

(Ne)známá vaskulitida?

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.¹, MUDr. Eva Kocánová², MUDr. Magdalena Rohanová¹,
MUDr. Zuzana Strašáková²

¹Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

²Kožní oddělení Pediatrické kliniky LF MU a FN Brno

Pediatr. praxi 2013; 14(4): 261

U 2,5letého batolete s bezvýznamnou rodinnou a osobní anamnézou se z plného zdraví objevila horečka (max. 38,6 °C), jako antipyretikum rodiče doma podávali chlapci lék s obsahem ibuprofenu. Přibližně za 24 hod. od manifestace horečky došlo u dítěte k výtoku žlutě opaleskujícího sekretu z levého ucha. Při ORL vyšetření byl diagnostikován oboustranný zánět středouší (OMA) se spontánní perforací bubínku vlevo; na straně pravé byla provedena paracentéza, sekret byl mukopurulentní. V léčbě OMA bylo použito antibiotikum (ATB), lék byl podáván 10 dnů. Za týden po ukončení terapie ATB došlo u dítěte k rychlému výsevu „vyrážky“ bez jiných doprovodných příznaků. Při přijetí k hospitalizaci odpovídal nález na kůži purpuře – červenofialové léze mírně promínovaly nad niveau, většina měla průměr 0,5–4 cm; maximum purpury bylo na obou dolních končetinách (bérce, dorzum nohou) a obou předloktích, uvedené partie končetin byly současně edematózní a s mírnou bolestivou reakcí dítěte při palpaci (obrázek). Ostatní klinické vyšetření bylo se zcela normálním nálezem, dítě mělo tělesnou teplotu 37,6 °C. Nevýrazně zvýšené byly jen tyto hodnoty laboratorních vyšetření: CRP 8,9 mg/l, IgM 1,61 g/l, IgA 3,44 g/l, CIK 68 j. V krevním obraze byla pouze trombocytóza ($483 \times 10^9/l$), dif. rozpočet leukocytů byl bez odchylek; hodnota ASLO byla < 100 j, normální nález byl také při vyšetření moči (chemicky + sediment) a stolice na okultní krvácení. Sérologické analýzy nejčastějších virových a bakteriálních původců respiračních infekcí byly negativní. Histologie z kožní biopsie: leukocytoklastická vaskulitida s perivaskulárními depozity IgM a fibrinu. Náš diagnostický závěr: Acute hemorrhagic edema of infancy (AHEI). Záměrně používáme anglické pojmenování, které je konstantně uváděno v cizojazyčné odborné literatuře; domácí písemnictví postrádá pro tuto entitu odpovídající české označení.

AHEI je vaskulitidou s poškozením cév malého průřezu. Onemocnění je sporadické, nejčastěji se manifestuje u dětí ve věku 4 měsíce – 2 roky (převažuje výskyt v zimních měsících a mužské pohlaví). Etiologie choroby je neznámá (infekce?

Obrázek Detail purpury pravé nohy – perimaleolární edém (znázorněno šipkami) a edém nártu



hypersenzitivní reakce?, asociace s vakcinací?). Pro AHEI bývá uváděna triáda příznaků: horečka (nebo subfebrilie), purpura a edém. Rozvoj kožních lézí je většinou velmi rychlý, vč. doprovodného edému. Purpura, často terčovitá-velkoplošná, nejčastěji postihuje obličej, ušní boltce, horní nebo dolní končetiny a genitál, zcela ojediněle dochází k výsevu na trupu. Celkový stav dítěte s AHEI nebývá nijak alterován. Purpura při AHEI je značně podobná Schönleinově-Henochově purpuře (SHP), odtud pramení občasné literární uváděné označení *infantilní varianta SHP*. Pro SHP typické systémové příznaky (bolest břicha, příměs krve ve stolici, artralgie, nefropatie) při AHEI chybí. Výsledky laboratorních vyšetření bývají při AHEI normální, nebo je zvýšení jen mírné (leukocytóza s eosinofilií, trombocytóza, CRP, IgA, IgM). Průběh je nekomplikovaný a během 1–3 týdnů dochází ke spontánní remisi. Specifická léčba choroby neexistuje, některým nemocným bývají krátce podávány kortikoidy. Diferenciálně

diagnosticky je nezbytné od AHEI odlišit nejen SHP, ale také erytema multiforme, meningokokovou infekci, Kawasakiho chorobu nebo jiné vaskulitidy. V nejednoznačných případech je diagnosticky přínosné histologické vyšetření z kožní biopsie (vysvětlení pojmu leukocytoklastická = vaskulitida s fibrinoidní nekrózou cévní stěny).

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
Pediatrická klinika LF MU a FN Brno
Černopolní 9, 625 00 Brno
zdoleze@fnbrno.cz

