

Редкое сочетание осложненного эозинофильного эзофагита и болезни Крона у юноши 17 лет

А.О. Меркулова^{✉1}, А.Ю. Харитоновна¹, А.А. Шавров^{1,2}, А.А. Шавров³ (мл.), О.В. Карасева^{1,4}, В.А. Капустин¹

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

³ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

⁴ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) и воспалительные заболевания кишечника относят к хроническим иммуноопосредованным заболеваниям с многообразным патогенезом. В педиатрической практике их совместное течение наблюдается крайне редко, а взаимное влияние изучено недостаточно. В статье приведено клиническое наблюдение сочетания двух иммуноопосредованных хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у юноши 17 лет. Пациент обратился с жалобами на дисфагию, беспокоящую в течение года. Из анамнеза известно, что за 2 года до настоящего обращения больному установлен и гистологически подтвержден диагноз ЭоЭ, по поводу которого регулярного лечения и наблюдения пациент не получал. При эзофагогастродуоденоскопии подтвержден ЭоЭ с формированием стриктуры пищевода (E2R1E1F2S1), разрешение которой достигнуто сеансом эндоскопической баллонной дилатации. После чего жалобы на дисфагию полностью купировались, однако через 3 мес появились жалобы на примесь алой крови в стуле и наличие анальной трещины. Пациенту выполнено эндоскопическое обследование верхних и нижних отделов ЖКТ с биопсией: при эзофагогастродуоденоскопии наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения активности воспалительных изменений (E1R0E1F1S0) и отсутствие стриктуры; по данным илеоколоноскопии диагностирована болезнь Крона. На фоне медикаментозного лечения отмечена положительная динамика в виде эпителизации анальной трещины. Сочетание осложненных форм ЭоЭ и болезни Крона у детей встречается нечасто. Эндоскопическое обследование позволило не только своевременно выполнить малоинвазивное эндоскопическое лечение стриктуры пищевода, но и установить редкое сочетание иммуноопосредованных хронических заболеваний ЖКТ.

Ключевые слова: эозинофильный эзофагит, болезнь Крона, стриктура пищевода, баллонная дилатация, дети, анальная трещина, клинический случай

Для цитирования: Меркулова А.О., Харитоновна А.Ю., Шавров А.А., Шавров А.А. (мл.), Карасева О.В., Капустин В.А. Редкое сочетание осложненного эозинофильного эзофагита и болезни Крона у юноши 17 лет. Педиатрия. Consilium Medicum. 2024;4:416–420. DOI: 10.26442/26586630.2024.4.202900

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

CASE REPORT

A rare combination of complicated eosinophilic esophagitis and Crohn's disease in a 17-year-old child. Case report

Anastasia O. Merkulova^{✉1}, Anastasia Yu. Kharitonova¹, Andrey A. Shavrov^{1,2}, Anton A. Shavrov³, Olga V. Karaseva^{1,4}, Vitalii A. Kapustin¹

¹Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia;

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

³Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

⁴National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, Russia

Abstract

Eosinophilic esophagitis (EoE) and inflammatory bowel disease (IBD) are chronic immune-mediated diseases with complex pathogenesis. Little is known about overlap of EoE and IBD in pediatrics. A 17-year-old male patient was admitted to the endoscopy department of the Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (Moscow) with dysphagia that had been lasting for a year. For the first time EoE was diagnosed and histologically confirmed in this child 2 years ago. Since that time the patient didn't receive any treatment and follow-up. Endoscopy confirmed eosinophilic esophagitis with esophageal stricture (E2R1E1F2S1) which was successfully corrected by the endoscopic balloon dilatation. The symptoms of dysphagia disappeared completely, but 3 months later the patient complained of blood in the stool and an anal fissure. Esophagogastroduodenoscopy revealed decreased activity of EoE (E1R0E1F1S0) without strictures. Crohn's disease was diagnosed by ileocolonoscopy with biopsy. An anal fissure was epithelized within treatment of Crohn's disease. Comorbid complicated forms of eosinophilic esophagitis and Crohn's disease in children are uncommon. Endoscopy allowed timely minimally invasive treatment of esophageal stricture as well as diagnostics of a rare combination of immune-mediated chronic diseases of digestive tract.

Keywords: eosinophilic esophagitis, Crohn's disease, esophageal stricture, balloon dilatation, children, anal fissure, clinical observation

For citation: Merkulova AO, Kharitonova AY, Shavrov AA, Shavrov AA, Karaseva OV, Kapustin VA. A rare combination of complicated eosinophilic esophagitis and Crohn's disease in a 17-year-old child. Case report. Pediatrics. Consilium Medicum. 2024;4:416–420. DOI: 10.26442/26586630.2024.4.202900

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Меркулова Анастасия Олеговна** – врач-эндоскопист ГБУЗ НИИ НДХиТ. E-mail: anast.merkulova@gmail.com; SPIN-код: 2535-1504

✉ **Anastasia O. Merkulova** – endoscopist, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma. E-mail: anast.merkulova@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8623-0947

Харитоновна Анастасия Юрьевна – канд. мед. наук, зав. эндоскопическим отд-нием ГБУЗ НИИ НДХиТ. SPIN-код: 1251-5150

Anastasia Yu. Kharitonova – Cand. Sci. (Med.), Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma. ORCID: 0000-0001-6218-3605

Шавров Андрей Александрович – д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. отд-ния сочетанной травмы ГБУЗ НИИ НДХиТ, каф. гастроэнтерологии фак-та дополнительного профессионального образования ФГАУ ВО «РНПМУ им. Н.И. Пирогова». SPIN-код: 3455-9611

Andrey A. Shavrov – D. Sci. (Med.), Prof., Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma, Pirogov Russian National Research Medical University. ORCID: 0000-0003-3666-2674

Актуальность

В структуре современной гастроэнтерологии эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) – одна из наиболее распространенных причин нарушения пассажа пищи по верхнему отделу пищеварительного тракта как у взрослых, так и у детей [1]. Болезнь характеризуется выраженным эозинофильным воспалением слизистой оболочки пищевода, развитием подслизистого фиброза стенки органа, приводящих к формированию протяженных сужений его просвета [2, 3]. В настоящее время ЭоЭ является основной причиной дисфагии и вклинения пищи у детей и молодых людей [1].

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – болезнь Крона (БК) и язвенный колит – заболевания, в патогенезе которых заложена дисрегуляция кишечной иммунной системы, вовлекающая Т-хелперные и цитокиновые механизмы воспаления, приводящие к нарушению барьерной функции эпителия и микробиоты кишечника [4–6].

В последние десятилетия отмечен рост распространенности этих болезней, причем наиболее интенсивный – в педиатрической популяции [7–9]. ЭоЭ в сочетании с ВЗК встречается у 0,45–2% детей [9].

В качестве примера представляем редкое клиническое наблюдение сочетания БК и осложненного течения ЭоЭ с формированием стриктуры пищевода.

Описание клинического наблюдения

Мальчик, 17 лет, обратился с жалобами, беспокоящими в течение 1 года, на боль при проглатывании твердой пищи, необходимость запивать ее водой. Из анамнеза известно, что ребенок с раннего возраста находился под медицинским наблюдением по поводу псориаза, atopического дерматита, полиноза. В возрасте 15 лет у него диагностирован и гистологически подтвержден ЭоЭ, по поводу которого пациент получал антисекреторную терапию коротким курсом. В течение последующих 2 лет до настоящего обращения ребенок нигде не наблюдался и не получал лечение по поводу ЭоЭ.

При эзофагогастродуоденоскопии обнаружены признаки ЭоЭ E2R1E1F2S1, где E – edema – отек, R – rings – кольца, E – exudates – экссудат, F – furrows – борозды, S – strictures – стриктуры (рис. 1). Выявлено сужение просвета нижней трети пищевода до 8–9 мм (рис. 2). Эндоскопических признаков патологии желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) не выявлено. Выполнена биопсия слизистой оболочки пищевода – 3 фрагмента из проксимальных и дистальных отделов. По результатам гистологического исследования отмечены слабовыраженный межклеточный отек, умеренно выраженная инфильтрация эозинофильными гранулоцитами до 44 в одном поле зрения (2-я степень, II стадия). Ребенку назначили антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП),

Рис. 1. Эндоскопическая картина ЭоЭ E2R1E1F2S1.

Fig. 1. Endoscopic image of eosinophilic esophagitis E2R1E1F2S1.

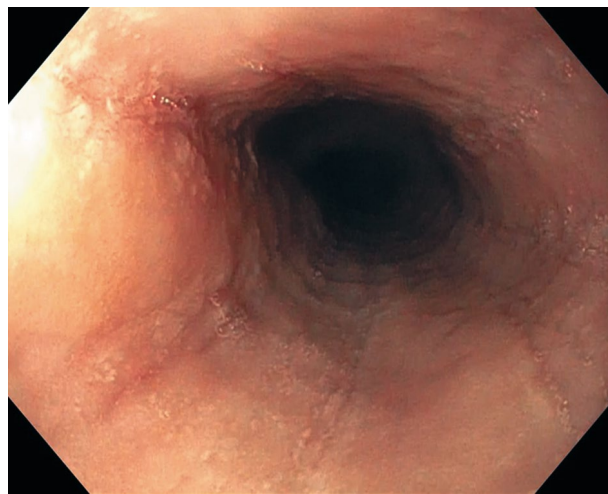
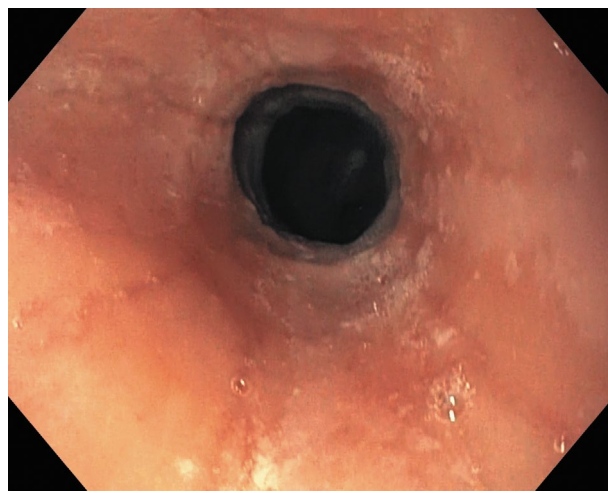


Рис. 2. Стриктура нижней трети пищевода до 8–9 мм.

Fig. 2. Stricture of the lower third of the esophagus up to 8–9 mm.



однако дисфагия и боль при проглатывании пищи сохранялись. Через месяц ребенок госпитализирован для проведения эндоскопической баллонной дилатации стриктуры пищевода.

В условиях многокомпонентной эндотрахеальной анестезии выполнена баллонная дилатация стриктуры пищевода до 12 мм (рис. 3, 4). При осмотре нижележащих отделов выявлены признаки эрозивного (афтозного) поражения ДПК (рис. 5, a, b). С целью исключения эозинофильного гастроэнтерита и других ВЗК выполнена биопсия слизистой

Информация об авторах / Information about the authors

Шавров Антон Андреевич – канд. мед. наук, зав. эндоскопическим отделением Сеченовского центра материнства и детства, ассистент каф. детской хирургии и урологии-андрологии им. проф. Л.П. Александрова ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). SPIN-код: 2381-3024

Карасева Ольга Витальевна – д-р мед. наук, ГБУЗ НИИ НДХиТ, ФГАУ «НИИЦ здоровья детей». SPIN-код: 7894-8369

Капустин Виталий Анатольевич – врач – детский хирург, ГБУЗ НИИ НДХиТ. SPIN-код: 7282-4527

Anton A. Shavrov – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-0178-2265

Olga V. Karaseva – D. Sci. (Med.), Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma, National Medical Research Center for Children's Health. ORCID: 0000-0001-9418-4418

Vitalii A. Kapustin – pediatric surgeon, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma. ORCID: 0000-0002-3407-6535

Рис. 3. Баллонная дилатация стриктуры нижней трети пищевода.

Fig. 3. Balloon dilatation of the esophageal stricture of the lower third.

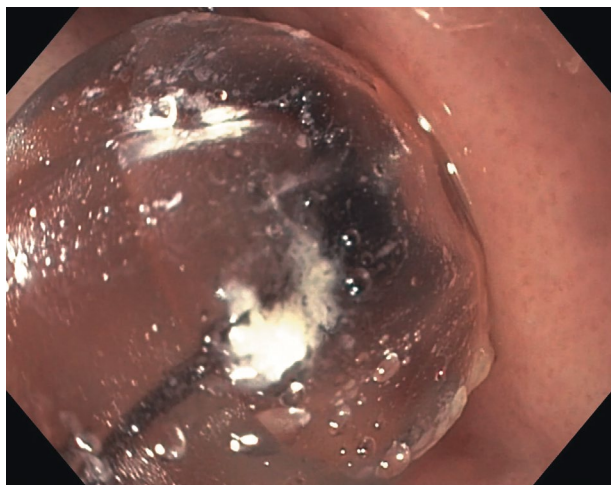
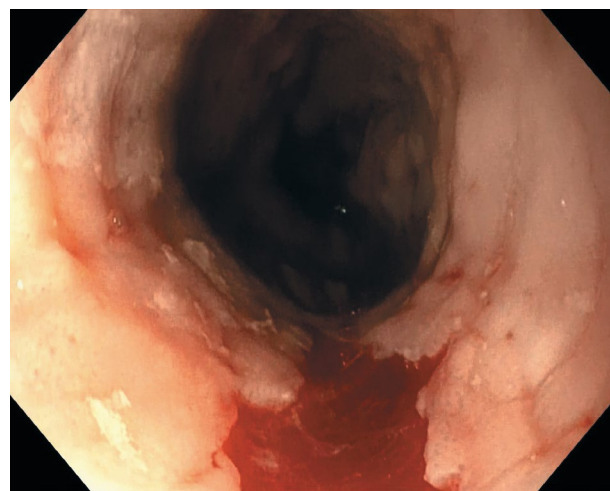


Рис. 4. Состояние сразу после баллонной дилатации, линейный надрыв слизистой оболочки.

Fig. 4. Condition immediately after balloon dilatation, linear rupture of the mucosa.



оболочки ДПК и желудка. Гистологическое исследование признаков специфического воспаления не выявило, определен умеренно выраженный минимально-активный дуоденит. Пациенту рекомендована элиминационная диета, а также назначены ИПП и топические кортикостероиды с последующим контрольным обследованием через 3 мес.

Через 3 мес мальчик жалоб на дисфагию не предъявлял, твердую пищу глотал свободно, без боли. Однако появились жалобы на примесь крови в стуле и наличие анальной трещины. Учитывая наличие эозинофилии пищевода, анальной трещины, мезаденита по данным выполненного в рамках дообследования ультразвукового исследования органов брюшной полости, определены показания для проведения эндоскопического обследования не только верхних, но и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

При контрольной эзофагогастродуоденоскопии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения активности воспалительных изменений E1R0E1F1S0 вместо E2R1E1F2S1 и отсутствия стриктуры. При гистологическом исследовании биопсийного материала число эозинофилов уменьшилось до 19 в поле зрения. Рентгеноскопия пищевода с контрастированием бариевой взвесью исключила стриктуру пищевода и гастроэзофагеальный рефлюкс (рис. 6, *a, b*).

При осмотре перианальной области визуализирована анальная трещина (рис. 7). Ребенку выполнена илеоколоноскопия с биопсией всех отделов толстой кишки и осмотром дистального отдела подвздошной кишки, где обнаружены признаки эрозивного илеита (рис. 8, *a, b*). При гистологическом исследовании выявлены умеренно активный илеит и хронический диффузный непрерывный панколит низкой степени активности. Морфологическая картина соответствовала БК. Дополнительно выполнено серологическое исследование крови и определены маркеры БК: антитела к сахаромикетам иммуноглобулин (Ig) G – 60 ед/мл, IgA – 14 ед/мл. Мальчику назначены строгая безмолочная, безглютеновая диета с исключением орехов и яиц; ИПП (декслансопрозол), топические кортикостероиды (будесонид) и препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин) в возрастных дозировках.

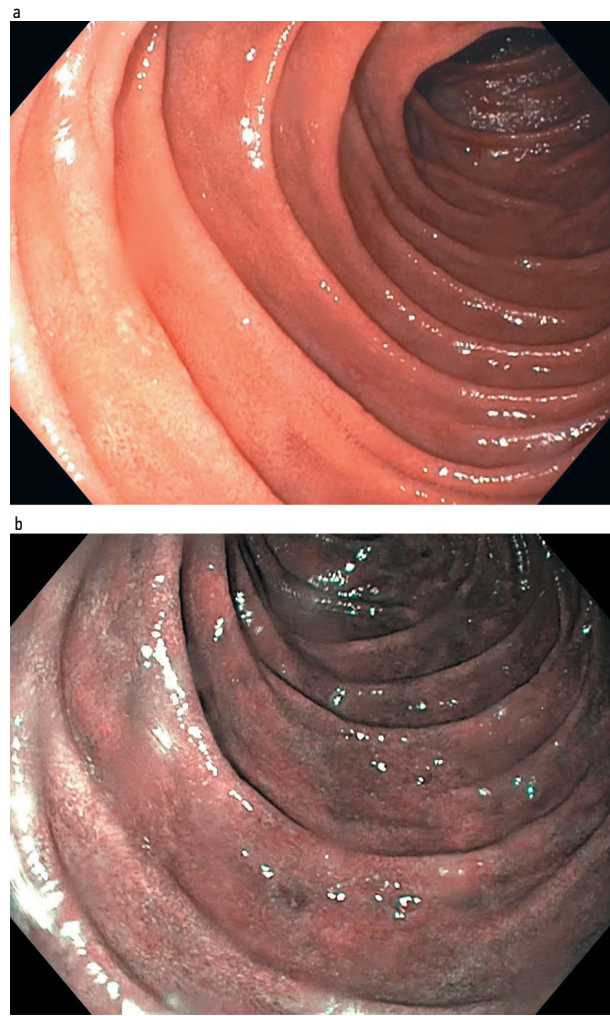
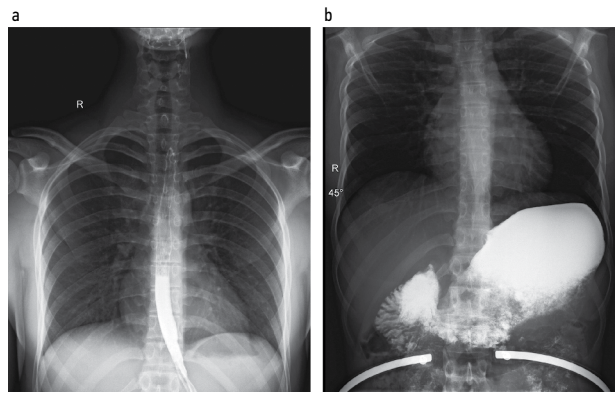
Рис. 5. Эрозивный дуоденит: *a* – осмотр в белом свете; *b* – осмотр в узкоспектральном режиме NBI.Fig. 5. Erosive duodenitis: *a* – white light examination; *b* – narrow-band imaging examination.

Рис. 6. Рентгеноскопия пищевода с бариевой взвесью: *a* – в положении стоя; *b* – в положении пациента по Тренделенбургу с наклоном 45°.

Fig. 6. X-ray contrast imaging of the esophagus: *a* – barium esophagogram in standing position; *b* – in the Trendelenburg position of the patient with an inclination 45°.



На фоне проводимого медикаментозного лечения отмечалась положительная динамика в виде полного купирования симптомов дисфагии, а также эпителизации анальной трещины.

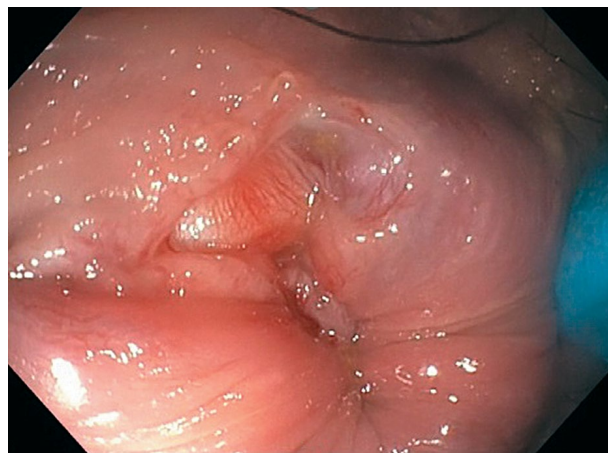
Представленное клиническое наблюдение демонстрирует редкое сочетание иммуноопосредованных заболеваний ЖКТ в детском возрасте. В литературных источниках сведения о совместном течении ВЗК и ЭоЭ у детей немногочисленны [9]. Считается, что возникновение ЭоЭ ассоциируется с более легким течением ВЗК, в то время как выявление ВЗК не влияет на естественное течение ЭоЭ [9]. Известно также, что у детей с ЭоЭ и ВЗК IgE-опосредованная пищевая аллергия встречается чаще, чем у детей только с ВЗК [10].

Применение баллонной дилатации с положительным эффектом демонстрирует современные возможности эндоскопических технологий при развитии доброкачественных стриктур пищевода у детей, что позволяет избежать сложных многоэтапных операций [11]. Методом выбора внутрипросветного лечения протяженных и диффузных стенозов при ЭоЭ является бужирование по струне-проводнику с помощью бужей Мэлони или Савари. Баллонная дилатация считается более предпочтительным подходом в лечении ограниченных стриктур с возможностью прямой визуализации во время процедуры и исключительно радиальным направлением силы расширения [12]. Нередко одного сеанса баллонной дилатации при эозинофильных стенозах достаточно для достижения клинического и эндоскопического эффекта. Проведение повторных лечебных манипуляций не связано с предварительным медикаментозным лечением, выраженностью эозинофильной инфильтрации, степенью стеноза и разновидностью дилатационных процедур. Количество осложнений при дилатации ЭоЭ-ассоциированных стенозов не превышает таковое при лечении других видов стенозов пищевода у детей. Наиболее частым нежелательным явлением в послеоперационном периоде является одинофагия, которая купируется приемом классических обезболивающих средств [13].

Следует отметить, что существует возможность совместного течения ЭоЭ с другими иммуноопосредованными заболеваниями ЖКТ, а трудности диагностики могут быть обусловлены их неспецифичной клинической картиной.

Рис. 7. Анальная трещина.

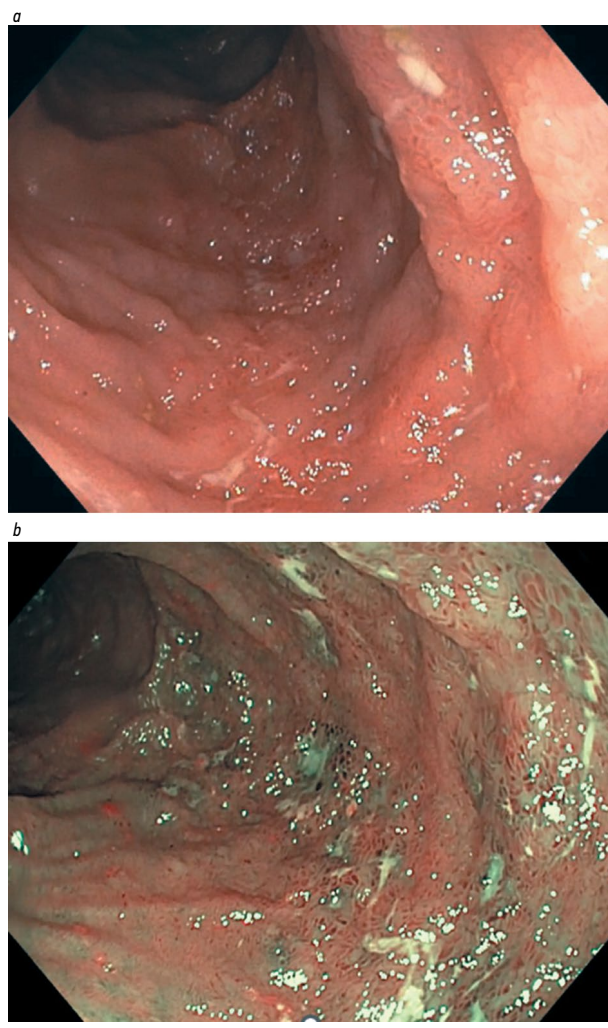
Fig. 7. Anal fissure.



Своевременное и правильное установление диагноза позволяет предотвратить развитие осложнений со стороны не только пищевода, но и всего пищеварительного тракта.

Рис. 8. Эрозивный илеит: *a* – осмотр в белом свете; *b* – осмотр в узкоспектральном режиме NBI.

Fig. 8. Erosive ileitis: *a* – white light examination, *b* – narrow-band imaging examination.



Заключение

Сочетание осложненных форм ЭоЭ и БК у детей встречается крайне редко. Эндоскопическое обследование позволило не только своевременно выполнить малоинвазивное эндоскопическое лечение стриктуры пищевода, но и установить редкое сочетание иммуноопосредованных хронических заболеваний ЖКТ. Дети с хроническими заболеваниями кишечника нуждаются в диспансерном наблюдении, внимательном отношении ко всем жалобам и симптомам болезни и регулярном эндоскопическом обследовании.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. А.О. Меркулова – сбор и обработка материала, написание текста; А.Ю. Харитоновна – сбор и обработка материала, написание текста; В.А. Капустин – сбор и обработка материала; А.А. Шавров – написание текста, редактирование; О.В. Карасева – редактирование; А.А. Шавров (мл.) – редактирование.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. A.O. Merkulova – data collection and processing, text writing; A.Yu. Kharitonova – data collection and processing, text writing; V.A. Kapustin – data collection and processing; A.A. Shavrov – text writing, editing; O.V. Karaseva – editing; A.A. Shavrov (junior) – editing.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациента на анализ и публикацию медицинских данных и фотографий.

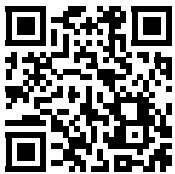
Consent for publication. The authors obtained written consent from the patient's legal representatives to analyze and publish medical data and photographs.

Литература/References

1. Górriz GC, Matallana RV, Álvarez MÓ, et al. Eosinophilic esophagitis: an underdiagnosed cause of dysphagia and food impaction to be recognized by otolaryngologists. *HNO*. 2018;66(7):534–42.
2. Ивашкин В.Т., Баранская Е.К., Кайбышева В.О., и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита. М., 2013 [Ivashkin VT, Baranskaia EK, Kaybysheva VO, et al. *Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu eozinofilnogo ezofagita*. Moscow, 2013 (in Russian)].
3. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J*. 2017;5(3):335–58. DOI:10.1177/2050640616689525
4. Sheehan D, Shanahan F. The Gut Microbiota in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2017;46(1):143–54. DOI:10.1016/j.gtc.2016.09.011
5. Rothenberg ME. Molecular, genetic, and cellular bases for treating eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology*. 2015;148:1143–57.
6. Strober W, Fuss IJ. Proinflammatory cytokines in the pathogenesis of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140:1756–67.
7. Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and Natural History of Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology*. 2018;154:319–32.e3.
8. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142:46–54.
9. Aloï M, D'Arcangelo G, Rossetti D, et al. Occurrence and Clinical Impact of Eosinophilic Esophagitis in a Large Cohort of Children With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2023;29(7):1057–64. DOI:10.1093/ibd/izac172. Erratum in: *Inflamm Bowel Dis*. 2023;29(1):183.
10. Moore H, Wechsler J, Frost C, et al. Comorbid Diagnosis of Eosinophilic Esophagitis and Inflammatory Bowel Disease in the Pediatric Population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2021;72(3):398–403. DOI:10.1097/MPG.0000000000003002
11. Харитоновна А.Ю., Карасева О.В., Шавров А.А., Капустин В.А. Эндоскопическая диагностика и лечение стенозов пищевода у детей. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2020;(10):184 [Kharitonova Alu, Karaseva OV, Shavrov AA, Kapustin VA. *Endoskopicheskaia diagnostika i lecheniie stenozov pishchevoda u detei*. *Rossiiskii vestnik detskoï khirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2020;(10):184 (in Russian)].
12. Schoepfer AM, Gonsalves N, Bussmann C, et al. Esophageal dilation in eosinophilic esophagitis: effectiveness, safety, and impact on the underlying inflammation. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:1062–70.
13. Menard-Katcher C, Furuta GT, Kramer RE. Dilation of Pediatric Eosinophilic Esophagitis: Adverse Events and Short-term Outcomes. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(5):701–6. DOI:10.1097/MPG.0000000000001336

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.04.2024

Статья принята к печати / The article approved for publication: 07.12.2024



OMNIDOCTOR.RU