla přivezena rychlou záchrannou službou na pohotovost pro suchý kašel, dušnost, bolest za sternem a krev ve stolici. Při klinickém vyšetření byla u pacientky zjištěna tachykardie (117/min), dýchání sklípkové, bez vedlejších dechových fenoménů, saturace 95%, teplota 36,7 °C a tlak 96/67 mm Hg. Vyšetřením krve byly zjištěny



▲ Obr. 1A



▲ Obr. 1B

Obr. 1A,B. Vstupní CTA plic, transversální a koronární rekonstrukce, mediastinální okno: zesílení stěny pravého hlavního bronchu, zúžení lumen bronchus intermedius

Fig. 1A,B. Initial CTA of the lung, transversal and coronal reconstruction, mediastinal window: thickening of right main bronchus, narrowing of the bronchus intermedius



▲ Obr. 2A



▲ Obr. 2B

Obr. 2A,B. Vstupní CTA hrudníku, transversální rekonstrukce, plicní okno: pruhovitá konsolidace v pravém dolním laloku táhnoucí se od pravého plicního hilu – obraz postobstrukční pneumonie

Fig. 2A,B. Initial CTA of the lung, transversal reconstruction, lung window: consolidation in the right lower lobe from the right main hilum to periphery – postobstructive pneumonia

vysoké známky zánětu: C-reaktivní protein (CRP) 117 mg/l, leukocyty $11,7 \times 10^9/l$. Pro přetrvávající dušnost byla jako jedna z možných etiologií zvažována plicní embolizace. K jejímu vyloučení byla provedena angiografická výpočetní tomografie (computed tomography angiography – CTA) plic. Na podkladě tohoto vyšetření byla vyloučena plicní embolie jako možná příčina dušnosti. Vedlejším nálezem bylo cirkulární zesílení pravého hlavního bronchu s přechodem na segmentární bronchy pro pravý dolní lalok (obr. 1A,B). Dalším nálezem byla konsolidace plicního parenchymu v osmém segmentu

pravého dolního laloku (obr. 2A,B). Bylo vyjádřeno podezření na tumorózní stenózu bronchu s postobstrukční pneumonií. Bylo indikováno bronchoskopické vyšetření s nálezem drobných endoluminárně prominujících exofytů s maximem subgloticky (obr. 3A,B). Autofluorescenční metoda použita nebyla. Byla odebrána biopsie z postižené sliznice s nálezem vředovitých lézí s atypii v dlaždicovém epitelu bez nálezů maligních struktur. Nádorová etiologie se z tohoto důvodu nejevila jako pravděpodobná. Byla nasazena antibiotická léčba (Entizol 250 mg 2 tablety 3krát denně, Fromilid 500 mg



▲ Obr. 3A



▲ Obr. 3B

Obr. 3A,B. Vstupní bronchoskopie – trachea: endoluminárně prominujících exofytů s maximem subgloticky

Fig. 3A,B. Initial bronchoscopy – trachea: endoluminal prominence of exophytic proliferation mainly subglottically



▲ Obr. 4



▲ Obr. 5

Obr. 4. Kontrolní CT hrudníku s podáním kontrastní látky intravenózně, transverzální rekonstrukce, mediastinální okno (stav po 2 měsících léčby antibiotiky a kortikoidy): regrese ztlustění stěny pravého hlavního bronchu – normální nálezy

Fig. 4. Control contrast enhancement CT of the lung transversal reconstruction, mediastinal window (after 2 months of antibiotics and corticoid therapy): regression of the wall thickening of the right main bronchus

Obr. 5. CT hrudníku, transverzální rekonstrukce, plicní okno (stav po 2 měsících léčby antibiotiky a kortikoidy): regrese konsolidace

Fig. 5. CT of the lung, transversal reconstruction, lung window (after 2 months of antibiotics and corticoid therapy): regression of consolidation

2krát denně a Amoksiklav 1 g 3krát denně) a po konzultaci s gastroenterologem byla přidána léčba kortikoidy (Prednison 20 mg, Miflonid 400 µg) pro podezření na možnou extraintestinální komplikaci pacientčina základního onemocnění. Během měsíce se subjektivně stav pacientky zlepšil, potíže odezněly. S odstupem 2 měsíců bylo provedeno kontrolní CT vyšetření plic, kde došlo ke kompletní regresi ztlustění stěny bronchů a regresi konsolidace v plicním parenchymu pravého dolního bronchu (obr. 4, 5). Nález byl uzavřen jako tracheobronchopatie při ulcerózní kolitidě.

DISKUSE

Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba jsou formy nespecifických střevních zánětů. Jedná se o skupinu chronických idiopatických chorob postihující střevní sliznici (1). Obě tyto formy IBD sdílí podobné charakteristiky, ale liší se místem, které je postiženo a rozsahem postižení. Crohnova choroba vede k zánětu postihujícímu celou šíří stěny sliznice a postižena může být jakákoliv část trávicí soustavy, zatímco ulcerózní kolitida vede pouze k postižení mukózy a submukózy, nejčastěji postihuje pouze oblast tlustého střeva. Ulcerózní kolitida se u pacientů nejčastěji projevuje bolestí v levém dolním kvadrantu břicha, průjmy a přítomností krve ve stolici. Na druhé straně Crohnova choroba vede nejčastěji k bolesti v pravém dolním kvadrantu břicha a krvácení je méně časté. Nejčastější komplikací je obstrukce střevní pasáže jako následek otoku sliznice vedoucí ke ztlustění střevní stěny (3). Incidence ulcerózní kolitidy v Evropě je uváděna 24,3/100 000 za rok a Crohnovy choroby 12,7/100 000 za rok (4). Extraintestinální a systémové manifestace se u pacientů s IBD vyskytují s četností 25–40 %, četnost narůstá s délkou trvání intestinální choroby a postihuje většinu orgánových soustav (2). Nejčastěji je postižen muskuloskeletální systém, což se projevuje až u 53 % pacientů jako artritida postihující páteř, sakroiliakální klouby nebo periferní klouby (5). Artritické postižení těchto kloubů vede k bolesti, otoku a po delším čase i k omezení pohyblivosti. Další časté komplikace jsou komplikace kožní. Zde se uvádí postižení až u 34 % nemocných, kde se nejčastěji projevují jako erythema nodosum (7,4 %) a pyoderma gangrenosum (2,3 %), méně často pak jako psoriáza, afty a jiné

(6). Jedna z nejzávažnějších komplikací IBD je postižení jater. Jedná se nejčastěji o primární sklerózující cholangitidu (PSC), vzácnější je poté autoimunitní hepatitida, primární biliární cirhóza a další. PSC vede k zánětu, strikturám až k fibróze intra- a extrahepatálních žlučových cest. Až 70–80 % pacientů, kteří jsou postiženi PSC, jsou zároveň postiženi ulcerózní kolitidou, na druhé straně pouze 1,4–7,5 % nemocných s ulcerózní kolitidou či Crohnovou chorobou je postiženo touto komplikací (7). Oční postižení patří mezi vzácnější (do 5 %), zde je postižení nejčastěji charakteru episkleritidy – vedoucí k začervenání a citlivosti očí. Vážnější komplikací je potom skleritida, která na rozdíl od episkleritidy může vést k porušení zraku (5). Další možnou popisovanou komplikací je nefrolitiáza, obstrukční uropatie a fistulizace mezi gastrointestinálním traktem a močovým systémem. Tyto urologické komplikace se vyskytují až u 6–23 % pacientů s IBD (8).

Klinicky významné postižení dýchacího ústrojí je extrémně vzácné. Nejčastější klinicky významné manifestace plicního postižení při ulcerózní kolitidě zahrnují bronchiektázie a chronickou bronchitidu. Postižení dýchacích cest bronchiektáziemi je nejčastější a je popisováno až u 66 % pacientů s plicními komplikacemi (2). Klinickým projevem jsou nové perzistující a nevysvětlitelné symptomy respiračního onemocnění. Druhé nejčastější postižení dýchacích cest je chronická bronchitida, projevující se jako chronický kašel s vykašláváním hlenu špatně reagující na antibiotika (2). Obstrukce a zánět dýchacích cest je vzácná manifestace IBD a koresponduje s přítomností nepravidelných erozí a hemoragií při endoskopických výkonech, kdy epitel trachey je často ulcerózní s tenkou vrstvou fibrinu (2). Nejčastější klinickými symptomy jsou kašel, dyspnoe, stridor a chrapot. Velmi vzácné může ulcerózní kolitida postihovat i plicní parenchym, kde se projeví pod obrazem organizující se pneumonie (2).

V diferenciální diagnostické rozvaze cirkumferentně ztlustělé tracheobronchiální stěny je nutné uvažovat o tumorózní etiologii, granulomatóze s polyangiitidou (dříve Wegenerova granulomatóza), sarkoidóze, amyloidóze, postintubačních komplikacích či IBD (9). Nejčastějším typem primárních maligních nádorů postihujících tracheobronchiální strom jsou tumory ze slinných žlázových buněk; prvotními projevy bývá dušnost, kašel, stridor a hematoptye. Jsou častější u žen a nemají vztah ke kouření. Biopsie z po-

stížené tracheobronchiální sliznice u naší pacientky nepotvrdila přítomnost tumorózních buněk (10). Granulomatóza s polyangiitidou se projevuje jako ztlustění tracheobronchiální sliznice. Ostatní typické známky této choroby (tzn. vícečetné noduly, kavitace, zvětšené mediastinální uzliny, opacifikace charakteru mléčného skla vznikající na podkladě krvácení do parenchymu, výpotek a postižení ledvin (11)) přítomny nebyly. I vzhledem k anamnéze jsme proto o této etiologii neuvažovali. Typické známky sarkoidózy, tzn. bilaterálně symetricky zvětšené uzliny hilárně a paratracheálně, nebyly přítomny. Postižení plicního parenchymu typické pro sarkoidózu charakteru uzlíků v perilymfatické distribuci (12) také nebylo přítomné, proto jsme o této příčině neuvažovali. Tracheobronchiální typ postižení při amyloidóze vede k vícečetným nodulárním endoluminálním protruzím ze stěny trachey a bronchů, či až k difuznímu ztlustění tra-

cheálních úseků. Nicméně biopsie zasažené sliznice nepotvrdila přítomnost amyloidních plátů a hemoptýza nebyla přítomna (13). Z důvodu neexistence záznamu o nedávné intubaci byla postintubační příčina vyloučena. Zbývající dvě možnosti – a to tedy IBD, nebo infekce (vyvolané *Mycobacterium tuberculosis*, plísněmi či *Klebsiella rhinoscleromatis*) byly pokryty léčbou (antibiotika, kortikoidy). Nejpravděpodobnější etiologií se zdálo být plicní postižení při ulcerózní kolitidě, se kterou se pacientka již řadu let léčí.

ZÁVĚR

Cílem kazuistiky bylo představit velmi vzácné postižení dýchací soustavy při ulcerózní kolitidě a poukázat na širokou diferenciální diagnostiku ztlustění stěny hlavního bronchu.

LITERATURA

1. Yi-Zhen Z, Yong-Yu L. Inflammatory bowel disease: Pathogenesis. *World J Gastroenterol* 2014; 20(1): 91–99.
2. Xiao-Qing J, Li-Xia W, De-Gan L. Pulmonary manifestations of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2014; 20(37): 13501–13511.
3. Fakhoury M, Negrulj R, Moorianian A, Al-Salami H. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments. *J Inflamm Res* 2014; 7: 13–120.
4. Molodecky NA, Soon S, Rabi DM, et al. Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time. *Gastroenterology* 2012; 142(1): 46–54.
5. Evans PE, Pardi DS. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Focus on the Musculoskeletal, Dermatologic, and Ocular Manifestations. *MedGenMed* 2007; 9(1): 55.
6. Huang BL, Chandra S, Shih DQ. Skin Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Front Physiol* 2012; 3: 13.
7. Rojas-Feria M, Castro M, Suárez E, Ampuero J, Romero-Gómez M. Hepatobiliary manifestations in inflammatory bowel disease: The gut, the drugs and the liver. *World J Gastroenterol* 2013; 19(42): 7327–7340.
8. Katsanos KH, Tsianos EV. The kidneys in inflammatory bowel disease. *Annals of gastroenterology* 2002; 15(1): 41–52.
9. Dähnert W. Radiology review manual. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007; 448.
10. Stevic R., Milenkovic B. Tracheobronchial tumors. *J Thorac Dis* 2016; 8(11): 3401–3413.
11. Ananthakrishnan L, Sharma N, Kanne J P. Wegener's granulomatosis in the chest: High-resolution CT findings. *American Journal of Roentgenology* 2009; 192: 676–682.
12. Criado E, Sánchez M, Ramírez J, et al. Pulmonary sarcoidosis: typical and atypical manifestations at high-resolution CT with pathologic correlation. *Radiographics* 2010; 30(6): 1567–1586.
13. Dähnert W. Radiology review manual. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007; 436.