"Hypereosinophilie Mit Leukamoider Reaktion"

* A. Banihashemi  ** H. Mortazavi

*** I. Dardashti


Für das Hervorrufen einer Eosinophilia sind nicht alle Parasiten gleich verantwortlich. Es gibt solche, wie Amöben, die fast gar nicht die Zahl der Eosinophilien andern, andererseits gibt es welche, wie Larva migrans, die eine

* Department of Internal Medicine Farahnaz Medical Center, Meli University.
** Department of Internal Medicine, Dariush Kabir Medical Faculty, Tehran University.
*** Arad Hospital, Tehran
markante Eosinophilie hervorrufen. Im Allgemeinen jedoch Zahlen, die über 20% steigen und dazu mit Erhöhung der gesamten Leukozyten einhergehen, sind selten.

Wir beobachteten in letzter Zeit zwei Fälle von hochgradiger Eosinophilic mit leukämoider Reaktion bei akuten abdominellen Schmerzen, die wahrscheinlich auf einen Wurmbefall zurückzuführen sind.

Die Seltenheit dieser hochgradigen Eosinophilie im Verlauf einer Parasitose gerechtfertigt die Veröffentlichung dieser von uns beobachteten 2 Falle.

Kasuistik


Vorgeschichte und Familien-Anamnese unauffällig.

Untersuchungsbefund:


Laborbefunde:

Blutbild am 26.6.54: Hb: 15.1 gr.%, HTC: 48%, Erythr.:
Hypereosinophilie Mit Leukamoider Reaktion

5.41 mil/mm³, Leuk.: 24.200 mm³, Diff.: Seg. 20%, Lymph.: 13%, Eos. 67%, Retik: 1.2%, Thrombo.: 230 000 mm³, Blutsenkung: 11/27 mm/W

Blutbildkontrolle am 28.6.54: Hb.: 15.9 gr., HTC: 48%, Erythr.: 5.51 Leuko.: 40 900 mm³, Diff.: Seg. 12%, Lymph.: 9%, Eos.: 78%, mil/mm³,

Blutzucker: 90 mg%, Harnstoff: 12.8 mg%, Creatinin: 1.5 mg%, Bilirubin: 0.3 mg%, Prothrombin-Zeit: 100%, SGOT: 20 E., LDH: 430 E., CPK: 13 E., Alk. Phosphatase: 2.5 E.

Serum - Elektrophorese: Total P.: 7.7 gr%, Alb.: 57%, Alpha 1: 5%, Alpha 2: 9%, Beta: 12%, Gamma: 17%.


Thorax oB, MDP: kein krankhafter Befund.

Sternalpunktion: hochgradige Eosinophilie der granulozytaren Zellreihen ohne Anhalt für eine leukamische Erkrankung.

Leberpunktion: Normaler Histologie.

Muskelbiopsie: Kein Anhalt für einen pathologischen Befund. Blutbild - Kontrollen nach Behandlung: Hb: 13.3 gr%, 43%, Erythr.: 4.15 mm³, Leuko: 9 400 mm³, Diff.: Seg. 47%, Lymph.: 11%, Eos. 40%, Mono.: 2% (2%).

am 13.7.54: Hb.: 15.1 gr%, HTC: 46%, Erythr.: 4.55 mil./mm³, Leuko.: 8 400 mm³, Diff.: Seg. 57%, Lymph.: 27, Eos.: 16%.

Epikrise:

Während des stationären Aufenthaltes klagte der Patient über sehr starke Bauchschmerzen, die auf übliche Analgetika nicht ansprachen, so dass Dolantin Injectionen zur Schmerzstillung notig wurden.

Am 4.7.54 wurde trotz negativen Befund der 3 maligen
Stuhлуntersuchung auf Wurmeier ein Wurmbefall angenommen und eine Therapie mit Thiabenzazol (Mintezol) in zwei Einzeldosen (3 Tabletten nach dem Abendessen in 2 aufeinanderfolgenden Tagen) durchgeführt.

Am 6.7.54, also 2 Tage später, verschwanden die Bauchbeschwerden völlig und Leukozytenzahlen normalisierten sich annähernd (siehe Tabelle 1), jedoch bei noch bestehender Eosinophilie von 40%, Eine Woche später war die relative Eosinophilenzahl im peripheren Blutbild noch 16%. Nach der Entlassung war der Patient völlig beschwerdefrei. Eine ambulante Nachuntersuchung ergab ein völlig normales Blutbild, er gab nur an, 2 Ascariden mit Stuhl ausgestossen zu haben.


Vorgeschichte: Vor 5 Jharen eine Dysenterie, sonst oB.
Familien-Anamnese oB.
Untersuchungsbefund:


Laborbefunde:

Blutbild am 4.7.53: Hb: 13,2%, HTC: 43,2%, Erythr.: 4,5 Mill/mm3, Leuko.: 17 800 mm3, Diff.: Seg. 21%, Lymph.: 16%, Eos.: 63%, Thrombo.: 180 000 mm3, Retik.: 2%, Blutsenkung: 5/15 mm/W Blutbild - Kontrolle am 11.7.53: Hb: 12,3%, HTC: 41,5%, Erythr.: 4,1 Mill/mm3, Leuko.: 17 400 mm3, Diff.: Seg.: 11%, Lymph.: 13%, Eos: 76%, Blutzuc-
Hypereosinophilie Mit Leukamoider Reaktion

Ker: 88mg%, Harnstoff: 11mg%, Kreatinin: 1 mg%, Bilirubin in Serum: 0.32 mg%, Prothrombin Zeit: 100%, SGOT: 44 E., SGPT: 20 E., LHD: 350 E., Alk. Phosphatase: 1.5 E.

Serum Elektrophorese: Total P.: 7gr%, Alb.: 48%, Alpha 1: 7%, Alpha 2: 12%, Beta: 13%, Gamma: 20%.


Thoraxaufnahme: Kein krankhafter Befund. MDP: normal.

Ster nalpunktion: hochgradige Eosinophilie der Myelopoese, sonst in qualitativer Hinsicht unauffällig.

Leberbiopsie: kein pathologischer Befund.


Blutbild- Kontrollen nach Behandlung:
Am 17.7.53: Hb: 13 gr%, HTC: 42.9%, Erythr.: 5.55 Mill/mm³, Leuko: 5 800 mm³, Diff.: Seg. 33%, Lymph.: 36%, Eos.: 42%.
Am 22.7.53: Hb: gr%, HTC: 45%, Erythr.: 6.0 Mill/mm³, Leuko: 4 600, Diff.: Seg. 48%, Lymph.: Eos. 7%, Mono: 5%.

Epikrise:

Starke, vorwiegend nachtliche Bauchschmerzen, die wiederholte Gaben von Analgetika bedurften und gelegentlich Morphiumderivate benötigten. Auch hier wurde, trotz der negativen Untersuchungsbefunde, eine Parasitenerkrankung angenommen und Mintezoltherapie durchgeführt.

Am 17.7.53 sank die Leukozytenzahl auf 5 800 und Eos. auf 42%, weitere Kontrollen des Blutbildes zeigten einen Ruckgang der Eosinophilen zu normalen Zahlen.

Diskussion:

Die beschriebenen 2 Fälle stellen ein wirkliches Beispiel von Hypereosinophilie mit leukamoider reaktion dar. Wie aus Litaratur (3, 14) bekannt ist, wird das Auftreten dieses
Syndroms durch verschiedene Krankheiten verursacht, welche manchmal diagnostische Schwierigkeiten bereiten.

Nicht selten beobachtet man, dass die Aethiologie einer Eosinophilie erst post mortem bei Autopsie gestellt werden kann. Mit Recht ist manchmal von einem diagnostischen Dilemma gesprochen worden (13).


Für die Diagnose einer Leukemie waren keine klinischen und hamatologischen Anhaltspunkte vorhanden. (Keine Anämie oder Thrombozytopenie, Fehlen von Blasten in dem peripheren Blut und Knochenmark).


Darüber hinaus zeigten unsere Patienten jedoch mit konstanter Eosinophilie, leukozytose und gleichzeitig abdomineller Beschwerden wahrscheinlich die gleiche Erkrankung. Im Hinblick auf die Häufigkeit und der Mannigfaltigkeit der Wurmerkrankungen in unserer Aerea einer-
Hypereosinophilie Mit Leukämoider Reaktion

seits und die Tatsache, dass bei diesen Krankheiten die glei-
chen hämatologischen Störungen auftreten können (3, 12),
trotz negativem Nachweis von Parasiten oder Ova im Stuhl,
der andererseits, haben wir das Vorliegen eines Wurmbefalls
bei unseren Patienten als Ursache genannter hämatologi-
schen Erscheinungen angenommen und dementsprechend Be-
handelt. das Ergebnis der behandlung bestätigt abermals die
Tatsache, dass Aethiologie eines hypereosinophilie in vielen
Fällen, trotz aller diagnostischer Hilfsmassnahmen ungeklärt
bleiben kann (3, 5, 12, 13). Allerdings sei es bemerkt, dass eine
Eosinophilie nicht immer als ein Symptom einer ernstha-
ten Systemerkrankung betrachtet werden soll. Da jedoch
Wurmerkrankungen in unserem Lande weitverbreitet sind,
muss man bei einer unklaren Eosinophilie, womöglich ver-
bunden mit einer Leukocytose, an die Möglichkeit dersel-
ben denken und versuchen, wenn auch dieser Nachweis
fehlschlägt, durch entsprechende Behandlung eine glaub-
hafte Diagnose zu erlangen.

Zusammenfassung

In der Praxis der Medizin stehen Kliniken manchmal
Patienten mit Eosinophilie gegenüber, deren Ursache nicht
genügend abgeklärt werden kann.

Es wird über 2 Fälle von Hyper eosinophilie mit leukä-
moider Reaktion bei Schweren abdominellen Schmerzen
berichtet. Intensive klinische und Laboruntersuchungen,
einschließlich Cytologie des Knochenmarks und Leberhisto-
tologie, konnten keine klare Diagnose herbeiführen. Ver-
schiedene aethiologische Faktoren sowie Weltliteratur werden
diskutiert. Die hämatologischen Veränderungen sind jedoch
nach einer antiparasitischen Behandlung verschwunden. Es
wird versucht, das jetzige Wissen über Eosinophilie und ihre
### Tabelle 1: Verlauf der Blutbildveränderungen bei Fall 1

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>vor Behandlung</th>
<th>nach Behandlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>26.6.54</td>
<td>28.6.54</td>
</tr>
<tr>
<td>Hämoglobin (g/ 100 ml)</td>
<td>15.1</td>
<td>15.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematokrit (%)</td>
<td>48</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Erythrozyten (X10^6/mm³)</td>
<td>5.41</td>
<td>5.51</td>
</tr>
<tr>
<td>Retikulozyten (%)</td>
<td>1.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Thrombozyten (pro mm³)</td>
<td>230 000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leukozyten (pro mm³)</td>
<td>24 200</td>
<td>40 900</td>
</tr>
<tr>
<td>Eosinophile (%)</td>
<td>67</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>Lymphozyten (%)</td>
<td>13</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Segmentk. (%)</td>
<td>20</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Monozyten (%)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.7.54</td>
<td>13.7.54</td>
</tr>
<tr>
<td>Hämoglobin (g/ 100 ml)</td>
<td>13.3</td>
<td>15.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematokrit (%)</td>
<td>43</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Erythrozyten (X10^6/mm³)</td>
<td>4.15</td>
<td>4.55</td>
</tr>
<tr>
<td>Retikulozyten (%)</td>
<td>1.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Thrombozyten (pro mm³)</td>
<td>230 000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leukozyten (pro mm³)</td>
<td>9 400</td>
<td>8 400</td>
</tr>
<tr>
<td>Eosinophile (%)</td>
<td>40</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Lymphozyten (%)</td>
<td>11</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Segmentk. (%)</td>
<td>47</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Monozyten (%)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 2: Verlauf der Blutbildveränderungen bei Fall 2

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>vor Behandlung</th>
<th>nach Behandlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>4.7.53</td>
<td>11.7.53</td>
</tr>
<tr>
<td>Hämoglobin (g/ 11 ml)</td>
<td>13.2</td>
<td>12.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematokrit (%)</td>
<td>43.2</td>
<td>41.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Erythrozyten (X10^6/mm³)</td>
<td>4.5</td>
<td>4.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Retikulozyten (%)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Thrombozyten (pro mm³)</td>
<td>180 000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leukozyten (pro mm³)</td>
<td>17 800</td>
<td>17 400</td>
</tr>
<tr>
<td>Eosinophile (%)</td>
<td>63</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>Lymphozyten (%)</td>
<td>16</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Segmentk. (%)</td>
<td>21</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Monozyten (%)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Referenzen:


11 Odenburg, B. (1965). Eosinophilic leukemia and disse-

