

Collageneuze colitis

G. CRAMA-BOHBOUTH, R.W.M. GIARD EN I.T. WETERMAN

Dames en Heren,

In 1976 werd door Lindström mededeling gedaan van een nog niet eerder vermelde aandoening, die klinisch werd gekarakteriseerd door koliekachtige pijnen en intermitterende waterige diarree.¹ Histologisch onderzoek van colonbiopten liet een dikke band collageen bindweefsel direct onder het epitheel zien. Hij stelde de naam „collageneuze colitis” voor, naar analogie van de „collageneuze spruw”, een reeds bekende aandoening van de dunne darm. Sindsdien is dit ziektebeeld verscheidene malen in de literatuur vermeld.²⁻⁹ Wij beschrijven de ziektegeschiedenissen van drie patiënten uit onze kliniek en geven een overzicht van de tot op heden gepubliceerde gevallen.

Patiënte A, een 35-jarige vrouw, werd naar onze polikliniek verwezen in verband met sinds 8 jaar bestaande diarree. De defecatiefrequentie was ca. 4 maal daags, de faeces waren brijig zonder bijmenging van bloed of slijm. Er was geen nachtelijke defecatie. Verder leverde de tractusanamnese geen bijzonderheden op.

Bij het lichamelijke onderzoek vonden wij geen afwijkingen. Faeceskweken op *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* en *Campylobacter* en onderzoek naar het voorkomen van parasieten en wormeieren waren bij herhaling negatief. Oriënterend biochemisch en hematologisch onderzoek was normaal, met name de schildklierfunctietest. Radiologisch onderzoek van colon en dunne darm leverde geen afwijkingen op. Er werd een vlakke lactosetolerantietest (LTT) gevonden. Tijdens de LTT waren er geen klachten. Een dieet zonder lactose had geen resultaat. Bij sigmoidoscopie werd een normaal slijmvlies gezien en werden biopten genomen.

Patiënte werd behandeld met een vezelrijk dieet in verband met een eventueel spastisch colon. Met hematoxyline en eosine gekleurde coupes van de biopten toonden een normaal opgebouwde mucosa met een opvallend brede band eosinofiel materiaal direct onder het oppervlakte-epitheel. In de vezelkleuring volgens Verhoef-Van Gieson werd dit materiaal rood, hetgeen wees op collageen bindweefsel.

De lamina propria bevatte een normale hoeveelheid cellen. De diarree hield aan.

Patiënte B, een 51-jarige vrouw, werd naar onze afdeling verwezen in verband met diarree. Sinds 6 jaar had zij gedurende perioden van ongeveer 3 maanden brijige tot waterdunne faeces met slijm zonder bijmenging van bloed in een frequentie van 5 maal daags. Er was geen nachtelijke defecatie. Deze perioden werden gevolgd door perioden van ongeveer 4 maanden met normale defecatie. Tevens klaagde zij over diffuse buikpijn, opgeblazen gevoel en flatulentie. De verdere tractusanamnese vermeldde geen bijzonderheden.

Bij lichamelijk onderzoek vonden wij geen afwijkingen. Hematologische en biochemische laboratoriumonderzoekingen leverden normale waarden op, behalve een laag ijzergehalte in het serum en een hoge latente ijzerbindingscapaciteit. De lactosetolerantietest was normaal. Onderzoek op pathogene micro-organismen en parasieten in de faeces was negatief. De colonfoto was normaal en bij sigmoidoscopie toonde het slijmvlies geen afwijkingen. Er werden biopten genomen. Omdat een spastisch colon werd vermoed, kreeg patiënte het advies een vezelrijk dieet te gebruiken.

Het histologische beeld van de biopten kwam overeen met dat bij patiënte A. Van deze patiënte werd ook materiaal onderzocht door middel van elektronenmicroscopie. Hierbij werd subepitheliaal een sterke pericapillaire fibrose gezien. Bij lichtmicroscopie viel op dat er toename was van mononucleaire cellen in de lamina propria met in het oppervlakkige deel van de mucosa brokjes kernpuin en enkele eosinofiele granulocyten. Er werd een biopt genomen van de dunne darm; dit bleek normaal te zijn en bevatte geen aanwijzingen voor collageneuze spruw.

Opvallend is dat het vezelrijke dieet bij deze patiënte succes bleek te hebben. De defecatiefrequentie is thans 2-3 maal daags. De faeces zijn goed gevormd zonder bijmenging van slijm.

Patiënte C, een 35-jarige vrouw, werd naar onze polikliniek verwezen in verband met sinds 7 jaar bestaande diarree. Zij was reeds door een internist elders onderzocht. Daar werd o.a. colonoscopie en onderzoek naar de dunnedarmpassage verricht, waarbij geen afwijkingen werden gevonden. Patiënte werd toen behandeld met salazosulfapyridine (Salazopyrine), maar zonder succes. Haar voorgeschiedenis vermeldde een gynaecologische operatie, waarbij het grootste deel van beide ovaria geëxstirpeerd werd in verband met multinodulaire afwijkingen en chroni-

Academisch Ziekenhuis, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.

Afd. Gastro-enterologie en Hepatologie: G. Crama-Bohbouth, assistent-geneeskundige, en dr. I.T. Weterman, gastro-enterologe.

Afd. Pathologische Anatomie: R.W.M. Giard, patholoog-anatoom (thans: St. Claraziekenhuis, Rotterdam).

Correspondentie-adres: dr. I.T. Weterman.

zagen. Twee van hen kregen voordat de diagnose werd gesteld en bij verdenking op een spastisch colon het advies een vezelrijk dieet te gebruiken; één van hen had hiermede succes. In de literatuur is één patiënte beschreven die ernstige klachten had en gedurende tien dagen werd behandeld met mecaprine (op het vermoeden van een infectie als oorzaak?).⁸ Haar klachten namen af en de collageenafzetting in de biopten verdween, hetgeen zou betekenen dat de aandoening reversibel is. Dit zal bevestigd moet worden bij meer patiënten; wijzelf hebben hier geen ervaring mee.

LITERATUUR

¹ Lindström CG. „Collagenous colitis” with watery diarrhoea – a new entity? *Pathol Europ* 1976; 11: 87-9.

- ² Bogomoletz WV, Adnet JJ, Birembaut P, Feydy P, Dupont P. Collagenous colitis: an unrecognised entity. *Gut* 1980; 21: 164-8.
- ³ Nielsen VT, Vetner M, Harsløf E. Collagenous colitis. *Histopathology* 1980; 4: 83-6.
- ⁴ Galian A, Charpentier Y le, Goldfain D, Chauveine L. La colite collagène. *Gastroenterol Clin Biol* 1982; 6: 365-70.
- ⁵ Oord JJ van den, Geboes K, Desmet VJ. Collagenous colitis: An abnormal collagen table? Two new cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1982; 6: 377-81.
- ⁶ Teglbjaerg PS, Thaysen EH. Collagenous colitis: an ultrastructural study of a case. *Gastroenterology* 1982; 82: 561-3.
- ⁷ Grouls V, Vogel J, Sorger M. Collagenous colitis. *Endoscopy* 1982; 14: 31-3.
- ⁸ Pieterse AS, Hecker R, Rowland R. Collagenous colitis: a distinctive and potentially reversible disorder. *J Clin Pathol* 1982; 35: 338-40.
- ⁹ Bogomoletz WV. La colite collagène. *Gastroenterol Clin B* 1982; 6: 350-1.
- ¹⁰ Rask-Madsen J, Grove O, Hansen MGJ, Bukhave K, Henrik-Nielsen R. Colonic transport of water and electrolytes in a patient with secretory diarrhea due to collagenous colitis. *Dig Dis Sci* 1983; 28: 1141-6.

Oktober 1984

COMMENTAREN

Epidemiologie van acute sportletsels

C.R. VAN DEN HOOGENBAND

In 1979 werd Nederland, mede door ruime aandacht in de vaderlandse dagbladders, opgeschrikt door de publikatie van Boersma-Slütter et al. die, op grond van een registratieperiode van circa 2 weken bij diverse medische en paramedische peilstations, hadden vastgesteld dat in ons land ongeveer 500.000 sportletsels per jaar moeten worden behandeld.¹ Het algemene idee dat sport een positieve invloed heeft op de gezondheid werd daardoor nogal geweld aangedaan. Ook later onderzoek steunde de veronderstelling dat sport een riskante zaak is.²⁻⁴

In de sportgeneeskundige wereld en vooral bij de betrokken medici leeft de opvatting dat dit probleem moet worden aangepakt door de opvang en behandelingsmogelijkheden voor de geblesseerde sportman of -vrouw te verbeteren. Boersma-Slütter et al. lieten zien dat slechts een beperkt aantal ernstig geblesseerde sportmensen in een vroeg stadium medische hulp zocht en dat dit vooral voor de arbeidsongeschiktheid aanzienlijke gevolgen had. Ook het artikel van Luidinga en Rogmans in dit nummer bevestigt de reeds bekende feiten.⁵ Zoals de auteurs zelf aangeven, is een beperking van hun onderzoek dat er een aanmerkelijke selectie in de groep die zij onderzochten is ontstaan, doordat vooral de ernstig geblesseerde sportmensen zich tot de eerstehulpafdeling van een ziekenhuis wendden. Een gevolg daarvan is dat patiënten met een zogenaamd surmenageletsel buiten het onderzoek zijn gevallen. Ook wordt geen inzicht verkregen in de letsels die buiten de eerstehulp-

Zie ook het artikel op bl. 1051.

afdelingen om op verwijspoliklinieken, of door huisartsen en paramedici worden behandeld. In deze groep gaat het dikwijls om letsels waarvan de ernst veelal (te) laat is onderkend.

Luidinga en Rogmans stellen terecht dat het niet mag blijven bij het opsommen van angstaanjagende getallen; het is duidelijk dat op grond van morbiditeitsregistratie een aantal sporten grote risico's met zich meebrengt.⁵ Met name de contactsporten, zoals het in ons land zeer populaire voetbal en hockey, leveren veel blessures op. Het zou daarom goed zijn als de sportgeneeskundigen, op grond van het onderzoek naar het specifieke risico van een sporttak, maatregelen voorstellen om het blessurerisico van een bepaalde sport te verminderen. Hierbij kan gedacht worden aan wijziging van spelregels, gebruik van beschermend materiaal en ook aan maatregelen door de sporter zelf te nemen voor de eigen bescherming. Het is opmerkelijk dat Luidinga en Rogmans niets over de bokssport vermelden, hoewel medici, vooral neurologen en neurochirurgen over nogal wat gegevens beschikken over daarbij opgelopen hersenletsel, die het voortbestaan van de bokssport zouden kunnen bedreigen.

Dat voorkomen beter is dan genezen wordt helaas te weinig door de beleidsbepalers in de sportbonden ter harte genomen. Uit de medische wereld zou een aantal aanbevelingen veel dringender moeten worden gedaan. Hier is een taak weggelegd voor de Vereniging voor Sportgeneeskunde. Wil een geneeskundige

Ziekenhuis St. Annadal, Capaciteitsgroep Algemene Heelkunde, Postbus 1918, 6201 BX Maastricht.
Dr. C.R. van den Hoogenband, chirurg.