

# **Ekstraintestinale manifestasjoner (EIM) ved IBD**

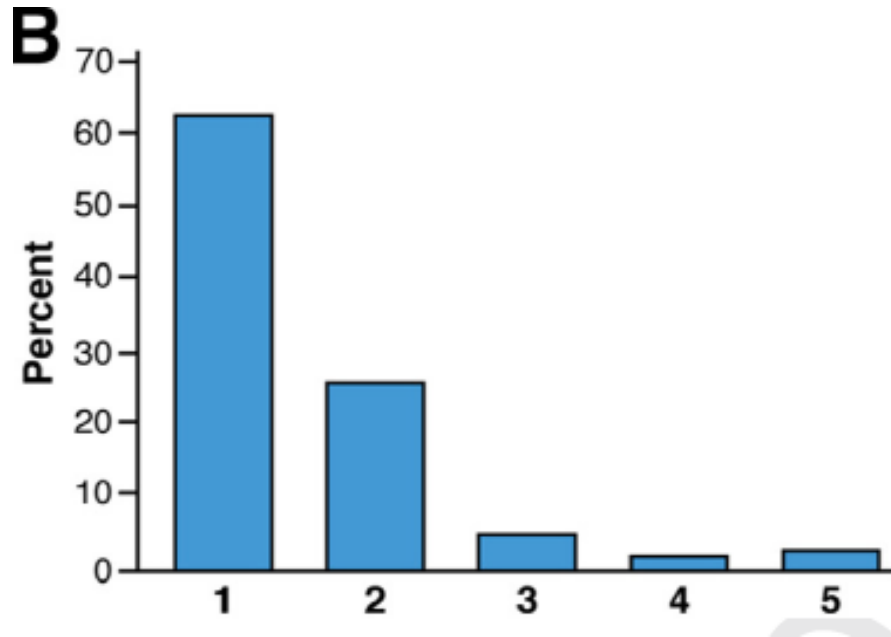
**Kurs i tarmsykdommer  
Haukeland Universitetssykehus  
21 september 2021**

**Kristin Kaasen Jørgensen, MD PhD  
Gastromedisinsk seksjon, Ahus**

# EIM

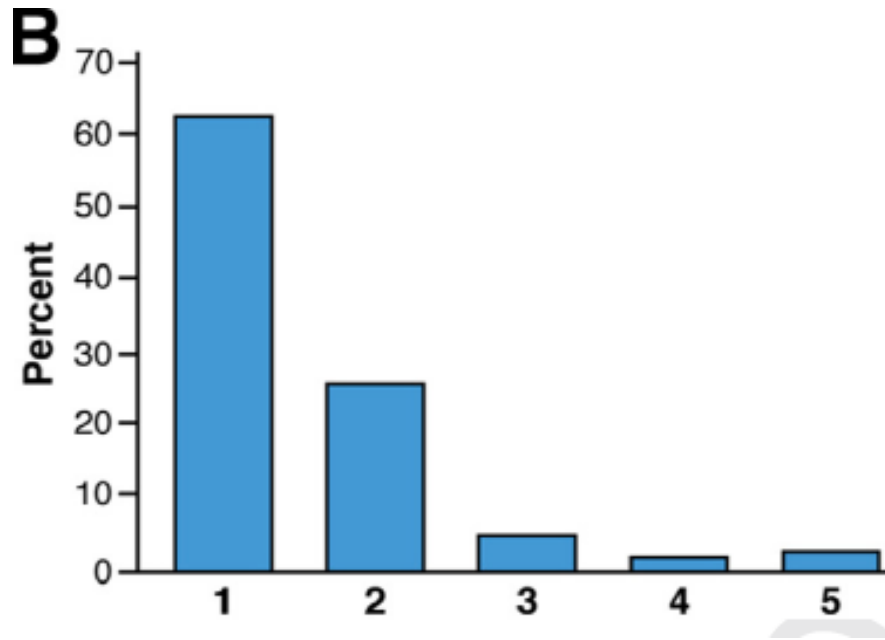
- IBD en systemisk sykdom
- Affiserer 6-47% av IBD pasientene
- Kan være mer plagsomme enn IBD og affisere QoL
- Kan være assosiert til IBD aktivitet og respondere på IBD behandling eller opptre uavhengig av IBD aktivitet
- Årsak: genetikk, miljø, immunsystemet, microbiota
- Røyking assosiert med høyere insidens av EIM i ledd og hud

# EIM

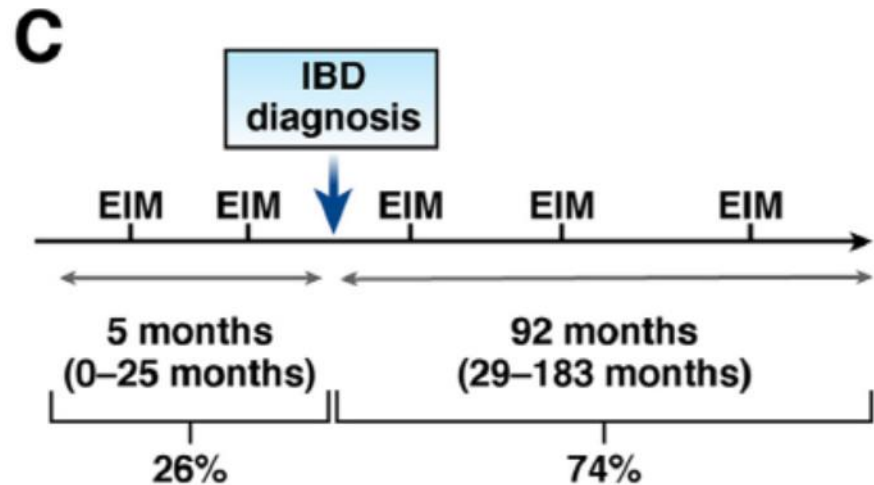


Vanlig med mer enn en  
EIM manifestasjon

# EIM



Vanlig med mer enn en EIM manifestasjon

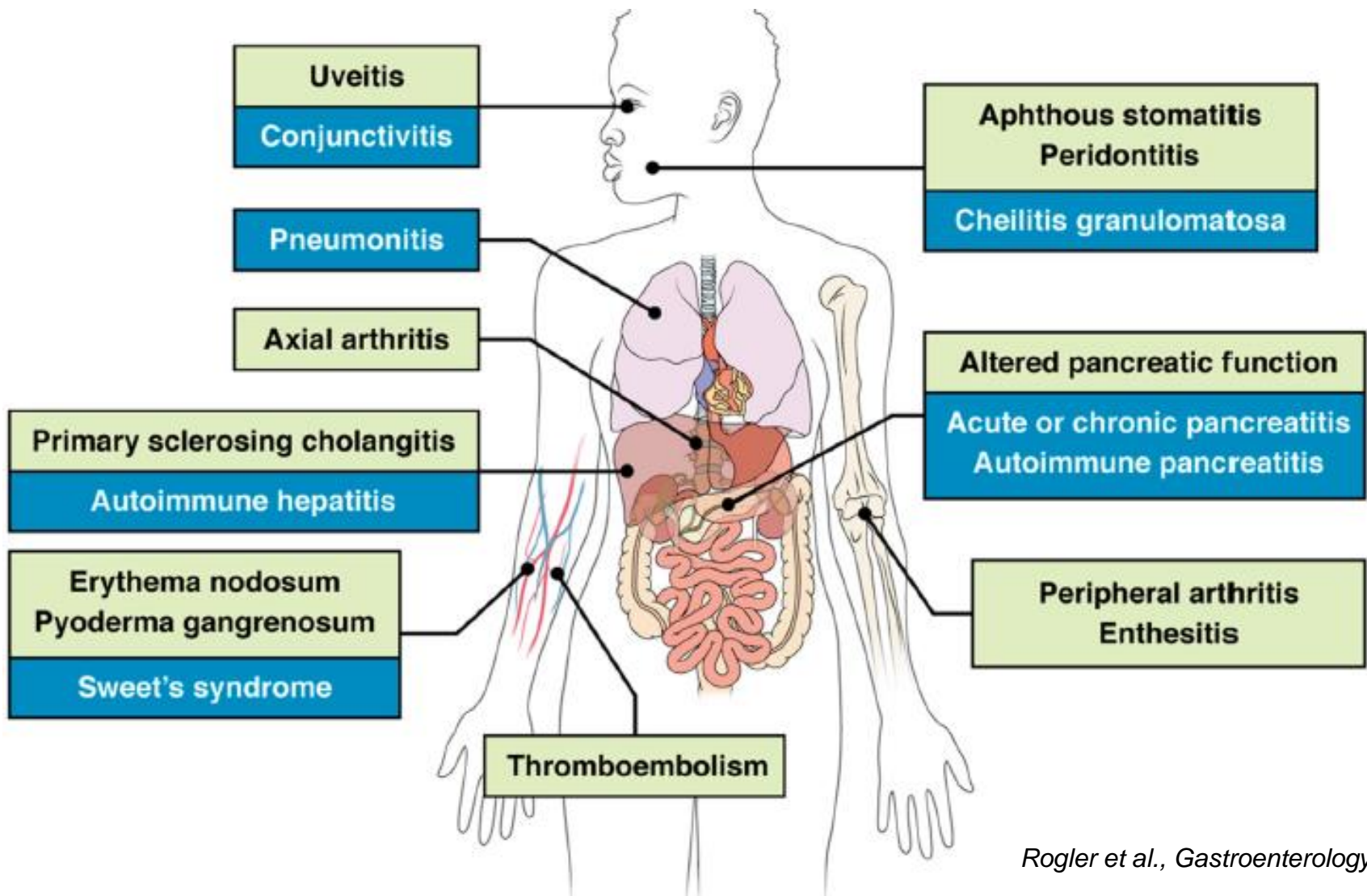


Kan oppstå både før og etter IBD-diagnosen

# EIM organaffeksjon

*Grønn: vanlige EIMs*

*Blå: sjeldne EIMs*



**Table 1.** Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Diseases

Organ system	Manifestations	Prevalence
Gastrointestinal	PSC Autoimmune pancreatitis Autoimmune hepatitis	UC: up to 5%; CD: rare Rare Rare (< 1%)
Mucocutaneous	EN PG Oral aphthous ulcers Sweet syndrome Orofacial granulomatosis	5%–15% in CD; 2%–10% in UC 0.4%–2.6% in IBD 5%–50% in CD Rare Rare
Musculoskeletal	IBD-related arthritis Peripheral arthritis Axial arthritis Enthesitis	CD: 10%–20% ; UC: 4%–14% Up to 50% in CD (asymptomatic)
Ocular	Episcleritis and scleritis Anterior uveitis	Scleritis: up to 1%; CD: 5%–12%; UC: 3.5%–4.1%
Pulmonary	Pneumonitis	Rare
Vascular	Cardiovascular disease Thromboembolism Portal vein thrombosis	NA 3- to 4-fold increase Rare

# Muskel og skjelett

- Vanligste EIM, hos opptil 46%
- Hyppigst hos unge
- Seronegativ for RF
- Sjelden leddeformiteter
  
- **Perifere ledd**
- **Aksiale ledd**
- **Enthesitt** – inflammasjon i ligamenter, sener eller leddkapsler (7-50%)
- Tendosynovitt, daktylitt



# Perifer artritt: type I artropati

- Store ledd; ankler, knær, hofter, albuer, skuldre
- Oligoartikulær (<5 ledd) asymmetrisk artritt
- Assosiert med IBD-aktivitet
- Akutt selvbegrensende symptomer <10 ukers varighet
- Ingen permanent leddskade
- **Behandling:** IBD terapi



# Perifer artritt: type II artropati

- De små ledd i hender og føtter
- Polyartikulær (>5 ledd) symmetrisk artritt
- Smerter, hevelse
- Uavhengig av IBD-aktivitet
- Kan vedvare over måneder/år

# Aksial artritt/spondyloartropati

- Sacroileitt og spondylitt
- Kan oppstå sammen med med perifere leddsymptomer
- Lave ryggmerter i hvile, bedres ved aktivitet
- MRI

# Behandling

- i nært samarbeide med revmatologer
- NSAID (???), steroider, sulfasalazin, metotreksat, anti-TNF

# Hud

- Hos 5-15% av pasienter med IBD
- Flest kvinner
- **Erythema nodosum:** mest vanlig ved Crohn's sykdom
- **Pyoderma gangrenosum:** <1%
- **Orale manifestasjoner:** hos 5-50%

# Erythema nodosum

- Subkutane, ømme, erytematøse noder, 1-5 cm
- Ekstensorside av ekstremiteter, hyppigst på anteriore legg
- Ikke nødvendig med biopsier
- Følger ofte IBD sykdomsaktivitet
- Behandle aktiv IBD, event. legge til steroider



# Pyoderma gangrenosum

- Erythematøse papler/pustler, ulcerasjoner, aseptisk puss
- Legger, i relasjon til stomiåpning, hudtraumer
- Ikke relatert til IBD aktivitet
- Unngå biopsitaking
- **Behandling:** steroider, anti-TNF, tacrolimus



# Oral patologi (5-50%)

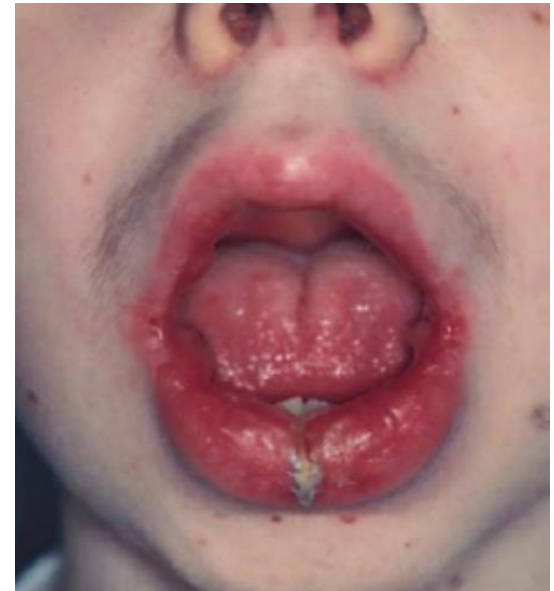
## Aftøs stomatitt

- Oftest hos barn med CD
- Smertefulle lesjoner
- Assosiert med aktiv sykdom og perianal sykdom
- Behandling: lokale analgetika, steroider, anti-TNF



## Orofacial granulomatose

- Melkersson-Rosenthal syndrome
- Granulomatøs inflammasjon med oral ulcerasjon
- Unge gutter/menn
- Behandling: systemiske steroider, immunosuppression



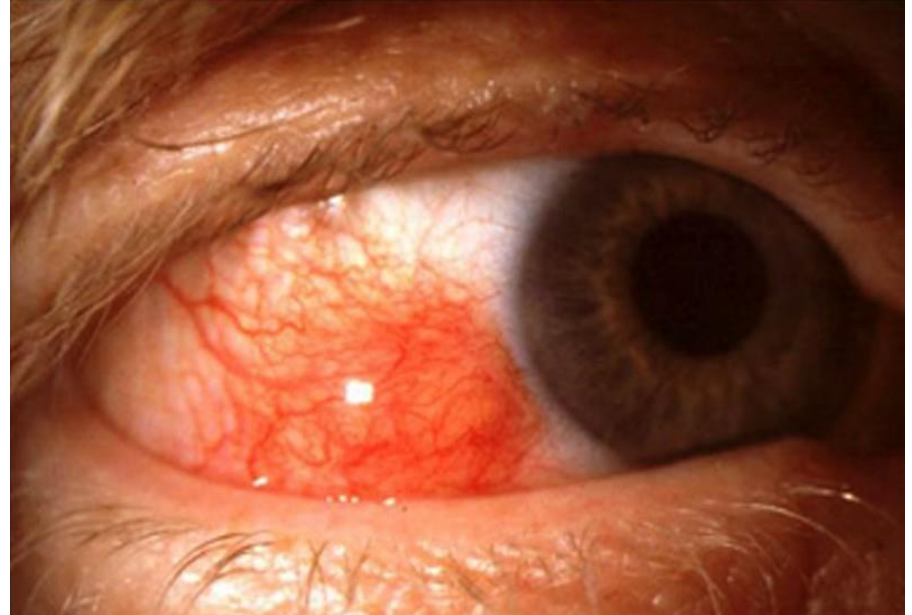
# Okulære manifestasjoner

- Hos 2-7% av pasienter med IBD
- Hyppigst hos barn
- Hyppigst ved CD
- Ofte assosiert med hud og ledd affeksjon
  
- **Episkleritt**
- **Skleritt**
- **Anterior uveitt**



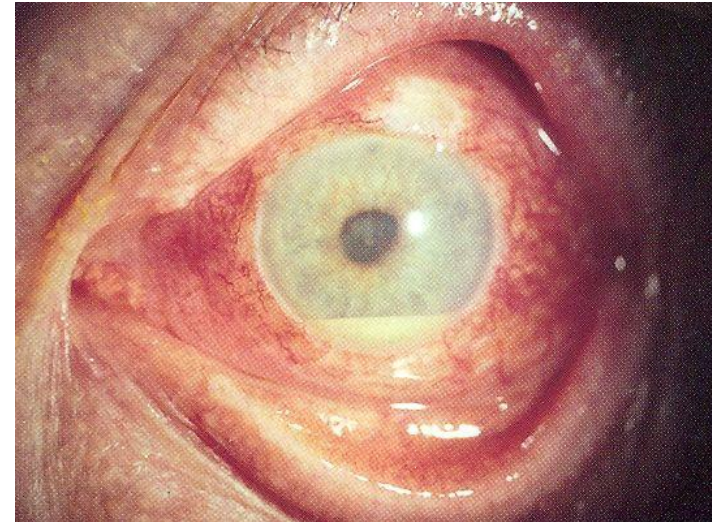
# Episcleritt

- Mest vanlige øyeaffeksjon
- Ofte lite plager; kløe, svie
- Assosiert med IBD sykdomsaktivitet
- Behandling: steroider
  
- **Scleritt:** sjeldnere (<1%)
- Potensielt mer alvorlig
- Må henvises øyelege



# Iridocyclitt

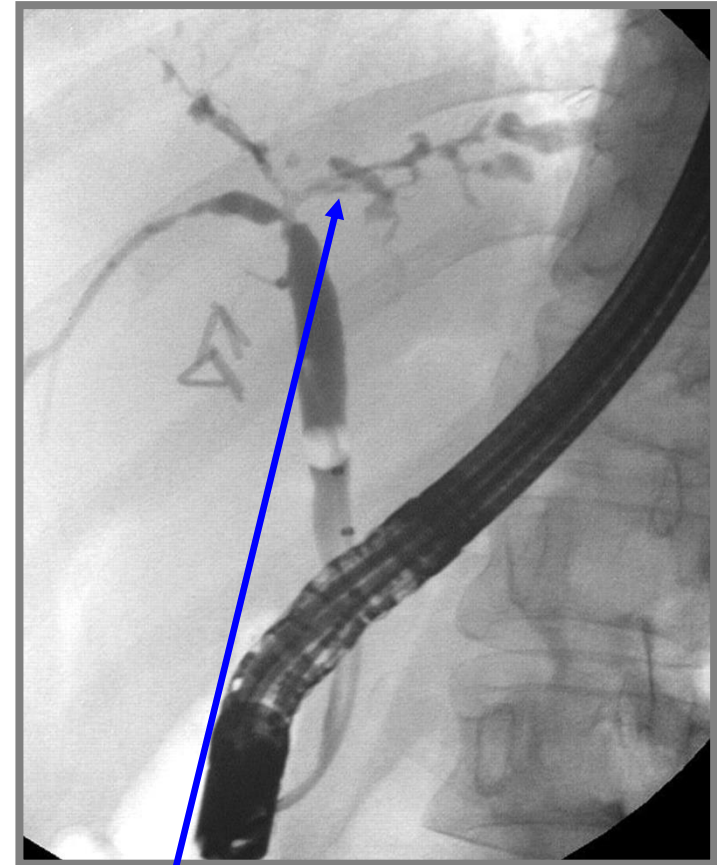
- Bilateral, langvarig
- Øyesmerter, uklart syn, fotofobi
- Uavhengig av sykdomsaktivitet
- Ø.hjelp øyelege
- **Behandling:** steroider, anti-TNF



# Primær skleroserende kolangitt

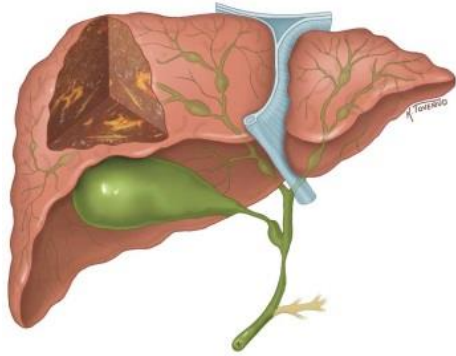
- Kronisk cholestatisk leversykdom med uklar etiologi
- Insidens: 1.3, prevalens: 8-16 (pr.100.000)
- Progressiv inflammasjon og fibrose i galletreet
- Flest menn, alder 35-50 år
- Cirrose, leversvikt
- Levertransplantasjon eneste potensielt kurative behandling

ERCP



*Knowlton, Am J Roentgenol, 2008*

**Uregelmessige veggkonturer  
Vekslede kaliber i gallegangene  
Stenoser og dillatasjoner**



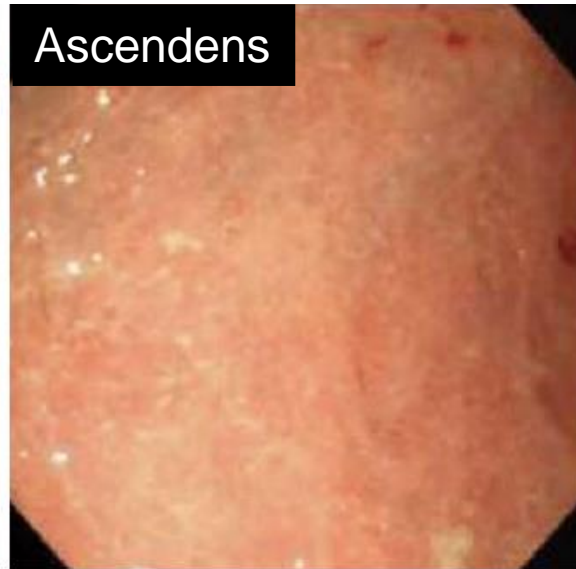
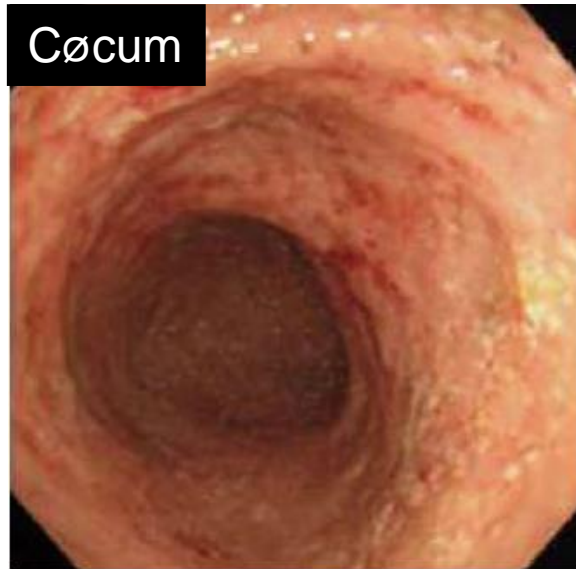
## **IBD in PSC**

**In PSC: 70-80% have IBD**



**In IBD: 3-7% have PSC**



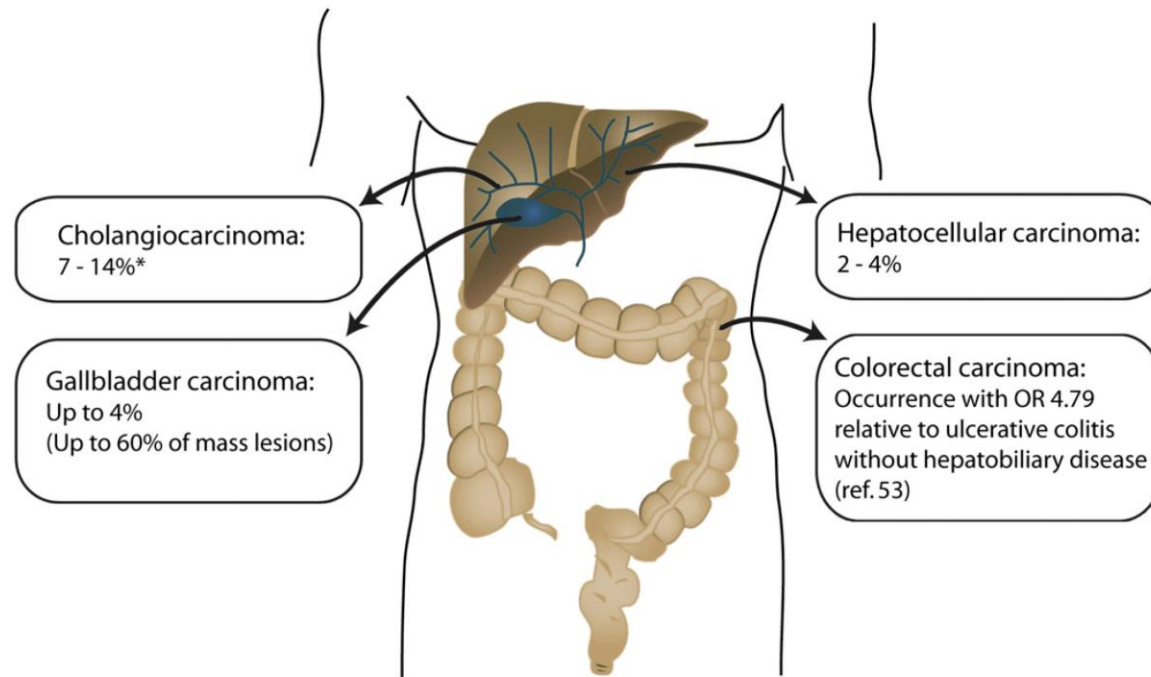


# PSC-IBD og kolorektal neoplasi

- PSC får IBD i yngre alder og utvikler CRC tidligere enn IBD
- Ofte høyresidig distribusjon av neoplasi



# PSC og cholangiocarcinom



- Prevalens 7-14%
- 50% innen 1 år etter PSC-diagnosen, så årlig ins. 0,5-1.5%
- Vanskelig diagnostikk, obs icterus, vekttap, magesmerter
- Overlevelse 6 mnd

# PSC

- Årlig kontroll hos gastroenterolog med klinisk vurdering, leverprøver og CA 19-9
- Årlig MRCP
- Dominant stenose på MRI – ERCP med børsting
- Årlig koloskopi dersom IBD
- Koloskopi hvert 5 år dersom ikke IBD
- Lav terskel for repetert klinisk vurdering dersom nytilkomne leverrelaterte symptomer (vekttap, kløe, magesmerter, icterus)



# Venøs tromboembolisme

- Økt risiko x 3
- Uklar patofysiologi; endotel-dysfunksjon, plateaktivering, nedsatt fibrinolyse
- Risiko øker ved økende inflammasjon

# Ta med hjem.....

- EIM ved IBD er VANLIG!
- Oftere ved Crohn's sykdom
- Artropatier vanligst
- PSC: malignitetsrisiko
- Multidisciplinær tilnærming

