

儿童嗜酸细胞性胃肠炎 12 例误诊分析

陈昌斌 游洁玉 张文婷

(湖南省儿童医院消化科, 湖南 长沙 410007)

嗜酸细胞性胃肠炎(eosinophilic gastroenteritis, EG)是以胃肠道组织中嗜酸细胞性浸润为主要特征性疾病,国内外文献报道以青壮年多见,儿童少见。儿童EG临床表现多样化,易误诊误治。现将我院近7年多住院诊治的12例儿童EG的诊疗经过做回顾性分析,总结误诊原因,以提高儿童EG的早期诊治水平。

1 资料与方法

1.1 一般情况及诊断标准

2007年6月至2015年9月我院诊治儿童EG共12例,男8例,女4例,年龄2~13岁。25%(3/12)患儿发病与进食有关,多为鱼、虾、蟹、菠萝等。17%(2/12)患儿有过敏性鼻炎及哮喘。12例EG患儿诊断符合Talley标准^[1]:有消化系统症状,病理证实胃肠道一处或多处组织嗜酸性粒细胞(EOS)浸润,无胃肠道以外多器官EOS浸润,并除外其他EOS浸润的疾病,如寄生虫感染、变态反应性疾病、慢性胰腺炎、恶性肿瘤等。

1.2 临床表现

临床表现多样,一般根据累及的部位分为以下几种类型:(1)黏膜型:6例,占50%,患者以腹痛、腹胀、恶心、呕吐为主要表现,用抗酸解痉剂不能完全缓解,部分以腹泻为主要表现,少数患者有便血。(2)浆膜型:6例,占50%,主要表现为腹痛、腹胀,有2例合并胸水,其中1例胸水呈黄绿色,腹水为乳糜性;另1例胸腹水均为黄绿色,且该2例伴有膀胱刺激症状。(3)肌层型:本组患儿未见。

1.3 辅助检查

外周血EOS升高者8例,占67%,EOS的比例为25%~75%,绝对值为 $1.58 \times 10^9 \sim 7.64 \times 10^9$ 。外周血EOS升高的患者均行骨髓穿刺,100%(8/8)骨髓EOS升高,比值为 $35.6\% \pm 2.5\%$ 。所有胸、腹水患者的胸、腹水中EOS的比值和绝对值均升高。3例患儿血清食物过敏原特异性IgE阳性。6例腹水型患儿大便常规及虫卵检查未见异常,大便细菌培养阴性,尿常规及中段尿细菌培养均正常,经省疾控中心行肺吸虫、肝吸虫等寄生虫抗体检查及肺吸虫皮内试验均为阴性,行PPD皮试、结核PPD-IgG、IgM、结核T细胞靶试验、肠黏膜抗酸染色均阴性。内镜表现:胃十二指肠黏膜充血、水肿或糜烂、单发或多发浅表性溃疡、多发小结节。肠镜检查表现:肠黏膜充血、水肿或糜烂、单发或多发浅表性溃疡、结节,以回肠末段和回盲部病变严重。病理检查结果:分别对胃、十二指肠黏膜及结肠、回盲部黏膜进行活检,病理切片结果证实胃、十二指肠、结肠、回盲部及回肠末段黏膜组织中均找到大量EOS浸润[>20 个/高倍镜视野(HPF)]。病理诊断符合EG。影像学检查:B超和CT发现腹腔淋巴结肿大者9例,肠壁增厚12例,腹水6例,膀胱壁增厚2例,胸水2例。

2 结果

2.1 诊断过程

12例患儿入院前被诊断为淋巴结炎、肠道蛔虫病、腹膜炎、功能性腹痛、消化不良等中的1种或几种。病程1个月至1年,经常规治疗,疗效

[收稿日期] 2015-10-13; [接受日期] 2015-11-19

[作者简介] 陈昌斌,男,学士,主任医师。

不好。入我院后,采集所有患儿外周静脉血行食物过敏原特异性IgE检查,有3例呈阳性。按照患儿相同临床表现分型及相近的诊断过程简述如下。

黏膜型:共计6例。(1)4例以腹痛、呕吐等上消化道症状为主要表现者,初诊为慢性浅表性胃炎/十二指肠炎/胃和十二指肠溃疡?入院前4例患儿外周血EOS计数均正常,住院后复查血常规,有2例异常升高,其中1例食物过敏原特异性IgE呈阳性,该2例行骨髓穿刺,示骨髓EOS均升高,但不符合嗜酸细胞性白血病;另2例仍正常就未行骨髓穿刺。胃镜活检病理结果:2例外周血EOS计数异常升高患儿的胃黏膜EOS浸润>20个/HPF,病理诊断符合EG;另2例EOS浸润为5~10个/HPF,不符合EG诊断,其中1例7d后复查胃镜活检病理结果示EOS浸润>20个/HPF,即符合,另1例2d后行肠镜检查,病理结果示EOS浸润>20个/HPF,也符合。

(2)2例以腹痛、腹泻、便血等下消化道症状为主要表现者,初诊为炎症性肠病/肠结核?行PPD皮试、结核PPD-IgG、IgM、结核T细胞靶试验、胸部CT和肠黏膜抗酸染色均阴性,这些都不支持结核感染。入院前2例患儿外周血EOS计数均异常升高,住院后复查血常规仍全部升高,同时行骨髓穿刺,骨髓EOS均升高,但不符合嗜酸细胞性白血病。大便细菌培养均呈阴性。食物过敏原特异性IgE均呈阳性。首次肠镜检查病理结果提示符合EG诊断。

浆膜型:共计6例。(1)3例以腹痛、腹水为主要表现者,初诊为肺吸虫?采集外周静脉血标本送省疾控中心行肺吸虫、肝吸虫等寄生虫抗体检查,均为阴性;同时行肺吸虫皮内试验也均为阴性,排除寄生虫感染。入院前3例患儿外周血EOS计数均异常升高,住院后复查血常规仍全部升高,行骨髓穿刺,骨髓EOS均升高,但不符合嗜酸细胞性白血病。同时抽胸水、腹水化验,都发现大量EOS,未发现肿瘤细胞。行PPD皮试、结核PPD-IgG、IgM、结核T细胞靶试验、肠黏膜抗酸染色均阴性,这些都不支持结核感染。其中2例B超发现膀胱壁增厚,伴膀胱刺激症状,且其中1例曾经在我院泌尿外科采用膀胱镜取黏膜行病理检查确诊嗜酸细胞性膀胱炎,因停用激素3个月复发;另1例因患儿家长拒绝而未行膀

胱镜检查;该2例患儿均行尿常规及中段尿细菌培养均提示正常,排除尿道感染。3例患儿均行肠镜检查,2例首次确诊为EG,1例首次检查未确诊,7d后再次复查肠镜活检结果显示病理确诊为EG。(2)另3例以腹痛、腹泻为主要表现者,入院体查未发现有腹水征,先考虑黏膜型,初诊为慢性腹泻?入院后经B超检查发现3例患儿均合并腹腔积水,抽腹水化验,腹水中发现大量EOS,未发现肿瘤细胞。入院前2例患儿外周血EOS计数异常升高,住院后复查血常规仍升高,行骨髓穿刺,骨髓EOS均升高,但不符合嗜酸细胞性白血病;另1例住院前后查血常规均正常就未行骨髓穿刺。大便细菌培养均阴性。首次肠镜活检病理结果:2例EOS浸润>20个/HPF,符合EG诊断;1例EOS浸润为5~10个/HPF,不符合,1周后复查肠镜,病理诊断符合EG。

以上病例通过胃镜检查确诊EG时间8~15d,通过肠镜确诊EG时间10~17d。12例患儿均在8~17d内得到确诊。

2.2 治疗及随访

确诊后对3例血清食物过敏原阳性患者未接受糖皮质激素治疗,通过回避过敏食物2周后,腹痛、呕吐、腹泻等症状基本消失。9例接受糖皮质激素治疗:先予甲基强的松龙每日1~2mg/kg静脉滴注,6d后改泼尼松每日1~2mg/kg口服。足量糖皮质激素治疗维持10~14d后逐渐减量,6例无溃疡者疗程4~6周,3例有溃疡者疗程12周。6例浆膜型患者1~2周后腹水完全消失,其中2例合并嗜酸细胞性膀胱炎患儿2周后膀胱炎刺激症状消失。同时使用奥美拉唑抑酸治疗,剂量每日0.8~1mg/kg,6例无溃疡者疗程7~14d,3例有溃疡者用药4周后复查胃镜溃疡愈合,继续巩固治疗2个月。随着症状的缓解,1周内外周血EOS计数逐渐降至正常水平。随访0.5~3年(除1例近2周出院的患儿外),仅1例合并EOS性膀胱炎患儿因其家长过早停药3个月后复发,复发者用激素治疗仍然有效。

3 讨论

EG于1937年Kaizser首次报道,目前全球各国的患病率为每10万人中1~20例^[2]。可发生于任

何年龄,其好发年龄为30~50岁,儿童时期少见;男性发病率高于女性^[3]。本组研究中男女比例为2:1,与文献^[3]报道相符。该病病因尚不清楚,多认为EG是源于体内外过敏原性所致全身或局部变态反应。儿童EG临床表现多样化,缺乏特异性。症状的出现取决于病变累及部位、范围和程度。腹痛及腹泻是本组儿童EG的主要临床表现,这与国外文献报道一致^[4]。本组病例中黏膜单独受累占50%(6/12),浆膜层及黏膜层同时受累占50%(6/12),可见黏膜及浆膜易受累。本组3例血清食物过敏原特异性IgE阳性的患者发病与进食特异性食物有关。17%的患者原有哮喘、过敏性鼻炎史。这些都提示体内外过敏原引发的变态反应是EG发病的重要原因。

仅根据患儿的临床表现易误诊,诊断时先要把握多数外周血和骨髓EOS增高是EG的重要特点,也是诊断EG的主要线索。本组67%的患者外周血EOS的百分比和绝对值均显著升高。凡是有升高者,同时要行骨髓穿刺,排除嗜酸性粒细胞性白血病。腹水及胸水内含大量EOS也支持EG。对外周血EOS正常的患儿,要及时复查,本组有2例入院后复查变为EOS异常升高。对没有升高者,也不能排除本病。确诊的关键要看有没有大量胃肠道EOS浸润,就需做内镜检查,主张多次多点活检,国内学者认为:内镜下黏膜活检证实胃肠道黏膜组织有EOS浸润(>20个/HPF)是诊断EG的关键,但胃肠道EOS浸润呈局灶性分布,内镜下黏膜活检可能为阴性表现,因此内镜下多点活检(6点以上)可有效地提高诊断率^[5]。本组患儿均为6到8点活检。可见内镜下活检对本病有重要诊断价值。以上消化道症状为主要表现者先行胃镜检查加活检;以下消化道症状为主要表现者先行肠镜检查加活检。一次检查未能确诊者应再次检查。本组病例首次胃镜检查4例,确诊2例,再次检查1例,确诊1例,另1例首次肠镜确诊;首次肠镜检查9例,确诊7例,再次检查2例,确诊2例。

正确的诊断首先有赖于儿科医生对本病的认识,然后按以上线索寻找关键证据。本组患儿入

我院前误诊率100%,国内报道的也较高^[6]。本组确诊EG时间8~17d。误诊原因主要有:客观方面有发病率极低、临床表现无特异性、小儿体查不配合,入院前未查到外周血EOS增高(4例)或实验误差或就诊时外周血EOS尚未升高(2例入院后复查EOS异常升高),外院没有儿童胃肠镜设备(10例入院前未做胃肠镜检查)等;主观方面有只考虑消化道常见病、忽视EG这种少见病、考虑不全面、未发现腹水征、未及时复查血常规及行内镜检查并多点活检、对一般炎性病变不行活检(2例外院仅做胃镜,未做活检)或活检点数及深度不够(本组3例首次未确诊与此有关),尤其病理医师未关注活组织EOS计数等。

儿童EG预后一般较好,本组治疗以糖皮质激素足量维持10~14d后逐渐减量,无溃疡者疗程4~6周,有溃疡者疗程12周。与国内有关建议相似^[7]。糖皮质激素治疗能迅速缓解症状,并使外周血EOS恢复正常,可见它是治疗EG的有效药物,国外文献有相似报道^[8]。其次,要注意回避过敏食物。

[参 考 文 献]

- [1] Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, et al. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues[J]. *Gut*, 1990, 31(1): 54-58.
- [2] 戈伟,陈刚,丁义涛,等.嗜酸性粒细胞性胃肠炎并顽固性腹腔积液一例诊治分析[J]. *临床误诊误治*, 2013, 26(4): 66-68.
- [3] 孙梅,左佳. EOS性胃肠炎研究进展[J]. *中国实用儿科杂志*, 2011, 26(8): 563-565.
- [4] Jeon EJ, Lee KM, Jung DY, et al. Clinical characteristics of 17 cases of eosinophilic gastroenteritis[J]. *Korean J Gastroenterol*, 2010, 55(6): 361-367.
- [5] 张安忠,杨崇美,崔屹,等. EOS性胃肠炎的临床和内镜特点[J]. *中国内镜杂志*, 2007, 13(6): 602-604.
- [6] 蔡召强,王爱英,吕愈敏. EOS性胃肠炎36例临床分析[J]. *中国内镜杂志*, 2010, 16(2): 135-139.
- [7] 沈惠青. 儿童EOS性胃肠炎6例分析[J]. *中华儿科杂志*, 2010, 48(8): 614-616.
- [8] Lucendo AJ, Arias A. Eosinophilic gastroenteritis: an update[J]. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2012, 6(5): 591-601.

(本文编辑: 万静)