

## گزارش یک مورد گاستروانتریت ائوزینوفیلیک با تظاهر بالینی انسداد روده‌ی باریک

دکتر بهمن طالبی پور<sup>۱</sup>، دکتر محمدرضا سیدمجیدی<sup>۲</sup>، دکتر عبدالامیر فیضی<sup>۳</sup>

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، مرکز آموزشی، درمانی حضرت ولی عصر (عج)، گروه داخلی Bahman700@yahoo.com

دریافت: ۸۶/۹/۱۲ پذیرش: ۸۷/۳/۲۰

### چکیده

گاستروانتریت ائوزینوفیلیک بیماری نادری است که به دلیل ارتشاح ائوزینوفیل‌ها در دیواره‌ی دستگاه گوارش به خصوص در ناحیه‌ی معده و روده‌ی باریک به وجود می‌آید و اتیولوژی آن ناشناخته است. علائم و نشانه‌های بیماری بستگی به لایه‌ی درگیر شده از دیواره‌ی دستگاه گوارش دارد.

بیمار مرد ۶۱ ساله‌ای است که به دلیل درد اپی‌گاستر بستری شد. درد از ۱۰ روز قبل با ماهیت سوزشی شروع شده، با غذا خوردن تشدید می‌شد. چند روز بعد دچار تهوع و استفراغ شد که حدود نیم ساعت پس از خوردن غذا رخ می‌داد. در آزمایشات لکوسیتوز مختصر با ائوزینوفیلی ۵ درصد، CRP و ESR افزایش یافته و سطح حداکثر نرمال Ige داشت. در سی‌تی اسکن، افزایش ضخامت مخاطی در دیواره‌ی خلفی معده مشهود بود، قسمت نزولی دئودنوم تنگ و دیواره‌ی آن نامنظم و ضخیم به نظر می‌رسید. در ازوفالگوگاسترودئودنوستومی، اتساع معده و اریتم ناحیه D1 با تنگی لومن دیده شد و بیوپسی از D1 صورت گرفت. گزارش پاتولوژی شامل ارتشاح پراکنده‌ی ائوزینوفیل‌ها همراه با افزایش سلول‌های التهابی در لامینا پروپریا بود. بیمار تحت درمان با پردنیزولون خوراکی قرار گرفت. تمامی شکایات و علائم بالینی بیمار پس از درمان از بین رفت و تصاویر رادیولوژیک سری فوقانی دستگاه گوارش بیمار طبیعی شد.

**واژگان کلیدی:** گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، ارتشاح ائوزینوفیل‌ها، انسداد روده‌ی باریک، استروئید

### مقدمه

ائوزینوفیلی در خون محیطی همراه می‌باشد (۱). با وجود آن که این بیماری نادر است و به دلیل قابل درمان بودن آن و هم‌چنین وجود فاکتورهای تشخیص مشابه با برخی بیماری‌ها نظیر نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر

گاستروانتریت ائوزینوفیلیک بیماری نادر و با شیوع نامشخص در دستگاه گوارش است که به دلیل ارتشاح ائوزینوفیل‌ها در دیواره‌ی دستگاه گوارش به خصوص در ناحیه‌ی معده و روده‌ی باریک به وجود می‌آید و معمولاً با

۱- فوق تخصص بیماری‌های گوارش، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- دستیار تخصصی بیماری‌های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- متخصص آسیب‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

داخلی بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان به دلیل درد شکم در ناحیه ای اپی گاستر بستری شد. این درد از ۱۰ روز قبل با ماهیت سوزشی و بدون انتشار به محل خاصی شروع شده، با غذا خوردن تشدید می یافت ولی ارتباطی با وضعیت نشستن یا خوابیدن بیمار نداشت. ۶ روز بعد دچار تهوع و استفراغ شد که حدود نیم تا یک ساعت پس از خوردن غذا شروع می شد. استفراغ ها حاوی مواد غذایی هضم نشده، غیرخونی و غیرصفاوی بود. در این مدت گهگاه یبوست داشت. بیمار تب، اسهال و کاهش وزن اخیر را ذکر نمی کرد. وی سابقه ای عمل جراحی قبلی شکمی نداشت. سابقه ای آسم، حساسیت، رینیت آلرژیک و آگزما را نمی داد. قرص رانیتیدین ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز از ۱۰ روز قبل مصرف می نمود. در دوران جوانی به صورت گهگاهی سیگار مصرف کرده بود (حدود ۲۰ بسته - سال). در معاینات فیزیکی بیمار کاملاً هوشیار بود و همکاری خوبی داشت. علائم حیاتی، معاینات سر و گردن، قفسه ای صدری و اندام ها نرمال بود. در معاینات شکمی حساسیت در لمس ناحیه ای اپی گاستر بدون ریباند وجود داشت. ارگانومگالی، لنفادنوپاتی و آسیت مشهود نبود.

شرح آزمایشات:

(Irritable Bowel Syndrom [IBS]) شناخت کامل این بیماری توسط پزشکان ضروری به نظر می رسد (۱).

علائم و نشانه های بیماری بستگی به لایه یا لایه های درگیر شده ای دیواره ای دستگاه گوارش (مخاط، عضلات و زیرمخاط) دارد. گزارشات حاصله از بخش های جراحی بیشتر نشان دهنده ای درگیری لایه ای عضلانی و بروز علائم انسداد می باشد، در حالی که گزارش های بخش های داخلی بیشتر شامل بیماران با درگیری لایه ای مخاطی و بروز علائم سوء جذب است (۲).

علل بیماری زایی این بیماری ناشناخته است ولی با توجه به این که نیمی از بیماران سابقه ای آلرژی، آسم، آلرژی غذایی، آگزما و رینیت آلرژیک دارند و در تعدادی از آنها سطح بالای *IgE* در سرم وجود دارد، یک عامل آلرژیک برای آسیب شناسی آن پیشنهاد می شود (۳).

این گزارش در مورد یک مرد ۶۱ ساله بدون سابقه ای آسم یا آلرژی است که به دلیل درد ناحیه ای اپی گاستر، تهوع، استفراغ و علائم انسداد روده و ارتشاح ائوزینوفیل ها در دیواره ای خلفی معده و ابتدای روده ای باریک مراجعه کرده بود.

### گزارش مورد

بیمار مرد ۶۱ ساله ای بود که در شهریور ماه ۸۶ در بخش

WBC = ۱۱۶۰۰/mm <sup>3</sup>	(PMN = ٪۸۷    Lym = ٪۱۵)	Eosinophil = ٪۵	Mono = ٪۲)
Hb = ۱۳/۶ gr/dl	Platelets = ۲۳۱۰۰۰/mm <sup>3</sup>	PT = ۱۴ sec	
BUN = ۲۲ mg/dl	Creatinin = ۰/۹ mg/dl	ESR = ۴۱ mm/h	CRP = ++
AST = ۴۰ IU/ml	ALT = ۴۳ IU/ml	Alk.ph = ۲۸۷ IU/ml	Amylase = ۶۲ IU/ml
Urine Analysis = Normal		Stool Examination = Normal	
Total Protein = ۶/۹۵ gr/dl		Serum Albumin = ۴/۴ gr/dl	
Serum IgE = ۹۹/۳ IU/ml	(Normal = up to ۱۰۰ IU/ml)		

جهت بررسی تکمیلی سی تی اسکن با کنتراست خوراکی و وریدی انجام شد: افزایش ضخامت مخاطی در دیواره‌ی خلفی معده مشهود بود (شکل ۲). قسمت نزولی دئودنوم تنگ شده و دیواره‌ی آن نامنظم و ضخیم به نظر می‌رسید (شکل ۳).

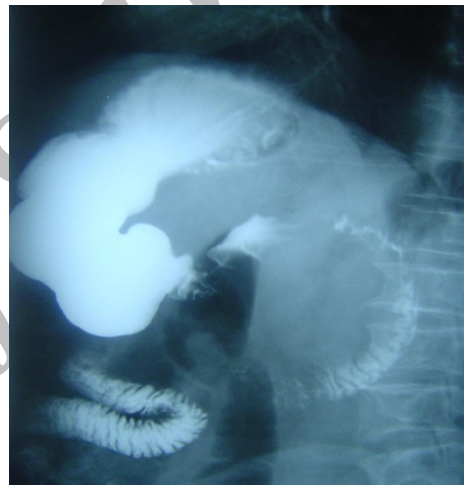


شکل ۳: قسمت نزولی دئودنوم تنگ و دیواره‌ی آن نامنظم و ضخیم است.

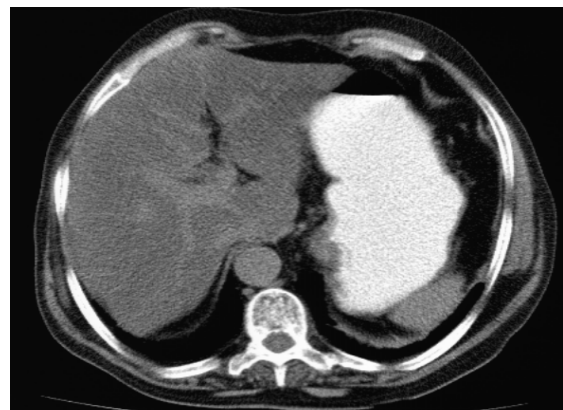
کبد ابعاد طبیعی داشت ولی درجاتی از کبد چرب مشهود بود. تصویر لنفادنوپاتی یا آسیت در شکم دیده نشد. در ازوفاگواستروئودنوستومی انجام شده ازوفاژیت مختصر، اتساع معده و اریتم مختصر ناحیه  $D_1$  با تنگی لومن و احتمالاً اثر فشاری بر آن دیده شد که هم‌زمان بیوپسی از  $D_1$  صورت گرفت.

گزارش آسیب‌شناسی نمونه‌ی بیوپسی دئودنوم به صورت زیر بود: تغییرات ساختمانی ویلوس مختصر دیده شد. اپی‌تلیوم سطحی نرمال بود. ارتشاح پراکنده‌ی ائوزینوفیل‌ها (به طور متوسط بیش از ۲۵ ائوزینوفیل در هر میدان دید قوی میکروسکوپ) همراه با افزایش سلول‌های التهابی و الگوی عروقی در لامینا پروپریا دیده شد (شکل ۴). شواهدی از آتیپی وجود نداشت.

که موارد مورد توجه آزمایشات وی ائوزینوفیلی در حد ۵ درصد و (C-Reactive Protein [CRP]) و افزایش (Erythrocyte Sedimentation Rate [ESR]) یافته و سطح حداکثر نرمال  $IgE$  می‌باشد. در رادیوگرافی مری، معده و دوازدهه پس از بلع باریم، مری طبیعی بود، مخاط معده به ویژه در قسمت‌های تحتانی ضخیم‌تر از معمول به نظر می‌رسید،  $C-loop$  دوازدهه پهن شده بود (شکل ۱).

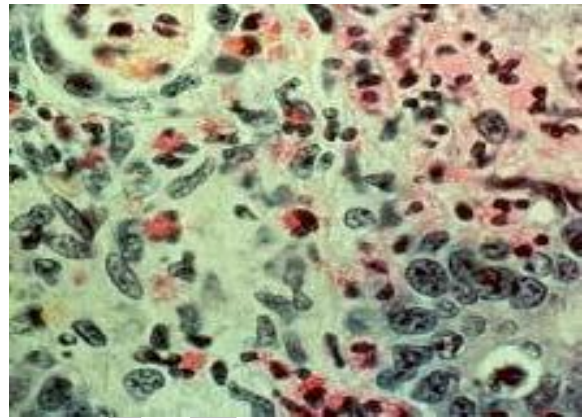


شکل ۱: مخاط معده در قسمت‌های تحتانی ضخیم و  $C-loop$  دوازدهه پهن شده است.



شکل ۲: افزایش ضخامت مخاطی در دیواره خلفی معده مشهود است.

نمونه‌ی مربوط انتریت ائوزینوفیلیک را مطرح می‌سازد.



شکل ۴: ارتشاح پراکنده‌ی ائوزینوفیل‌ها همراه با افزایش سلول‌های التهابی در لامینا پروپریا دیده می‌شود.

بیمار تحت درمان با پردنیزولون خوراکی به میزان ۲۵ میلی‌گرم در روز به مدت ۲ هفته قرار گرفت و دوز پردنیزولون در ۲ هفته بعد آن تدریجا کاهش یافت و قطع شد. تمامی شکایات و علائم بالینی بیمار پس از درمان از بین رفت و تصاویر رادیولوژیک سری فوقانی دستگاه گوارش بیمار که یک ماه پس از اتمام درمان انجام گرفت طبیعی شده بود.

### بحث

گاستروانتریت ائوزینوفیلیک به صورت اولیه دستگاه گوارش را درگیر می‌نماید که به صورت ارتشاح شدید ائوزینوفیل‌ها در غیاب عوامل دیگر ایجادکننده‌ی ائوزینوفیلی از جمله واکنش دارویی، عفونت‌های انگلی و بیماری‌های بدخیم می‌باشد (۱).

اولین مورد این بیماری توسط کایجیر در سال ۱۹۳۷ شرح داده شد و سپس در سال ۱۹۷۰ توسط کلین و بر اساس ارجحیت درگیری لایه‌های مختلف دیواره‌ی دستگاه گوارش به صورت زیر طبقه‌بندی شد (۲):

۱- **درگیری لایه‌ی مخاطی:** این لایه شایع‌ترین لایه‌ی درگیر می‌باشد و با تهوع، درد شکمی، اسهال، دفع خون در مدفوع، کم‌خونی فقر آهن، سوءجذب و انتروپاتی از دست‌دهنده‌ی پروتئین خود را نشان می‌دهد.

۲- **درگیری لایه‌ی عضلانی:** افزایش ضخامت دیواره‌ی روده و شکایات مربوط به انسداد دستگاه گوارش در این فرم دیده می‌شود.

۳- **درگیری لایه‌ی سروزی:** این گروه اقلیت بیماران را تشکیل می‌دهد و با آسیت آگزوداتیو و درصد بالایی از ائوزینوفیلی همراه است. در این مورد لایه‌های مخاطی و عضلانی (با ارجحیت لایه‌ی عضلانی) درگیر شده بود، بنابراین فضای داخلی روده تنگ و علائم انسداد نمایان شده بود. گزارش‌های موردی از سرویس‌های جراحی بیشتر درگیری لایه‌ی عضلانی و علائم انسداد را شامل می‌شود در حالی‌که گزارش‌های بخش‌های داخلی بیشتر شامل بیماران با درگیری لایه‌ی مخاطی و سوءجذب است (۲). موارد نادری نیز با آسیت و ائوزینوفیلی از آسیای جنوب شرقی گزارش شده است (۱). تالی و همکاران ۳ معیار تشخیصی زیر را برای تشخیص گاستروانتریت ائوزینوفیلیک پیشنهاد دادند (۳):

(الف) حضور شکایات مربوط به دستگاه گوارش.  
(ب) نمونه‌ی بیوپسی که اثبات‌کننده‌ی ارتشاح ائوزینوفیلی در یک یا چند ناحیه از دستگاه گوارش باشد.  
(ج) عدم وجود مدرکی دال بر وجود بیماری انگلی و یا بیماری خارج‌روده‌ای.

بیماری‌زایی در گاستروانتریت ائوزینوفیلیک به خوبی شناخته نشده است. تظاهرات بالینی و اپیدمیولوژی زیر از عوامل آلرژیک حمایت می‌کند: (الف) تقریباً نیمی از بیماران بیماری آلرژیک مانند آسم

می‌شود. هنگامی که نمونه‌ی کافی نسجی جهت تشخیص قطعی لازم باشد یا علایم انسداد یا سوراخ‌شدگی دیواره‌ی روده دیده شود جراحی ضروری خواهد بود (۶). در بیمار بیمار ما با استفاده از استروئید و بدون نیاز به جراحی علایم انسداد نسبی برطرف شد. از آن جا که تاریخچه‌ی طبیعی گاستروانتریت ائوزینوفیلی به خوبی شناخته نشده است، پی‌گیری طولانی مدت بیمار ضروری به نظر می‌رسد. زیرا ممکن است این بیماری تظاهراتی از روند بیماری دیگری باشد. بررسی دستگاه قلبی-ریوی برای این بیمار توصیه می‌شود (۲).

#### منابع

- 1- Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID). *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 113: 11-28.
- 2- Klein NC, Hargrove RL, Sleisenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine (Baltimore)*. 1970; 49(4): 299-319.
- 3- Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. *Gut*. 1990; 31(1): 54-8.
- 4- Verdaguer J, Corominas M, Bas J, et al. IgE antibodies against bovine serum albumin in a case

حساسیت غذایی، آگزما و رینیت دارند (۳).  
 (ب) بعضی از بیماران سطوح بالای *IgE* سرمی دارند (۲).  
 (ج) در موارد نادری آنتی‌بادی بر علیه مواد غذایی خاص مانند آلبومین سرم گاوی دیده شده است (۴).  
 در مقابل مطالعات گسترده جهت تعیین واکنش آلرژیک به غذاهای خاص در بیشتر بیماران به شکست منجر شده است (۵). در بیمار ما سابقه آلرژی و آسم وجود نداشت و سطح *IgE* سرمی حداکثر مقادیر نرمال بود.  
 اساس درمان گاستروانتریت ائوزینوفیلیک استروئید می‌باشد. از جراحی بی‌مورد باید اجتناب شود ولی گاهی به آن نیاز پیدا

of eosinophilic gastroenteritis. *Allergy*. 1993; 48(7): 542-6.

5- Thomas E, Lev R, McCahan JF, Pitchumoni CS. Eosinophilic gastroenteritis with malabsorption, extensive villous atrophy, recurrent hemorrhage, and chronic pulmonary fibrosis. *Am J Med Sci*. 1975; 269: 259-65.

6- Chehade M, Magid MS, Mofidi S. Allergic eosinophilic gastroenteritis with protein-losing enteropathy: intestinal pathology, clinical course, and long-term follow-up. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006; 42(5): 516-21.

***Eosinophilic Gastroenteritis with Clinical Manifestations of Small Bowel Obstruction:  
A Case Report***

Talebipoor B, Seyyed Majidi MR, Feyzi A

***Corresponding Author's Address:*** Department of Internal Medicine, Vali-e-Asr Hospital, Zanjan, Iran

***E-mail:*** Bahman700@yahoo.com

***Background and Objective:*** Eosinophilic gastroenteritis is a rare disease with eosinophilic infiltration of the wall of the gastrointestinal tract, especially in stomach and small bowel. The etiology of the disease is unknown.

***Case Report:*** A 61 year man was admitted because of epigastric pain for 10 days with burning quality with an increase after each meal. Laboratory tests showed mild leukocytosis with 5% eosinophilia, mildly elevated ESR & CRP and serum IgE at upper normal limit. Increased mucosal thickness was shown in posterior gastric wall and the descending part of duodenum seemed narrow with thick irregular wall. CT scan and esophago-gastro-duodenoscopy revealed gastric distention and erythema in D1 region with luminal narrowing. Pathology report from D1, showed inflammatory infiltration with eosinophilia in lamina propria. The patient was treated with oral prednisolone. All complaints and manifestations disappeared soon after treatment and the radiologic studies showed normal image.

***Key words:*** *Eosinophilic gastroenteritis, Eosinophilic infiltration, Small bowel obstruction, Steroid.*