

## Gastroduodenal Sarcoidosis: A Case Report

**Abdolsamad Gharavi<sup>1</sup>, Neda Nozari<sup>1</sup>, Arash Nikmanesh<sup>2</sup>, Reza Ansari<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Fellow of Gastroenterology, Digestive Disease Research Institute (DDRI), Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Pathologist, Digestive Disease Research Institute (DDRI), Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Digestive Disease Research Institute (DDRI), Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### ABSTRACT

Sarcoidosis is a systemic granulomatous disease of unknown etiology. Sarcoidosis involving the gastrointestinal (GI) tract is extremely rare. This is a rare case report of an individual with symptomatic gastroduodenal sarcoidosis. A 34-year-old male with a six-month history of epigastric pain, nausea, early satiety and weight loss presented to our clinic. An upper endoscopy was performed which showed a cardia ulcer that measured approximately 10 mm along with multiple superficial erosions and patchy erythema in all parts of the gastroduodenal mucosa. Biopsies of the stomach and duodenum revealed severe active chronic noncaseating granulomatous gastritis and duodenitis. Stains for *Helicobacter pylori*, acid fast bacteria, and fungi were negative. An upper GI series showed thickened gastric folds with narrowing of the gastric body and antrum with lack of distensibility. The plasma level of angiotensin converting enzyme (ACE) was elevated. Corticosteroid therapy was started with rapid abatement of his symptoms. In cases of refractory epigastric pain, especially if other organ involvement, gastroduodenal sarcoidosis should be considered.

**Keywords:** Sarcoidosis; Granulomatosis gastritis; Granulomatosis duodenitis; Noncaseating granuloma

*please cite this paper as:*

Gharavi A, Nozari N, Nikmanesh A, Ansari R. Gastroduodenal Sarcoidosis: A Case Report. *Govaresh* 2013;18:172-6.

#### Corresponding author:

Abdolsamad Gharavi, MD

Gastroenterology and Hepatology Fellow,  
Digestive Disease Research Institute, Tehran  
University of Medical Sciences, Shariati  
Hospital, Kargar Shomali Av., 14117 Tehran,  
Iran

Tel: + 98 21 82415104

Fax: + 98 21 82415400

E-mail: drqaravi@gmail.com

Received: 11 Jun. 2013

Edited: 11 Aug. 2013

Accepted: 12 Aug. 2013

## گزارش یک مورد نادر سارکوییدوز گاستروئودنال علامتدار

عبدالصمد غراوی<sup>۱</sup>، ندا نوذری<sup>۱</sup>، آرش نیک منش<sup>۲</sup>، رضا انصاری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دستیار فوق تخصصی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> متخصص پاتولوژی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## چکیده

سارکوییدوز سیستمیک یک بیماری گرانولوماتو با علت ناشناخته است. درگیری معده و روده باریک در این بیماری به ندرت گزارش شده است. بیمار آقای ۳۴ ساله با سابقه شش ماهه درد اپی گاستر، تهوع، سیری زودرس و کاهش وزن قابل توجه است. در آندوسکوپی فوقانی یک زخم در ناحیه کاردیا در اندازه ۱×۱ سانتی متر مشاهده شد و آروزیون های متعدد و اریتم مخاطی در سراسر معده و دوازدهه وجود داشت. در بیوپسی معده و دوازدهه التهاب فعال و شدید گرانولوماتوز غیرکازیفیه داشت. رنگ آمیزی از نظر هلیکوباکتر پیلوری، اسید فاست و قارچ منفی بود. در مطالعه باریمی افزایش ضخامت چین های معده و دوازدهه همراه با باریک شدگی تنه و آنتروم معده وجود داشت. سطح سرمی ACE (آنزیم مبدل آنژیوتانسین) بالا بود. بیمار با تشخیص سارکوییدوز علامتدار گاستروئودنال تحت درمان با کورتیکواستروئید قرار گرفت. مدت کوتاهی بعد از شروع درمان، علائم بیمار برطرف شد. در موارد درد اپی گاستر مقاوم به درمان به ویژه در صورت درگیری ارگان های دیگر، سارکوییدوز گاستروئودنال باید به عنوان یکی از تشخیص های افتراقی مورد بررسی قرار گیرد و درمان مناسب قبل از بروز عوارض بیماری شروع شود.

کلید واژه: سارکوییدوز، سارکوییدوز گاستروئودنال، گاستروئودنیت گرانولوماتوز

گوارش / دوره ۱۸، شماره ۳ / پاییز ۱۳۹۲ / ۱۷۶-۱۷۲

## زمینه و هدف:

سارکوییدوز یک بیماری سیستمیک گرانولوماتوز با علت ناشناخته است که مشخصه آن وجود گرانولوم غیر کازیفیه است. درگیری دستگاه گوارش به ویژه درگیری دوازدهه در سارکوییدوز نادر است.

## گزارش مورد:

بیمار مرد ۳۴ ساله در اردیبهشت ماه ۱۳۹۲ با شکایت درد اپیگاستر،

## نویسنده مسئول: عبدالصمد غراوی

تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد ایران

تلفن: ۰۲۱-۸۲۴۱۵۱۰۴

نمابر: ۰۲۱-۸۲۴۱۵۴۰۰

پست الکترونیک: drqaravi@gmail.com

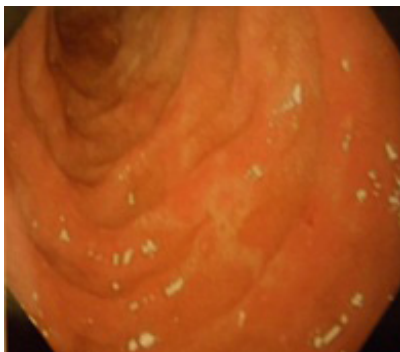
تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۲۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۵/۲۰

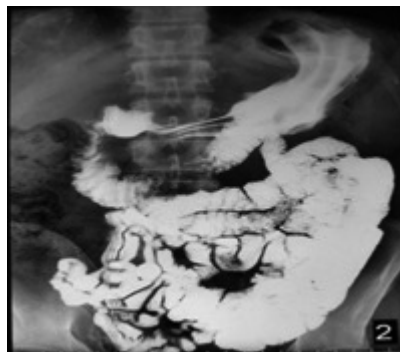
تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۲۱

تهوع، سیری زورس و کاهش وزن به میزان ۱۰ کیلوگرم به طور سرپایی به درمانگاه گوارش بیمارستان شریعتی مراجعه کرد. بیماری وی از ۶ ماه قبل از مراجعه شروع و سیر پیشرونده داشته است. درد اپی گاستر کیفیت مبهم داشته و به جایی انتشار نداشته است و با خوردن غذا تشدید پیدا می کرده است و به درمان سرکوبگر اسید معده پاسخ نداده است. در ضمن بیمار از تب خفیف گاهگاهی، سرفه خشک و ادم دور چشم شاکی بود. بیمار سابقه استفراغ و اسهال نداشت. سابقه بیماری سیستمیک، مصرف سیگار، اپیوم و الکل نداشت. سابقه مصرف دارو از قبیل داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و سایقه تماس با توکسین نداشت. در معاینه علائم حیاتی پایدار بود، معاینه قلب، ریه و تیروئید نرمال بود و تنها یافته مثبت تندرست اپی گاستر، ادم پری اربیتال و پروپتوز بود. رادیوگرافی سینه یافته غیرطبیعی نداشت. در مطالعه باریمی قسمت فوقانی دستگاه گوارش و روده باریک، افزایش ضخامت چین های معده و دوازدهه و باریک شدگی لومن معده دیده شد ولی سایر قسمت های روده باریک از جمله ایلئوم طبیعی بود (شکل ۱).

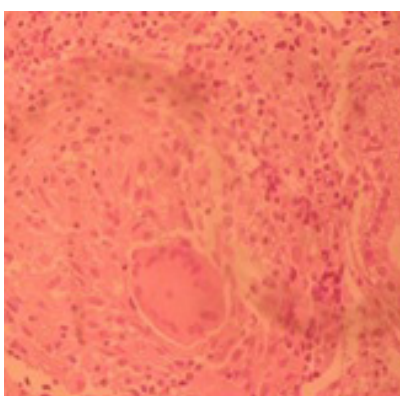
در آندوسکوپی فوقانی زخم منفرد ۱×۱ سانتی متر در ناحیه کاردیای



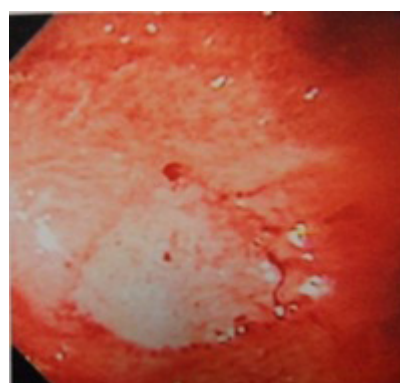
شکل ۳: آندوسکوپی فوقانی قسمت دوم دوازدهه که نشان دهنده اریتم مخاطی و آروزبون های متعدد است.



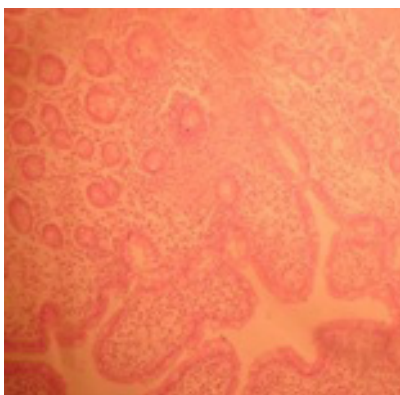
شکل ۱: مطالعه باریمی معده و روده باریک که افزایش ضخامت چین های معده و دوازدهه مشهود است.



شکل ۴: هیستوپاتولوژی معده که نشان دهنده گاستریت شدید مزمن و فعال با التهاب گرانولوماتوز غیر کازئیفیه است.



شکل ۲: آندوسکوپی فوقانی که نشان دهنده زخم ۱×۱ سانتیمتر در ناحیه کاردیا است.



شکل ۵: هیستوپاتولوژی قسمت دوم دوازدهه نشان دهنده دئودنیت شدید و فعال با التهاب گرانولوماتوز غیر کازئیفیه است.

معده (شکل ۲) و اریتم مخاطی و آروزبون های متعدد در معده و دوازدهه مشاهده شد و لومن معده اتساع پذیری نداشت (شکل ۳). بررسی هیستوپاتولوژیک بیوپسی متعدد از مخاط معده و دوازدهه، گاستروئودنیت مزمن و فعال گرانولوماتوز غیر کازئیفیه داشت و رنگ آمیزی از نظر هلیکوباکتر پیلوری، اسید فاست و قارچ منفی بود (شکل های ۴ و ۵). کولونوسکوپی نرمال بود. تست مانتو (PPD) و تست های، VDRL ASCA و p-ANCA منفی بود. در بررسی های آزمایشگاهی شمارش سلول های خونی نرمال بود. ESR (سرعت رسوب اریتروسیت) طبیعی بود ولی CRP (پروتئین واکنشی سی) ۲۲ (نرمال کمتر از ۱۰ میلی گرم / دسی لیتر) و سطح سرمی آنزیم مبدل آنژیوتانسین ۶۸ (با محدوده نرمال ۸-۶۵ IU/L) بود. سطح سرمی کلسیم، فسفر، آلکالن فسفاتاز، ترانس آمینارهای کبدی، لاکتات دهیدروژناز در محدوده نرمال بود.

با توجه به درگیری همزمان دو عضو (دستگاه گوارش و چشم) یک بیماری سیستمیک مطرح شد. نمای رادیولوژیک شامل افزایش ضخامت چین های معده و دئودنوم و باریک شدگی لومن معده و همچنین یافته های آندوسکوپیک (اریتم و آروزبون منتشر معده و دوازدهه و عدم اتساع پذیری معده) به نفع تشخیص بیماری های ارتشاحی از قبیل بیماری کرون، لنفوم،

سار کوییدوز و توبرکلوزیس بود. با توجه به گاستروئودنیت گرانولوماتوز غیر کازئیفیه و منفی بودن باسیل اسید فاست و قارچ در پاتولوژی، نرمال بودن LDH، ASCA و p-ANCA و منفی بودن تست مانتو و سطح سرمی

نادر است ولی می تواند اولین علامت و گاهی شدید و کشنده باشد. (۱۳) یافته های آندوسکوپی فوقانی در سارکوئیدوز معده شامل ندولاریتی، گاستریت، افزایش ضخامت مخاطی و دفرمیتی است. شایع ترین تظاهر سارکوئیدوز معده در مطالعه باریم افزایش ضخامت مخاطی و عدم اتساع پذیری آن است که لینیت پلاستیکا کانسر معده را تقلید می کند. (۱۴) تشخیص سارکوئیدوز معده بر اساس وجود گرانولوم غیر کازئیفیه در بیوپسی معده و شواهد سارکوئیدوز در ارگان های دیگر است. پاتولوژی مشابه ممکن است در بیماری کرون، توبرکلوز، سیفلیس، بیماری ویل، عفونت های قارچی و واکنش جسم خارجی دیده شود، بنابراین تفسیر پاتولوژی باید با دقت انجام شود.

علائم بالینی سارکوئیدوز روده باریک شامل اسهال غیرخونی، درد کولیکی اپی گاستر یا پری آمبلیکال، کاهش وزن، بی اشتهاپی و گاهی تب خفیف است. آندوسکوپی فوقانی یا آنتروسکوپی همراه با بیوپسی مخاطی روش تشخیصی انتخابی است. مطالعات باریم و تست های دیگر معمولاً نرمال است. تشخیص های افتراقی آن شامل بیماری کرون، توبرکلوز و انتریت هیستوپلاسموز است. تشخیص سارکوئیدوز روده باریک بر اساس وجود گرانولوم غیر کازئیفیه در بیوپسی روده، شواهد درگیری ارگان های دیگر و عدم وجود توبرکلوز و بیماری قارچی است. (۱۵)

درمان سارکوئیدوز دستگاه گوارش به فعالیت و میزان گسترش بیماری بستگی دارد. موارد بدون علامت به درمان نیاز ندارد. در صورت ایجاد علائم بالینی یا التهاب گرانولوماتوز در بیوپسی، گلوکوکورتیکواستروئید سیستمیک درمان انتخابی است. پردنیزولون با دوز ۳۰-۴۰ میلی گرم روزانه شروع می شود سپس به تدریج طی دوره زمانی شش ماهه به ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم روزانه کاهش داده می شود. درمان به مدت حداقل یک سال توصیه می شود. (۱۵)

در این بیمار براساس علائم بالینی شامل درد اپی گاستر، کاهش وزن و ادم اربیتال و گرانولوم غیر کازئیفیه در بیوپسی معده و دوازدهه و سطح سرمی بالای آنزیم مبدل آنزیماتاسین (ACE) و وجود شواهد درگیری ارگان دیگر (چشم) تشخیص سارکوئیدوز گاستروئیدنال تایید شد و تحت درمان با گلوکوکورتیکواستروئید سیستمیک قرار گرفت. بنابراین در موارد درد اپی گاستر مقاوم به درمان به ویژه در صورت درگیری ارگان های دیگر، سارکوئیدوز گاستروئیدنال باید به عنوان یکی از تشخیص های افتراقی مورد بررسی قرار گیرد. و درمان مناسب قبل از بروز عوارض بیماری شروع شود.

بالای ACE تشخیص سارکوئیدوز معده و دوازدهه تایید شد و درمان با گلوکوکورتیکواستروئید سیستمیک (پردنیزولون ۴۰ میلی گرم روزانه) شروع شد. مدت کوتاهی بعد از شروع درمان، علائم گوارشی بیمار برطرف شد و ادم اربیتال کاهش چشمگیری پیدا کرد.

#### بحث :

سارکوئیدوز یک بیماری سیستمیک است که با تشکیل گرانولوم غیر کازئیفیه در ارگان های درگیر از جمله ریه، پوست، چشم و کبد مشخص می شود. (۱) تشخیص سارکوئیدوز بر اساس شرح حال، وجود گرانولوم در ارگان درگیر و رنگ آمیزی و کشت منفی برای باسیل اسید فاست و عدم وجود تماس با توکسین و فقدان بیماری در زمینه دارو است. (۲) سارکوئیدوز بیشتر در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی رخ می دهد و میزان شیوع آن در آمریکا ۱ تا ۴۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. (۳) درگیری دستگاه گوارش در سارکوئیدوز نادر است. معده شایع ترین ارگان درگیر در دستگاه گوارش است. البته سارکوئیدوز در مری، آپاندیس، روده باریک، کولون و رکتوم، پانکراس و پریتون نیز گزارش شده است. (۴) تشخیص سارکوئیدوز بر اساس شواهد بالینی درگیری چند ارگان، یافته های آزمایشگاهی شامل سطح سرمی ACE، یافته های تصویر برداری و گرانولوم غیر کازئیفیه در پاتولوژی است. سطح سرمی ACE در ۶۰٪ بیماران سارکوئیدوز بالاست و میزان آن با فعالیت بیماری هماهنگی دارد. (۵) در کودکان تا ۸۰٪ گزارش شده است (۶) در حالی که در بیماری کرون سطح آن پایین یا نرمال است. (۷)

بیماری بالینی معده ای- روده ای در ۱/۰ تا ۹/۰ درصد موارد سارکوئیدوز رخ می دهد. (۸) معده شایع ترین ارگان درگیر دستگاه گوارش است و تاکنون بالغ بر ۶۰ مورد سارکوئیدوز علامتدار معده گزارش شده است که فقط ۲۵ مورد آنها شواهد هیستولوژیک گرانولوم غیر کازئیفیه منطبق با سارکوئیدوز داشته اند. (۹) سارکوئیدوز روده باریک کمترین شیوع را دارد و درگیری دوازدهه بسیار نادر است و بیماری علامتدار آن فقط در سه مورد گزارش شده است. (۱۰)

تظاهرات بالینی سارکوئیدوز معده در زمینه زخم پپتیک و باریک شدن لومن معده به واسطه التهاب گرانولوماتوز و فیبروز دیواره معده است. (۱۱) درد اپی گاستر نشانه غالب آن است و کیفیت مبهم، سوزشی یا کرامپی دارد. تهوع و استفراغ معمولاً در زمینه انسداد پیلور رخ می دهد. کاهش وزن شایع است و ممکن است شدید باشد. (۱۲) خونریزی گوارشی اگرچه

## REFERENCES

1. Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. *N Engl J Med* 2007;357:2153-65.
2. Ebert EC, Kierson M, Hagspiel KD. Gastrointestinal and Hepatic Manifestations of Sarcoidosis. *Am J Gastroenterol* 2008;103:3184-92.
3. Rybicki BA, Major M, Popovich J Jr, Maliarik MJ, Iannuzzi MC. Racial differences in sarcoidosis incidence: A 5-year study in a health maintenance organization. *Am J Epidemiol* 1997;145: 234-41.
4. Warshauer DM, Lee JK. Imaging manifestations of abdominal

- sarcoidosis. *AJR Am J Roentgenol* 2004;182:15-28.
5. Lieberman J. Elevation of serum angiotensin-converting enzyme (ACE) level in sarcoidosis. *Am J Med* 1975;59:365-72.
  6. Braswell RA, Kline LB. Neuro-ophthalmologic manifestations of sarcoidosis. *Ophthalmology* 2006;4:67-77.
  7. Matsuda T, Suzuki J, Furuya K, Masutani M, Kawakami Y. Serum angiotensin I-converting enzyme is reduced in Crohn's disease and ulcerative colitis irrespective of genotype. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:2705-10.
  8. Downloaded from <http://qjmed.oxfordjournals.org/> by guest on July 14, 2013.
  9. Friedman M, Ali MA, Borum ML. Gastric sarcoidosis: a case report and review of the literature. *South Med J* 2007;100:301-3.
  10. Hourigan SK, Baldwin K, Halfpenny C, Tuchman D. Gastrointestinal Sarcoidosis in an Adolescent Presenting With Hemorrhage From a Bleeding Duodenal Ulcer. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:474-6.
  11. Fireman Z, Sternberg A, Yarchovsky Y, Abu-Much S, Coscas D, Topilsky M, et al. Multiple antral ulcers in gastric sarcoid. *J Clin Gastroenterol* 1997; 24:97-9.
  12. Friedman M, Ali MA, Borum ML. Gastric sarcoidosis: a case report and review of the literature. *South Med J* 2007; 100:301-3.
  13. Akinyemi E, Rohewal U, Tangorra M, Abdullah M. Gastric sarcoidosis. *J Natl Med Assoc* 2006; 98:948-9.
  14. Noël JM, Katona IM, Piñeiro-Carrero VM. Sarcoidosis resulting in duodenal obstruction in an adolescent. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 24:594-8.
  15. Ebert EC, Kierson M, Hagspiel KD. Gastrointestinal and hepatic manifestations of sarcoidosis. *Am J Gastroenterol* 2008; 103:3184-92.