

JAKÁ JE VAŠE DIAGNÓZA? - ODPOVĚDI

Diferenciální diagnostika váhového úbytku a únavy

- Mentální anorexie se může vyskytovat i u chlapců, ale nebývá spojena se subjektivně vnímanou únavou. Postižení se snaží redukovat tělesnou hmotnost i zvýšenou fyzickou aktivitou. Proti této diagnóze svědčí, že chlapec sám hodnotil váhový úbytek jako nežádoucí, doma ani na oddělení nejevil známky poruchy příjmu potravy. Z laboratorních nálezů by sice sideropenie mohla být následkem nutriční karence, avšak vysoké hodnoty zánětlivých markerů vždy nutí pátrat po jiné příčině hubnutí.
- Onkologické onemocnění nebylo prokázáno žádným z uvedených vyšetření.
- Ložisková infekce nebyla prokázána. Střevní infekce nebyla prokázána mikrobiologickým ani parazitologickým vyšetřením. Charakter sedimentace erytrocytů (poměr 1. hodina/2. hodina je 0,49) a nižší hodnota CRP svědčí spíše pro chronicky probíhající zánět.
- Pro endokrinopatii – insuficienci kůry nadledvin nebo hypertyreózu nesvědčí klinický obraz onemocnění a tuto diagnózu nepodporují ani normální hladiny hormonů v séru.
- Celiakie by mohla být spojena s únavou, hmotnostním úbytkem, decelerací růstu i sdruženými autoimunními projevy, ale její relativně náhlý začátek ve věku 14 let není typický. Neprokazalo ji ani vyšetření antiendomysialních protilátek, které jsou negativní.
- Pro juvenilní idiopatickou artritidu může svědčit obecně artritida, vyšší hladina zánětlivých markerů i hraniční pozitivita ANA IF. Začátek tohoto onemocnění u chlapců v dospívání při negativním revmatoidním faktoru limitovaný pouze na malé ruční a nožní klouby bez postižení větších kloubů není typický. Potvrzení nebo vyloučení tohoto onemocnění by vyžadovalo dlouhodobější sledování.
- Nespecifické střevní záněty se mohou projevovat subfebriliemi, únavností, průjemovitými stolicemi s příměsí hlenu. Laboratorní vyšetření většinou prokazuje zvýšenou zánětlivou aktivitu chronického charakteru. Postižení kůže (obrázek 2), které je projevem erythema nodosum, a postižení kloubní mohou být extraintestinálními příznaky nespecifického střevního zánětu. Všechny tyto projevy spolu s pokračujícím hmotnostním úbytkem by měly vést k dalšímu vyšetření trávicího traktu. **Kolonoskopické vyšetření** prokazuje aftózní léze a ulcerace kryté hnisavým povlakem s postižením tenkého i tlustého střeva s maximem nálezu v terminálním ileu, céku a vzestupném tračníku. **Histologické vyšetření** ukazuje postižení celé stěny střevní a potvrzuje diagnózu

M. Crohn. Doplnili jsme ještě **vyšetření střeva enteroklyzou** opět s nálezem potvrzující diagnózu (obrázek 3).

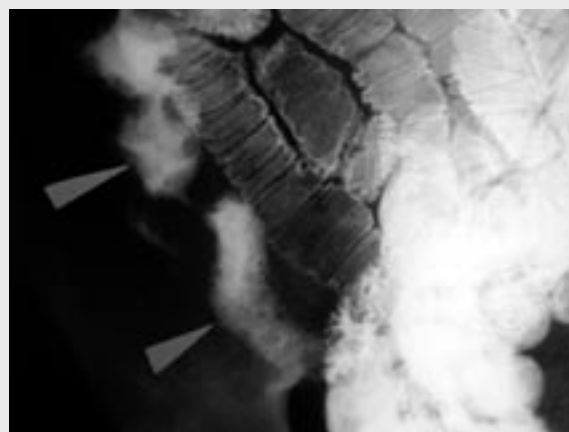
Crohnova choroba je závažnou formou nespecifického střevního zánětu. Jedná se o autoimunitní onemocnění gastrointestinálního traktu, které může postihnout kteroukoliv jeho část, ale nejzávažnější změny bývají právě v oblasti terminálního ilea a céka. Typickým projevem nemoci jsou průjmy zpravidla s příměsí hlenu, hmotnostní úbytek, subfebrilie, elevace zánětlivých markerů, projevy malabsorpce – zejména sideropenie. Vyšetření autoprotilátek je u M. Crohn nespecifické. Zánět postihuje stěnu trávicí trubice v celé rozsahu, což může mít za následek vznik píštělí a extraintestinálních abscesů, které mohou být někdy i prvním projevem choroby. Při hojení lézí často dochází ke vzniku striktur. Choroba může mít i extraintestinální projevy, jejichž rozvoj může předcházet projevům střevním. Patří sem:

- postižení kloubů a páteře, kdy typickým projevem je periferní nedeformující artritida
- oční postižení spojivek, skléry, duhovky i sítnice, kdy typicky se objevuje episkleritida
- postižení dutiny ústní ve formě aftózních lézí
- cholelitiáza nebo sklerotizující cholangitida
- oxalátová nefrolitiáza
- zvýšené riziko žilních trombóz a následné embolizace
- kožní změny typicky ve formě erythema nodosum nebo pyoderma gangrenosum.

Diagnóza

M. Crohn s extraintestinálními příznaky ve formě artritidy a erythema nodosum.

Obrázek 3. Enteroklyza tenkého střeva (šipka označuje patologickou část)



Literatura

- Cassidy JT, Petty RE, et al. Textbook of Pediatric Rheumatology.
- Hrodek O, Vavřínek J, et al. Pediatrie, Praha, Galén, 2002.

- Jenkins HR. Inflammatory bowel disease Archives of Disease in Childhood, London, Nov 2001; 85, 5: 435.
- Mařatka Z, et al. Gastroenterologie, Nakladatelství Karolinum, Praha 1999.