

گزارش مورد: سندرم کرونخیت کانادا

همایون واحدی^۱، پیمان عرب^۲

^۱دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، تهران، ایران
^۲دستیار فوق تخصصی گوارش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، تهران، ایران

چکیده

چکیده

بیماری کرونخیت کانادا یک سندرم نادر اکتسابی و غیر فامیلی است که با پولیپ های منتشر در دستگاه گوارش همراه با اسهال، کاهش وزن، تغییرات پوستی و ناخن ها تظاهر می یابد. بیمار مردی سالخورده با تابلوی تلخی دهان، ریزش موی سر، هیپرپیگمانتاسیون پوست، انیکولیز ناخن های دست و پا، اسهال و کاهش وزن پیشرونده از یک سال پیش بود که در آندوسکوپی فوقانی و کولونوسکوپی کامل، پولیپ های متعدد در معده، دئودنوم و کولون داشت، در بررسی پاتولوژی از پولیپ ها، وجود هامارتوم تشخیص سندرم کرونخیت کانادا برای بیمار گزارش شد.

کلیدواژه: سندرم کرونخیت کانادا، پولیپ هامارتوما، غیر فامیلی

گوارش / دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۸، ۱۶۱-۱۶۳

زمینه و سابقه

در سال ۱۹۵۵ دو پژوهشگر به نام های کرونخیت و کانادا برای اولین بار سندرم اکتسابی و غیر فامیلی را گزارش نمودند که با پولیپ های منتشر در دستگاه گوارش همراه تغییرات دیستروفیک در ناخن ها، آلوسی، هیپرپیگمانتاسیون پوست، اسهال، کاهش وزن، درد شکم و سوء تغذیه همراه بود (۱). این بیماری اغلب در افراد میانسال با میانگین سنی ۶۲ سال و اغلب به طور سرعاً پیشرونده تظاهر می کند. این بیماری می تواند با آنتروپاتی از دست دهنده پروتئین و افزایش رشد باکتری ها در روده همراه شود (۱).

پولیپ های دستگاه گوارش در ۵۲٪ تا ۹۶٪ بیماران و از معده تا رکتوم دیده می شوند (۱). پولیپ ها عمدتاً از نوع هامارتوم بوده و با گسترش لایه مخاطی و افزایش اتوزینوفیل ها در بافت همراه هستند (۲). این بیماری درمان موثری ندارد.

شرح مورد

بیمار آقای ۷۴ ساله، کشاورز، اهل بابل که از ۱۵ ماه قبل از مراجعه به بیمارستان دکتر شریعتی دچار تلخی دهان و گاه دردهای غیر اختصاصی اپیگاستر بوده است، ۲ ماه پس از شروع علائم بیمار به تدریج دچار

نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز

تحقیقات گوارش و کبد، تهران، ایران

تلفن و نمابر: ۰۲۱-۸۸۲۲۰۰۲۶

پست الکترونیک: payman_arab@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۲۹

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۳۰

شکل ۱: هیپرپیگمانتاسیون پوست با انیکولیز و تغییرات دیستروفیک ناخن های پا



هیپرپیگمانتاسیون پوست به ویژه در انتهای اندام ها و کاهش وزن پیشرونده (در نهایت به میزان ۱۶ کیلوگرم در یک سال) شد.

از ۶ ماه قبل از مراجعه تغییرات دیستروفیک ناخن های دست و پا و انیکولیز ناخن ها آغاز شد و ۲ ماه پس از آن بیمار دچار اسهال مزمن و چند نوبت ملنا شد. بیمار سابقه اولسر پتیک را در ۳۵ سال پیش و نیز سابقه جراحی هرنی اینگوینال را ۲۰ سال پیش داشته است. در معاینه بالینی نکات قابل توجه شامل ریزش موی سر، هیپرپیگمانتاسیون پوست به ویژه دیستال اندام ها و انیکولیز ناخن ها بود (شکل ۱ و ۲). در آندوسکوپی فوقانی بیمار پولیپ های متعدد در معده و دئودنوم دیده شد که مورد بیوپسی قرار گرفت (شکل ۳). هم چنین در آندوسونوگرافی از ضایعات معده، گسترش لایه مخاطی بدون درگیری زیر مخاط مشاهده شد. در کولونوسکوپی کامل پولیپ های متعدد از رکتوم تا سکوم مشاهده و در پی آن بیوپسی شد (شکل ۴).

در تست های آزمایشگاهی هیپوتیروئیدی ساب کلینیکال وجود داشت (جدول ۱) و نهایتاً پاتولوژی بیوپسی از پولیپ ها، هامارتوما و منطبق بر تشخیص سندرم کرونخیت کانادا گزارش شد.

بحث

بر اساس گزارش‌های موجود سندرم کرونخیت کانادا بیماری نادری است و تا کنون حدود ۴۰۰ مورد گزارش ثبت شده از آن وجود دارد که دو سوم موارد آن در ژاپن بوده است. پیش‌آگهی این سندرم بد و مرگ و میر ۵ ساله آن ۵۵٪ است که به علت خونریزی گوارشی، سپتی‌سمی و نارسایی احتقانی قلب روی می‌دهد (۲). این سندرم می‌تواند با هیپوتیروئیدی تظاهر کند (۴) و شیوع بدخیمی‌های گوارشی به ویژه سرطان معده و کولورکتال تا ۱۳٪ گزارش شده است (۵). از این رو پیگیری دقیق این بیماران همواره توصیه می‌شود. این سندرم اتیولوژی مشخصی ندارد و شایع‌ترین علائم اولیه آن شامل اسهال و تغییر حس چشایی است. اسهال در این سندرم ثانویه به علل گوناگونی نظیر افزایش رشد باکتری‌ها در روده روی می‌دهد و در ۹۰٪ از بیماران دیده می‌شود (۲). درمان این سندرم غیر اختصاصی و اغلب ناموفق است. اصلاح کمبودهای تغذیه‌ای، تجویز کورتیکواستروئید (۳)، کاهش اسیدیته معده و تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها بعضاً در کنترل علائم و کاهش پولیپوز موثر بوده‌اند (۲).

نتیجه‌گیری

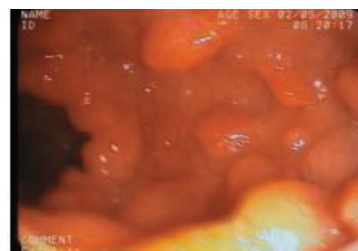
به رغم نادر بودن سندرم کرونخیت کانادا، این بیماری باید در ارزیابی و تشخیص افتراقی، پولیپوز منتشر دستگاہ گوارش به ویژه در افراد میانسال مد نظر قرار گیرد. وجود علائم پوستی همراه با اسهال، سوء تغذیه و کاهش وزن در تشخیص این سندرم کمک کننده است و در نهایت تشخیص با آندوسکوپی و کولونوسکوپی و ارزیابی پاتولوژی تایید می‌شود.

REFERENCES

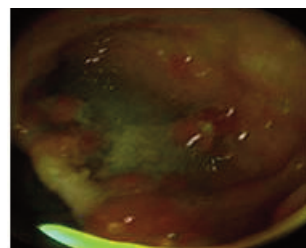
- Ward EM, Wolfsen HC. Review article: The non-inherited gastrointestinal polyposis syndromes. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 333-42.
- Felman M. Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and Liver Disease, Steven H, et al. Colonic polyps and polyposis syndromes. chapter 119. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2007. P.2748-9.
- Ahnen DJ, Macrae FA. Approach to the patient with colonic polyps In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009.
- Qiao M, et al. Cronkhite-Canada syndrome with hypothyroidism. *South Med J* 2005; 98: 575-6.
- Yashiro M, Lei Z, Nai-Zhong H, Jian-Ming X. Cronkhite-Canada syndrome containing colon cancer and serrated adenoma lesions. *Digestion* 2004;69:57- 62.
- M.S Kim, Jung HK, Jung HS, Chio JY, Nay J, Pyun GW, et al. A Case of Cronkhite-Canada syndrome showing resolution with Helicobacter pylori eradication and omeprazole. *Korean J Gastroenterol* 2006; 47: 59-64.



شکل ۲: هیپرپیگمانتاسیون پوست با انیکولیز و تغییرات دیستروفیک ناخن‌های



شکل ۳: پولیپ‌های متعدد در آنتر معده



شکل ۴: پولیپ‌های متعدد در سکوم

جدول ۱: نتایج آزمایش‌های انجام شده

آزمایش‌ها	نتایج	نرمال
شمارش گلبول سفید	۵۴۰۰ c/mm ³	۴۵۰۰-۱۱۰۰۰ c/mm ³
هموگلوبین	۱۳/۲ mg/dl	۱۲-۱۶ mg/dl
حجم متوسط گلبولی	۸۱۲/ fl	۷۸-۱۰۲ fl
پلاکت	۲۱۳۰۰۰ mm ³	۱۵۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰ mm ³
آسپاراتات آمینوترانسفراز	۱۸ U/L	<۳۰ U/L
آلانین آمینوترانسفراز	۱۱ U/L	<۳۰ U/L
آلکالین فسفاتاز	۱۸۰ U/L	۶۴-۳۰۶ U/L
آلبومین سرم	۳/۵ g/dl	۳/۵-۵/۲ g/dl
پروتئین کل سرم	۴/۸ g/dl	۵/۵-۸ g/dl
هورمون تحریک کننده تیروئید (TSH)	۵/۸ mU/L	۰/۵-۴/۷ mU/L
تیروکسین	۸ μg/dl	۴/۵-۱۰/۹ μg/dl
قند خون ناشتا - پرو فایل چربی سرم	نرمال	نرمال
اوره - کراتینین - الکترولیت های سرم	نرمال	نرمال
سرولوژی بیماری سلولک	منفی	منفی
فریتین - آهن سرم - اشباع ترانسفرین	نرمال	نرمال
آزمایش ادرار	نرمال	نرمال
آزمایش مدفوع	نرمال	نرمال

Diagnosis of a rare Syndrome: Cronkhite-Canada Syndrome

Vahedi H¹, Arab P¹

¹ Digestive Disease Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

² Fellow of Gastroenterology and Hepatology, Digestive Disease Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

ABSTRACT

Cronkhite-Canada syndrome (CCS) is a rare, non-familial disorder of unknown etiology associated with alopecia, cutaneous hyperpigmentation, gastrointestinal polyposis, onychodystrophy, diarrhea, weight loss and abdominal pain. The prevalence of gastrointestinal malignancy in CCS patients is about 13%, and especially is high in colorectal and gastric areas; 5 year mortality rate is 55%.

In this report, a 74 year old man is described who had dysgeusia, skin hyperpigmentation, onycholysis, abdominal pain, chronic diarrhea, progressive weight loss and episodic melena since one year ago. He underwent upper endoscopy and colonoscopy. Diffuse polyposis were seen in stomach, duodenum and from rectum to cecum. Pathology of biopsy specimens showed hamartomatous polyps, compatible with Cronkhite-Canada syndrome. Although CCS is a rare acquired syndrome, it should be considered in differential diagnosis of gastrointestinal polyposis with diarrhea and skin changes. These patients need careful follow up to identify associated malignancies.

Keywords: Cronkhite-Canada syndrome, Hamartomatous Polyps, Non-Familial
Govaresh/ Vol. 14, No.3, Autumn 2009; 161-163

Corresponding author:

Digestive Disease Research Center, Shariati Hospital, Kargar-e-Shomali St., Tehran, Iran

Telefax: +98 21 88220026

E-mail: payman_arab@yahoo.com

Received: 28 Jun. 2009

Edited: 18 Feb. 2010

Accepted: 19 Feb. 2010