

# Ascite à éosinophiles : une entité rare À propos d'un cas

Youssef Touibi<sup>1</sup>, Mohamed Said Belhamidi<sup>2</sup>, Ayman El Farouki<sup>3</sup>,  
Mohammed Errami<sup>4</sup>, Mohammed Sbiti<sup>4</sup>, Lhoussain Louzi<sup>4</sup>,  
Hicham Krimou<sup>2</sup>, Tarik Ziadi<sup>3</sup>, Taoufik Africha<sup>3</sup>,  
Salaheddine El khader<sup>4</sup>, Brahim Zainoun<sup>3</sup>, Taoufik Lamsiah<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de gastroentérologie, hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, Maroc  
<jozep1985@gmail.com>

<sup>2</sup> Service de chirurgie viscérale, hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, Maroc

<sup>3</sup> Service de radiologie, hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, Maroc

<sup>4</sup> Services du laboratoire, hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, Maroc

La gastro-entérite à éosinophiles est une maladie rare de cause inconnue. Elle est caractérisée par une infiltration du tube digestif par des polynucléaires éosinophiles. L'estomac et l'intestin grêle sont les localisations les plus fréquentes, mais tous les segments du tube digestif peuvent être atteints. Nous rapportons un cas d'ascite à éosinophiles faisant partie de cette entité. Une ascite exsudative isolée chez une femme de 46 ans, dont le diagnostic d'ascite à éosinophiles était retenu sur l'hyperéosinophilie sanguine, une prédominance des éosinophiles à l'examen cytologique du liquide d'ascite avec 75 %, et l'élimination des autres causes d'hyperéosinophilie et des autres causes d'ascite exsudative. L'évolution était spectaculaire sous corticothérapie permettant de confirmer le diagnostic.

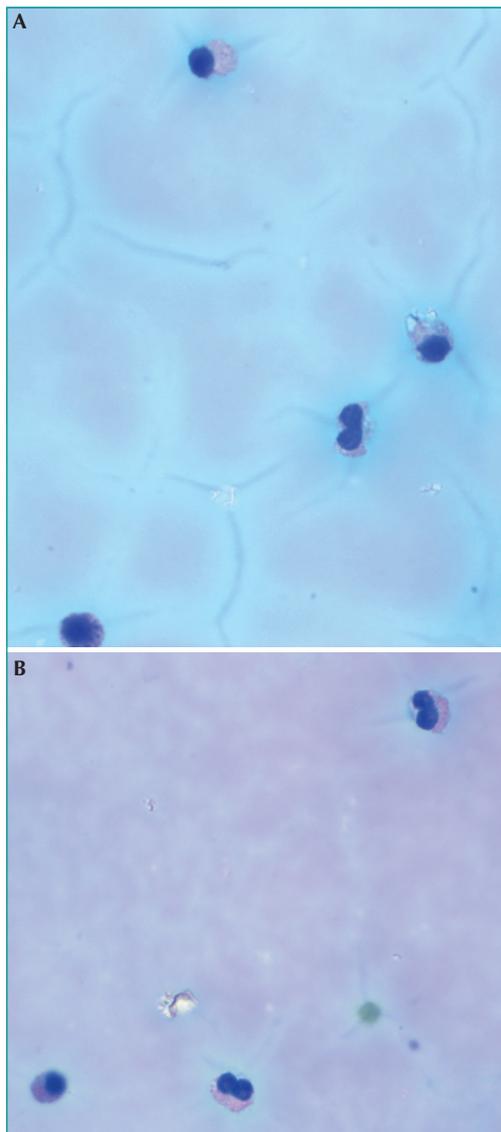
**Mots clés :** ascite, corticoïdes, éosinophiles, gastroentérite

La gastro-entérite à éosinophiles est une maladie rare et de cause inconnue. Elle est caractérisée par une infiltration du tube digestif par des polynucléaires éosinophiles. L'estomac et l'intestin grêle sont les localisations les plus fréquentes, mais tous les segments du tube digestif peuvent être atteints. Nous rapportons un cas d'ascite à éosinophiles faisant partie de cette entité.

## Observation

Une femme de 46 ans était hospitalisée pour une ascite isolée, évoluant depuis deux semaines, dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. La biologie montrait une hyperéosinophilie à 3 700/mm<sup>3</sup>, une protéine C réactive (CRP) à 48 mg/L, le dosage des immunoglobulines E (IgE)

était normal (61 UI/mL). La ponction d'ascite ramenait un liquide exsudatif, avec un taux des protéines à 38 g/L et > 10<sup>6</sup> éléments blancs/mL dont 75 % d'éosinophiles (figure 1), la culture était stérile, et la recherche de bacilles acido-alcool-résistants était négative. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montrait une ascite de moyenne abondance avec épanchement pleural droit de faible abondance, sans épaissement digestif évident à l'entérocanner, et sans lésions parenchymateuse à l'étage thoracique (figure 2). La gastroscopie était normale, les biopsies œsophagiennes, gastriques et duodénales étaient sans particularités. Il n'y avait pas d'argument pour une parasitose, une tuberculose, une néoplasie, un lymphome ni une vascularite. La patiente a bénéficié d'une cœlioscopie exploratrice qui était sans



**Figure 1.** Examen de la ponction d'ascite au microscope optique.

anomalie évidente avec des biopsies péritonéales faites à l'aveugle, dont l'examen anatomopathologique était sans spécificité, notamment sans aucun signe en faveur d'une tuberculose ou carcinose péritonéale.

### Diagnostic

Le diagnostic retenu était celui d'une gastro-entérite à éosinophiles. Une corticothérapie a été engagée par prednisonne 40 mg/j pendant quinze jours. Une amélioration spectaculaire en quelques jours, avec un assèchement de l'ascite dès la première semaine du traitement, la normalisation des éosinophiles et de la CRP, permettant ainsi de bien étayer le diagnostic de gastro-entérite à éosinophile.



**Figure 2.** Scanner thoraco-abdominopelvien.

### Discussion

L'ascite à éosinophiles fait partie des gastro-entérites à éosinophiles ; il s'agit de maladies rares : moins de 400 cas ont été décrits dans la littérature, atteignant l'homme deux fois plus que la femme [1]. Il en existe trois tableaux anatomocliniques, selon la profondeur de l'infiltration par les éosinophiles du tube digestif :

- le type 1 (57,5 % des cas) correspond à une atteinte de la muqueuse digestive entraînant une malabsorption et des diarrhées,
- le type 2 (30 % des cas) correspond à une infiltration de la musculature digestive entraînant un syndrome occlusif,
- le type 3 (12,5 %) correspond à une infiltration de la séreuse entraînant une ascite. Une cinquantaine de cas d'ascite exsudative riche en polynucléaires éosinophiles ont été rapportés [2].

Il existe une hyperéosinophilie périphérique dans les deux tiers des cas ; cette éosinophilie sanguine serait plus élevée dans les formes séreuses de la maladie [3]. Le dosage des IgE totales est élevé dans plus de 50 % des cas. La physiopathologie précise est actuellement inconnue, des antécédents allergiques sont rapportés dans plus de 55 % des cas. Les allergènes alimentaires pourraient déclencher une réaction inflammatoire avec recrutement des éosinophiles au niveau du tube digestif. Le diagnostic repose sur la démonstration d'une infiltration par les éosinophiles du tube digestif et/ou des séreuses, l'absence d'atteinte extradiigestive et l'exclusion des autres causes d'hyperéosinophilie.

Dans notre contexte, les premières hypothèses diagnostiques en cas d'ascite exsudative isolée restent la tuberculose et la carcinose péritonéales. Dans le cas de notre patiente, la constatation de l'hyperéosinophilie sanguine a permis de redresser la démarche diagnostique, notamment une relecture de la formule cytologique du liquide d'ascite avec des recolorations permettant de mettre en évidence la prédominance des éosinophiles, et ainsi de rechercher d'autres arguments en faveur d'un

---

diagnostic d'ascite à éosinophiles, et en éliminant toutes les causes fréquentes dans notre contexte.

La conduite thérapeutique à tenir dans la gastro-entérite à éosinophiles est mal définie en l'absence de protocole thérapeutique contrôlé et du fait de la régression parfois spontanée de la maladie. Dans les formes allergiques, l'exclusion antigénique est parfois suffisante [4], mais son efficacité est souvent transitoire [3]. L'efficacité habituelle et souvent spectaculaire de la corticothérapie, surtout dans les atteintes sévères, pourrait être en partie due à l'existence sur l'éosinophile d'un récepteur aux glucocorticoïdes [5]. Après un traitement d'attaque de 20-40 mg/j de prednisone pendant environ quinze jours, une diminution lente des doses peut être obtenue. Une corticodépendance nécessite parfois de maintenir de faibles doses de prednisone (5-10 mg/j). Dans les rares cas de corticorésistance, un traitement par le chromoglycate disodique peut-être essayé avec des résultats parfois spectaculaires [3], mais inconstants. Les antihistaminiques ont également été proposés. Des formes sévères de gastro-entérite à éosinophiles résistant à ces différents traitements peuvent nécessiter le recours à des immunosuppresseurs.

## Conclusion

L'ascite à éosinophiles reste une pathologie rarement rapportée dans la littérature, mais son diagnostic doit être

évoqué et recherché devant toute anomalie clinique ou biologique pouvant orienter vers une telle pathologie, et dont le traitement est simple et rapidement efficace, sans se focaliser sur les diagnostics habituels d'une ascite exsudative.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. Kaijser R. Zur Kenntnis der allergischen affektion der verdauungskanal von Standpunkt der Chirurgie aus. *Arch Klin Chir* 1937; 188 : 36-64.
2. Durieu I, Nove-Josserand R, Cathebras P, Vital-Durand D, Rousset H, Levrat R. Eosinophilic ascites. Report of two cases. *Rev Med Interne* 1992; 13 : 446-8.
3. Talley NJ, Shorter RG, Philips SF, Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. *Gut* 1990; 31 : 54-8.
4. Metcalfe DD. Diseases of food hypersensitivity. *N Engl J Med* 1989; 321 : 255-7.
5. Cello JP. Eosinophilic gastroenteritis. A complex disease entity. *Am J Med* 1979; 67 : 1097-114.