

# Ziekte van Crohn en colitis ulcerosa

DR. I. T. WETERMAN

Zowel bij de ziekte van Crohn als bij colitis ulcerosa hebben wij te maken met een chronisch recidiverende ontsteking van de tractus digestivus, waarvan de etiologie tot heden nog onbekend is. Bij colitis ulcerosa is er sprake van een oppervlakkige ontsteking die zich tot het rectum en het colon beperkt. Bij de ziekte van Crohn daarentegen is de ontsteking transmuraal en kan de lokalisatie in principe in elk deel van de tractus digestivus zijn.

Bij Morbus Crohn kan de lokalisatie in elk deel van de tractus digestivus – van mond tot anus – voorkomen, doch de meest frequente lokalisatie is de laatste ileumlis al of niet met een deel van het colon, of primair het colon. Er is sprake van een transmurale ontsteking met intramurale fissuren, grote neiging tot fistelvorming en abcedering, met in een latere fase sterke transmurale fibrosering en stenosevorming. Microscopisch zijn de epitheloidcelgranulomen het meest kenmerkend, doch niet altijd aanwezig. Beide ziektebeelden komen op elke leeftijd voor, doch vooral bij de jonge volwassenen. De ziekte van Crohn is zeldzamer dan colitis ulcerosa. In Nederland zijn geen exacte cijfers bekend, doch in Noordepese landen worden ongeveer 25 – 50 lijdere aan de ziekte van Crohn per 100.000 personen gezien. Dit zou voor Nederland betekenen, dat in elke huisartspraktijk één tot twee patiënten met deze aandoening voorkomen.

## Colitis ulcerosa

Bij colitis ulcerosa neemt een verandering in het defaecatiepatroon een centrale plaats in. De eerste symptomen zijn rectaal bloed- en slijmverlies, soms gepaard met tenesmi en/of loze aandrang. De ontsteking begint altijd in het rectum en kan zich al of niet uitbreiden naar proximaal, doch immer in continuïteit met het rectum. Naarmate de ontsteking uitgebreider is, zal de faeces van consistentie veranderen en de defaecatiefrequentie toenemen. Dit klinische beeld zal de diagnose colitis snel doen vermoeden en verder onderzoek noodzakelijk maken. Het lichamelijk onderzoek valt meestal nor-

maal uit, behoudens anemie. Bij rectaal toucher lette men op het aspect van de anus, afwijkingen van het rectumslijmvlies en of er bloed, slijm en pus aan de handschoen zit. Verwijzing naar internist of gastro-enteroloog is nodig voor verdere diagnostiek om de juiste aard en uitgebreidheid van de colitis vast te stellen (röntgenologie en endoscopie) en aan de hand daarvan de therapie in te stellen. Indien er sprake is van een ernstige aanval dient direct ziekenhuisopname te worden geregeld. Bij een ernstige aanval van colitis ulcerosa vindt men de volgende verschijnselen (Truelove): defaecatiefrequentie 6 of meer keer per 24 uur; duidelijk macroscopisch bloed bij de ontlasting; temperatuur hoger dan 37,5°C; tachycardie boven 90 slagen per minuut; hemoglobinegehalte lager dan 75%; bezinkingssnelheid rode bloedlichaampjes 30 mm of hoger

Bij zo'n aanval is snel toepassen van maximale therapie, te weten intraveneuze voeding, niets per os en corticosteroiden van groot belang. De gevreesde complicaties zijn acute dilatatie en perforatie van het colon, situaties waarin acuut operatief ingrijpen een hoge kans op mortaliteit geeft. Bij minder ernstige aanvallen is poliklinische behandeling gerechtvaardigd, doch bij uitblijven van een snelle verbetering is eveneens opname nodig. Hoe sneller een aanval wordt gecoupeerd, hoe beter. De corticosteroiden, belangrijk in de behandeling van actieve colitis ulcerosa, hebben geen effect op het voorkomen van een recidief. Salazopyrine heeft dat daarentegen wel en toediening ervan dient ter voorkoming van een re-

cidief ook na het verdwijnen van de klachten te worden voortgezet in een onderhoudsdosering van twee gram per dag gedurende minstens een jaar.

De literatuur is niet eensluidend over het feit of na een jaar klachtenvrij zijn, Salazopyrine kan worden gestaakt; vooralsnog lijkt het raadzaam de toediening van Salazopyrine te continueren.

Bij langer dan tien jaar bestaande colitis ulcerosa is er een verhoogde kans op maligniteit. Predisponerende factoren zijn volgens Truelove:

- op jonge leeftijd begonnen,
- een ernstige eerste aanval,
- hele colon aangedaan,
- voortdurende klachten.

Indien twee of meer van deze factoren aanwezig zijn, valt profylactische colectomie te overwegen. De Vroede vond bij een groep van 396 kinderen met colitis ulcerosa, begonnen onder de leeftijd van 14 jaar, een kans op carcinoom van 43 procent na 35 jaar. Colonoscopische controle in de „high risk” groep is aangewezen.

## Morbus Crohn

Bij de ziekte van Crohn hebben wij met een veel heterogener beeld te maken. De anamnese is grilliger en vager, mede waardoor de juiste diagnose vaak laat wordt gesteld. Recidiverende buikklachten, diarree, vermagering, af en toe koorts, zijn de meest voorkomende symptomen, doch soms zijn andere klachten, zoals artritis, erythema nodosum, persisterende cystitis of zelfs pneumaturie, secundaire amenorroe of perianale fistels de reden dat de patiënt de hulp van de arts inroept. Indien het colon de primaire lokalisatie is, zal de gestoorde defaecatie, vooral bij distale colitis, meer centraal komen te staan en kan ook bloed- en slijmverlies optreden.

Het lichamelijk onderzoek kan volkomen normaal uitvallen. Men lette op de aanwezigheid van trommelstokvingers of -tenen met horlogeglasnagels, erythema nodosum, episcleritis of uveïtis en afters in de mond. De aanwezigheid van een palpabele weerstand rechts onder in de buik zal Morbus Crohn eerder doen vermoeden. De inspectie van de anus is zeer belangrijk en kan de sleutel leveren tot de diagnose. Indolente fissuren, „skin tags” en peri-anale ulcera of fistels kunnen aanwezig zijn zonder dat de patiënt daarover klaagt. Bij rectaal toucher kan een weerstand in Douglas aanwezig zijn.

Voor het stellen van de juiste diagnose is verder onderzoek noodzakelijk. Röntgenologisch onderzoek van dunne darm en colon zijn onmisbaar. Het maken van een intraveneus pyelogram bij een vastgestelde M.

Crohn dient tot het routine-onderzoek te behoren. De laatste jaren is primaire colitis op basis van M. Crohn meer en meer bekend geworden en vooral de colonoscopie is voor de differentiële diagnose met colitis ulcerosa een belangrijke aanvulling gebleken op het röntgenologisch onderzoek. Het onderscheid in deze is belangrijk omdat het beloop en de prognose van beide ziekten verschillend zijn.

Het is duidelijk gebleken dat ook een „normale” conventionele colonfoto, het bestaan van een diffuse colitis van welke aard dan ook, niet uitsluit. Bij onbegrepen klachten, bijvoorbeeld diarree, of bloed- en slijmverlies rectaal, of anemie zal bij negatieve radiologische bevindingen een colonoscopie moeten worden verricht.

Vele lokale complicaties kunnen zich bij de ziekte van Crohn voordoen. De meest frequent voorkomende zijn fistelvorming (interne of externe) al of niet met abcesvorming en obstructies. Het recidief-percentage na operatie is hoog, hetgeen een meer (te) conservatief beleid in de hand heeft gewerkt. Uit onze ervaring menen wij te mogen vaststellen dat frequent absolute operatie-indicaties, zoals bovengenoemde complicaties, onvoldoende zijn aangehouden, waardoor patiënt en arts in grote moeilijkheden zijn gekomen. Gezien het recidiverende karakter bij de ziekte van Crohn en de verhoogde kans op mortaliteit, is levenslange controle van deze patiënten noodzakelijk.

Weterman, I. T. Course and long-term prognosis of Crohn's disease. Proefschrift Leiden, 1976

Weterman, I. T., A. S. Peña & C. C. Booth (editors). The management of Crohn's disease. Proceedings of the Workshop on Crohn's disease, Leiden (1975). Excerpta Medica, Amsterdam, 1976.

# Glutengevoelige spruw

P. C. M. ROSEKRANS

Het ziektebeeld, dat door Samuel Gee in 1888 voor het eerst werd beschreven als een chronisch en dikwijls fataal malabsorptiesyndroom bij kinderen, noemde hij coeliakie. Hij besluit zijn artikel in het tijdschrift van het St. Bartholomeus Ziekenhuis met de indertijd wel haast visionaire uitspraak: „But if the patient can be cured at all it must be by means of a diet”.

## Historie

Ondanks dat in de eerste helft van de twintigste eeuw dit ziektebeeld door verschillende onderzoekers intensief werd bestudeerd, duurde het tot 1950 voordat het verband met tarwe en deze ziekte duidelijk werd. Dicke wees er in zijn proefschrift op dat tarwe toxisch is en bij coeliakie-patiënten aanleiding geeft tot malabsorptieverschijnselen. Het was hem opgevallen dat tijdens de oorlogsjaren het ziektebeeld veel minder frequent voorkwam, doch dat na de oorlog met de komst van het tarwebrood de frequentie weer toenam.

In 1951 werd ontdekt, wederom door Nederlanders, dat het tarwe-eiwit gluten, de toxische substanties bevatte. Later bleek het eiwit gliadine verantwoordelijk hiervoor. Hiermee was een rationele therapie voor dit ziektebeeld mogelijk geworden. Het heeft dus ruim zestig jaar geduurd voordat de uitspraak van Gee werd bewaarheid. Daarna ging de ontwikkeling snel. Paulley ontdekte in chirurgisch resectiemateriaal de vlokatrofie in het jejunum. Nadat de perorale darmbioptie mogelijk werd, is dit frequent bevestigd. Rubin wees er in 1960 op dat coeliakie bij kinderen precies hetzelfde ziektebeeld is als de niet-tropische spruw bij volwassenen. Ik zal het ziektebeeld, dat onder vele namen bekend is, verder glutengevoelige spruw noemen.

## Kenmerken

De kenmerken van het ziektebeeld zijn de volgende:

er bestaat een intestinale malabsorptie van bijna alle nutriënten;

er wordt een kenmerkende, zij het niet spe-

cifieke laesie gevonden van de dunnedarmmucosa;

er treedt een verbetering op na onthouding van gluten bevattende tarwebestanddelen in het dieet.

## Symptomen

De symptomen bij glutengevoelige spruw ontstaan ten gevolge van de hierbij kenmerkende resorptiestoornis. Deze malabsorptie leidt tot gastro-intestinale verschijnselen en tot afwijkingen, secundair aan de hierbij optredende deficiëntietoestand.

## Defaecatiestoornissen en gastro-intestinale verschijnselen

Het komt voor dat er, zoals wij bij familie-onderzoek meemaken, patiënten met ernstige vlokatrofie en malabsorptieverschijnselen worden gevonden, zonder een afwijkend defaecatiepatroon. Bij patiënten met glutengevoelige spruw kan zelfs de klacht van wisselende obstipatie bestaan.

Van belang is de min of meer plotseling ontstane darmcatarre te noemen, waarbij de patiënt klaagt over diarree, gewichtsverlies en vaak ook over anorexie en lusteloosheid. Het mechanisme van deze acute diarree is moeilijk te verklaren. Men moet aannemen dat de dunnedarmafwijkingen optreden vanaf het ogenblik dat de darm met tarwe-eiwit in aanraking komt, dus na de periode van fles- of borstvoeding, als de eerste liga of pap wordt gegeten. Bij deze presentatie van klachten wordt meestal na uitgebreid onderzoek de diagnose toch tamelijk snel gesteld.

Geheel anders is de meer chronische verschijningsvorm, waarbij malabsorptieverschijnselen op de voorgrond staan. De defaecatiestoornis, die hierbij meestal reeds vanaf de vroege jeugd bestaat en gekenmerkt wordt door frequente defaecatie,