

Sigmoid Kolon Tutulumlu Mikroskopik Polianjiit; Ağrısız Kanama ile Başvuran Bir Olgu

Arzu Tiftikçi¹, Gürkan Yurteri², Özlen Atug³, Çiğdem Çelikel⁴, Şule Yavuz⁵, Hülya Hamzaoglu³

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Acıbadem Maslak Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul, Türkiye

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Patoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sunulduğu Kongre: Ulusal gastroenteroloji haftası 2005; The Turkish Journal of Gastroenterology 16 (supp 1) September 2005;145

Gönderilme Tarihi: 08 Ağustos 2009 • Revizyon Tarihi: 17 Eylül 2009 • Kabul Tarihi: 08 Kasım 2009

ÖZET

Mikroskopik polianjiit küçük çaplı damarlarda nekrotizan vaskulitle seyreden pek çok organı tutabilecek sistemik bir hastalıktır. Nekrotizan veya bazen de hızla ilerleyen glomerulonefrit hastalığının major özelliklerindedir. Gastrointestinal sistem de tutulabilir ve genellikle hafif bir klinikle seyreder. Biz sigmoid ülseri ön planda olan mikroskopik polianjiit olgusu sunuyoruz. Yetmiş üç yaşında erkek hasta üç aydır aralıklı olan, ağrısız rektal kanama ile başvurdu. Kolonoskopide sigmoid kolonda dev ülser saptandı. Ülser kenarından alınan biyopsilerin histopatolojik incelemeleri küçük arter vaskuliti ile uyumlu idi. Takip sırasında hızla diyaliz ihtiyacı olacak böbrek yetmezliği gelişti. Mikroskopik polianjiit tanısı ile prednizon ve siklofosamid tedavisi uygulanan hastanın dört hafta sonraki takip endoskopisinde ülserin tamamen iyileşmiş olduğu tespit edildi. Takip eden üç ayda da hastanın semptomu olmadı. Mikroskopik polianjiitli olguların üçte birinde gastrointestinal sistem tutulsa da genellikle bu tutulum hafif seyirlidir. Olgumuz rektal kanama ile başvuru tanısı sigmoid kolondaki ülser kenarlarından alınan biyopsiler ile konulmuş vaskulitik hastalıktır.

Anahtar sözcükler: mikroskopik polianjiit, kolon, kanama

MICROSCOPIC POLYANGIITIS WITH SIGMOID COLON INVOLVEMENT; PRESENTING AS PAINLESS RECTAL BLEEDING

ABSTRACT

Microscopic polyangiitis is a systemic necrotizing vasculitis of small vessels involving many different organ systems. Necrotizing and sometimes rapidly progressive glomerulonephritis is the major features of microscopic polyangiitis. Gastrointestinal tract can be involved with mild presentation. Here we are presenting a microscopic polyangiitis case with a sigmoid ulcer. A 73-year-old man presented with painless intermittent rectal bleeding of 3 months duration. Colonoscopy showed a giant ulcer in the sigmoid colon. Multiple biopsies were taken from the ulcer and surrounding mucosa. Histopathologic examination showed vasculitis of small arteries. During follow up he had acute renal failure. With the diagnosis of microscopic polyangiitis prednisone and cyclophosphamide therapy was begun. Follow-up endoscopy after a four-week course of therapy showed a complete healing without any remnant tissue at the ulcer site. The patient has been symptom-free next 3 months of follow-up. Although the gastrointestinal tract is involved in one third of the patients in microscopic polyangiitis the presentation is usually mild. This is a case of microscopic polyangiitis with initial presentation of rectal bleeding and diagnosis made by sigmoid biopsies of the lesion.

Key words: microscopic polyangiitis, colon, bleeding

Giriş

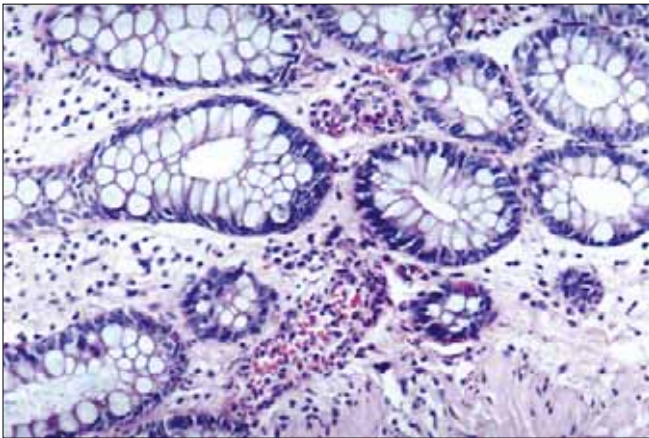
Mikroskopik polianjiit (MPA); küçük çaplı damarların tutulumu ile seyreden sistemik nekrotizan vaskulittir. Lezyonlarda immun deposit tespit edilebilir ama kural değildir. Hastaların yaklaşık %75'inde anti-nötrofil sitoplasmik otoantikör (ANCA) pozitifdir. Böbrekten kas iskelet sistemine, akciğere, gastrointestinal sisteme kadar pek çok sistem tutulabilir. Hızlı seyirli glomerulonefrit, akciğer hemorajisi hastalığının seyri sırasında gelişebilir (1). Gastrointestinal sisteme (GIS) ait şikayetler başvuru sırasında olmamasına rağmen bu sistem tutulumuna ait bulgular hastaların üçte birinde

bulunur (2). Biz burada kliniğimize rektal kanama ile gelen, başka merkezlerde ülseratif kolit veya kolon tümörü öntanıları alan bir mikroskopik polianjiit olgusu sunuyoruz.

Olgu: Üç ay önce 73 yaşındaki erkek hasta rektal kanama yakınması ile bir hastaneye başvurmuş. Yapılan kolonoskopide sigmoid kolonda ülser düz bir lezyon tespit edilmiş. Rutin testlerinde ise hafif kreatinin yükselmesi ve anemi saptanmış. Kolon malinitesi öntanısı ile takip edilmiş. Biyopsileri ülser zemini ile uyumlu bulunmuş. İki ay sonra benzer yakınmalarla kolonoskopi tekrarlanmış. Yine sigmoid

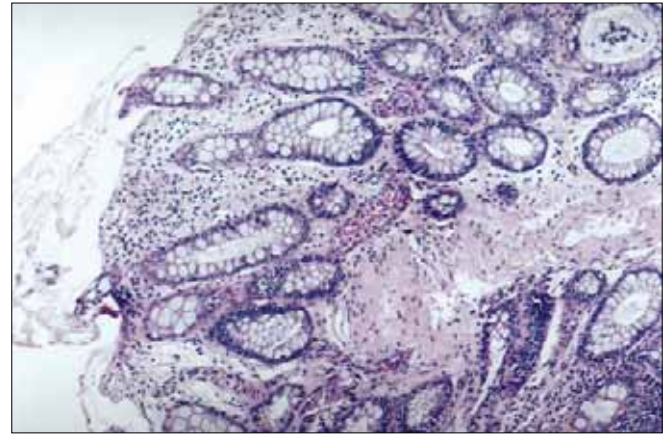


Şekil 1. Dev sigmoid ülserin endoskopik görünümü.



Şekil 2. Kolonik mukozada hafif iskemik değişiklikler ve fokal kript absesi (hematoxylin & eosin x 200).

kolonda ülserler görülmüş. Ancak sigmoid kolonun tamamen bu ülserlerle kaplı olduğu ve ülser kraterlerinin derin olduğu tespit edilmiş. Histopatolojik inceleme "lökositik eksuda ve kript distorsiyonlu ödemli kolon mukozası" olarak rapor edilmiş.. İnflamatuvar bağırsak hastalığı öntanısı ile hastaya mesalazine preparatları başlanmış. Hastaya uygulanan dört haftalık tedaviye yanıt vermeyince ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize gönderilmiş. Hastaya bize başvurana kadar 5 ünite eritrosit transfüzyonu verilmişti. Ayrıca son altı ay içinde hasta 6 kg kaybetmişti. Kreatinin 5,9 mg/dl idi. BUN:140mg/dl, potasyum: 6,2mEq/dl, diürez: 300ml/gün, proteinuri:2,4g/gün, lökosit:15000/uL, Hemogloblin:10g/dl, sedimentasyon hızı: 78mm/saat saptandı. Hastaya bu laboratuvar değerleri ile acil diyaliz endikasyonu konuldu. Hemodiyaliz tedavisinden sonra hasta böbrek yetmezliğini ve rektal kanamayı açıklayabilmek için hospitalize edildi. Yapılan kolonoskopi de sigmoid kolonda dev ülser saptandı (Şekil:1). Ülser kenarlarından alınan biyopsilerin histopatolojik değerlendirmesinde fokal kript abseleri, polimorfonükleer lökositik infiltrasyon, yüzeysel kolonik mukozada iskemik değişiklikler ve küçük arter duvarlarının submukozal ve mukozal seviyelerinde nükleer debris olduğu rapor edildi (Şekil 2 ve 3). Patolojik tanı küçük damar tutulumlu lökositoklastik vaskülit.



Şekil 3. Küçük damarların duvarlarında Polimorfonükleer lökositik infiltrasyon ve nükleer debris (hematoxylin & eosin x 400).

Ekstremitelerde parestezi olması üzerine yapılan elektromiyografi sonucu motor ve duysal nöropati ile uyumlu bulundu. Hepatit B yüzey antijeni ve ANCA negatifti. Poliarteritis nodosa (PAN) ile ANCA negatif mikroskopik polianjiiti ayırabilmek için hastaya renal biyopsi ve abdominal arterlerin anjiyografik değerlendirilmesi önerildi. Ancak, hasta her iki tetkiki de reddetti. Kilo kaybı, artmış sedimentasyon hızı, duysal ve motor nöropati, böbrek yetmezliği ve küçük arter vaskülitı beraber değerlendirildiğinde olgunun "mikroskopik polianjiit" olduğu kanısına varıldı. Hastaya siklofosfamid ve glukokortikoid tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında tekrarlanan kolonoskopide sigmoid kolonun tamamen iyileştiği tespit edildi.

Tartışma

MPA histolojik olarak küçük damar vaskülitı ile karakterize sistemik bir vaskülitir. Önceleri PAN'ın hızlı ilerleyen nekrotizan glomerulonefrit ve akciğer hemorajisi ile seyreden bir alt tipi olarak sınıflandırılmıştı. Ancak 1994 yılında uluslararası konsensusu sağlamak için bir araya gelen bir grup uzman tarafından, PAN ile ayrımı yapılmıştır. Küçük damar tutulumu MPA için spesifik kabul edilmiştir. PAN'da abdominal semptomlar hastaların %35-50'sinde (3) rapor edilirken MPA'da bu oran %30'lar civarındadır (2). MPA daha çok pulmoner ve glomerüler kapillerleri tutar. Perinükleer ANCA yaklaşık %75 hastada pozitif bulunur. GİS tutulum genellikle seyrektir (2). Hatta kolonik hemorajiye bağlı rektal kanama yakınması çok nadirdir (4-5). Ayrıca literatürde vaskülitte bağlı iskemik sonrası abdominal organ perforasyonundan (6) hepatic arter tutulumuna bağlı gis kanamaya (7) kadar olgu bazında bildirimler vardır.

Bizim olgumuz da renal biyopsi veya mezenter anjiyografi yapamamamız tanıda şüphe yaratabilir. Bunun yanında sigmoid ülser kenarından yapılan biyopside küçük arter vaskülitı tespit edilmesi, olgunun yapılan tedaviye verdiği anlamlı yanıt, olayın hızlı bir şekilde ilerlemesi birlikte düşünüldüğünde olgunun ANCA negatif MPA olduğu kanısına varıldı. MPA'nın kolonik ülserle ortaya çıkması çok nadir olduğu için bu olgu sunuma değer bulunmuştur.

Sonuç olarak; kolon ülserlerinde özellikle başvuru atipikse vaskülit olasılığı akla gelmeli ve tedavi geciktirilmemelidir.

Kaynaklar

1. Soto O, Conn DY. Polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis. In Rheumatology. Third Edition. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH Eds., vol2, Mosby Edinburgh 2003 Elsevier: 1611-21
2. Guillevin L, Durand-Gasselin B, Cevallos R, Gayraud M, Lhote F, Callard P, Amouroux J, Casassus P, Jarrousse B. Microscopic polyangiitis: clinical and laboratory findings in eighty-five patients. Arthritis Rheum. 1999 Mar; 42(3):421-30.
3. Bailey M, Chapin W, Licht H, Reynolds JC. The effects of vasculitis on the gastrointestinal tract and liver. Gastroenterol Clin North Am 1998; 27(4): 747-82
4. Tsai CN, Chang CM, Chuang CH, Jin YT, Liu MF, Wang CR. Extended colonic ulcerations in a patient with microscopic polyangiitis. Ann Rheum Dis. 2004 Nov;63(11):1521-2.
5. Hogan SL, Nachman PH, Wilkman AS, Jennette JC, Falk RJ. Prognostic markers in patients with antineutrophil cytoplasmic autoantibody-associated microscopic polyangiitis and glomerulonephritis. J Am Soc Nephrol. 1996 Jan;7(1):23-32.
6. Collins DA, Duke O. Systemic vasculitis presenting with massive bowel infarction. J R Soc Med. 1995 Dec;88(12):692-3.
7. Spahn TW, Ullerich HJ, Lebitz P et al. Gastrointestinal bleeding secondary to hepatic artery involvement of microscopic polyangiitis: case report and review of the literature. Dig. Dis. Sci 2007 Jun;52(6):1558-61.

İletişim

E-Posta : arzu.tifitkci@acibadem.edu.tr
Telefon : 0(212) 304 44 76