

## آسیت ائوزینوفیلیک در یک مرد جوان : گزارش یک مورد

میترا عاملی<sup>۱</sup>، ریحانه جعفر شاد<sup>۲</sup>، ناصر ابراهیمی دریانی<sup>۳</sup>

استادیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی تهران (پردیس همت)، تهران، ایران

<sup>۲</sup>دستیار بیماریهای داخلی، بیمارستان امام خمینی(ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup>استاد، بیمارستان امام خمینی(ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

### چکیده

بیمار مرد ۴۰ ساله ای با شکایت از درد، اتساع شکمی و تب گهگاهی در بیمارستان پذیرش شد. سابقه ای از بروز علائم مشابه را در ۶ سال قبل ذکر می کرد که به علت آن تحت لاپاراتومی شده بود. در آزمایشها لکوسیتوز با افتراق ۴۲٪ ائوزینوفیل و در پاراسنتز مایع آسیت ۹۰٪ سلول های چند هسته ای از نوع ائوزینوفیل بود. بیوپسی مری علاوه بر ازوفازیت ریفلاکسی حاوی تعداد ۱۵-۱۰ ائوزینوفیل در هر میدان میکروسکوپی بود. در نهایت بیمار با تشخیص سندرم گاستروانتریت ائوزینوفیلیک از نوع ساب سروال تحت درمان با پردنیزولون ۳۰ میلی گرم روزانه قرار گرفت. حال عمومی وی بهتر شد. آسیت و ائوزینوفیلی در خون محیطی برطرف شد.

**کلید واژه:** آسیت ائوزینوفیلیک، درد شکمی، پان گاستریت اریتماتو، پردنیزولون

گوارش / دوره ۱۶، شماره ۲ / تابستان ۱۳۹۰ / ۱۲۸-۱۲۴

### زمینه و سابقه:

آسیت ائوزینوفیلیک یک اختلال نادر گوارشی با علل ناشناخته است که می تواند اطفال و بالغین را گرفتار سازد. در واقع آسیت ائوزینوفیلیک جزئی از سندرم گاستروانتریت ائوزینوفیلیک است که با ترشح ائوزینوفیل در بافت ها و غالبا افزایش ائوزینوفیل در خون محیطی و درغیاب سایر علل ثانویه مثل عفونت های انگلی، بدخیمی و آلرژی مشخص می شود. درگیری می تواند در یک لایه یا در تمامی لایه های دستگاه گوارش و در هر قسمتی از مسیر دستگاه گوارش رخ دهد. در اغلب موارد با شرایط اتوپیک مثل آسم، آلرژی غذایی و دارویی رخ می دهد. (۱-۴)

### نویسنده مسئول:

تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی(ره)، بخش

گوارش

تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۹۲۶۳۹

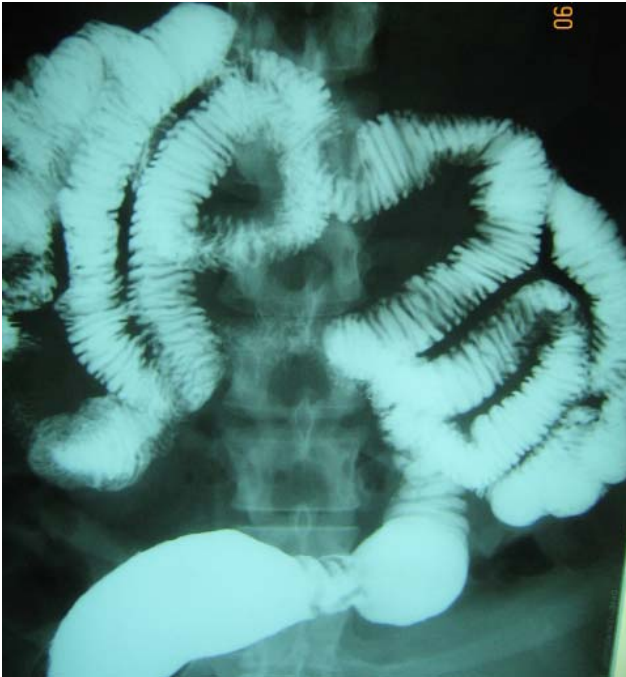
نمبر: ۰۲۱-۶۶۵۸۱۶۳۹

پست الکترونیک: jafarshad@tums.sina.ac

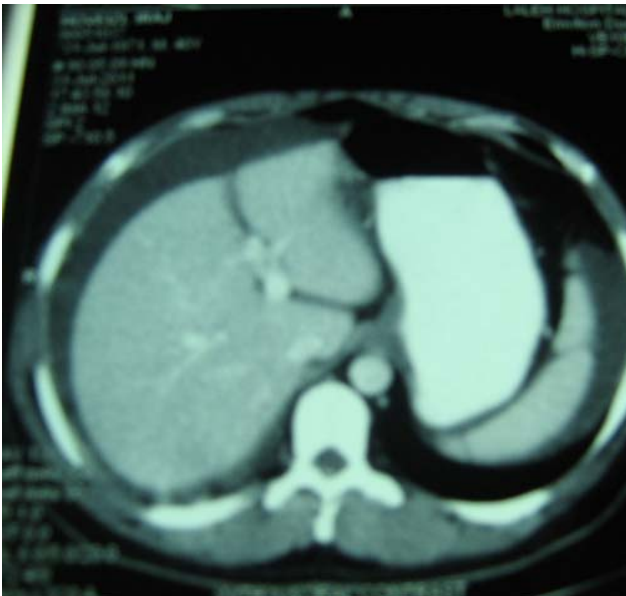
تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۲۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۰/۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۱۲



شکل ۱: ترانزیت روده باریک



شکل ۲: سی تی اسکن شکم و لگن

### شرح مورد:

بیمار آقای ۴۰ ساله ای بود که با شکایت از درد، اتساع شکم و تب گهگاهی از حدود ۱ ماه قبل به بیمارستان مراجعه و در بخش جراحی بستری شد. وی شرح حالی از مصرف دارو، مسافرت اخیر، علائم تنفسی، راش پوستی، سابقه آلرژی نداشت. سابقه ای از بروز علائم مشابه را در ۶ سال قبل ذکر کرد که به علت آن لاپاراتومی شده بود. در معاینه تب نداشت. علائم حیاتی پایدار بود و ایکنتر نداشت. در معاینه تیروئید، قلب و عروق، و ریه ها نکته مثبتی وجود نداشت. در معاینه شکم آسیت واضح مشهود بود. shifting dullness مثبت بود. ادم اندام تحتانی وجود نداشت و لنفادنوپاتی لمس نشد. در آزمایشهای بیمار لکوسیتوز در حد ۱۵۸۰۰ با افتراق ۴۲٪ ائوزینوفیل (تعداد ائوزینوفیل = ۶۶۳۶، ۳۷٪ نوتروفیل، ۲۰٪ لنفوسیت) بود و  $Hb = 18/4$ ،  $MCV = 85/5$  و پلاکت =  $264/000$  آزمایش مدفوع از نظر خون مخفی، در ۲ نوبت مثبت بود.  $RBC = 6-8$  و  $WBC = 3-5$  داشت و از نظر تروفوزوئیت انگل ها منفی بود.

در سونوگرافی شکم و لگن: کبد، طحال و قطر ورید پورت طبیعی بودند و مقدار بسیار زیادی مایع آزاد (آسیت) در شکم و لگن خصوصا اطراف کبد مشهود بود. پاراسنتز مایع آسیت  $WBC = 9400$  که ۹۰٪ سلول های چند هسته ای آن از نوع ائوزینوفیل (۷۰٪ کل سلول های سفید) و ۱۰٪ آن سلول های تک هسته ای بود.  $LDH = 411$  واحد بر لیتر، آمیلاز = ۱۳ واحد بر لیتر و گلبولهای قرمز =  $40000$  بود. آلبومین مایع  $3/3$  میلی گرم در دسی لیتر و آلبومین خون همزمان  $3/7$  میلی گرم در دسی لیتر بود (گرادیان آلبومین سرم - آسیت =  $0/4$ ). کشت مایع آسیت بعد از ۷۲ ساعت منفی شد. سیتولوژی مایع آسیت الگوی التهابی همراه با ائوزینوفیلی را نشان داد و از نظر بدخیمی منفی بود.

در سی تی اسکن اسپیرال شکم و لگن با کنتراست، افیوژن پلورال در سمت راست و آسیت و افزایش ضخامت جداری در ناحیه آنترو پیلور همراه با افزایش ضخامت جداری لوپ های روده باریک رویت شد. ترانزیت روده باریک طبیعی بود (شکل ۱ و ۲).

از وفاگواستروسکوپی از وفاژیت گرید A در  $1/3$  تحتانی و اروزیون منتشر در قسمت دوم و سوم دئودنوم دیده شد نمای التهاب اروزیو، انتریت یا از وفاژیت ائوزینوفیلیک رامطرح کرد. در معده چین های ضخیم شده و گاستریت مزمن بود و از نظر عفونت هلیکوباکترپلوری منفی بود. بیوپسی مری علاوه بر از وفاژیت ریفلاکسی حاوی تعداد ۱۵-۱۰ ائوزینوفیل در هر میدان میکروسکوپی بود. کولونوسکوپی بیمار طبیعی بود.

در لاپاراتومی و بیوپسی به عمل آمده در ۶ سال پیش از ژوژنوم، غدد لنفاوی و امانتوم، ارتشاح ائوزینوفیل مشهود بود و در ژوژنوم انتریت ائوزینوفیلیک تشخیص داده شد.

بر این اساس بیمار تحت درمان با پردنیزولون ۳۰ میلی گرم روزانه قرار گرفت. حال عمومی وی بهتر شد. آسیت و ائوزینوفیلی در خون محیطی برطرف شد.

### بحث:

آسیت ائوزینوفیلیک ممکن است در لنفوم های شکمی، واسکولیت، گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، سندرم هیپرائوزینوفیلیک، برخی از انگل های مهاجر، کرون و سرطان های معده و کولون دیده شود. (۱)

سوپلاتاست توسیلات<sup>۳</sup> (داروی آنتی آلرژیک جدید که باعث سرکوب تولید سیتوکاین ها از جمله اینترلوکین ۴ و ۵ می شود) و تنها گزارش یک مورد پاسخ درمانی مناسب به آن موجود است. (۱۷)

نوع انسانی آنتی بادی ضد اینترلوکین ۵ که موجب کاهش تعداد ائوزینوفیل بافتی و محیطی می شود، هیچ اثر بهبود بخشی نداشته است (۱۸) و باعث ائوزینوفیلی بازگشتی<sup>۴</sup> پس از قطع دارو می شود. (۱۹)

و نهایتاً اومالزوماب<sup>۵</sup> که در ۹ مورد گزارش شده سبب بهبودی علائم، کاهش سطح IGE و ائوزینوفیلی شده بود. (۲۰)

در بیمار معرفی شده، با توجه به عدم وجود علائم همراه، فقدان معیارهای سندرم هیپرائوزینوفیلیک و ترانزیت روده باریک طبیعی تشخیص، گاستروانتریت با تظاهر بیماری ساب سروزال مطرح می شود. که ۱۰٪ موارد سندرم گاستروانتریت ائوزینوفیلیک را تشکیل داده و خود را با آسیت و ارجحیت سلول های ائوزینوفیل داخل آن نشان می دهد. این بیماران معمولاً سابقه آلرژی، آسم، حساسیت غذایی، اگزما یا رینیت و ائوزینوفیلی در خون محیطی حتی تا حدود ۸۰۰۰ سلول دارند. پلورال افیوژن ائوزینوفیلیک نیز ممکن است به طور همزمان وجود داشته باشد. پاتوژن این بیماری بدرستی شناخته شده نیست. نقش آلرژی غذایی به عنوان محرک بیماری به خوبی مشخص نیست. در بیمار مذکور هیچ سابقه ای از حالات آلرژیک یا حساسیت غذایی یافت نشد.

در مورد ASCA<sup>۱</sup> با تیترا بالای ۱۰۰ که در بیمار معرفی شده، وجود داشت می توان به موارد بالا بودن ASCA علاوه بر کرون اشاره کرد که شامل کولیت میکروسکوپیک، سلیاک، کولیت کلاژنی، بهجت و گاستریت ائوزینوفیلیک است.

تعیین پیش آگهی بیماران محدود به موارد گزارش شده در منابع علمی موجود می باشد و هیچ مطالعه تداخلی و آینده نگری در این زمینه وجود ندارد.

شواهدی مبتنی بر حمایت از انجام تست های تعیین آلرژی غذایی وجود ندارد. در یک مطالعه، حذف تجربی ۶ نوع ماده غذایی، موجب بهبود چشمگیر علائم، تغییرات بافتی و اندوسکوپی و طبیعی شدن ائوزینوفیلی در خون محیطی طی ۶ هفته شد. (۵)، از این رو، حذف تجربی ۶ ماه غذایی ( سویا، گندم، ذرت، تخم مرغ، شیر، بادام زمینی و غذاهای دریایی ) می تواند به طور تجربی در تمامی بیماران انجام شود. (۶)، در صورت عدم بهبودی با رعایت غذایی، یک دوره درمانی با پردنیزون (۴۰-۲۰ میلی گرم روزانه) توصیه می شود که معمولاً بهبودی بدنبال آن طی ۲ هفته رخ خواهد داد و کم کردن دوز دارو طی ۲ هفته بعد انجام می گیرد. (۷)، در مورد بیمارانی که به کورتیکواستروئید های خوراکی پاسخ نمی دهند، باید نوع وریدی آن را شروع کرد. روش های درمانی دیگر که در منابع علمی موجود هستند شامل:

تغییر فرم خوراکی گلوکوکورتیکوئید به بودزوناید، به ویژه در موارد درگیری انتروم معده و روده باریک. (۸-۱۰)

کرومولین خوراکی ( ۸۰۰ میلی گرم روزانه در ۴ دوز مستقیم) در درمان کوتاه مدت و طولانی مدت که مانع آزاد سازی مدياتورها از ماست سل ها می شود. (۱۱ و ۱۲)

کتوتیفن در برخی موارد موثر است. ( از ۱ میلی گرم شبانه که تا ۴ میلی گرم به مدت ۴-۱ ماه قابل افزایش است). (۱۳ و ۱۴)

آنتاگونیست لکوترین، مونتلوکاست<sup>۲</sup>، در بعضی موارد گزارش شده مفید بود (۱۵ و ۱۶).

3. Suplatast Tosilate  
4. Rebound  
5. Omalizumab

1. Anti-Saccharomyces cerevisiae antibody  
2. Montelukast

## REFERENCES

- Chen MJ, Chu CH, Lin SC, Shih SC, Wang TE. Eosinophilic gastroenteritis: clinical experience with 15 patients. *World J Gastroenterol* 2003;9:2813-16.
- Chira O, Bedea R, Dumitrascu D, Serban A, Branda H, Al Hajjar N. Eosinophilic Asdites in a patient with Toxocara Canis Infection. A case Report. *Rom J Gastoenterol* 2005;14:397-400.
- Lin JC, Tsao YT, Lin S H, Eosinophilic ascites. *Dig Liver Dis* 2008;40:834.
- Kobayashi TK, Ueda M, Nishino T, Muramatsu M, Moritani S, Shigematsu T. Eosinophilic ascites. *Cytopathology* 2003;14:84-6.
- Gonsalves N, Doerfler B, Yang, G. A prospective clinical trial of six food elimination diet or elemental diet in the treatment of adults with eosinophilic gastroenteritis (abstract). *Gastroenterology* 2009;136:S1861.
- Kagalwalla AF, Sentongo TA, Ritz S, Hess T, Nelson SP, Emerick KM, et al. Effect of six-food elimination diet on clinical and histologic outcomes in eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4:1097-102.
- Lee CM, Changchien CS, Chen PC, Lin DY, Sheen IS, Wang CS, et al. Eosinophilic gastroenteritis: 10 years experience. *Am J Gastroenterol* 1993;88:70-4.
- Tan AC, Kruimel JW, Naber TH. Eosinophilic gastroenteritis treated with non-enteric-coated budesonide tablets. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:425 - 7.
- Siewert E, Lammert F, Koppitz P, Schmidt T, Matern S. Eosinophilic gastroenteritis with severe protein-losing enteropathy: successful treatment with budesonide. *Dig Liver Dis* 2006; 38:55 - 9.
- Elsing C, Placke J, Gross-Weege W. Budesonide for the treatment of obstructive eosinophilic jejunitis. *Z Gastroenterol* 2007;45:187-9.
- Van Dellen RG, Lewis JC. Oral administration of cromolyn in a patient with protein-losing enteropathy, food allergy, and eosinophilic gastroenteritis. *Mayo Clin Proc* 1994;69:441-4.
- Pérez-Millán A, Martín-Lorente JL, López-Morante A, Yuguero L, Sáez-Royuela F. Subserosal eosinophilic gastroenteritis treated efficaciously with sodium cromoglycate. *Dig Dis Sci* 1997;42:342-4.
- Katsinelos P, Pilpilidis I, Xiarchos P, Christodoulou K, Pagiannis A, Tsolkas P, et al. Oral administration of ketotifen in a patient with eosinophilic colitis and severe osteoporosis. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1072-4.
- Bolukbas FF, Bolukbas C, Uzunkoy A, Uzunkoy A, Baba F, Horoz M, Ozturk E. A dramatic response to ketotifen in a case of eosinophilic gastroenteritis mimicking abdominal emergency. *Dig Dis Sci* 2004;49:1782-5.
- Schwartz DA, Pardi DS, Murray JA. Use of montelukast as steroid-sparing agent for recurrent eosinophilic gastroenteritis. *Dig Dis Sci* 2001; 46:1787-90.
- Quack I, Sellin L, Buchner NJ, Theegarten D, Rump LC, Henning BF. Eosinophilic gastroenteritis in a young girl--long term remission under Montelukast. *BMC Gastroenterol* 2005; 5:24.
- Shirai T, Hashimoto D, Suzuki K, Osawa S, Aonahata M, Chida K, et al. Successful treatment of eosinophilic gastroenteritis with suplatast tosilate. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:924-5.
- Prussin, C, James, SP, Huber, MM, Klion AD, Metcalfe DD. Pilot study of anti IL-5 in eosinophilic gastroenteritis (abstract). *J All Clin Immunol* 2003; 11:275.
- Kim YJ, Prussin C, Martin B, Law MA, Haverty TP, Nutman TB, et al. Rebound eosinophilia after treatment of hypereosinophilic syndrome and eosinophilic gastroenteritis with monoclonal anti-IL-5 antibody SCH55700. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:1449-55.
- Foroughi S, Foster B, Kim N, Bernardino LB, Scott LM, Hamilton RG, et al. Anti-IgE treatment of eosinophil-associated gastrointestinal disorders. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:594-601.

# A Young Man with Eosinophilic Ascites: A Case Report

M Ameli <sup>1</sup>, R. Jafarshad <sup>2</sup>, N Ebrahimi Daryani <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assistant professor, Gastrointestinal & Liver Disease Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Resident of Internal Medicine, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Professor, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## ABSTRACT

We report the case of a 40-year-old male patient admitted to the surgery ward in our hospital for recent abdominal pain, abdominal distention and fever. He had a history of similar abdominal pain and distention; for which he had undergone a laparotomy. Laboratory data revealed leukocytosis with eosinophilia (42%). Upper gastrointestinal endoscopy showed diffuse severe erythematous pangastritis. Biopsies were taken from the esophagus which showed 10-15 eosinophils in each high power field. The ascitic fluid was straw-colored and sterile with 90% eosinophils. Therefore, the patient was treated with prednisolone (30 mg/day) and was diagnosed with an eosinophilic gastroenteritis syndrome with subserosal presentation. The patient recovered and eosinophilia improved within a few days.

**Keywords :** Eosinophilic Ascites ; Abdominal pain; Erythematous pangastritis ; Prednisolone

*Govaresh/ Vol.16, No.2, Summer 2011; 124-128*

### Corresponding author:

Gastrointestinal & Liver Disease Research Center, Tehran

University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel : +9821 61192639

Fax : +9821 66581639

Email : jafarshad@tums.sina.ac

Received : 12 Jul. 2011

Edited : 02 Aug. 2011

Accepted : 03 Aug. 2011