

Plamica uniesiona jako manifestacja skórna krieglobulinowego zapalenia naczyń z kłębuszkowym zapaleniem nerek

(NEFROL DIAL POL 2023; 27: 118-119)

Palpable purpura as cutaneous manifestation of cryoglobulinemic vasculitis with glomerulonephritis

(POL NEPHROL DIAL 2023; 27: 118-119)

Krieglobulinowe zapalenie naczyń to choroba małych naczyń zajmująca głównie skórę, stawy, obwodowy układ nerwowy oraz nerki [1]. Manifestacja skórna zmian w postaci plamicy uniesionej jest częsta, ale ma bardzo zmienne nasilenie [2].

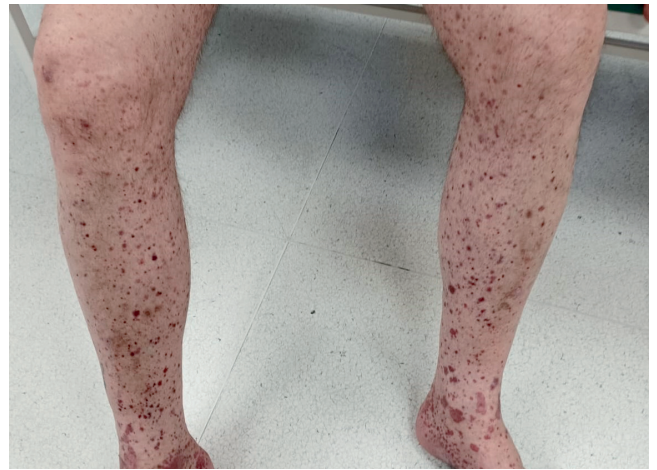
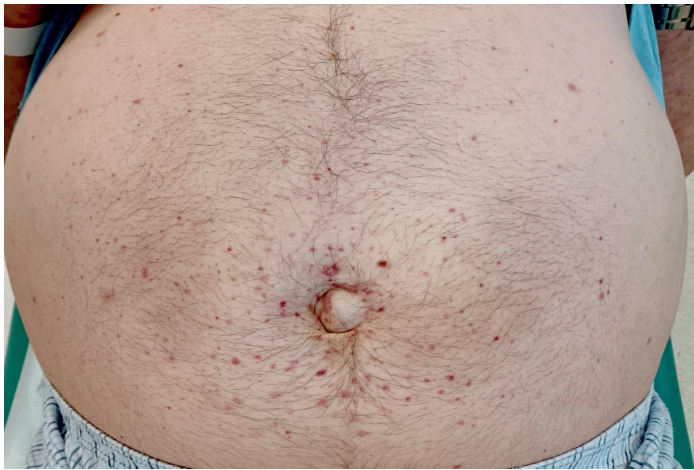
58-letni pacjent z wywiadem przewlekłej choroby nerek, nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca został przyjęty do klinicznego ośrodka nefrologicznego z powodu podejrzenia układowego zapalenia naczyń. Rozpoznanie to wysunięto trzy miesiące wcześniej, w czasie hospitalizacji w innym ośrodku, z uwagi na współistnienie ostrego uszkodzenia nerek, zmian w osadzie moczu (aktywny osad) oraz zmian skórnych pod postacią plamicy uniesionej głównie na podudziach, a także obecności przeciwciał cANCA i pANCA (w mianie odpowiednio: 40,6 RU/ml i 31,84 RU/ml). W wykonanej wówczas biopsji nerki stwierdzono mezangialne rozplemowe kłębuszkowe zapalenie nerek, zastosowano pulsowe dawki metyloprednizolonu (3 x 0,5 g i.v.). Chorego wypisano z zaleceniem przyjmowania doustnie prednizonu w dawce 60 mg ze stopniową redukcją dawki. Zastosowanym leczeniem uzyskano znaczną poprawę czynności wydalniczej nerek oraz ustąpienie zmian skórnych. Przy przyjęciu do naszej kliniki chory podawał jednak ponowne pogorszenie tolerancji wysiłku oraz bóle mięśni, a w kolejnych dniach obserwowano ponowne pojawienie

się nasilonych zmian o typie plamicy naczyńniowej na kończynach dolnych i tułowi (Ryc. 1). W toku hospitalizacji poszerzono diagnostykę, oznaczono m.in. wirusy hepatotropowe (wyniki ujemne) oraz białkomocz w dobowej zbiorce moczu (0,18 g/24 h). Nie stwierdzono obecności przeciwciał ANCA, natomiast stwierdzono obecność czynnika reumatoidalnego, podwyższone miano przeciwciał ANA oraz obniżoną aktywność hemolityczną dopełniacza, a także jego składowych C3 i C4. Brak było natomiast dodatniego miana przeciwciał anty-ds-DNA. W elektroforezie białek osocza stwierdzono pasmo białka monoklonalnego w zakresie gammaglobulin, w immunofiksacji potwierdzono zwiększone stężenie łańcuchów kappa i lambda w surowicy (82,3 mg/l i 122,9 mg/l odpowiednio, kappa/lambda ratio - 0,67). Wykonano ponadto biopsję zmian skórnych, w biopsji opisano niewielką ilość drobnych naczyń, jednak bez cech zapalenia - preparat określono jako niemięśniowy. Wobec całości obrazu klinicznego, wysunięto podejrzenie układowego zapalenia naczyń związanego z przeciwciałami ANCA i zdecydowano o podaniu rytuksymabu z jednoczesną redukcją dawek glikokortykosteroidów doustnych z uwagi na podejrzenie miopatii posterydowej. W toku kolejnej hospitalizacji potwierdzono obecność krieglobulin poliklonalnych i biorąc pod uwagę niejasny obraz kliniczny oraz brak oceny w mikroskopie

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Michał Nowicki
Klinika Nefrologii, Hipertensjologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych Centralnego
Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi
ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź, Polska
tel. +48 422 014 400, fax +48 422 014 401
e-mail: nefro@wp.pl



Rycina 1

Zmiany skórne w postaci plamicy uniesionej w przebiegu krieglobulinowego zapalenia naczyń.

elektronowym materiału uzyskanego podczas wcześniej wykonanej biopsji nerki zdecydowano o wykonaniu kolejnej biopsji nerki, w badaniu immunofluorescencji zaobserwowano drobnoziarniste świecenie w mezangium oraz wzdłuż ścian kapilar: C3, IgM, IgA, IgG, C1q,

łańcuchów lekkich kappa i lambda. Na podstawie biopsji stwierdzono krieglobulinowe kłębuszkowe zapalenie nerek. Wobec nietolerancji glikokortykosteroidów zdecydowano o kontynuacji leczenia rytuksymabem, w powtarzanych dawkach. Zmiany skórne szybko ustąpiły.

Piśmiennictwo:

1. **Desbois AC, Cacoub P, Saadoun D.** Cryoglobulinemia: An update in 2019. *Joint Bone Spine.* 2019 Nov;86(6):707-713.
2. **Cacoub P, Comarmond C, Domont F, Savey L, Saadoun D.** Cryoglobulinemia Vasculitis. *Am J Med.* 2015 Sep; 128(9): 950-5.