

嗜酸性粒细胞性胃肠炎1例

赵亮, 赵子夜, 柏愚, 邹多武, 李兆申

赵亮, 赵子夜, 柏愚, 邹多武, 李兆申, 中国人民解放军第二军医大学附属长海医院消化内科 上海市 200433

赵亮, 硕士, 主要研究方向是胃肠病学.

作者贡献分布: 本文的撰写、文献查询、收集临床资料由赵亮完成; 赵子夜负责文献查询、配图; 柏愚提供临床资料及数据; 邹多武负责文章修改; 文章审校由李兆申完成.

通讯作者: 李兆申, 教授, 200433, 上海市杨浦区长海路168号, 中国人民解放军第二军医大学附属长海医院消化内科.

rauliliang008@163.com

收稿日期: 2012-02-01 修回日期: 2012-03-15

接受日期: 2012-03-28 在线出版日期: 2012-05-18

Eosinophilic gastroenteritis: A case report

Liang Zhao, Zi-Ye Zhao, Yu Bai, Duo-Wu Zou, Zhao-Shen Li

Liang Zhao, Zi-Ye Zhao, Yu Bai, Duo-Wu Zou, Zhao-Shen Li, Department of Gastroenterology, Affiliated Changhai Hospital of the Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

Correspondence to: Zhao-Shen Li, Professor, Department of Gastroenterology, Affiliated Changhai Hospital of the Second Military Medical University, 168 Changhai Road, Yangpu District, Shanghai 200433, China. rauliliang008@163.com

Received: 2012-02-01 Revised: 2012-03-15

Accepted: 2012-03-28 Published online: 2012-05-18

Abstract

Eosinophilic gastroenteritis (EG) is a very rare clinical entity and is often misdiagnosed as acute gastroenteritis or ulcerative colitis. Here we report the clinical, endoscopic and pathological features of a case of EG, aiming to raise awareness of this rare disease.

Key Words: Gastroenteritis; Eosinophilic; Misdiagnosis

Zhao L, Zhao ZY, Bai Y, Zou DW, Li ZS. Eosinophilic gastroenteritis: A case report. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2012; 20(14): 1263-1265

摘要

嗜酸性粒细胞性胃肠炎是一种临床上较为罕见的疾病, 以嗜酸性粒细胞在胃肠壁某一层或全层浸润, 释放细胞毒性球蛋白损伤组织为特征. 此病非常罕见, 国内外文献报道较少, 临床上易误诊为急性胃肠炎、溃疡性结肠炎等. 本文报道嗜酸性粒细胞性胃肠炎1例, 通过病史

及内镜检查、病理结果并结合文献进行分析讨论, 提高对嗜酸性粒细胞性胃肠炎的认识.

关键词: 胃肠炎; 嗜酸性粒细胞性; 误诊

赵亮, 赵子夜, 柏愚, 邹多武, 李兆申. 嗜酸性粒细胞性胃肠炎1例. *世界华人消化杂志* 2012; 20(14): 1263-1265

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/20/1263.asp>

0 引言

嗜酸性粒细胞性胃肠炎(eosinophilic gastroenteritis, EG)是胃肠炎症之一, 此病较为罕见, 2011年于我院接诊1例, 现报道如下.

1 病例报告

男, 16岁, 因“间断性腹痛1 mo余”以“腹痛待查”于2011-03-11收入我院. 患者缘于1 mo前无明显诱因感上腹疼痛, 以隐痛、胀痛为主, 呈阵发性发作, 疼痛难忍, 偶有剧烈腹痛伴恶心、呕吐, 大便次数增多, 每日3-5次, 不成形, 自述呕吐物及粪便多为“墨绿色”. 无畏寒、发热、盗汗, 无咳嗽、咳痰. 曾就诊于当地医院, 诊断不明, 经治疗无好转, 遂就诊于我院. 2011-03-04患者发病以来食欲食量、精神状态、体力情况均较差, 体质量下降10 kg, 小便无异常. 患者既往体健, 无肠道寄生虫病史, 否认有特殊食物、药物过敏史.

查体: T 36.8℃, P 80 b/min, R 20次/分, BP 120/90 mmHg. 一般状况良好, 全身皮肤无黄染, 未见皮疹及出血点, 无肝掌、蜘蛛痣. 巩膜无黄染, 心肺无异常. 腹平坦, 无腹壁静脉曲张, 腹部柔软, 剑突下压之不适, 无明显压痛、反跳痛, 腹部无包块. 肝脾肋下未触及, Murphy氏征阴性, 肾区无叩击痛, 移动性浊音可疑. 肠鸣音未见异常, 4次/分.

实验室检查: 入院后血常规: 白细胞 $22.79 \times 10^9/L$, 中性粒细胞9.9%, 嗜酸性粒细胞72.5%, 绝对值 $16.52 \times 10^9/L$; 血小板 $303 \times 10^9/L$, 血红蛋白170 g/L. 肝肾功能: 总胆红素 $17.7 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $8.6 \mu\text{mol/L}$, 白蛋白45 g/L, 丙氨酸氨基转

■背景资料

嗜酸性粒细胞性胃肠炎(EG)是一种临床上较为罕见的疾病, 发病率低, 无任何特异性症状, 临床上易误诊为急性胃肠炎、溃疡性结肠炎等. 对该病的具体病因及发病机制的探索是当前研究热点.

■同行评议者

张国梁, 主任医师, 天津市第一中心医院消化内科

■应用要点

对于腹痛伴嗜酸性粒细胞增多的患者,应高度怀疑嗜酸性粒细胞胃肠炎的可能,同时结合临床资料、内镜检查以及病理检查,明确诊断并予以及时有效的治疗,在一定程度上减少误诊误治。

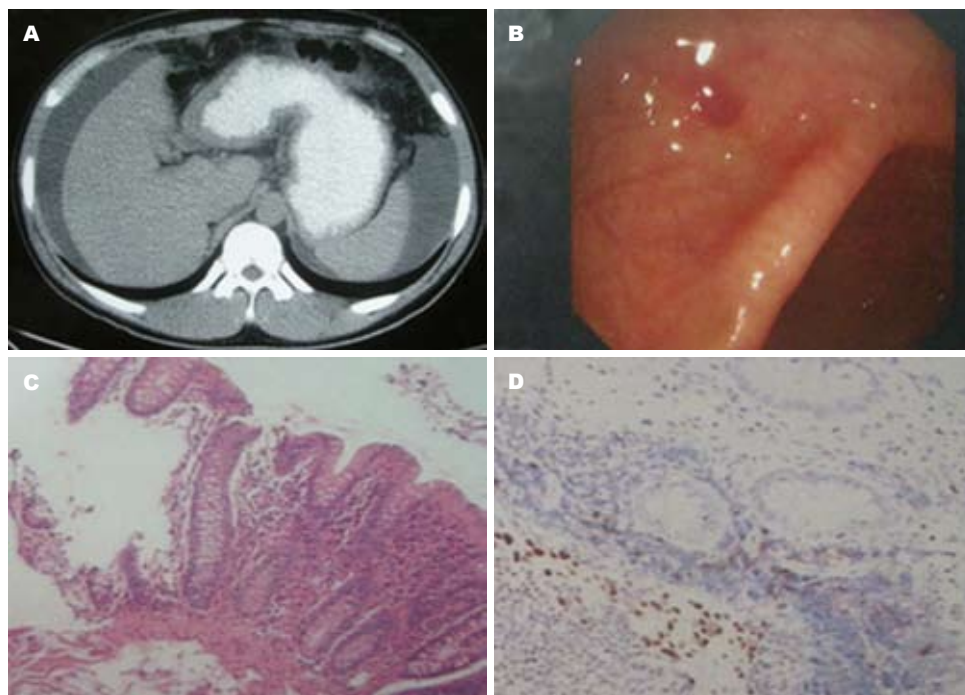


图1 患者辅助检查。A: CT示胃窦部改变; B: 肠镜示回肠末端炎症、溃疡; C: 病理示回盲部、回肠末端、升结肠、降结肠有少量嗜酸性粒细胞浸润; D: 免疫组织化学示回肠黏膜淋巴组织反应性增生。

移酶29 U/L, 碱性磷酸酶60 U/L, 门冬氨酸氨基转移酶26 U/L, 肌酐100 $\mu\text{mol/L}$, 尿素4.8 mmol/L。粪常规: 潜血阴性, 虫卵阴性, 红细胞、白细胞阴性。糖类抗原CA199 7.08 U/mL, 癌胚抗原0.83 $\mu\text{g/L}$ 。红细胞沉降率、C反应蛋白、肝炎标志物、抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)、抗中性粒细胞胞质抗体(anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, ANCA)、抗线粒体抗体、抗核糖体抗体、抗肾小球基底膜抗体、抗ds-DNA、抗Scl-70抗体、抗Jo-1抗体、抗Sm抗体、抗SS-A抗体、抗SS-B抗体均为阴性。

辅助检查: 腹部B超提示少量腹水, 肝胆胰脾肾均未见异常; 上腹部CT提示胃窦部改变(图1A), 建议胃镜检查排除胃癌, 腹水。骨髓穿刺细胞学检查: 骨髓有核细胞增生明显活跃, 粒系占70.5%, 其中嗜酸性粒细胞比值明显偏高, 约24.5%, 杆状核嗜酸性粒细胞6.5%, 分叶核嗜酸粒细胞11%。胃镜提示: 糜烂性胃炎, 十二指肠降部多发溃疡。病理: (胃窦)中度慢性浅表性炎, (十二指肠)溃疡。肠镜提示: 回肠末端炎症、溃疡, 升结肠息肉(图1B)。病理: (回盲部、回肠末端、升结肠、降结肠)黏膜慢性炎症伴糜烂, 少量嗜酸性粒细胞浸润(图1C)。免疫组织化学: (回肠黏膜)慢性炎症伴糜烂及淋巴组织反应性增生(图1D)。

诊断及治疗: 结合病史及辅助检查, 临床诊

断为EG。予以每天口服泼尼松片30 mg, 并予保护胃黏膜等对症治疗, 患者腹痛症状明显减轻, 服药3 d后复查血常规示白细胞 $11.17 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞42.9%, 嗜酸性粒细胞18.8%、绝对值 $2.1 \times 10^9/\text{L}$; 血小板 $313 \times 10^9/\text{L}$, 血红蛋白139 g/L。患者于2011-03-21出院, 随诊至今无复发。

2 讨论

EG是一种临床上较为罕见的疾病, 以嗜酸性粒细胞在胃肠壁某一层或全层浸润, 释放细胞毒性球蛋白损伤组织为特征, 可发生于各年龄段。其病因及发病机制尚不明确, 可能与过敏反应、免疫功能障碍有关。嗜酸性粒细胞可浸润食管至直肠各段, 但以胃和小肠受累最常见。该病临床表现多样, 可表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肠梗阻等, 缺乏特异性, 易误诊为急性胃肠炎、溃疡性结肠炎等。

Klein等^[1]将本病分为3型: (1)黏膜病变型。此型最常见, 主要为胃肠黏膜充血水肿、糜烂、嗜酸性粒细胞浸润, 以腹痛、恶心、呕吐、腹泻、体质量减轻为特点, 可伴有贫血及蛋白丢失性肠病、湿疹、鼻炎等; (2)肌层病变型。较少见, 常累及胃窦, 致幽门梗阻, 偶可致胆道、胰管梗阻; (3)浆膜病变型。最少见, 发生率低于10%, 浆膜增厚并可累及肠系膜淋巴结, 引起腹膜炎、腹水, 腹水中嗜酸性粒细胞可高达

■名词解释

嗜酸性粒细胞性胃肠炎: 以嗜酸性粒细胞在胃肠壁某一层或全层浸润, 释放细胞毒性球蛋白损伤组织为特征, 可发生于各年龄段, 常表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肠梗阻等, 缺乏特异性, 易误诊为急性胃肠炎、溃疡性结肠炎等。

95%。此外, 还可有黏膜浆膜混合型、全层型等混合类型。

本例患者以间断性上腹痛, 伴恶心、呕吐、大便次数增多、体质量减轻为主要临床表现, 血常规及骨髓象均提示嗜酸性粒细胞明显增多, 回盲部、回肠末端、升结肠、降结肠等多处活检均可见少量嗜酸性粒细胞浸润, 免疫组织化学也提示回肠黏膜淋巴组织反应性增生。综合来看, 本例患者诊断符合上述标准, 提示为黏膜型嗜酸性粒细胞肠炎。患者服用泼尼松片后腹痛症状明显好转, 复查血常规也提示嗜酸性粒细胞明显降低, 出院后继续激素治疗, 随访至今无复发。激素是治疗本病最有效的药物, 但停药后复发率较高, 且有一定的不良反应。当激

素治疗效果不佳时, 可加用免疫抑制剂。色甘酸钠和酮替芬能改善症状、降低嗜酸性粒细胞, 可作为激素治疗的替代药物。部分患者伴有肠穿孔或肠梗阻时, 若内科保守治疗无效, 需采取手术治疗, 术后仍需激素维持治疗一段时间。本病多数预后良好, 可有反复发作, 但极少恶变, 偶有死亡。总之, 对于腹痛伴嗜酸性粒细胞增多的患者, 应高度怀疑嗜酸性粒细胞胃肠炎的可能, 同时结合临床资料、内镜检查以及病理检查, 明确诊断并予以及时有效的治疗。

3 参考文献

- 1 Klein NC, Hargrove RL, Sleisenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine* (Baltimore) 1970; 49: 299-319

编辑 张姗姗 电编 闫晋利

■同行评价

本研究病例选择较好, 资料比较全面, 讨论条理分明, 结果可信, 是近年来较难得的资料较全的论文, 对临床医生有一定的指导意义。

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2012年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》入选《中国学术期刊评价研究报告—RCCSE 权威、核心期刊排行榜与指南》

本刊讯 《中国学术期刊评价研究报告-RCCSE权威、核心期刊排行榜与指南》由中国科学评价研究中心、武汉大学图书馆和信息管理学院联合研发, 采用定量评价和定性分析相结合的方法, 对我国万种期刊大致浏览、反复比较和分析研究, 得出了65个学术期刊排行榜, 其中《世界华人消化杂志》位居396种临床医学类期刊第45位。(编辑部主任: 李军亮 2010-01-08)