

Ulseratiewe kolitis

Kort oorsig deur George Davie

Ulseratiewe kolitis is 'n siekte van onbekende oorsaak wat aanleiding gee tot akute of chroniese bloederige diaree met verskillende grade van sistemiese aantasting. Die inflammasie is beperk tot die kolon en affekteer hoofsaaklik die mukose.

Verskillende agente is al geïmpliseer soos bv. virusse (4, 5) en prostaglandiene (6, 7, 8). Serum lisosiem is bepaal (9, 10) in 'n onsuksesvolle poging om maklik te onderskei tussen ulseratiewe kolitis en Crohn se siekte.

Die behandeling bly egter empiries dmv kortikosteroïede, sulfasalasien, immuunonderdrukkers soos 6-merkaptopurien en asatioprien (1) wat egter gevare inhou van moontlike karsinogenese oor 'n lang periode. In die nuutste tyd word kromoglikaat (11, 12) gebruik maar die langtermyn effekte is nog nie bekend nie.

Sulfasalasien is sulpiridien in 'n antimikrobiële middel met 'n azo hegting aan vyf amino-salisielsuur. Minder as 'n derde word geabsorbeer deur die proksimale spysverteringskanaal. Wanneer die middel die distale deel bereik, splits die intestinale bakterië die azo binding en die twee substansie word losgemaak van mekaar.

Hoe die middel werk, is onseker daar die bakterie by die pasiënte nie noemenswaardig verander nie. Miskien is die salisielsuur verantwoordelik vir prostaglandien remming. Meer as een in vyf pasiënte op hoë dosisse 4 tot 8 g/dag ondervind toksisiteit.

Dit mag afhang van die pasiënt se asetileerder fenotiep dws die stadige asetileerder is dalk meer geneig om hoë konsentrasies op te bou. Naarheid, hoofpyn, arthralgie en uitsonderlik 'n hemolitiese anemie of agranulositose is almal gewoonlik gering en omkeerbaar. (1)

'n Onlangse opname (3) ivm prognose onder moderne behandelingsmetodes oor 'n tien jaar periode (1966 tot 1975) het die volgende algemene gevolgtrekkings bereik.

Lewensverwagting vir pasiënte met proktitis is normaal en die mortaliteit van kolitis is ook laag met moderne behandelingsmetodes by

sentra wat hulle daarop toespits. Alhoewel erger aanvalle mees algemeen is in die eerste jaar, is die verloop onvoorspelbaar en sulke aanvalle gaan gewoonlik gepaard met proksimale verspreiding van die inflammasie.

Verspreiding van die toestand mag plaasvind by pasiënte met proktitis en kolitis van intermediëre graad. By proktitis is die kans vir verspreiding na die sigmoid kolon \pm 30% in tien jaar en na die hele kolon 5% tot 10% binne tien jaar.

Chirurgie word aanbeveel by een in 50 pasiënte met proktitis, een in 20 met intermediëre kolitis en een in drie met uitgebreide kolitis binne die eerste vyf jaar vanaf aanvang van die siekte.

Ontwikkeling van karsinoom is 'n gevaar by langdurige ekstensiewe aantasting van die dikderm maar by ligte graad is die gevaar waarskynlik niks meer as in die normale bevolking nie.

Behandelingsprinsiepe

Die optimum behandeling (2) is gemik op vinnige intensiewe behandeling om die akute aanval te termineer so gou moontlik en om heraanvalle te probeer voorkom met versigtige opvolg en doelmatige instandhoudingsterapie. Alhoewel aanvalle vir geen rede soms geskied word hulle ook gepresipiteer deur onverskillige dieët, emosionele druk, spysverteringskanaal ontstekings veral wanneer dit behandel is met breë spektrum antibiotika oraal.

Hardlywigheid mag ook 'n aanval presipiteer moontlik omdat dit salasopriene se funksie belemmer en derhalwe word baie ruvesel inname aangemoedig by die pasiënte. By sekere pasiënt word die hidrofiele kolloïede soos psillium met sukses gebruik. (1)

In 'n klein groep pasiënte, \pm 10%, is daar 'n werklike laktose onverdraagsaamheid en hier moet melkprodukte vermy word.

Ysterpreparate irriteer blykbaar nie juis die pasiënte en kolon nie en kan vir aanvulling van die store gebruik word. (13)

Geringe Proktokolitis word behandel sonder bedrus en met 'n normale hoë ruvesel dieët. Die aksent is hier op lokale aanwending van of pred-

nisoloon of sulfasalasien en later met retensie kliesmas of skuim of intrarektale infuus van prednisoloon natriumfosfaat 20 mg of 100 mg hidrokortisoon.

Indien nie verbeter binne twee weke nie moet sulfasalasien bygegee word in dosisse van 2 tot 4 g daaglikse beginnende met die kleiner doserings. (13) Waar naarheid ens voorkom, kan die enteries bedekte pille gebruik word.

By meer ernstige aanvalle word die pasiënt opgeneem in die hospitaal. Hulle kry 'n hoë proteïen, lae oorskot dieët en sulfasalasien + orale prednisoloon 40 mg per dag wat later verminder word na 10 tot 15 mg. Kortikosteroïed kliesmas kan ook twee maal per dag gegee word.

Indien geen verbetering binne vyf dae verkry word nie, moet orale of intraveneuse hidrokortisoon 200 tot 300 mg daaglik of kortikotropiengel intramuskulêr 80 tot 120 E daaglik gegee word.

Orale steroïde moet verminder word na agt tot 12 weke en instandhouding vind plaas met lokale steroïed aanwending en sulfasalasien toediening.

By 'n fulminerende verloop wat nie repondeer op intense kortikosteroïed van intraveneuse antibiotika asook met aanvulling van elektroliete en bloedbenodighede nie, moet kolektomie sterk oorweeg word. (2) □

Verwysings

- 1 *Clinical Pharmacology*: Melman + Morelli; Macmillan 1978
- 2 *The Management of Ulcerative Colitis*: Geoffrey Watkinson; *The Practitioner*, June 1976 Vol. 216
- 3 *Clinical Outcome of the first Ten Years of Ulcerative Colitis and Proctitis*: Jean K Ritchie, J Powell-Tuck & J E Lennard-Jones; *The Lancet*, May 27, 1978
- 4 *Rotavirus Antibodies in Crohn's disease and Ulcerative Colitis*: G de Groot, J Desmyter & G Vantrappen & C A Phillips; *The Lancet*, June 11, 1977
- 5 *Evidence of an Agent Transmissible from Ulcerative Colitis Tissue*: D R Crave, D N Mitchell & B N Brooke; *The Lancet*, Jun 19, 1976
- 6 *Prostaglandins, Ulcerative Colitis, and Sulphasalazine*: Stuart T Gould; *The Lancet*, November 15, 1975
- 7 *Increased Prostaglandin Production in Ulcerative Colitis*: Stuart R Gould, Alan R Brash & Matthew E Colloff; *The Lancet* July 9, 1977
- 8 *Increased Synthesis of Prostaglandins in Ulcerative Colitis*: D W Harris & C H J Swan; *The Lancet*, July 23, 1977
- 9 *Serum Lysozyme in Inflammatory Bowel Disease*: R E Pounder, J R Auella, Helen McCallum & J J Misiewicz; *The Lancet*, August 2, 1975
- 10 *Serum Lysozyme in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis*: C A Helman, B H Novis, S Bank, L Wormold & P Jacobs; *S A Medical Journal*, 17 December 1977
- 11 *Treatment of Ulcerative Colitis with Oral Disodium Cromoglycate*: V Mani, F H Y Green, G Lloyd, H Fox & L A Turnberg; *The Lancet*, February 28, 1976
- 12 *Ulcerative Colitis and Disodium Cromoglycate*: Giuliana Della Cella, Luigi R Garibaldi & Paolo Durand; *The Lancet*, May 22, 1976
- 13 *If I Had... Ulcerative Colitis*: N H Dyer; *British Medical Journal*, 5 August 1978