30. Inflammatoriske tarmsygdomme

**Celiac disease**

Bedre kendt på dansk som at være allergiger overfor gluten – er oftest en børnelidelse. Kan dog også forekomme hos voksne. Der findes en relateret sygdom, tropical sprue, som skyldes en bakterie – ofte set i epidimier i tropiske områder.

Celiac disease er forbundet med genetiske faktorer og består af en defekt i det interstitielle enzym som fordøjer gluten. Kombinationen af en fordøjelses blok med en immunologisk respons resulterer i en toksisk effekt på intersitelle villi 🡪 Denne svækkelse af villi medfører mindsket enzymproduktion og mindre absorptionsoverflade. Altså er den endelige konsekvens af sygdommen fejl absorption og dermed fejlernæring.

Hos spædbørn ses sygdommen først når deres kost tilføres korn. Malabsorptions symptomer ses som steatorrhea, muskel mindskning og barnet kan ikke opretholde sin normalvægt. Irritabilitet og ubehag er almindeligt forekommende. Tilstanden kan diagnostiseres ved blodprøve (autoanitobodies), duodenal biosi eller ved at undgå gluten i føden. Normalt kan lidelsen behandles ved sidst nævnte, og interstitiel mukosa vil blive normalt efter nogle uger.

**Kroniske inflammatoriske tarmsygdomme:**

Der findes tre inflammatoriske i tarmen, hhv. Chron’s disease. ulcerative colitis og appendixis, hvoraf jeg hovedsageligt vil fokusere på to først nævnte. Begge er kroniske inflammations sygdomme for hvilke årsagen er ukendte. En genetisk faktor synes at spille en rolle, idet lidelserne ses hos flere individer i samme familie, derudover ses lidelserne også oftere hos bestemte racer. Der ses mange ligheder mellem de to inflammatoriske tilstande i tarmen, klinisk kan det være svært at skelne hos nogle individer.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Chron’s disease** | **Ulcerative colitis** |
| **Hvornår (alder)?** | Typisk i teenage alderen | Typisk i 20-30 års alderen. |
| **Hvor opstår sygdommen?** | Kan påvirke hele tarmen, men ses oftest i tyndtarmen | Begynder i rectum men kan fortsætte proximalt op i colon. Tyndtarmen er sjældent involveret. |
| **Inflammationens form:** | Skip lesions: Inflammerede områder klart adskilt fra raske områder. Alle 3 væglag kan involveres. | Broer dannes af intakt mukosa og ulcurer. Kun mukosa og subkumosa involveres. |
| **Inflammationens udvikling:** | Indledningsvist opstår inflammationen i mukosa i form af flade ulcer. Ulcerne smelter sammen, hvorved der dannes fissurer sepereret af tykke elevationer eller noduler 🡪 giver væggen en cobble-stone udseende. Inflammtionen kan påvirke alle 3 væglag og blive til en rigid rubber hose væg (stivhed). | Mukosa og submukosa bliver inflammeret begyndede ved de libuerküske krupters base. Vævet bliver ødemøst og løst og ulcurer dannes. Når ulcurerne vokser sammen bliver store område af mukose blotlagt, men der findes rester af af intakt mukosa som danner broer og ulcurerne. |
| **Konsekvenser af inflammationen:** | Ændringer i væggen fører til en forsnævret lumen, som kan blive fuldstændig obstrueret. Granulomer kan findes i væggen og i regionale lymfeknuder ved en kronisk lidelse. Den beskadigede væg hæmmer tyndtarmens evne til at bearbejde og absorbere føde. Inflammationen mindsker også bevægeligheden (stivhed) af tarmen og dermed mindskes tiden for mulig fordøjelse og absorption. | Denne vævsdestruering påvirker absorption af væske og elektrolytter i colon – og påvirker altså ikke absorption i tyndtarmen som chron’s disease. |
| **Komplikationer (bivirkninger)** | Hypoproteinemia, avitaminosis, fejlernæring og mulig steatorrhea iarré(fedtd). Andre komplikationer er tilhæftning mellem to loops i tarmforløbet når subserosa inflammeres. Ulcere kan penetrere væggen hvorved der kan dannes bylder, fistel dannelse som er en forbindelsespassage mellem to strukturer pga. ulcur penetrering, fx mellem to loop i tarmforløbet, mellem tarm og blære eller mellem tarm og hud. Perianal fissurer og fistler er også normale. | I alvorlige akutte tilfælde kan en alvorlig komplikation som toxia megacolon udvikles idet inflammationen påvirker peristalitismen – førende til obstruktion og dilation af colon.  En bekymring ved vedvarende ulcerative colitis er øget risiko for colorectal carconima (cancer), som kan forudses ved opdagelsen af metaplasi og dysplasi i mukose.  Ingen fistel eller fissurdannelse. |
| **Symtomer:** | Diarre og abdominale kramper. Afføringen er typisk blød eller semi-formet. Melena (mørkt / skjult blod) kan opstå hvis ulcurer eroderer blodkar. Smerte og spændthed mærkes oftest i højre, nedre kvadrant. Pga. fejlernæringen ses vægttab, anoreksi og træthed. Hos børn ses sænket vækst og seksuel modning pga. manglende protein og vitamin (A og D). I det hele taget ses mangle fysiologiske implkationer ved denne form for lidelse når den er kronisk. | Diarre, her er afføringen vandig med tilstedeværelsen af blod og mukus (Franks blod?) med kramper. I alvorligere tilfælde kan afføringen bestå udelukkende af blod og mukus med tenesmus (rectum spasmer). Rectal blødning skal observeres idet det kan føre til slem jern mangel anæmi. Feber og vægttab kan være symptomer. |

**Behandling af begge typer inflammationer:**

* Exacerbetions. Gode til at indikere og om muligt fjerne de specifikke faktorer der gør sig gældende i det enkelte individ.
* Specifikke mål inkluderer ofte anti-inflammatorisk medicinering.
* Antimotilitets agenter – anvendes for at lindre symptomerne i milde tilfælde
* Nærings supplementer
* Antimikrobials anvendes mod sekunædre infektion.
* Immunotherapeutiske agenter er effektiv i en langvarig behandling.
* Kirurgisk indgreb er nødvendige ved obstruktion eller fistler.

**Appendicitis:**

Appenditis er en inflammation og infektion i vermiform appendiks (blindtarm), det er en hyppig lidelse blandt unge, omkring 10 % af befolkningen rammes.

* Patofysiologi:
  + Den initierende faktor er en form for obstruktion af appendix lumen.
  + Væske ophobes i appendiks, hvorved mikroorganismer prolifererer.
  + Væggen i appendiks bliver inflammeret, den hæver hvormed blodkarrene i væggen komprimeres.
  + Det øgede indhold og det stigende tryk inden i appendiks fører til iskæmi (iltmangel) og nekrose af væggen 🡪 øget permeabilitet.
  + Pga. den øgede permeabilitet kan bakterier og toxiner flygte til omkringliggende væv 🡪 infektionen spredes således.
  + Hvis blindtarmbetændelsen ikke behandles hurtigt, vil det fortsat øgende tryk i appendiks fører til yderligere iskæmi og nekrose, og blidtarmen vil i sidste ende springe 🡪 dette vil medføre generaliseret peritonitis hvilket er livstruende.
* Symptomer: I nogle tilfælde er symptomer nærmest ikke til stede. Men de mest almindelige symptomer er smerte i nedre, højre kvadrant af abdomen, kvalme og opkast og lav feber. Idet blindtarmen springer vil smerten lettes idet trykket lettes, til gengæld vil man mærke symptomer på begyndende peritonitis som er en rigid abdomen, tachycardia (hurtig hjerterytme) og hypotension.
* Behandling: Fjernelse af blindtarmen, da man sagtens kan leve uden denne.