

یک نورد اوزینوفیلی فوق العاده شدید

دکتر مرتضی عشاخي* دکتر ملیحه طبیبی* دکتر سیدنصرالله سیار*

مقدمه:

است لکوسیت‌ها به $100,000$ و اُوزینوفیلها تا 90 درصد بررسند^[۵] ولی بالاترین درجه اُوزینوفیلی در توکسوکاراکتی و توکسوکاراکانیس دیده می‌شود. (ویسرال لاروامیگران) تعداد لکوسیت‌ها از $12,000$ بیشتر شده و گاهی تا $100,000$ رسیده و اُوزینوفیلها از 15 تا 80 درصد میرسد^[۵] بیماری که ما معرفی می‌کنیم دچار اُوزینوفیلی فوق العاده شدید بوده و بالاترین رقمی است که تابحال دیده ایم و به گزارشی از ایران که تا این تعداد اُوزینوفیل دیده شود (بیش از $90,000$ در میلیمتر مکعب خون) برخورد نکرده‌ایم. علاوه بر این و آزمایشگاهی بیمار رویه‌مرفته تا حدود زیادی با ویسرال لاروامیگران مطابقت دارد.

شرح حال بیمار

بیمار پسربچه ۱۱ ساله اهل رشت و ساکن تهران می‌باشد و دانش آموزسال چهارم دبستان است. در تاریخ $50/9/3$ بعلت درد طرف راست و بالای شکم در بخش کودکان بیمارستان شماره ۳ کمک بستره شد. بیماری اوایل ۱۸ روز قبل بادل درد سردرد و تپ شروع شد. سردرد و تپ پس از یک هفته از بین رفت و لی درد طرف راست و بالای شکم بطور متناوب ادامه داشت این درد شبهای پیشتر بود. درد بد پشت و سمت پائین سینه همان طرف منتشر می‌شد. چند روز قبل از بستره شدن سرفه میکرد و خلط دفع می‌کرد و یک مرتبه با سرفه کمی خون از سینه او خارج شده. (رادیو گرافی

تعداد اُوزینوفیلها بطور طبیعی بین ۱ تا ۴ درصد و تعداد مطلق آنها بین $۴,۰۰۰$ تا $۴۰,۰۰۰$ در میلیمتر مکعب خون است^[۲]. اُوزینوفیلی افزایش اُوزینوفیل‌ها بیش از حد طبیعی می‌باشد. این است که در هر حال یکدلیل آرژیک وجود دارد یعنی هرماده‌ای مانند پارازیت - قارچ - ویروس - باکتری - مواد شیمیائی و تومورها ممکن است برای بدن آنتی‌زن باشند که بدن در مقابل آنتی‌کور تولید می‌کند. اُوزینوفیل‌ها بلا فاصله پس از ورود آنتی‌زن به بدن افزایش نمی‌یابند یعنی با تولید آنتی‌کور ارتباطی ندارد ولی موقعیکه عکس العمل سلوکی اثر آنتی‌زن بر روی آنتی‌کور آزاد می‌شود هیستامین است و گفته می‌شود که این ماده شیمیائی اُوزینوفیل‌ها را بطرف خود می‌آورد. اگر راکسیون موضعی شدید باشد نه تنها اُوزینوفیلی موضعی دیده می‌شود بلکه اُوزینوفیلی در خون محیطی و مغز استخوان هم مشاهده می‌شود^[۶].

پارازیت‌ها از عمل عمده اُوزینوفیلی هستند بخصوص آنها که به بانتها حمله کرده یا در آنها آن کیسته هیشوند^[۶] سندروم لوفلر Loeffler's Syndrome (اُوزینوفیلی ریوی) که بعلت عبور لارواسکریس و یا آنکی لوتوم از بافت رید ایجاد می‌شود باعث اُوزینوفیلی شدید می‌شود که استثنائی ممکن

* گروه آزمایشگاهی بالمنی.

** بخش کودکان بیمارستان شماره ۳ کمک.

فوق العاده شدید را نشان میداد. رادیو گرافی قلب و ریه طبیعی بود. پنج روز بعد از بستری شدن کبد دردناک نبود ولی بزرگ بود. امتحان ته‌چشم طبیعی بود بیلیر وین توتال ۴۰ میلی گرم درصد بود. دوهفته بعد از بستری شدن حال عمومی بیمار خوب بود. بیمار اصولاً تپ نداشت جزتبهای مختصری که روزهای قبل میکرده. امتحانات مجدد بقرار زیر بود: هموگلوبین ۱۲/۳ و شمارش گلبول سفید ۵۰/۰۰۰ در میلی متر مکعب بود با ۱۰٪ سگمانه نوترووفیل ۱۰٪ لنفوسيت ۲٪ مونوسیت و ۷۸٪ ائوزینوفیل. پرتوئین تام بیمار ۷/۵ گرم درصد با ۳/۱ گرم درصد آلبومین (طبیعی ۴ تا ۴/۵ گرم درصد) ۰/۳۵ گرم آلفا یک گلبولین (طبیعی ۰/۵ - ۰/۲۵ گرم درصد) و آلفا دو ۱/۲ گرم درصد (طبیعی ۰/۳۵ - ۰/۰ گرم درصد) بتا گلوبولین ۱/۰۵ گرم درصد (طبیعی ۱/۵ - ۰/۰ گرم درصد) گاما گلبولین ۱/۸ گرم درصد (طبیعی ۱/۳ - ۰/۵ گرم درصد) در مذکور کیست ژیادی ایده شد. سدیماناتسیون ۲۰ میلیمتر ساعت اول.

روز پس از بستری شدن هموگلوبین ۱۲/۶ گرم درصد هماتوکریت ۳۷٪ گلبول سفید ۲۶/۰۰۰ در میلیمتر مکعب با ۱۰٪ سگمانه نوترووفیل ۳٪ لنفوسيت ۱٪ مونوسیت ۸۶٪ ائوزینوفیل بود. بیمار ۳۸ روز پس از بستری شدن با حال عمومی خوب از بیمارستان مسرخص شد و به تحصیلات خود ادامه داد.

یکسال پس از مخصوص شدن از بیمارستان مجدداً مورد معاینه فیزیکی کامل قرار گرفت و از همه لحاظ طبیعی بود و در این مدت هم سلامت بوده و به تحصیلات خود ادامه میداده است.

امتحانات آزمایشگاهی بقرار زیر بود: هموگلوبین ۱۱۵ گرام درصد، هماتوکریت ۳۶٪ رتیکولوسیت ۵ ر. درصد و گلبول سفید ۱۰۰۰۰ در میلیمتر مکعب با ۴۵٪ سگمانه نوترووفیل - ۳۰٪ ۱۶٪ لنفوسيت ۹٪ ائوزینوفیل (تعداد مطلق ائوزینوفیلها ۹۰۰ در میلیمتر مکعب خون بود)، مرقولوژی گلبول‌های سرخ هیپوکرمی خفیف را نشان میداد پلاکتها طبیعی بود.

واحد ۱۸ SGPT = واحد ۷، واحد ۳۵، واحد ۱۸ اوریک

ربین پس از بستری شدن طبیعی بود) در ساقه او بیماری قابل توجهی وجود ندارد بنا با ظهار پدر و مادرش باشگ و گردد تماس مستقیم نداشتند. بیمار ۴ خواهر و ۳ برادر سالم دارد و پدر و مادر او سالم هستند.

در امتحان فیزیکی در موقع بستری شدن پسری بود با قد و وزن مناسب با سن خود. حال عمومی نسبتاً خوب و زردی در پوست و ملتحمه چشمها وجود نداشت. درجه حرارت ۳۶/۸ نشان ۱۰ فشارخون ۱۱۰/۷۵ و تنفس ۲۴ در دقیقه بود. دهان و حلق طبیعی بود. لبه کبد ۳ بند از گشت از دندنه‌ها تجاوز کرده و دردناک بود. طحال لمس نشد آدنویاتی نداشت. قلب و ریه طبیعی بود رفلکسها طبیعی بود. رویه مرتفعه ناراحتی بیمار از کبد بزرگ و دردناک بود و شکایت دیگری نداشت. تشخیص بالینی هپاتیت ویروسی بود.

امتحانات آزمایشگاهی: آزمایش ادرار طبیعی بود بیلیر وین توتال ۰/۳ میلی گرم درصد میلی لیتر و آزمایش واندنبگ مستقیم منفی بود. واحد ۳۵ = SGOT و واحد ۱۸ = SGPT زمان پر تر و میزان ۱۳ ثانیه (طبیعی ۱۳ ثانیه) - سرعت سدیماناتسیون ۶۶ میلی متر ساعت اول (RA(latex) منفی بود). اسید اوریک ۳/۷ میلی گرم درصد و پروتئین تام ۷/۸ گرم درصد با ۵۲٪ آلبومین - ۴٪ آلفا یک گلوبولین ۱۳٪ آلفا دو و ۱۱٪ بتایک گلوبولین و ۲۰٪ گاما گلوبولین داشت. فرمول لکوسیتر و شمارش گلوبولی: هموگلوبین ۱۱/۵ گرم درصد. هماتوکریت ۳۷٪ رتیکولوسیت ۴٪. پلاکت ۴۶۵/۰۰۰ و گلبول سفید ۹۸/۵۰۰ در میلی متر مکعب با ۳٪ سگمانه نوترووفیل ۲٪ لنفوسيت ۱٪ بازو فیل و ۹۰٪ سگمانه ائوزینوفیل و ۲٪ باتونه ائوزینوفیل (تعداد مطلق ائوزینوفیلها ۹۰/۶۲۵ در میلی متر مکعب خون بود) مرقولوژی گلبول‌های سرخ طبیعی بود.

مغاستخوان: سلولاریته افزایش مختصر داشت و نسبت سری میل و نیز به اریتروئید $\frac{7}{1}$ بود. در سری میل و نیز ائوزینوفیلها در حدود ۶۲٪ بود که اکثر آنها سگمانه ائوزینوفیل بود تعداد کمی متامیلوسیت و باتونه ائوزینوفیل و ۶٪ میلوسیت ائوزینوفیل دیده شد. پرمیلوسیتها و میلوبلاستها به نسبت افزایش نداشتند. سری اریتروئید: طبیعی بود. مگاکاربیوسیت‌ها فراوان بود. رویه مرتفعه نتیجه آزمایش مغاستخوان ائوزینوفیلی

کوتاه است (معمولاً تا ۸ هفته) در صورتیکه در این بیمار تا یکسال بعد که آزمایش شده هنوز ادامه داشته است . با توجه به بدلایل فوق میتوان سندروم لوفلر اکثار گذاشت . انواع دیگر ائوزینوفیلی ریوی (غیر از سندروم لوفلر) نیز مطرح نمیشود چهدرآن موارد ائوزینوفیلی خفیف و یا متوسط است بعلاوه علائم ریوی بامدت طولانی مشاهده میشود که رویه مرفته با وضع این بیمار قابل تطبیق نیست .

لوسمی ائوزینوفیلی که یک نوع لوسمی میتواند مزمن است از همان روزهای اول هم مطرح نبود چون طحال بزرگ نبود و کم خونی وجود نداشت و سلولهای نارس در خون محیطی دیده نمیشدند و مغز استخوان هم پیرپلازی شدید که در لوسمی هادیده میشود نداشت بعلاوه سیر بیماری هم بزودی این نکته را روشن کرد چه ائوزینوفیلی بدوں درمان و درمان مدت کوتاهی بطور واضحی فروکش کرد و آزمایش هائی که پس از یکسال بعمل آمد فقط ائوزینوفیلی خفیفر را نشان داد . ولی بیمار از نظر بالینی طبیعی بود و فقط پرتوئین تمام بیمار مختصری کاوش داشت .

بالاترین درجه ائوزینوفیلی در Visceral Larva Migrans دیده میشود که گاهی ائوزینوفیلها تا ۱۰۰/۰۰۰ در میلی متر مکعب میرسند [۵ و ۲] اولین مرتبه در سال ۱۹۴۹ Zulzer Disseminated and Apt Visceral lesions associated with extreme eosinophilia McDonald and Dods شرح دادند [۲] . در سال ۱۹۵۵ نیز Eosinophilic granulomatosis Zulzer شرح داده بود تحت عنوان اختلالی را که در سال ۱۹۵۲ برای اولین مرتبه ویسرا لارومیگران شرح داده شد . بیمار بچه ای بود که دچار ائوزینوفیلی مزمن بود و در کبد او لاروتوكسو کارادیده شد [۴] .

توکسو کار ایک عفونت اتفاقی است و بعلت خوردن تخم نماتودهایی است که سیکل آنها در بدن انسان کامل نمیشود . ۲ تا ۳ هفته پس از اینکه انگل از رو وده حیوان خارج شد قادر به ایجاد عفونت میباشد و اگر توسط انسان خورده شود از دیواره رو وده عبور کرده ووارد در کبد میشود و اغلب در آنجا باقی میماند [۱] ولی در عین حال به بقیه اعضاء بدن نیز می‌افتد . اجرت

۳ میلی گرم درصد - کاسترول ۲۰۷ میلی گرم درصد پرتوئین تام ۵/۵ گرم درصد والکتروفیورز پرتوئین ۴۶ درصد آلبومین (طبیعی ۷۲% - ۵۰) و ۴ در حد آلفا یک گلوبولین (طبیعی ۵/۲% - ۱/۵) و ۱۲ در حد آلتا دو گلوبولین (طبیعی ۴/۸% - ۴/۲) و ۱۶ درصد بتایک گلوبولین (طبیعی ۱۰/۵% - ۱۳) و ۲۲ درصد گاما گلوبولین (طبیعی ۲۰% - ۱۱/۲) .

بحث

ائوزینوفیلی علار متعدد و گوناگونی دارد و بطور کلی میتوانیم آنها را بدو دسته تقسیم کیم :

- مواردیکه ائوزینوفیلی خفیف و یا متوسط و بندرت شدید دیده میشود مانند اختلالات آلرژیک . بیماریهای پوست بعد از تزریق بعضی داروها و انگلهای روده ای .
- مواردیکه ائوزینوفیلی شدید و یا فوق العاده شدید دیده میشود و این موقعی است که انگلها به باقیها حمله میکنند و در آنجا میمانند ، مانند تریشینوز - سندروم لوفلر و ویسرا لارومیگران .

علائم بالینی بیمار مامشا بهتی با تسری شینوز نداشت بین جهت این تشخیص اصولاً مطرح نمیشود .

بعلت علائم ریوی در روزهای قبل از بستری شدن و دفع خلط و کمی خون از ریه (وائوزینوفیلی) سندروم لوفلر قابل بحث است . این سندروم که بعلت عبور لارو آنکه لوستوم و یا آسکاریس از بافت ریه ایجاد میشود دارای علائم عمومی نسبتاً خفیف است و علائم ریوی مانند سرفه - تنفس و دفع خلط و بندرت ، دفع خون از سینه (هموپیزی) مشاهده میشود در رادیو گرافی ریتین لکه های پراکنده دیده میشود که اندازه متوسط لکه ها در حدود اندازه یک نخود میباشد [۵] در خون محیطی ائوزینوفیلی متوسط و باشدید مشاهده میشود و گاهی ممکن است شمارش لکو سیتها تا ۶۰/۰۰۰ در میلی متر مکعب و ائوزینوفیلها به ۹۰ درصد و یا بیشتر بر سر . در بیمار ماعلائم ریوی چند روز قبل از بستری شدن وجود داشته ولی در موقع بستری شدن علائم ریوی مشاهده نشده بعلاوه رادیو گرافی ریتین طبیعی بود و اصولاً شکایت بیمار از درد و ناراحتی ناچیه کبد بود بطوریکه تشخیص هپاتیت ویروسی مطرح شده بود . بعلاوه ائوزینوفیلی که در خون محیطی (و مغز استخوان) مشاهده شد خیلی بالاتر از حدودی بود که در سندروم لوفلر دیده میشود و بازنکته مهمتر اینکه دوران ائوزینوفیلی در سندروم لوفلر

مادر بیمار حاضر با نجات بیوپسی کبد (ولاپاروسکوپی) نشندند متأسفانه نتوانستیم تحقیق پیشتری از نظر جستجوی لارو بعمل بیاوریم.

در خاتمه شرح حال یک بیمار که دچار ائوزینوفیلی فوق العاده شدید (متباور از $90/00$ در میلیمتر مکعب خون) بوده منشر میشود . باحتمال زیاد بیمار دچار ویسرا لاروا میگران بوده است .

خلاصه

شرح حال پسر بچه ۱۱ ساله که دچار ائوزینوفیلی فوق العاده شدید بوده منتشر میشود . این بیمار متباور از یکسال قبل بعلت دردناکیه راست و بالای شکم در بخش کودکان بیمارستان شماره ۳ کمک بستره شد . در امتحان بالینی کبد بزرگ و دردناک داشت . ترانس آمینازها و بیلیروبین خون طبیعی بود ولی بیمار لکوسیتوزو ائوزینوفیلی فوق العاده شدید داشت (گلوبولهای سفید $98/500$ در میلیمتر مکعب با 92% ائوزینوفیل بود) . پرتوثیان ها (گلوبولین ها) افزایش قابل ملاحظه ای داشتند . تدریجی حال بیمار بهتر شد و ائوزینوفیلی تخفیف زیادی پیدا کرد . پس از یکسال بیمار از نظر بالینی و آزمایشگاهی طبیعی بود ولی ائوزینوفیلی خفیف داشت . باحتمال زیاد این بیمار دچار ویسرا لاروا میگران بوده است .

Summary

On a case of very Severe eosinophilia

An 11 year old boy with very high eosinophilia is presented. About one year ago he was admitted to pediatric department of Komak No3 Hospital whose Physical examination revealed painful enlarged liver. Serum transaminases (SGOT, SGPT) and bilirubin were normal. He had very high leucocytosis with eosinophilia (leucocytes $98,000/\text{c.mm}$ and 92% eosinophils); serum proteins (globulins) were moderately raised. Gradually he got well and eosinophilia was significantly lessened. After one year physical and laboratory examinations were normal but he still had mild eosinophilia. It is highly probable that the patient had been suffering from visceral larva migrans.

References

- 1- Beeson P . B . Cecil & Loeb Textbook of Medicine, Thirteenth Ed., 763, W. B. Saunders Company, Philadelphia. 1971 .
- 2- deGruchy. G.C. Clinical Haematology in Medical Practice, Third Ed. 366 - 369, Blackwell Scientific Publications, Oxford. 1970.
- 3- Harrison's Principles of Internal Medicine, Sixth Ed . 1052, McGraw Hill Book Company, New York. 1970 .
- 4- Joskowiak B.J. *Trop Med and Hyg* 20: 441. 1970.
- 5- Manson-Bahr P.H. Tropical Diseases, Sixth Ed. 994- 996, Baillière, Tindall et Cassell, London. 1966.
- 6- Miller S.E. Clinical Pathology, Seventh Ed. 192, The Williams and Wilkins Company, Baltimore. 1966 .
- 7- Robert B.L. and Johnston R.B. *J of Haematology*, 20: 277. 1971.

میکنند مخصوصا به مغز و چشم و بندرت ممکن است هفتاهای ماهه اوارحتی سالها باقی بماند . خایعات بیماری مخصوصا صادر کبد جلب توجه میکند . در اطراف لاروا ائوزینوفیلها جمع شده و معمولاً گرانولوم تشکیل میدهند و اطراف آن سلولهای اپسی تلیال - فیبرو بلاست - لنفوسيت و پلاسموسيت و بندرت Giant cell میکند که جمع شده وبالاخره یک کپسول لیفي دور آنرا احاطه میکند که مسکنست برای ماهها زنده بماند [۱] این بیماری نسبتاً خوش خیم و در بیچه های کوچک دیده میشود که با سلک و گربه تماس دارند . علائم عمده آن عبارتند از هپاتومگالی و گاهی اسپلنو مگالی و تب خفیف - گلوبولین های خون افزایش می یابند . گلوبولهای سفید افزایش پیدا کرده و درین آنها ائوزینوفیلی جلب توجه میکند . تعداد گلوبولهای سفید گاهی خیلی زیاد و مواردی نظیر $40/500$ گلوبول سفید با 73% ائوزینوفیلی گزارش داده شده و بندرت ائوزینوفیلها تا $100/000$ در میلی متر مکعب نیز رسیده اند

[۲ و ۷] . علائم بالینی و آزمایشگاهی این بیمار با ویسرا لاروا میگران تطبیق میکنند چه کبد بزرگ و ائوزینوفیلی فوق العاده شدید در خون محیطی و مغز استخوان و افزایش گلوبولینها و طبیعی بودن همو گلوبین همگی حاکی از این بیماری هستند ولی چون پدر و