

## CONTRIBUȚII LA STUDIUL LEUCEMOIDULUI EOZINOFIL\*

dr. A. Balla, dr. A. Jaklovsky, dr. Ildikó Petres-Brassay

Este cunoscut că la copii tabloul leucocitar se modifică mai intens la diferite noxe. Modificările leucogramei pot fi foarte variate în funcție de natura agentului patogen și de starea de reactivitate a organismului. Uneori, o hiperleucocitoză marcată însoțită de preponderența elementelor tinere poate crea dificultăți serioase de diagnostic diferențial cu anumite forme de leucoză.

Majoritatea acestor tulburări ale tabloului hematologic este însă reversibilă, benignă. Pentru denumirea lor, *Krumbhaar* (13), a propus încă în 1926 termenul de reacție leucemoidă. Se cunosc reacții leucemoide de tip mielocitar, limfocitar, monocitar, eozinofil. În această din urmă formă, numită și leucemoid eozinofil, pe lângă hiperleucocitoză găsim o eozinofilie de 20—80%.

---

\* Comunicat la ședința U.S.S.M., Filiala Harghita, Secția de pediatrie, la 21 noiembrie 1970 și la prima Conferință națională de Alergologie, București, 2—3 oct. 1970.

După Hill și Duncan (9) foarte frecvent incriminați în declanșarea reacțiilor leucemoide sînt iritațiile medulare produse de factorii fizici, chimici sau alergici. După C. C. Dimitriu (2), copiii prezintă în mod normal un număr mai ridicat de eozinofile decît adulții, iar în diferitele stări alergice reacționează printr-o eozinofilie mai puternică. Dacă la această hipereozinofilie se asociază și o hiperleucocitoză, putem vorbi de reacție leucemoidă cu eozinofile sau de leucemoid eozinofil. Leucemoidul eozinofil poate fi considerat deci ca o reacție peste măsură de violentă a sistemului leucopoietic față de o noxă cu caracter alergic. Alergenele în cauză pot fi foarte variate: alimentare, respiratorii sau infecțioase. Leucemoidul eozinofil apare însă cel mai adesea în cursul unor parazitoze (5, 10). Locul de frunte îi revine strongiloidozei, dar s-a găsit leucemoid eozinofil și în lambliaze sau alte parazitoze (6, 8, 11, 14, 15).

În afară de sindromul hematologic, leucemoidul eozinofil prezintă și o serie de manifestări ale altor organe, ca: hipertrofii ganglionare, hepatosplenomegalii, și bineînțeles, diferite manifestări alergice cutanate, pulmonare sau intestinale (5, 16).

Nu toți autorii folosesc termenul de leucemoid eozinofil. Unii vorbesc de hiper-eozinofilii, sau mari eozinofilii sanguine benigne, alții de sindromul hepatomegalie-eozinofilie, în fine alții de eozinofilii epidemice (5, 12, 16).

În ultimii ani am studiat cîteva cazuri de leucemoid eozinofil la copiii internați în serviciul nostru, urmărind la aceștia evoluția în timp a tabloului clinic și a sindromului hematologic. În cele ce urmează redăm succint observațiile noastre.

Obs. nr. 1. Băiatul Gy. B., de 11 ani, se internează în februarie 1965 cu diagnosticul: Bronșită astmatică-bronhopneumonie. În antecedentele personale amigdalite și bronhopneumonii repetate. Boala actuală a debutat brusc cu febră, tuse și dispnee. Examenul clinic confirmă diagnosticul de trimitere, mai constatăm însă prezența unei micropoliadenopatii și o hepatosplenomegalie considerabilă. Examenul hematologic arată o leucocitoză de  $28.500/\text{mm}^3$ , cu o eozinofilie de 72%. În mielograma de altfel normală, procentajul eozinofilelor este de 56%. La acest copil cu teren alergic, pe baza datelor de mai sus, suspectăm o parazitoză mai deosebită, dar nu găsim decît o infestare masivă cu ascarizi.

La tratament antibiotic și antialergic, urmat de o cură cu vermifuge, copilul se vindecă clinic, dar chiar și după 21 de zile mai prezintă încă o eozinofilie de 36%. Urmărind cazul timp de 2 ani, la examinările de control constatăm normalizarea completă a tabloului hematologic (fig. nr. 1).

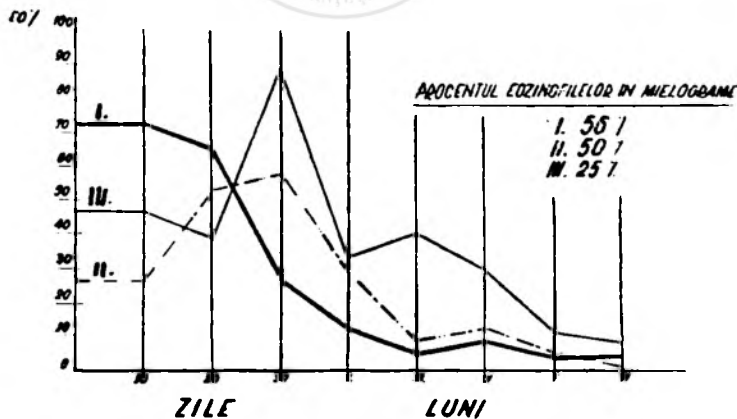


Fig. nr 1

Obs. nr. 2. Băiatul M. L., de 16 ani, se internează în ianuarie 1968 cu diagnosticul: Recidivă reumatică? Septicemie? În antecedente reumatism S. B., hepatită epidemică și primoinfecție Tbc. E bolnav de 2 săptămâni, prezentînd febră ridicată și stare generală alterată. Tratamentul antibiotic primit la domiciliu nu a dat rezultate. La examenul clinic găsim doar o febră moderată, paloare, micropoliadenopatie și o hepatosplenomegalie ușoară. Examenul hematologic decelează o leucocitoză de 30.000 mm<sup>3</sup>, cu o eozinofilie de 52%. În mielogramă 50% dintre elemente sînt eozinofile. Găsim și o ușoară disproteinemie. Lipsesc alte simptome alergice. Investigațiile parazitologice repetate nu decelează decît o oxiuiriază masivă. Tratamentul antihelmintic aduce vindecarea clinică. Dinamica tabloului hematologic e urmărită timp de 2 ani (fig. nr. 2).

Obs. nr. 3. Băiatul B. J., de 12 ani, se internează în septembrie 1969 cu diagnosticul: Reumatism B. S.? Helmințiază? fiind mai înainte suspectat de hepatită. La examenul clinic găsim un copil palid, astenic cu amigdale cronic inflamate. Abdomenul balonat prezintă sensibilitate epigastrică și hepatică. Găsim o hepatosplenomegalie moderată. La internare numărul leucocitelor 20600 mm<sup>3</sup> cu eozinofilie de 38%. De altfel VSH 86 mm h, titrul ASLO 625 u. Investigînd în direcția unei parazitoze găsim numeroase lambhi în tubajul duodenal și începem un tratament cu Metronidazol. Controlînd hemograma constatăm creșterea numărului leucocitelor la 40000 mm<sup>3</sup> cu 88% eozinofilie. În mielograma de altfel normală, 25% elemente eozinofile. Repetarea tubajului pune în evidență ouă de Fasciola. După tratamentul cu injecții de Emetină asistăm la vindecarea clinică. Dinamica eozinofiliei a fost urmărită la controale repetate (fig. nr. 3).

Din cele trei cazuri prezentate reținem: La bolnavii noștri pe lingă o hiperleucocitoză cu hipereozinofilie am găsit constant hepatosplenomegalie, de la caz la caz micropoliadenopatii sau disproteinemie. Numai unul dintre bolnavi a mai prezentat și alte simptome alergice. În toate cele trei cazuri leucemoidul eozinofil a fost cauzat de o parazitoză. Evoluția cazurilor a fost benignă, simptomele clinice au retrocedat după ce a fost tratată infestația parazitară, fapt ce confirmă rolul alergizant primordial al parazitozelor.

În privința evoluției eozinofiliei sanguine, din datele obținute la controalele hematologice repetate, se poate conchide că în leucemoidul eozinofil hipereozinofilie persistă circa două luni, după care scade treptat, revenind la normal abia după 5—6 luni.

La doi dintre bolnavi leucemoidul eozinofil a fost cauzat de parazitoze banale, rar incriminate în etiologia acestui sindrom. Cazul al treilea a prezentat o infestație dublă: *Lamblia* plus *Fasciola*, ultima o parazitoză destul de rară la noi. Am găsit și un oarecare paralelism între proprietățile alergizante ale paraziților și procentajul eozinofilelor: 52% în oxiuiriază, 72% în ascaridoză și 88% în fascioză. Am găsit și un oarecare paralelism între proprietățile alergizante ale paraziților și trichineloză, cu 19 cazuri, studiată cu ani în urmă, hipereozinofiliile au evoluat cu leucocitoze moderate. La fetița M. M., de 12 ani, tratată în aprilie 1970 pentru șoc alergic cu urticare generalizată în urma rupturii spontane a unui chist hidatic pulmonar, nu am observat nici măcar o hepereozinofilie, în ciuda — sau poate chiar din cauza — fenomenelor alergice-anafilactice grave.

Se poate deci conchide că nu numai natura agentului parazitar, ci și terenul și complexul de factori care modifică în această direcție reactivitatea organismului sînt responsabile pentru apariția leucemoidului eozinofil.

O dată constatat sindromul marelui eozinofilii sanguine, trebuie excluse — pe cît posibil — procesele maligne. În al doilea rînd, se va căuta factorul alergizant primordial, mai ales în direcția unei infestații parazitare. Efectul pozitiv al probei terapeutice sau eșecul ei vor confirma sau infirma justetea etiologiei suspectate.

Sosit la redacție: 9 martie 1971.

## Bibliografie

1. ADLER T., SZIRMAY ZSUZSA: Gyermekgyógyászat (1970), 21, 208;
  2. DIMITRIU C. C.: Diagnostic clinic, Ed. Med. București, 1959, II, 573;
  3. ESCH F., TAUBERT M.: cit. 7;
  4. GÉHER K., SÓTONYI G.: Orv. Hetil. (1962), 103, 1232;
  5. GLIGORE V., DUȚU AL., CUTUS C., BOLOȘIU H.: Med. Int. (1967), 19, 1321;
  6. GLIGORE V., STRÎMBU I., MARINICĂ E., STĂNESCU L., TOMA L., POPESCU ȘT.: Viața Med. (1956), 3, 14;
  7. GRUNKE W.: Lehrbuch der Hämatologie. G. Fischer, Jena, 1966, 62;
  8. HAȚIEGANU-GOIA: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, Cartea Românească, Cluj, II;
  9. HILL J. M., DUNCAN C. N.: cit. 1;
  10. HUN N., DÓCZY P.: Katonaorvosi Szemle (1956), 8, 907;
  11. HUN H., HADNAGY CS., HICKEL I.: Durch Strongyloides stercoralis verursachtes eosinophiles Leukämoid, Wien, M. W., 1963, 113, 572;
  12. KRAUS N., FOGAȘ AURORA, FOGAȘ C.: Med. Int. (1956), 8, 1233;
  13. KRUMBHAAR E. B.: cit. 1;
  14. PÁL G., VÁNKY C., PUMP C.: Orv. Hetil. (1956), 97, 181;
  15. ROMHÁNYI J., SIMON GY., BANKI GY.: Gyermekgyógyászat (1961), 12, 328;
  16. WEINTRAUB B., ZELEVINSCHI-SFARȚ RINA, CONSTANTINESCU MARA: Peditria (1957), 6, 539.
-