

Eozinofilik Gastroenterit: Assit ile Başvuran Bir Vaka

EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS: A CASE ADMITTED WITH ASCITES

Mehmet DURSUN*, Şerif YILMAZ**, Fikri CANORUÇ***, Yasın SARI****

* Yrd.Doç.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD,

** Uz.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD,

*** Prof.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD, DİYARBAKIR

**** Uz.Dr., SSK Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, BATMAN

Özet

Amaç: Eozinofilik gastroenterit; gastrointestinal semptomlar, biyopsi ile gösterilebilen bir veya daha fazla gastrointestinal alanda eozinofilik infiltrasyon, gastrointestinal sistem dışı herhangi bir tutulumun olmaması ve parazitik enfestasyon yokluğu ile karakterize bir hastalık olup, mukozal, muskuler ve serozal olmak üzere üç ana tipi vardır.

Olgu sunumu: Elli üç yaşında erkek hasta, yaklaşık bir aydır mevcut olan karın ağrısı, karında şişlik ve ishal şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Gıda veya ilaç alerjisi öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde batın normalden hafif bombe ve perküsyonda açıklığı yukarı bakan matite mevcuttu. Laboratuvar: Periferik kandaki beyaz küre sayısı 15.200 hücre/ μ L, absolut eozinofil sayısı 9500 hücre/ μ L, eozinofil oranı % 62,5. Assit sıvı yaymasında hücrelerin %95'ini eozinofiller oluşturmaktaydı. Serum assit-albumin gradienti 0,6 idi. Gaita ve duodenal aspiratta parazitik gösterge yoktu, sedimentasyon 23 mm/h, serum IgE düzeyi 342,9 (N:0-100) IU/mL idi. Batın ultrasonografisinde orta düzeyde serbest sıvı izlendi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde ve rektoskopide mukozada patoloji yoktu. Hastanın mide ve duodenumundan alınan biyopsilerde doku eozinofilisi izlendi. Hastaya herhangi bir tedavi verilmedi. Kısa sürede spontan assidik regresyon gözlemlendi ve periferik eozinofili düzeldi.

Sonuç: Assitli olgularda eozinofilik gastroenterit de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik gastroenterit, Assit

T Klin Gastroenterohepatoloji 2003, 14:195-197

Summary

Aim: Eosinophilic gastroenteritis is characterized by gastrointestinal symptoms, eosinophilic infiltration of one or more areas of the gastrointestinal tracts demonstrated by biopsy, and absent of eosinophilic involvement of outside the gastrointestinal tract organs and parasitic infestation. Mucosal, muscle and serosal layer disease have been reported as the three types of eosinophilic gastroenteritis.

Case report: A 53-year-old man was admitted to our hospital because of abdominal pain, swelling and diarrhea. There was no history of food or drug allergy. Physical examination was revealed abdominal distention and ascites. Laboratory studies: Peripheral white blood cell count 15.200 cell/ μ L, absolute eosinophil count 9.500 cell/ μ L (%62,5). Ascitic fluid smear contained a high eosinophil count (%95). Serum-ascites albumin gradient was 0,6. There was no any parasitic infestation in stool and duodenal aspirate examination. Erythrocyte sedimentation rate was 23 mm/h. Serum Ig E level was 342.9 (N:0-100) IU/mL. Ultrasonography was revealed moderate abdominal ascitic fluid. Upper gastrointestinal endoscopy and rectoscopy findings were normal. In gastric and duodenal mucosal biopsy, there was tissue eosinophilia. The patient was not given any treatment. In a short period, spontaneous assidic and peripheral eosinophilic regression occurred.

Conclusion: The eosinophilic gastroenteritis must be reminded in patients with ascites.

Key Words: Eosinophilic gastroenteritis, Ascites

T Klin J Gastroenterohepatol 2003, 14:195-197

Eozinofilik gastroenterit (EGE), barsak duvarının farklı tabakalarını tutabilen, doku eozinofilisi ile karakterize bir hastalıktır. İlk kez 1937'de Kaijser tarafından tanımlanmıştır (1). Gastrointestinal sistemin herhangi bir yerini tutabilir. 30-50 yaşları arasında daha sıktır. Hafif bir erkek üstünlüğü

mevcuttur. Hastalığın nedeni bilinmemekte olup, patogenezi açık değildir. Eozinofilik infiltrasyon mukozal, kas ve serozal tabakaları etkileyebilmektedir. En nadir formu serozal tiptir. Klinik bulgular tutulan dominant tabakanın tipine göre değişiklik göstermektedir. Karın ağrısı, kusma ve diyare en

sık karşılaşılan bulgulardır (2). Assit serozal tipe özgü bir bulgudur. Hastalık iyi prognoza sahiptir. Assit ile başvuran eozinofilik gastroenteritli vakamız tartışılacaktır.

Olgu Sunumu

Elli üç yaşında-erkek hasta, yaklaşık bir aydır mevcut olan sürekli nitelikte, karnın tümünü kaplayan, yemeklerle ilişkisiz ağrı ile kliniğimize başvurdu. Günde 3-4 kez sulu, sarı renkte, gece uandıran ishal ve son 10 gündür aniden beliren karın şişliğinin olduğunu söylüyor. Şikayetlerine zaman zaman bulantı-kusmanın eşlik ettiğini tanımlıyor. Gıda veya ilaç alerjisi öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde barsak sesleri artmış, batın normalden hafif bombe ve perküsyonda göbek altında açıklığı yukarı bakan matite mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar: Periferik kandaki beyaz küre sayısı 15200 hücre/ μ L, absolut eozinofil sayısı 9500 hücre/ μ L, eozinofil oranı % 62.5, hemoglobin ve trombosit değerleri normal sınırlardaydı. Assit sıvı yaymasında hücrelerin %95'ini eozinofiller oluşturmaktaydı. Serum assit-albumin gradienti 0,6 idi. Assit sıvısı kültüründe üreme olmadı. Üç kez tekrarlanan gaita ve bir kez alınan duodenal aspirat bakışında parazitik gösterge yok, viral hepatit markerları ve tümör markerları negatif, sedimantasyon 23 mm/h, serum IgE düzeyi 342.9 (N:0-100) IU/mL idi. Serum laktat dehidrogenaz ve kreatin fosfokinaz normal idi. Ekokardiyografide patolojiye rastlanmadı. Batın ultrasonografisinde orta düzeyde serbest sıvı izlendi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde ve rektoskopide mukozada patoloji yoktu. Hastanın mide ve duodenum ikinci kısmından yedişer adet biyopsi örneği alındı. Kesitlerde lamina propriada büyük büyütmede 10-50 arasında değişen eozinofiller yanısıra lenfosit ve plazma hücrelerinden oluşan mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi. Rektum mukozasından alınan biyopsi normaldi. Hastamızdaki assit ve diyare hiçbir tedavi verilmeden düzeldi. Bir ay sonra yapılan tam kan sayımında periferik eozinofilinin de gerilediği görüldü.

Tartışma

Eozinofilik gastroenterit (EGE) bağırsağın farklı tabakalarında eozinofilik infiltrasyonla ka-

rakterize nadir görülen bir hastalıktır (3). Vakaların çoğunda karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishal gibi nonspesifik semptomlar kliniğe hakim olduğundan hastaların önemli bir kısmında tanının atlandığı düşünülmektedir. Kesin tanı için şu dört kriterin tümünün geçerliliği gerekmektedir: 1- Gastrointestinal sistem (GİS) semptomları varlığı, 2- Biyopsi ile gösterilen bir veya daha fazla GİS alanında eozinofilik infiltrasyon varlığı, 3- GİS dışı herhangi bir organda tutulum olmaması, 4- Parazitik enfestasyon yokluğu. Vakaların yaklaşık %20'sinde periferik eozinofili olmadığından, eozinofili tanı kriterleri arasına alınmamıştır (1). EGE'te patogenezi açık değildir. Gıda ve gıda olmayan antijenlere, gizli parazitik enfestasyonlara cevaben oluşan doku eozinofilisinin doku hasarından sorumlu olduğu düşünülmektedir. Doku eozinofilisinden de eotaxin denen eozinofilik kemoatraktanın sorumlu olduğu rapor edilmektedir (2,4). Eozinofillerin katyonik granüler proteinlerinin (major basic protein, eozinofil kökenli nörotoksin, eozinofil peroksidaz, eozinofil katyonik protein) direkt veya muhtemelen lökotrien sentezini uyarmaları yoluyla doku yıkımı yapabildiği bildirilmektedir (5).

Alınan biyopsi örneklerinin kesitlerinde her büyük büyütme alanında 25'ten az eozinofilin görülmesi normaldir (6). Bunun üstündeki değerler patolojik olarak kabul edilir. EGE'te mukozal tutulum varsa alınacak endoskopik biyopsi örneklerinde doku eozinofilisi saptanabilir. Ancak hastalığın yamalı tutulum özelliğinden ötürü multipl biyopsilerin alınması gerektiği unutulmamalıdır.

Hastalık en çok mide ve ince bağırsakları tutmaktadır (6,7). Sınıflama tutulan predominant tabakaya göre yapılmaktadır. Buna göre mukozal, kas ve serozal tip olmak üzere üç tipi tanımlanmıştır. Mukozal tip en yaygın tip iken, serozal tip en nadir olanıdır ve günümüze kadar 50 dolayında vakanın rapor edildiği bildirilmektedir (3). Hastalık genellikle intermitanttır, ancak kronik vakalarda bildirilmiştir. Bulantı, kusma, karın ağrısı ve diyare en sık belirtilerdir. Kas tipinde görülebilen pylorik veya intestinal obstrüksiyon ve serozal tipteki assit tipe özgü bulgulardır (8,9). Seroza ve visceral peritondaki inflamasyon serozal tipteki assitin gelişiminden sorumlu tutulmaktadır. Assitli hastalarda

tanı abdominal parasentezle desteklenmelidir. Alınan assit sıvısı genellikle steril olup, eozinofil bakımından zengindir (10). Eozinofilik assidin ayırıcı tanısında vaskülit, lenfoma, kronik peritoneal diyaliz, *Toxocara canis* veya *Strongyloides stercoralis* enfestasyonu, rüptüre kist hidatik, sirozdaki spontan bakteriyel peritonit ve hipereozinofilik sendrom düşünülmelidir (1).

Hastadaki assidin etyolojisini araştırmak üzere yaptığımız incelemelerde periferik eozinofili ve eozinofillerden zengin assidik sıvı yayması saptanması nedeniyle EGE'ten şüphelendik. Endoskopik biyopsilerde doku eozinofilisi de ortaya kondu. Kalp, akciğerler, dalak, böbrekler, deri ve santral sinir sistemi tutulumuna ait bulguya rastlanmadı. Gaita ve duodenal aspirat incelemelerinde parazitik enfestasyona bulgusu yoktu. Tüm bu özellikleriyle vakamız tipik bir eozinofilik gastroenterit hastasıydı.

Tedavide alerji yüküsü olanlarda diyet manipülasyonuna önem verilmelidir. Parazitik enfestasyon açısından yüksek riskli bölgelerde yaşayanlarda veya bu bölgelere seyahat edenlere ampirik antiparazitik tedavi önerilebilir. Antiparazitik tedavi ve diyet ile düzelmeyen, obstruktif semptomları veya assidi olan vakalara steroid verilebilir. Gereğinde sodyum kromoglikat gibi mast hücre inhibitörleri verilebilir. Son yıllarda nonsistemik steroid ve lökötrien inhibitörleri de başarıyla kullanılmaktadır. Fakat EGE'in standardize edilen ve genel kabul gören bir tedavi yaklaşımı yoktur (11). Hastamız herhangi bir medikal tedavi almadan spontan remisyona girmiştir. Bu özelliğiyle EGE'nin spontan remisyona iyi bir örnektir. Prognozu son derece iyi olmakla birlikte hipereozinofilik sendrom, vaskülit veya lenfoma gibi hastalıklardan ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır.

Eozinofilik gastroenteritin son derece nadir görülen serozal formuna tipik bir örnek oluşturması ve tüm klinik bulguların tedavisiz düzelmesi nedeniyle vaka ilginç bulundu.

KAYNAKLAR

1. Talley NJ. Eosinophilic gastroenteritis. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. W.B. Saunders Company, Philadelphia. 6th ed. 1998; 2:1679-88.
2. Khan S, Orenstein SR. Eosinophilic gastroenteritis: epidemiology, diagnosis and management. Paediatr Drugs 2002; 4(9):563-70.
3. Leveque L, Michiels C, Collet E, Jouve JL, Lorcerie B, Lambert D. Eosinophilic ascites and urticaria. Rev Med Interne 1998; 19(5):334-7.
4. Rankin SM, Conroy DM, Williams TJ. Eotaxin and eosinophil recruitment: implications for human disease. Mol Med Today 2000; 6(1):20-7.
5. Shaw RJ, Walsh GM, Cromwell O, Moqbel R, Spry CJ, Kay AB. Activated human eosinophils generate SRS-A leukotrienes following IgG-dependent stimulation. Nature. 1985 Jul 11-17;316(6024):150-2.
6. 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.
7. Blackshaw AJ, Levison DA. Eosinophilic infiltrates of the gastrointestinal tract. J Clin Pathol. 1986; 39(1):1-7.
8. To Y, Ogawa C, Otomo M, Arai Y, Sano Y, Tashiro Y, Furuta K, Wakabayashi K, Ito K. A case of eosinophilic gastroenteritis complicated with ileus and ascites Collection. Arerugi 1999; 48(1):50-5.
9. Chaudhary R, Shrivastava RK, Mukhopadhyay HG, Diwan RN, Das AK. Eosinophilic gastritis--an unusual cause of gastric outlet obstruction. Indian J Gastroenterol 2001; 20(3):110.
10. Kuri K, Lee M. Eosinophilic gastroenteritis manifesting with ascites. South Med J 1994; 87(9):956-7.
11. Caldwell JH. Eosinophilic Gastroenteritis. Curr Treat Options Gastroenterol. 2002; 5(1):9-16.

Geliş Tarihi: 19.09.2002

Yazışma Adresi: Dr.Mehmet DURSUN
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji BD,
21280 DİYARBAKIR
dursunm@dicle.edu.tr