

e-ISSN: 2345-0592

Online issue

Indexed in *Index Copernicus*

Medical Sciences

Official website:
www.medicosciences.com



Differential diagnosis of Crohn's disease: a literature review

Fausta Majauskaitė¹

¹*Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania*

Abstract

Background: Crohn's disease is one out of the few inflammatory bowel diseases. The increasing number of cases and the similarity of the symptoms occurring in other intestinal disorders are associated with the need for more accurate differential diagnosis.

Methods: the medical publications presented in this work were selected using the following databases: PubMed, Medline and Google Scholar. A 5-year limit has been chosen as a time criterion and certain keywords were used to find articles.

Results. The symptoms of intestinal tuberculosis, chronic enteropathy, Behcet's disease and schistomyiasis may mimic the symptoms of Crohn's disease. Although the clinical manifestations of these diseases and the findings of the clinical tests may be similar, it is important to properly evaluate the symptoms, the results of laboratory tests and the visual bowel minimally invasive imaging examination.

Conclusions. Laboratory tests or the visual imaging examinations alone is often not enough to make a proper diagnosis. A combination of symptoms, laboratory and visual imaging findings is required to properly diagnose the discussed diseases.

Keywords: inflammatory bowel diseases, Crohn's disease, differential diagnosis.

Krono ligos diferencinė diagnostika: literatūros apžvalga

Fausta Majauskaitė¹

¹*Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva*

Santrauka

Įvadas: Krono liga – viena iš kelių uždegiminių žarnyno ligų. Didėjantis ligos atvejų skaičius pasaulyje ir kitų ligų, pažeidžiančių žarnyną, simptomų panašumas į Krono ligą yra susijęs su tikslesnės diferencinės diagnostikos poreikiu.

Metodai: šiame darbe pateiktos medicininės publikacijos buvo atrenkamos naudojant šias duomenų bazes: PubMed, Medline ir Google Scholar. Darbe aptartiems straipsniams atrinkti naudojami pasirinkti raktažodžiai ir jų deriniai, o publikacijų laiko kriterijus – 5 metų riba.

Rezultatai. Tokių ligų, kaip žarnyno tuberkuliozė, lėtinė enteropatija, Beketo liga ar šistosomiazė, simptomai gali būti tokie patys kaip ir Krono ligos atveju. Nors klinikinė šių ligų išraiška ir tyrimų metu nustatyti radiniai gali būti panašūs, svarbu tinkamai įvertinti simptomus bei gautus laboratorinių ir vaizdinių žarnyno tyrimų rezultatus.

Išvados. Dažnai tinkamai diagnozei nustatyti nepakanka vien laboratorinių ar vaizdinių tyrimų. Siekiant tinkamai diagnozuoti aptartus susirgimus reikalinga simptomų, laboratorinių ir minimaliai invazyvių žarnyno vaizdinių tyrimų rezultatų visuma.

Raktažodžiai: uždegiminės žarnyno ligos, Krono liga, diferencinė diagnostika.

Ivadas

Krono liga (KL), dar žinoma kaip regioninis enteritas, granulomatozinis enterokolitas ir terminalinis ileitas yra lėtinė recidyvuojanti ir remituojanti uždegiminė žarnyno liga, kurios etiologija daugiaveiksni ir iki šiol nežinoma. Uždegimas gali pažeisti bet kurią virškinamojo trakto vietą nuo burnos iki išangės, tačiau dažniausiai pažeidžia galinę klubinės žarnos dalį netoli ileocekalinio vožtuvo. (1,2) Klinikinių simptomų pasireiškimo pikas stebimas 15 – 30 gyvenimo metais, tačiau pasitaiko atveju, kai ligos klinikiniai simptomai išryškėja jau vaikystėje ar tik vyresniame amžiuje. (3)

KL yra kompleksinis daugiaveiksni susirgimas, kurio atsiradimui įtakos turi genetinė predispozicija, imuninės sistemos pokyčiai ir žarnyno mikrobiotos pusiausvyros sutrikimai. Tyrimai nustatė specifinių genų variacijas, tarp jų ir ATG16L1, IL23R, IRGM ir NOD2, kurie turi įtakos ligos išsivystymui. Šie genai yra atsakingi už baltymų, reikalingų tinkamai imuninės sistemos veiklai, gamybą. Bet kurio iš šių genų variacijos sukelia pakitimus, kurie sutrikdo normalią žarnyno ląstelių imuninę reakciją į žarnyne esančias bakterijas ir taip sukelia Krono ligai būdingus simptomus. (3)

Klubinė ir gaubtinė žarnos Krono ligos atveju yra pažeidžiamos dažniausiai, nors liga gali pažeisti bet kurią virškinamojo trakto vietą. Ligai būdingos sisteminės ir už žarnyno ribų pasireiškiančios komplikacijos. Dažniausiai ligos pradžia būna nepastebima, tačiau pasitaiko atveju, kai ligos manifestacija pasireiškia ūmia toksinės *megacolon* forma. (3)

Šiame darbe pateiktos medicininės publikacijos buvo atrenkamos naudojant šias

duomenų bazes: „PubMed“, „Medline“ ir „Google Scholar“. Straipsniams atrinkti naudojami pasirinkti raktažodžiai ir jų deriniai, o publikacijų laiko kriterijus – 5 metų riba.

Diskusija

Krono liga ir žarnyno tuberkuliozė

Diferencinė žarnyno tuberkuliozės (TB) ir KL diagnostika labai svarbi, ypač TB endeminėse zonose (Azijos šalys, tokios kaip Indija, Kinija, Korėja), kur Krono ligos dažnis taip pat didėja dėl netinkamos šios ligos diagnostikos. (4)

Virškinimo traktas yra šešta dažniausia neplautinės TB formos pasireiškimo vieta, ši forma dažniau pasireiškia imunosupresinių būklių pacientams: sergantiems cukriniu diabetu ar lėtiniu inkstų funkcijos nepakankamumu. Iki atsirandant anti-tuberkulioziniam (anti-TB) gydymui, atliktų autopsijų duomenimis, pažeidimai buvo randami net 90% sirgusiųjų tuberkulioze žarnyne. Žarnyno tuberkuliozės (ŽTB) simptomai sutampa su daugelio kitų žarnyną pažeidžiančių susirgimų, pavyzdžiui, piktybinių darinių, apendicito ir, žinoma, uždegiminių žarnyno ligų. (5)

Krono liga ir žarnų tuberkuliozė yra lėtinės granulomatozinės ligos, kurioms būdingi panašūs klinikiniai, endoskopiniai, radiologiniai ir histologiniai požymiai. Žinoma, kad šių dviejų ligų neteisinga diagnostika siekia 50 – 70%. (6) KL ir žarnyno TB nenustatyti ligos atvejai ar vėlyvas jų identifikavimas paveikia ne tik patį asmenį, bet ir bendrą visuomenės sveikatą ir šalies ekonomiką, ligoms gydyti naudojami medikamentai nėra tokie patys. Kai kurių šalių literatūroje pateikti klinikiniai pavyzdžiai, Azijos – Ramiojo vandenyno regiono gairės

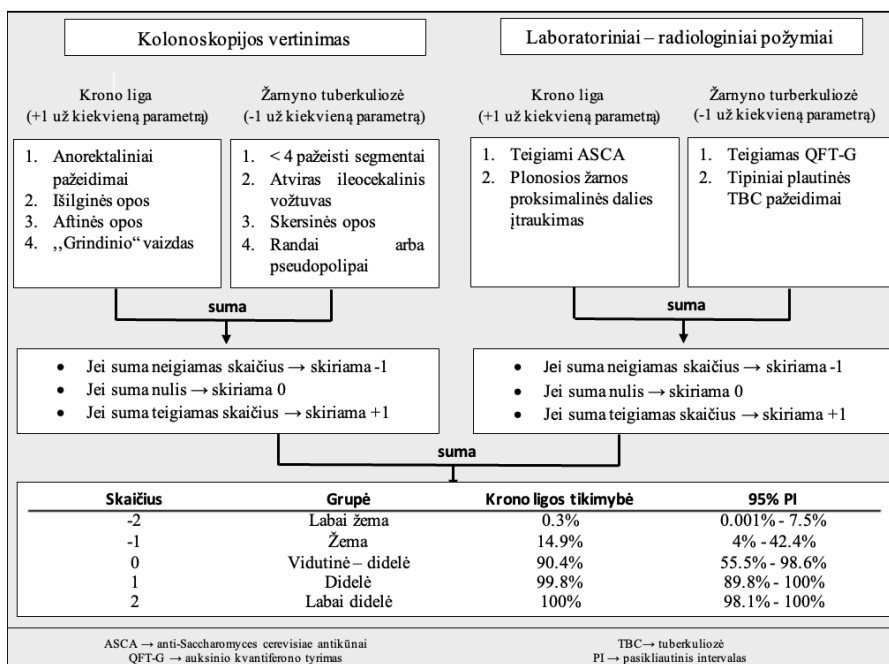
rekomenduoja: esant diagnostiniam neaiškumui ir baiminantis netinkamai paskirto imunosupresinio gydymo komplikacijų, nesant kitų diagnostinių galimybių, rinktis empirinį antituberkuliozinį gydymą. (7) Netinkama diagnostika ir gydymas gali būti žalingi paciento sveikatai ir pabloginti ligos eigą. Klaidingai diagnozuojant žarnyno TB skirtas nereikalingas gydymas didina toksikiškumo riziką, o tikrosios ligos gydymas vėluoja. Ir priešingai, TB gydymas steroidais ir imunomodulatoriais gali baigtis mirtina TB diseminacija. (4,5) Šalyse, kur TB paplitimas didelis, anti-TB gydymas kaip vienas iš diferencinės diagnostikos būdų buvo naudojamas neretai, tačiau dėl anti-TB vaistų šalutinių efektų ir galimo vaistams atsparios TB paplitimo didėjimo toks būdas nerekomenduojamas. (4,7)

Abi šios ligos pasireiškia pilvo skausmu, anoreksija, svorio netekimu, kraujavimu iš tiesiosios žarnos, karščiavimu. Tačiau kai kurie simptomai būna ryškesni, pavyzdžiui, intensyvus pilvo skausmas, subfebrilus ar febrilus karščiavimas (nesant pilvo absceso), apetito stoka, obstrukciniai simptomai būdingesni žarnyno TB. Vyraujantys kitokie simptomai: lėtinis viduriavimas su ar be kraujo, aftinės opos, perianalinė liga ir enterinės fistulės skatina pagalvoti apie Krono ligos diagnozę. Dar vienas galimas ligų diferencinis požymis – simptomų pasireiškimo laikas. Sergant Krono liga simptomai gali varginti ilgesnį laiką, o žarnyno TB atveju nuo 1 mėn. iki 1 metų. (6) Specifinių laboratorinių žymenų identifikuoti Krono ligai nenustatyta, tačiau daugiausiai tyrinėti yra antikūnai prieš *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) ir antineutrofiliniai - citoplazmos antikūnai (ANCA). Kolonoskopija svarbi ne tik diferencijuojant uždegimines

žarnyno ligas, bet ir kliniškai įvertinti žarnyną, gauti informatyvių duomenų, kurie padėtų atskirti Krono ligą nuo žarnyno tuberkuliozės. (7) Kolonoskopijos vertinimo sistema veikia 78,6% tikslumu ir gali būti naudojama kaip paprastas ir naudingas diagnostinis įrankis kasdienėje klinikinėje praktikoje. Tačiau vien kolonoskopijos duomenys gali būti nepakankami diferencijuojant šias ligas, nes ir Krono liga, ir ŽTB gali pasireikšti tose virškinamojo trakto vietose, kurios kolonoskopu yra nepasiekiamos, pavyzdžiui, plonajame žarnyne. Taip pat kai kurie ligų požymiai gali būti sunkiai pastebimi ankstyvosiose susirgimų stadijose. Tiksliai diferencinei diagnostikai turėtų būti kombinuojami ne tik klinikiniai ir kolonoskopiniai požymiai, bet ir laboratoriniai, radiologiniai, pataloginiai ir kiti naudingi radiniai. Sunki diferencinė diagnostika jau ne vienerius metus skatina ieškoti tinkamų diferencinės diagnostikos būdų. Iki šiol publikuoti modeliai galėtų būti skirstomi į penkias kategorijas: 1. įtraukiantys klinikinius simptomus ir endoskopijos duomenis; 2. įtraukiantys klinikinius simptomus, endoskopijos ir pataloginių tyrimų duomenis; 3. įtraukiantys klinikinius simptomus, endoskopijos ir pataloginių ir vaizdinių tyrimų duomenis; 4. įtraukiantys klinikinius simptomus, endoskopijos ir pataloginių ir vaizdinių tyrimų ir laboratorinius duomenis; 5. įtraukiami pasirinkti varijuojantys duomenys. Vienas iš galimų diferencinės diagnostikos modelių pateikiamas toliau (1 paveikslas). Nėra vieningos nuomonės, kuris modelis turėtų būti naudojamas, todėl kiekvienas klinicistas ar įstaiga gali pasirinkti jiems tinkamą metodą, tačiau svarbu tai, kad klinikiniai simptomai turėtų būti vertinami atsižvelgiant į subjektyvumą. Mikrobiologiniai tyrimai, tokie

kaip rūgščiai atsparių bakterijų (RAB) nustatymas ir teigiamos *Mycobacterium tuberculosis* (MBT) gali būti naudingi diferencijuojant susirgimus, tačiau audinių pavyzdžiai retai būna naudingi, jų tyrimo būdai yra mažai jautrūs ir užtrunka. (4,7) RAB

aptikimo audiniuose jautrumas 5,3 – 37,5%, *Mycobacterium tuberculosis* aptikimas 23 – 46%, o polimerazės grandininės reakcijos (PGR) 36,4 – 67,9%, todėl net gavus neigiamus šių tyrimų atsakymus žarnyno tuberkuliozė, kaip potenciali diagnozė, negali būti atmetama. (7)



1 paveikslas. Krono ligos ir žarnyno tuberkuliozės diferencinės diagnostikos modelis Pritaikyta iš Bae et al. (7)

Krono liga ir lėtinė enteropatija

Plonosios žarnos opos gali atsirasti dėl vaistų vartojimo, ypač nesteroidinių vaistų nuo uždegimo (NVNU), infekcinių ligų, tokių kaip tuberkuliozė, uždegiminių žarnyno ligų, tokių kaip Krono ar Beketo ligos. Daugumą plonosios žarnos opų yra sunku diagnozuoti ir jų patogenezė yra vis dar nežinoma. (8) Lėtinė nespecifinė dauginių opų plonosios žarnos enteropatija kliniškai apibūdinta dar 1968 metais. Vėliau buvo pastebėtas ryšys tarp šio susirgimo

ir specifinio *SLCO2A1* geno mutacijos, todėl tikslinga šį enteritą vadinti „lėtine su *SLCO2A1* genu asocijuota enteropatija,“ (LSAE). (8,9) LSAE tai reta autosominiu recesyviniu būdu paveldima liga, pasireiškianti lėtiniu kraujo ir baltymų netekimu per sunkiai gyjančias, nespecifines plonojo žarnyno opas. (1 lentelė) (10) LE pažeidžia dvylikapirštę žarną - vidutiniškai pusei pacientų pasireiškia dvylikapirštės žarnos pakenkimai. (8)

1 lentelė. Lėtinės su *SLCO2A1* genu asocijuotos enteropatijos diagnostiniai kriterijai

1. Pastovus nepastebimas kraujo netekimas gastrointestiniame trakte (neskaitant pooperacinio laikotarpio).
2. Būdingi plonosios žarnos pažeidimai, aptinkami makroskopiškai, radiologiškai ar enteroskopiškai.
 - a) Žiedinis arba tiesusis paviršiaus išsilyginimas.
 - b) Smarkiai apribotas nuo aplinkinės normalios gleivinės.
 - c) Geografinės arba linijinės formos.
 - d) Dauginis, < 4 cm atstumu vienas nuo kito.
 - e) Opos gylis nesiekia savosios gleivinės.
 - f) Randinėmis opomis laikomos gijimo stadijoje esančios opos, apibūdintos a – d punktuose, kai buvo taikomas gydymas žarnyno poilsiu.

Matomas kaip simetrinis, ekscentriškas standumas atliekant plonosios žarnos radiografinius tyrimus ir koncentrinės ar nekoncentrinės striktūros tiriant enteroskopiškai.

Pritaikyta iš Hosoe et al. (8)

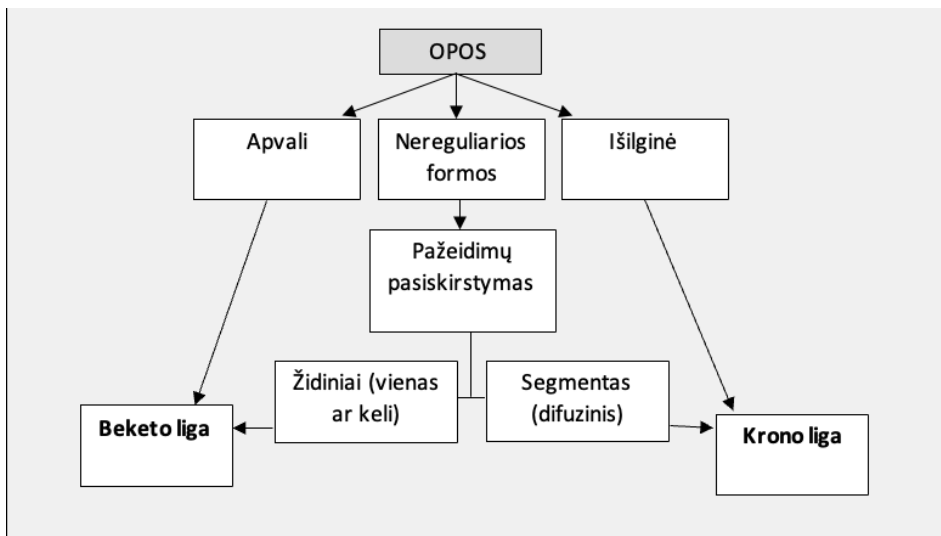
SLCO2A1 baltymas ekspresuojamas ant kraujagyslių endotelio ląstelių membranos plonosios žarnos gleivinėje ir pogleivyje. (11) Šio geno mutacijoms nustatyti reikalinga deoksiribonukleorūgštis (DNR), kuri išskiriama iš periferinio kraujo. (9) Yamaguchi et al. atlikto tyrimo metu nustatyta, kad *SLCO2A1* baltymo raiška sutrinka dviem iš trijų pacientų, sergančių LSAE, kai Krono ligos atveju baltymo raiška nepakito nei vienam Krono liga sergančiam tiriamajam. (11) Panašūs rezultatai gauti tiriant virškinamojo trakto gleivinės audinius, gautus

endoskopinės biopsijos metu, todėl tampa įmanoma, kad tikslios klinikinės diagnozės nustatymui, diferencijuojant lėtinę su *SLCO2A1* genu asocijuotą enteropatiją ir Krono ligą, genetinis ištyrimas dėl *SLCO2A1* geno nebebus reikalingas. Imunohistocheminis virškinamojo trakto gleivinės audinių dažymas *SLCO2A1* nustatymui naudingas diferencijuojant LSAE ir KL. Naudojant šį metodą gali būti teisingai diagnozuojami maždaug 2/3 LSAE atvejų. (10)

Krono liga ir Beketo liga

Pirmą kartą Beketo liga (BL) aprašyta turkų dermatologo Hulusi Behçet 1937 metais. Tai reta multi-sisteminė uždegiminė liga, kurios etiologija nežinoma. Pasireiškia burnos ir genitalijų atsinaujinančiomis aftomis/opomis kartu su lydinčiais odos-gleivinių, akių, sąnarių, kraujagyslių ir virškinamojo trakto pažeidimais. Kai Beketo ligos atveju pakenkiamas ir virškinamasis traktas, diferencinė šios ligos ir Krono ligos diagnostika tampa nelengva. Žarnyne pasireiškiančiai Beketo ligai nustatyti nėra patognominių laboratorinių testų, endoskopinių radinių kriterijų. Anti- α -enolazės antikūnai (AAEA) tiriami dėl potencialo tapti diagnostiniu BL žymenimi. Tačiau α -enolazė yra glikolizinis fermentas, kuris yra svarbus tiriant autoimunines ir uždegimines ligas, todėl ir Krono

ligos atveju šio fermento padidėjimas stebimas 50 – 70% atvejų. Beketo ligos gydymas panašus į Krono ligos – steroidai, imunomodulatoriai ar biologiniai preparatai. 10-15% BL atvejų virškinamojo trakto pažeidimo metu būna stebimi pakenkimai ileocekaliniame regione. Krono ligai būdingos komplikacijos (striktūros, fistulės, abscesai), kurios pasireiškia trečdaliui sergančiųjų, BL atveju pasitaiko retai – mažiau nei 1%. Išsibarstę uždegiminiai židiniai žarnyne būdingi ir Krono, ir Beketo ligoms. Beketo liga diagnozuojama vaizdinių žarnyno tyrimų metu ileocekaliniame kampe stebint tipines opas – kelios, apvalios formos, gilos opos tvarkingais kraštais ir esant sisteminių simptomų, atitinkančių Beketo ligos diagnostinius kriterijus. Galimas šių susirgimų diagnostinis algoritmas pavaizduotas 2 paveiksle. (12)



2 paveikslas. Krono ir Beketo ligų diagnostinis algoritmas. Pritaikyta iš Valenti et al. (12)

Krono liga ir pirminė žarnyno limfoma

Ekstranodulinių limfomų dažnis virškinimo trakte yra vidutiniškai 5 – 20%, tačiau pirminės limfomos sudaro tik 1 – 4% visų virškinamojo trakto vėžinių susirgimų. Pirminė žarnyno limfoma (PŽL) apima apie 30% pirminių virškinamojo trakto limfomų, kurios

pasireiškia plonojoje žarnoje, ileocekalinėje zonoje ir tiesiosios žarnos – išangės srityje. Klasifikacijose PŽL priskiriama prie Ne-Hodžkino limfomų, nes kyla iš pogleivinio limfinio audinio. (13,14) Dėl klinikinių simptomų nespecifiškumo, klinikinė PŽL diagnostika remiasi histologiniais duomenimis,

tačiau klinikinėje praktikoje endoskopijos metu gauti tinkamos biopsinės medžiagos tampa iššūkiu, nes kai kurie plonojo žarnyno pažeidimai būna lokalizuoti tokioje zonoje, kad diagnostika be chirurginių intervencijų tampa labai apsunkinta. (13) KL ir PŽL simptomai, laboratoriniai, endoskopiniai ir radiologiniai radiniai persipina, todėl labai svarbu diferencijuoti šiuos du susirgimus. Viena iš priežasčių yra galima piktybinė limfomos eiga,

todėl pavėluota diagnostika gali turėti letalių pasekmių. Zhang et al. publikavo atlikto retrospektyvinio tyrimo rezultatus (2 lentelė), kurie pabrėžia statistiškai reikšmingus KL ir PŽL skirtumus, kurie gali būti labai naudingi diferencijuojant šiuos susirgimus. Kiti požymiai, tokie kaip pseudo-polipų formavimasis, afininės opos, žarnų striktūros, C – reaktyviojo baltymo padidėjimas neturėjo reikšmingų skirtumų. (13,15)

2 lentelė. Krono ligos ir pirminės žarnyno limfomos klinikiniai skirtumai.

Požymis	Demografiniai, klinikiniai ir laboratoriniai KL ir PŽL diferencinei diagnostikai naudingi radiniai	
	Krono liga	Pirminė žarnyno limfoma
Amžius, kai pasireiškė simptomai	32 metai	58 metai
Simptomų trukmė iki diagnozės nustatymo	11 – 19 mėnesių	1 – 6 mėnesiai
Viduriavimas, perianaliniai pakenkimai	Dažni	Reti
LDH kiekio padidėjimas	Vidutiniškai padidėjęs	Stipriai padidėjęs
Pažeidimo zonos	Kelios zonos	1 – 2 zonos
Opų morfologija	Išilginės	Nereguliarios formos
Proliferuojančios masės žarnyno sienelėje	Retos	Dažnos

LDH → laktatdehidrogenazė

Pritaikyta iš Zhang et al. (13)

Magnetinio rezonanso tomografijos (MRT) enterografijos tyrimai tapo revoliucija diagnozuojant ir stebint KL eigą, aktyvumą. Ūmi uždegiminė KL nustatoma stebint uždegiminį žarnos sienelės pakenkimą ir sustorėjimą, opas spindyje, sustiprėjusį T2 signalo aktyvumą pažeistoje žarnos sienelės zonoje, gleivinės sustorėjimą, mezenterinių kraujagyslių padidėjimą ir sutrikusią difuziją. Tiriant PŽL sergantįjį, priešingai, stebimas žiedinis žarnos

spindžio išsiplėtimas, išlygintas (be būdingų raukšlių) paviršius, mažiau tikėtinas aukščiau esančių žarnyno dalių spindžio padidėjimas, serozinio sluoksnio ar mezenterinių riebalų įtraukimas. (14)

Epstein – Barr virusinė infekcija

Pirmasis kontaktas su Epstein – Barr virusine (EBV) infekcija dažniausiai įvyksta

jauname amžiuje ir sveikiems asmenims liga būna besimptomė. Dažniausiai EBV užkrečia B ląsteles, tačiau pasitaiko atveju, ypač Azijos žemyne, kai liga įtraukia T ar NK ląsteles. T ir NK įtraukimas pasireiškia lėtine aktyvia (LAEBV) infekcija. (16,17) LAEBV nustatoma remiantis kriterijais: mažiausiai 3 mėnesius trunkantys EBV būdingi simptomai; aptinkamas didesnis EBV kiekis pažeistuose audiniuose ar periferiniame kraujyje; nebuvimas kitų susirgimų, galinčių paaiškinti paciento būklę. Dažniausiai LAEBV pasireiškia karščiavimu, limfadenopatija ir splenomegalija, tačiau užfiksuota atveju, kai vyrauja žarnyno simptomai. LAEBV enterito simptomai labai panašūs į uždegiminių žarnyno ligų. Nors virusinio enterito metu, kaip ir UŽL atveju pasireiškia pilvo skausmas, viduriavimas, pastarajam susirgimui dar būdingi ir kiti požymiai: kraujavimas iš tiesiosios žarnos, svorio netekimas, bendras silpnumas, pykinimas ir pan. Daugelio tyrimų metu, stebint UŽL pacientus EBV virusas aptiktas gaubtinės žarnos gleivinėje. (16) Dėl šio simptomų panašumo ir reto LAEBV pasireiškimo, galimas netinkamos diagnozės suformulavimas, o paskirtas netinkamas gydymas gali būti labai žalingas. (17) Ryškiausi skirtumai, galintys padėti diferencijuoti UŽL ir LAEBV stebimi endoskopinio tyrimo metu. (16) Diferencijuojant EBV asocijuotus sutrikimus ir KL pagrindinis diagnostinis įrankis yra vaizdiniai endoskopiniai žarnyno tyrimai. Vienas pagrindinių požymių, padedančių nustatyti tinkamą diagnozę – opų forma, išsidėstymas. KL būdingos išilginės, aftinės opos, „grindinio“ vaizdas, o EBV asocijuotų sutrikimų atveju opos taip pat būna dauginės, bet jų forma ir dydis varijuoja, žarnos gleivinei nebūdingas „grindinio“ vaizdas. Be

simptomų ir endoskopinio tyrimo vaizdų diferencinei diagnostikai gali būti naudingas daugiau LAEBV nei KL būdingas kitų organų įtraukimas: kepenų, blužnies ar sritinių limfmazgių padidėjimas, taip pat diagnozės patvirtinimui naudingos informacijos gali suteikti EBV – DNR kraujyje nustatymas. (17)

Krono liga ir šistosomiazė

Šistosomiazė yra parazitinė trematodinė infekcinė liga, kurios paplitimas yra endeminis net 54 šalyse. (18,19) Dažniausiai užsikrečiama per pažeistos odos kontaktą su vandeniu, kuriame yra laisvai plaukiojančių lervų. Priklausomai nuo patekusių į organizmą parazitų kiekio ir rūšies, liga pasireiškia skirtingomis formomis ir klinikiniais simptomais. (19,20) Žarnyno šistosomiazė gali būti besimptomė arba pasireikšti pilvo skausmais, viduriavimu su krauju. Taip pat neretai pastebimas svorio netekimas, geležies stokos anemija, eozinofilija, hipoalbuminemija ir konstipacijos. Kiaušinėlių depozitai gaubtinės žarnos pogleivyje, lygiuosiuose raumenyse ar subserozoje sukelia imunopatologines reakcijas, dėl kurių toje žarnyno zonoje prasideda vietinis lėtinis uždegimas su arba be fibrozės. Kai kuriems pacientams komplikuojasi išopėjimais, gleivinės kraujavimu, striktūromis. Wuhan ligoninėje gydytų pacientų klinikinių simptomų statistiškai reikšmingi skirtumai pateikiami toliau (3 lentelė). (18,20)

3 lentelė. Krono ligos ir šistosomiazės klinikiniai skirtumai

Klinikiniai požymiai	Šistosomiazė	Krono liga	<i>P</i>
Amžius	58.9±14.4	28.7±11.1	<0.0001
Pilvo skausmas	13%	26%	0.004
Viduriavimas	6%	23%	<0.0001
Hepatospleniniai simptomai	7%	0%	0.012
Svorio netekimas	9%	18%	0.033
Anemija	14%	30%	<0.001
Hipoalbuminemija	13%	32%	<0.0001
C-reaktyviojo baltymo padidėjimas	7%	30%	0.011

Pritaikyta iš Cai et al. (18)

Endoskopinių vaizdinių tyrimų metu nustatyta, kad Krono ligos atveju dažniau buvo pažeidžiama plonoji žarna, o šistosomiazės atveju – gaubtinė ir tiesioji. Lyginant KL ir šistosomiazės atvejus komplikacijų dažnis taip pat skiriasi: sienelės sustorėjimas, striktūros pasitaikė 17,4% pacientų, sergančių šistosomiazėje, o KL grupėje sienelės sustorėjimas stebėtas 100%, striktūros 48,6% ir kitos komplikacijos, tokios kaip obstrukcija, perforacija, fistulės – 21,6% atvejų. (18)

Išvados

Tinkamo gydymo paskyrimui Krono ligos ir kitų, panašiais simptomais pasireiškiančių, ligų atveju labai svarbi tinkama šių susirgimų diferencinė diagnostika. Daugelis žarnyną pažeidžiančių susirgimų pasireiškia panašiais klinikiniais simptomais, tokiais kaip pilvo skausmas, viduriavimas, padidėję uždegiminiai kraujo tyrimų rodikliai ir uždegiminiai infiltraciniai pakitimai naudojant vaizdinius tyrimo metodus. Dažnai tinkamai diagnozei nustatyti nepakanka vien laboratorinių

ar vaizdinių tyrimų. Siekiant tinkamai diagnozuoti aptartus susirgimus reikalinga simptomų, laboratorinių ir vaizdinių tyrimų rezultatų visuma.

Net naudojantis įvairių autorių pateikiamomis rekomendacijomis, kaip diferencijuoti Krono ligą ir kitus šiame darbe minėtus susirgimus, klinicistai turėtų išlikti budrūs interpretuojant atliktų tyrimų rezultatus dėl galimų interpretacijos klaidų lyginant juos su jau žinomais klinikiniais pavyzdžiais.

Literatūra

1. Maiorean A, Aşchie M, Mitroi A, Poinareanu I. Crohn's disease: A case report with literature review. *ARS Medica Tomitana*. 2015 May 9;21.
2. Roberts C, Hornick JL, Mitsialis V, Yoo J. Progressive Primary Appendiceal Crohn's Disease in a 21-Year-old Female. *Case Rep Gastroenterol*. 2020 Dec;14(3):504–9.
3. Cimpoca BA, Nedelea F, Furtuna M, Peltecu G, Panaitescu AM. Managing

- Crohn's Disease during Pregnancy. *Maedica (Bucur)*. 2016 Sep;11(3):221–6.
4. Limsrivilai J, Pausawasdi N. Intestinal tuberculosis or Crohn's disease: a review of the diagnostic models designed to differentiate between these two gastrointestinal diseases. *Intestinal research*. 2020 Apr 22;19.
 5. Tanoglu A, Erdem H, Friedland JS, Almajid FM, Batirel A, Kulzhanova S, et al. Clinicopathological profile of gastrointestinal tuberculosis: a multinational ID-IRI study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2020 Mar;39(3):493–500.
 6. Wu X, Huang H, Hou H, Shen G, Yu J, Zhou Y, et al. Diagnostic Performance of a 5-Marker Predictive Model for Differential Diagnosis Between Intestinal Tuberculosis and Crohn's Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2018 Oct 12;24(11):2452–60.
 7. Bae JH, Park SH, Ye BD, Kim S-O, Cho YK, Youn EJ, et al. Development and Validation of a Novel Prediction Model for Differential Diagnosis Between Crohn's Disease and Intestinal Tuberculosis. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2017 Sep 1;23(9):1614–23.
 8. Hosoe N, Ohmiya N, Hirai F, Umeno J, Esaki M, Yamagami H, et al. Chronic Enteropathy Associated With SLCO2A1 Gene [CEAS]—Characterisation of an Enteric Disorder to be Considered in the Differential Diagnosis of Crohn's Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2017 Oct 1;11(10):1277–81.
 9. Umeno J, Esaki M, Hirano A, Fuyuno Y, Ohmiya N, Yasukawa S, et al. Clinical features of chronic enteropathy associated with SLCO2A1 gene: a new entity clinically distinct from Crohn's disease. *J Gastroenterol*. 2018 Aug 1;53(8):907–15.
 10. Yanai S, Yamaguchi S, Nakamura S, Kawasaki K, Toya Y, Yamada N, et al. Distinction between Chronic Enteropathy Associated with the SLCO2A1 Gene and Crohn's Disease. *Gut Liver*. 2019 Jan;13(1):62–6.
 11. Yamaguchi S, Yanai S, Nakamura S, Kawasaki K, Eizuka M, Uesugi N, et al. Immunohistochemical differentiation between chronic enteropathy associated with SLCO2A1 gene and other inflammatory bowel diseases. *Intest Res*. 2018 Jul;16(3):393–9.
 12. Valenti S, Gallizzi R, De Vivo D, Romano C. Intestinal Behçet and Crohn's disease: two sides of the same coin. *Pediatric Rheumatology*. 2017 Apr 20;15(1):33.
 13. Zhang T-Y, Lin Y, Fan R, Hu S-R, Cheng M-M, Zhang M-C, et al. Potential model for differential diagnosis between Crohn's disease and primary intestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2016 Nov 14;22(42):9411–8.
 14. Radmard AR, Amouei M, Kooraki S, Atashi SN, Montazeri SA, Vaezi M, et al. Potential MR Enterography Features to Differentiate Primary Small Intestinal Lymphoma From Crohn Disease. *AJR Am J Roentgenol*. 2020 Oct;215(4):864–73.
 15. Mosquera-Klinger G. Enfermedad de Crohn y linfoma primario de intestino delgado: reporte de caso. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2019 Apr 1;34(1):85.
 16. Liu R, Wang M, Zhang L, Zhou W, Huang Y, Guo H, et al. The clinicopathologic features of chronic active Epstein-Barr virus

- infective enteritis. *Mod Pathol.* 2019 Mar;32(3):387–95.
17. Xu W, Jiang X, Chen J, Mao Q, Zhao X, Sun X, et al. Chronic active Epstein-Barr virus infection involving gastrointestinal tract mimicking inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterol.* 2020 Aug 5;20.
 18. Cai L, Chen Y, Xiao S-Y. Clinicopathologic Features of Chronic Intestinal Schistosomiasis and Its Distinction From Crohn Disease. *Am J Surg Pathol.* 2021 Mar 1;45(3):430–8.
 19. Limaïem F, Sassi A, Mzabi S. Crohn's disease and schistosomiasis: a rare association. *Pan Afr Med J.* 2016 Oct 31;25.
 20. Klinger A, Klinger A. Schistosomiasis with Recto-Vaginal Fistula Mimicking Crohn's Disease in an Immunocompromised Patient and the Surgical Management. 2018;