

AUTEUR: PROF. DR. TRIANA LOBATON

---

# EXTRA-INTESTINALE MANIFESTATIES EN IBD

Extra-intestinale manifestaties (EIMs) zijn ontstekingsverschijnselen die zich buiten de darm kunnen manifesteren zoals onder andere ter hoogte van de gewrichten, ogen, huid en lever. Tot 25% van de extra-intestinale manifestaties worden vóór de diagnose van IBD gediagnosticeerd.

## **Gewrichtsaandoeningen**

EIM waarbij de de musculoskeletale structuren (de spieren, de pezen, de ligamenten, de zenuwen en de gewrichten met het kraakbeen en de slijmbeurs) betrokken zijn, vertegenwoordigen de meest frequente EIMs bij IBD. Ze komen voor bij tot 50% van de patiënten. Gewrichtsklachten kunnen optreden in de gewrichten van de ledematen of in de gewrichten van de wervelkolom en het bekken.

### Perifere gewrichtspijn/gewrichtsontsteking

Deze gewrichtspijn/gewrichtsontsteking van de ledematen, komt voor in 5% tot 10% van de patiënten met colitis ulcerosa (UC) en in 10% tot 20% van de patiënten met ziekte van Crohn (CD).

Er zijn twee 2 types perifere gewrichtspijn:

Type I (pauci-articulaire) gewrichtspijn/gewrichtsontsteking: minder dan 5 grote gewrichten, vaak acuut, asymmetrisch, en migrerend. Dit type is vaak gerelateerd aan IBD-activiteit en is zelflimiterend.

Type II (poly-articulaire) gewrichtspijn/gewrichtsontsteking: vaak een symmetrische gewrichtsontsteking waarbij 5 of meer kleine gewrichten aangetast zijn. Het is niet gerelateerd aan de IBD-activiteit, kan voorafgaan aan de diagnose IBD, en de symptomen kunnen jaren duren.

De diagnose en classificatie van type 1 en type 2 gewrichtsaandoeningen is zuiver klinisch vast te stellen, op basis van lichamelijk onderzoek, aangezien de beeldvorming meestal normaal is.

### Axiale artropathieën

Gewrichtsaandoeningen van de wervelkolom en het bekken, komen minder vaak voor dan perifere artralgie/artritis bij patiënten met IBD (3% tot 5% van de IBD patiënten).

Axiale artropathieën zijn meestal niet gerelateerd aan de IBD-activiteit en kunnen worden onderverdeeld in ankyloserende spondylitis (een inflammatoire aantasting van vooral de rug, die kan leiden tot verbening) en sacroiliitis (ontsteking van de sacro-ileacale gewrichten). Radiologisch bewijs van sacroiliitis komt voor bij 20-50% van de patiënten met UC en CD, maar progressieve ankyloserende spondylitis komt voor bij slechts 1-10% van de patiënten. Patiënten met ankyloserende spondylitis ervaren vaak op jonge leeftijd een ernstige rugpijn, meestal in combinatie met ochtendstijfheid of toename van de pijn na periodes van rust.

Er is klinisch en genetisch bewijs voor een zekere overlap tussen spondyloartritis en inflammatoire darmziekten.

### **Osteoporose en osteopenie**

Lage botmassa en osteoporose (botontkalking) komen vaak voor bij mannelijke en vrouwelijke patiënten met IBD (tot 50%). Enkele van de risicofactoren zijn chronische ontsteking, behandeling met corticosteroiden, uitgebreide dunnedarmziekte of darmresectie, hoge leeftijd, roken, lage fysieke activiteit, en voedingstekorten

### **Huid**

#### *Erythema nodosum*

Komt voor bij 15% van de patiënten met CD en 10% van de patiënten met UC. Het zijn verheven, pijnlijke rode of paarse ontsteking knobbeltjes onder de huid, van 1 tot 5 cm in diameter. De meest voorkomende plaatsen zijn de bovenzijde van de onderbenen (scheenbenen). De presentatie gaat in parallel met de IBD-activiteit.

#### *Pyoderma gangrenosum*

Is veel zeldzamer (0,4-2%), ernstiger en invaliderender. Pyoderma gangrenosum begint meestal als een rode pustel of knobbel die zich snel uitbreidt naar de aangrenzende huid en zich dan ontwikkelt tot een ingroeierende zweer met onregelmatige paarsachtige randen. De meest voorkomende plaatsen zijn de bovenzijde van de onderbenen (scheenbenen) en in de buurt van

een postoperatief stoma, maar het kan overal op het lichaam voorkomen, inclusief genitaal. Het voorkomen van pyoderma gangrenosum is onafhankelijk van de IBD-activiteit.

### Sweet's syndroom

Sweet's syndroom of acute febrile neutrofiële dermatose, is een zeldzame huidziekte geassocieerd met IBD, maar ook met andere systemische aandoeningen zoals kanker. Het huidletsel manifesteert zich als pijnlijke, rode, goed begrensde papels en /of als knobbels op de armen, de benen, de romp, de handen of het gezicht. Deze letsels presenteren zich vaak ook samen met andere systemische symptomen zoals gewrichtsontsteking koorts, en oogsymptomen. De presentatie gaat meestal in parallel met de IBD-activiteit, hoewel het ook reeds aanwezig kan zijn vóór de diagnose van IBD is gesteld.

### **Orale letsels**

Letsels in de mond, zoals parodontitis (vergevoerde tandvleesontsteking), afteuze stomatitis (mondslimvliesontsteking waarbij aften tot stand komen) en, in ernstigere gevallen, pyostomatitis vegetans (een zeldzame afwijking van het mondslimvlies), worden bij 10% van de patiënten met IBD aangetroffen. Deze letsels komen meestal op in parallel met de IBD-activiteit.

### **Oog**

Manifestaties in het oog zijn de derde meest voorkomende EIM na reumatologische en dermatologische EIMs, met een voorkomen bij meer dan 5% van de patiënten met IBD.

Episcleritis: een pijnloze ontsteking van het bovenste laagje van het oogwit. In het oogwit ontstaat een rode vlek. Symptomen: jeuk en branderigheid. Het voorkomen van episcleritis is meestal onafhankelijk van de IBD-activiteit.

Anterior uveïtis: Dit is een verzamelnaam voor inwendige ontsteking van het voorste deel van het oog. Dit komt minder vaak voor dan episcleritis, bij 0,5-3% van de IBD-patiënten. Uveïtis presenteert zich vaak aan beide zijden en langdurig. Symptomen zijn: oogpijn, wazig zicht, gevoeligheid voor licht, en hoofdpijn. Het voorkomen van anterior uveïtis is onafhankelijk van de IBD-activiteit.

## **Aandoeningen van de lever en galwegen**

Manifestaties in de lever en galwegen kunnen in de loop van de ziekte bij 50% van de IBD-patiënten optreden. Deze omvatten oa. primaire scleroserende cholangitis (PSC), leververvetting, granulomateuze hepatitis, auto-immuun lever-of pancreaslijden, en vorming van galstenen.

### *Primaire Scleroserende Cholangitis (PSC)*

Dit is de meest voorkomende aandoening van lever en galwegen. Tot 7,5% van de patiënten met colitis ulcerosa wordt gediagnosticeerd met PSC, terwijl tot 75% van de patiënten met PSC zich met colitis ulcerosa presenteren.

Bij patiënten met PSC is er ontsteking en verlittekening van het galwegensysteem. Dit presenteert zich klinisch als een chronische geelzucht. PSC-IBD patiënten moeten jaarlijks een totale colonoscopie (bij voorkeur een chromoendoscopie, waarbij contrastkleurstoffen gebruikt worden) krijgen in het kader van het opsporen van abnormale celgroei, gezien ze een verhoogd risico op darmkanker hebben. Bovendien is jaarlijkse echografie of zelfs NMR-scan aangewezen om (pre)cancereuze letsels in de lever en galblaas op te sporen.

PSC kan in een ver gevorderd stadium leiden tot de nood aan een levertransplantatie.