

Zmiany w przewodzie pokarmowym w przebiegu plamicy Henocha i Schönleina na podstawie opisu przypadku

Andrzej Prystupa¹, Małgorzata Dec¹, Jerzy Baraniak¹, Jerzy Mosiewicz¹

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie

Prystupa A, Dec M, Baraniak J, Mosiewicz J. Zmiany w przewodzie pokarmowym w przebiegu plamicy Henocha i Schönleina na podstawie opisu przypadku. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(2): 177–179.

Streszczenie

Plamica Schönleina-Henocha jest to układowe zapalenie naczyń skóry, stawów, przewodu pokarmowego i nerek. W pracy przedstawiono przypadek 71-letniego pacjenta hospitalizowanego z powodu bólów brzucha, stawów i zmian na skórze. Przewód pokarmowy był badany poprzez wykonanie gastroskopii i kolonoskopii. Zmiany charakterystyczne dla HSP zostały znalezione w czasie wykonywania kolonoskopii. Badanie endoskopowe może być użyteczne dla pacjentów z HSP, szczególnie, kiedy objawom brzuszным towarzyszą zmiany skórne.

Słowa kluczowe

plamica Schönleina-Henocha, zmiany w przewodzie pokarmowym, endoskopia

Plamica Henocha i Schönleina (Henoch-Schönlein purpura – HSP) jest to układowe zapalenie naczyń, związane z odkładaniem się złogów IgA, obejmujące skórę, przewód pokarmowy, nerki i stawy. Etiologia choroby nie jest znana. W większości przypadków wystąpienie HSP poprzedzone jest infekcją górnych dróg oddechowych. Choroba występuje w każdym wieku. Częstość występowania HSP u dorosłych ocenia się na około jeden przypadek na 100 tysięcy rocznie. Przebieg kliniczny HSP jest zazwyczaj łagodny. Ciężki przebieg może wywołać zajęcie nerek, prowadząc do ich niewydolności [1, 2]. W opisanym przypadku doszło do pojawienia się zmian w przewodzie pokarmowym w przebiegu HSP.

OPIS PRZYPADKU

71-letni pacjent został przyjęty do kliniki z powodu licznych, rozsianych zmian o charakterze uniesionej plamicy, zlokalizowanych na tułowiu, kończynach górnych i dolnych, które pojawiły się po raz pierwszy 2 miesiące przed obecną hospitalizacją (zob. ryc. 1, 2, 3).

Dodatkowo chory podawał w wywiadzie okresowo występujące rozlane bóle brzucha i biegunki. Pacjent dotychczas leczył się z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów, rozpoznanego przed 2 laty (2 miesiące wcześniej odstawiono metotreksat), przewlekłej niewydolności krążenia, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przerostu gruczołu krokowego i cukrzycy typu 2.

W chwili przyjęcia stan ogólny pacjenta był średnio ciężki: ciśnienie tętnicze wynosiło 120/80 mm Hg; akcja serca była miarowa – około 80 uderzeń na minutę; osłuchowo słyszalne były nad polami płucnymi świsty i furczenia oraz trzeszczenia u podstawy obu płuc; brzuch był miękki, miernie bolesny w nadbrzuszu środkowym. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono cech zapalenia stawów, a ich ruchomość była prawidłowa. Oprócz rozsianej uniesionej plamicy



Rycina 1. Zmiany skórne na rękach w przebiegu plamicy Henocha i Schönleina



Rycina 2. Zmiany skórne na udach w przebiegu plamicy Henocha i Schönleina

Adres do korespondencji: Andrzej Prystupa, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie, 20-081 Lublin, Polska
e-mail: aprystup@mp.pl

Nadesłano: 11 czerwca 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 17 lipca 2013 roku

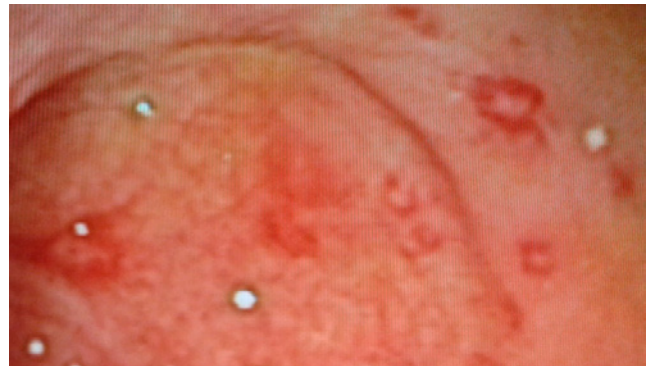


Rycina 3. Zmiany skórne na tułowi w przebiegu plamicy Henocha i Schönleina

w obrębie skóry, widoczne były niewielkie owrzodzenia w okolicy stawów skokowych oraz obrzęki kończyn dolnych sięgające do stawów kolanowych. W wykonanych badaniach laboratoryjnych zwracała uwagę leukocytoza (WBC – 14,6 K/uL), niskie stężenie potasu (K – 3,17 mmol/l) i białka w surowicy (białko całkowite – 5,05 g/dl), podwyższone stężenie mocznika (mocznik – 99,4 mg/dl), D-dimerów (D-dimery – 7064,5 ngFEU/ml) i parametrów stanu zapalnego (OB – 29 po godzinie, CRP – 14,4mg/l).

Analiza moczu wykazała obecność proteinurii i hematurii. Wskaźniki funkcji wątroby nie wykazywały odchylenia od normy. Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej uwiarydliło powiększony gruczoł krokowy. Panendoskopia nie wykazała istotnych zmian w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego. Natomiast w badaniu kolonoskopowym zobrazowano w obrębie jelita grubego liczne owalne ogniska o przekrwionej śluzówce z białymi plamkami w centrum, które w badaniu histopatologicznym odpowiadały *colitis chronica non specifica gradus minoris et nodulus lymphaticus*.

W trakcie hospitalizacji pobrano wycinek skórno-mięśniowy, którego obraz histopatologiczny wykazał *zwyrodnienie*



Rycina 4. Zmiany na błonie śluzowej jelita grubego w przebiegu plamicy Henocha i Schönleina

Tabela 1. Wyniki badań biochemicznych przy przyjęciu pacjenta do kliniki

Na mmol/l (136–145)	K mmol/l (3,5–5,1)	Mocznik mg/dl (18–55)	Kreatynina mg/dl	Białko całkowite (s) g/dl (6,4–8,3)	Amylaza (s) IU/l	D-dimer ngFEU/ml	Aminotrans- feraza alaninowa U/l	Aminotrans-feraza aspraginowa (s) IU/l
133	4,38	99,4	1,08	5,05	57	7064,5	23,7	20,8

Tabela 2. Wynik morfologii krwi opisywanego pacjenta

WBC K/uL (4–10)	RBC M/uL (4–5,7)	HGB g/dl (13–18)	HCT %(40–54)	MCV fl (80–94)	MCH pg (27–32)	MCHC g/dl 31–36)	PLT K/UI (140–360)
14,33	3,77	12,8	38,1	101,1	34	33,6	299

WBC – białe krwinki; RBC – krwinki czerwone; HGB – hemoglobina; HCT – hematokryt; MCV – średnia objętość krwinki czerwonej; MCH – średnia zawartość hemoglobiny w krwince; MCHC – średnie stężenie hemoglobiny w krwince czerwonej; PLT – płytki krwi

Tabela 3. Wyniki badań biochemicznych przeprowadzonych w trakcie hospitalizacji pacjenta

Na mmol/l (136–145)	K mmol/l (3,5–5,1)	Mocznik mg/dl (18–55)	Kreatynina mg/dl	Białko całkowite (s) g/dl (6,4–8,3)	CRP mg/l	Albuminy g/dl (3,5–5,2)	Bilirubina całkowita (s) mg/dl	FE ug/dl (59–158)	GGTP IU/l
145	3,17	59,8	0,72	5,17	14,4	2,7	0,71	112,8	38,6

CRP – białko C-reaktywne; FE – żelazo; GGTP – gammaglutamylotranspeptydaza

Tabela 4. Wyniki badań immunologicznych przeprowadzonych w trakcie hospitalizacji pacjenta

P-ciała p/HCV (s)	Antygen HBs (s)	CA 19–9 (s) U/ml	CEA ng/ml	AFP IU/ml	TSH uU/ml (0,27–4,2)	anty-CCP U/ml (0–17)	PSA całkowity (s) ng/ml (0,21–6,77)
niereaktywny	niereaktywny	7,15	1,32	2,7	1,85	347,75	4,13

CA 19–9 – antygen węglowodanowy 19–9; CEA – antygen karcynoidalny; AFP – α-fetoproteina; anty-CCP – przeciwciała przeciwko cyklicznemu cytrulinowemu peptydowi

nie elastoidalne pod nabłonkiem i ogniskowe skąpe nacieki z limfocytów. W leczeniu stosowano sterydoterapię (*prednison* – 50 mg na dobę), antybiotykoterapię (*ciprofloksacyna*), leczenie diuretyczne (*amilorid*, *hydrochlorotiazyd*, *furosemid*, *spironolakton*), hipoglikemizujące (*metformina*) i bronchodilatoryjne (*formoterol*, *bromek ipratropium*). Pacjent został wypisany do domu po normalizacji wyników laboratoryjnych, ustąpieniu zgłaszanych dolegliwości i znacznej poprawie stanu miejscowego.

DYSKUSJA

U chorych z HSP dochodzi do zajęcia skóry, przewodu pokarmowego, nerek i stawów. Rozpoznanie ustala się na podstawie kryteriów The European League Against Rheumatism (EULAR) i Paediatric Rheumatology European Society (PReS) z 2006 roku. Do obowiązkowego kryterium rozpoznania HSP należy plamica wyczuwalna palpacyjnie. Natomiast do kryteriów dodatkowych (konieczne spełnienie jednego z poniższych) należy: rozlany ból brzucha, występowanie złożeń IgA w badanym bioptacie, zapalenie lub ból stawów i zajęcie nerek pod postacią krwinkomoczu lub białkomoczu [1]. U opisywanego pacjenta występowała charakterystyczna plamica zlokalizowana na skórze na tułowie, kończynach górnych i dolnych. Dodatkowo u pacjenta stwierdzono obecność dolegliwości bólowych stawów. W analizie moczu stwierdzono obecność proteinurii i krwinkomoczu. U opisanego chorego do objawów z przewodu pokarmowego należały: bóle brzucha i biegunka. Zwykle objawy z układu pokarmowego w przebiegu HSP występują w ciągu 8 dni trwania choroby. Do objawów HSP zaliczamy: wymioty, biegunkę, dolegliwości bólowe brzucha, krwawienia, niedokrwienie jelit z ich martwicą, wgłobienie, perforację wymagającą pilnej interwencji chirurgicznej. Najczęstszą lokalizacją HSP w przewodzie pokarmowym jest jelito cienkie, poza tym zmiany mogą występować w przełyku, żołądka, końcowym odcinku jelita krętego i jelicie grubym. Objawy brzuszne

występują u 50–85% pacjentów z HSP, prawdopodobne wtórnie do obrzęku ściany jelita i krwawień. Dolegliwości bólowe brzucha mają charakter kolkowy i są trudne do zlokalizowania [2]. Podczas badania fizykalnego brzuch może być napięty, niekiedy obecne są objawy ostrego brzucha. U opisywanego pacjenta występowała biegunka i rozlane bóle brzucha, dlatego też wykonano badanie gastroskopowe i kolonoskopowe. Zmiany o charakterze płaskich wybroczyn występowały w jelicie grubym. Natomiast w badaniu gastroskopowym nie stwierdzono obecności patologicznych zmian.

Obecność krwawienia z przewodu pokarmowego można stwierdzić u 1/3 pacjentów z HSP. Krwiste biegunki, które często występują u pacjentów z HSP, mogą również pojawiać się w przebiegu eozynofilowego zapalenia przewodu pokarmowego, tocznia układowego, zakażenia pasożytami i zapalenia naczyń wywołanych przez leki. Biopsje wykonane podczas endoskopii z płaskich wybroczyn zwykle nie zawierają naczyń podśluzówkowych, dlatego też badanie histopatologiczne wykrywa niespecyficzne zapalenie [3, 4].

Leczenie HSP jest zwykle objawowe. W ciężkich przypadkach lekami pierwszego rzutu są glikokortykosteroidy podawane doustnie. W razie braku skuteczności podaje się dożylnie metyloprednizolon (1 g/dobę przez 3 dni) [4]. U opisanego pacjenta po zastosowanym leczeniu dolegliwości miejscowe i narządowe uległy zmniejszeniu.

PIŚMIENNICTWO

- Ozen S, Dillon MJ, Bagga A, et al. EULAR/PReS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis* 2006, 65, 936–941.
- Chen MJ, Wang TE, Chang WH, Tsai SJ, Liao WS. Endoscopic findings in a patient with Henoch-Schönlein purpura. *World J Gastroenterol* 2005, 11(15), 2354–2356.
- Zhang J, Huang X. Gastrointestinal involvement in Henoch-Schönlein purpura. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2008, 43, 138–143.
- Małecki R, Stawarska K, Frankowski M, Markowska-Woyciechowska A, Adamiec R. Plamica Henocha i Schönleina o ciężkim przebiegu z zajęciem przewodu pokarmowego. *Reumatologia* 2012, 50, 61–65.

Gastrointestinal tract changes in the course of Henoch-Schönlein purpura – Case report

Abstract

Henoch-Schönlein purpura is a systemic vasculitis of the skin, joints, GI tract, and kidney. The case is presented of a 71-year-old male with HSP, hospitalised due to abdominal pain, diarrhea, arthralgia, and skin rash. The gastrointestinal tract was viewed by upper endoscopy and colonoscopy. Changes typical of HSP were found while performing colonoscopy. Endoscopy may be useful in the diagnostics of HSP, especially when abdominal symptoms are accompanied by cutaneous lesions.

Key words

Henoch-Schönlein purpura, changes in gastrointestinal system, endoscopy