

Λάμπρος Ράπτης, Κωνσταντίνος
Παπαρούνας, Μαριάνθη Ανδρουλάκη,
Νικόλαος Ακριτίδης.
Παθολογική κλινική, ΓΠΝ Χατζηκώστα Ιωαννίνων.

Λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα

Περίληψη Η λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα αποτελεί μία αντίδραση των μικρών αγγείων κυρίως σε φάρμακα και ιογενείς λοιμώξεις. Σε σύνολο 6 ασθενών που εξετάστηκαν και το κύριο σύμπτωμα τους ήταν επίμονο κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα για πάνω από 48 ώρες η ιστοπαθολογική διάγνωση ήταν λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα. Η πιο συχνή αιτία ήταν η λήψη φαρμάκων σε ποσοστό (83%) από τα οποία τα αντιβιοτικά κατέχουν την υψηλότερη θέση (60%). Η θεραπεία απαιτεί διακοπή του φαρμάκου και μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών για μακρύ διάστημα.

Λέξεις-κλειδιά: κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα

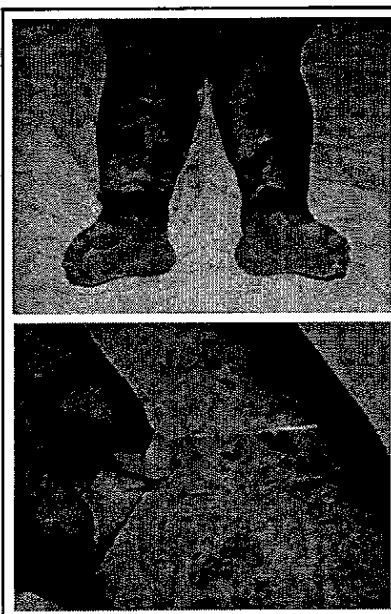
Εισαγωγή

Η λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα (ΛΑ) είναι μία ανώμαλη αντίδραση υπερευαισθησίας των μικρών αγγείων κυρίως του δέρματος σε διάφορα εξωγενή ή ενδογενή αντιγόνα. Εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία και στα δύο φύλα με άγνωστη επίπτωση (1).

Σκοπός: της παρούσης εργασίας είναι η παρουσίαση 6 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας για ένα έτος με κύριο σύμπτωμα επίμονο κηλιδοβλατιδώδες πορφυρικό ερύθημα κάτω άκρων και η διερεύνηση της αιτιολογίας του.

Υλικό-μέθοδος: εξετάστηκαν 6 ασθενείς ηλικίας 51-85 ετών που μελετήθηκαν αναδρομικά για το έτος 2003. Σε όλους τους ασθενείς έγινε βιοψία δέρματος η οποία ήταν θετική για λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα.

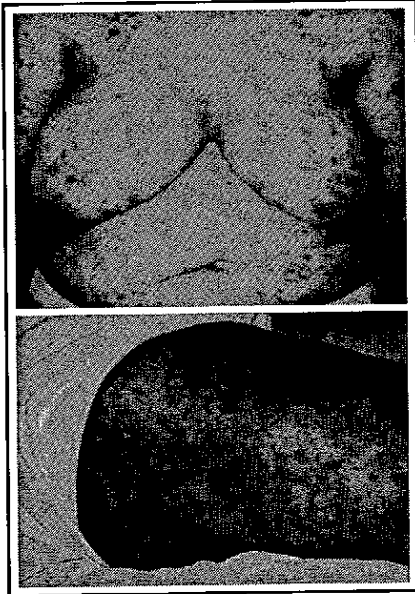
Αποτελέσματα: Ως προς το φύλο 3 (50%) ήταν γυναίκες και 3 (50%) ήταν άντρες. Μέση ηλικία ήταν τα 72 έτη. Από το σύνολο, 2 ασθενείς ποσοστό (33%) είχαν επηρεασμένη ηπατική λειτουργία, ενώ 1 ασθενής (16%) εμφάνισε συνοδό πυρετό έως 38ο C.



Φωτ 1 κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα σε ασθενή με λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα από αντιβιοτικό. (αρχείο Παθολογικής κλινικής Ν.Χατζηκώστα)

Λάμπρος Ράπτης ειδικευόμενος ιατρός
Ρήγα Φεραίου 2, Καρδαμίτσα, Ιωάννινα.
Τηλ 26510-80496
6945396856

Ως προς την αιτιολογία οι 3 (50%) ελάμβαναν αντιβιοτικά (αμοξικιλίνη και κλαβουλανικό, κλαριθρομυκίνη, κεφακλόρη) 1 ασθενής (16%) ελάμβανε μυοχαλαρωτικό (ορφενεδρίνη), 1 ασθενής (16%) αντιπηκτικό (ακενοκουμαρόλη) ενώ σε 1 ασθενή (16%) εμφανίστηκε μετά από ιογενή συνδρομή. Στους 5 ασθενείς έγινε διακοπή του υπεύθυνου αιτίου (φαρμάκου) με θεραπεία μεθυλπρεδνιζολόνη 16mg για βραχύ διάστημα.

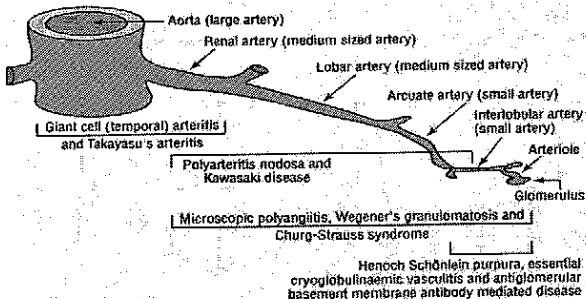


**Φωτ 2 κηλι-
δωβλατιδώ-
δες εξάνθη-
μα σε ασθε-
νείς με λευ-
κοκυταρο-
κλαστική αγ-
γείτιδα από
αντιβιοτικό.
(αρχείο Πα-
θολογικής κ-
λινικής
N.Χατζηκώ-
στα)**

Συμπέρασμα

Η πιο συχνή αιτία λευκοκυταροκλαστικής αγγειίτιδας είναι η λήψη φαρμάκων σε ποσοστό (83%) από τα οποία τα αντιβιοτικά κατέχουν την υψηλότερη θέση (60%). Η θεραπεία απαιτεί διακοπή του φαρμάκου και μεθυλπρεδνιζολόνη μικρές δόσεις για μεγάλο διάστημα.

Σχολιάζοντας Η αγγειίτιδα αποτελεί φλεγμονή αγγείων διαφορετικού διαμέτρου (σχήμα Ι) η οποία εκδηλώνεται ως τοπική ή συστηματική αντίδραση σε διάφορα εξωγενή ή ενδογενή αίτια. Η κλινική συμπτωματολογία ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος των αγγείων που προσβάλλει.



(σχήμα Ι) Σχηματική απεικόνιση μεγέθους αγγείων και προσβολής αυτών.

(ABC of arterial and vascular disease. Vasculitis. BMJ;320:1325-1328,2000)

Αίτια

φάρμακα: αντιβιοτικά

πενικιλίνες
Ισονιαζίδες
Καρδιολογικά

Λοιμώξεις: στρεπτόκοκκος
ιοί

Κακοήθειες

Συστηματικά νοσήματα κολλαγόνου

Καταστάσεις που μιμούνται εικόνα αγγειίτιδας

φάρμακα: κοκαΐνη

αμφεταμίνες

αντιβιοτικά

εργοταμίνες

Λοιμώξεις: HIV

υποξεία μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα

Κακοήθειες

αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο

Σταδιοποίηση αγγειίτιδων ανάλογα με το μέγεθος των αγγείων που προσβάλλει

μικρά αγγεία: λευκοκυταροκλαστική αγγειίτιδα

Schonlein-Henoch purpura

μικτή κρουσφαιριναιμία

μικρά έως μεσαία: Wegener's granulomatosis

Σύνδρομο Churg-Strauss

μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα

μεσαία: οζώδης πολυαρτηρίτιδα

Σύνδρομο Kawasaki

μεγάλα αγγεία: Σύνδρομο Takayasu (2,3,4)

Η διάγνωση θα τεθεί με βιοψία δέρματος ή νεφρών και πνεύμονα όταν υπάρχει προσβολή των συγκεκριμένων οργάνων και με κλινικά συμπτώματα που περιλαμβάνει πυρετό, αδυναμία και εξάνθημα. (4). Η θεραπεία εκτός από την διακοπή του αλλεργιογόνου παράγοντα απαιτεί μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών για μακρύ διάστημα.

Abstract

Systemic vasculitis can be difficult to recognize because of the types of the disease and the conditions that can mimic. Leukocytoclastic vasculitis was diagnosed in 6 patients for the year 2003 with purpura. Skin biopsy revealed a leukocytoclastic vasculitis characterized by disruption of the postcapillary venule walls with nuclear debris from polymorphonuclear cells and fibrinoid necrosis. In conclusion drugs especially antibiotics cause palpable purpura in 60%.

Key words: Leukocytoclastic vasculitis, antibiotics.

References

- 1 Jeffrey P Callen MD. Hypersensitivity vasculitis (Leukocytoclastic vasculitis), 2003
- 2 Thomas M Bush, MD. Systemic vasculitis. Postgraduate Medicine; 103, 1998
- 3 COS Savage, L Harper, P Cockwell, D Adu, AJ Howie. Clinical review . ABC of arterial and vascular disease. Vasculitis. BMJ; 320: 1325-1328, 2000
- 4 Konstantinos Bourantas; Vasiliki D Malamou-Mitsi; Leonidas Christou; Spiridoula Filippidou and Alexandros A Drosos. Cutaneous vasculitis as the initial manifestation in acute myelomonocytic leucemia. Annals of internal medicine ; 121 : 942-944, 1994