

Tab. 5. Zánětlivá purpura – diferenciální diagnostika (upraveno dle Fitzpatrick's Dermatology 2012) (2)

Klasická hmatná zánětlivá purpura s výrazným časným erytémem, okrouhlými morfami tmavě červené barvy, po mechanickém tlaku částečně blednoucí – diferenciální diagnostika: (morfologie časných lézí – erytémová papula či plak, hmatná purpura vznikající na podkladě zánětlivého prokrvácení)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Leukocytoklastická vaskulitida a nemoci s tvorbou imunitních komplexů (projevy obvykle v určité lokalizaci) <ul style="list-style-type: none"> ■ Postižení drobných cév <ul style="list-style-type: none"> ▪ tvorba IgG nebo IgM komplexů asociovaná s infekcemi, léky, malignitou či idiopatická ▪ tvorba IgA komplexů u Henochovy-Schönleinovy purpury či asociovaná s infekcemi, léky, malignitou ▪ infekční endokarditida – lokalizace na rukou ▪ Waldenströmova makroglobulinemie ▪ urtikariální vaskulitida – bez specifické lokalizace ▪ pustulózní vaskulitida – bez specifické lokalizace ■ Postižení malých a středních kožních cév <ul style="list-style-type: none"> ▪ smíšená kryoglobulinemie ▪ revmatická vaskulitida (lupus erythematosus, dermatomyozitida, revmatoidní artritida)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Leukocytoklastická vaskulitida a pauci-imunitní vaskulitidy (projevy bez predilekční lokalizace) <ul style="list-style-type: none"> ■ ANCA vaskulitidy (Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies) <ul style="list-style-type: none"> ▪ granulomatóza s polyangitidou (GPA, dříve Wegenerova granulomatóza) ▪ mikroskopická polyangiitida (MPA) ▪ vzácně eozinofilní granulomatóza s polyangitidou (EGPA, dříve syndrom Churg-Straussové) ■ Ostatní <ul style="list-style-type: none"> ▪ erythema elevatum diutinum – lokalizace na rukou, nohou, loktech, bocích ▪ Sweetův syndrom (vaskulitida vzácně)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Purpura bez leukocytoklastické vaskulitidy (bez predilekční lokalizace) <ul style="list-style-type: none"> ■ Postižení malých cév <ul style="list-style-type: none"> ▪ erythema multiforme – v časných fázích projevy akrálně ▪ pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) ▪ chronická pigmentová purpura – typicky na dolních končetinách ▪ Waldenströmova makroglobulinemie ▪ urtikariální lymfocytární „vaskulitida“
<ul style="list-style-type: none"> ■ Purpura s klasickými terčovými lézemi <ul style="list-style-type: none"> ▪ obvykle erythema multiforme – s typickým akrálním postižením a postižením sliznic

Tab. 6. Zánětlivá retiformní purpura – diferenciální diagnostika (upraveno dle Fitzpatrick's Dermatology 2012) (2)

Zánětlivá retiformní purpura s výrazným časným erytémem (morfologie časných lézí – prominující erytémové papuly či plaky retiformní purpury s prokrvácením vznikajícím vlivem zánětu, vzácně vlivem ischemie) – diferenciální diagnostika:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Leukocytoklastická vaskulitida a nemoci s tvorbou imunitních komplexů (projevy obvykle v určité lokalizaci) <ul style="list-style-type: none"> ■ postižení drobných cév <ul style="list-style-type: none"> ▪ IgA vaskulitidy (Henochova-Schönleinova purpura) ■ postižení malých a středních kožních cév <ul style="list-style-type: none"> ▪ smíšená kryoglobulinemie ▪ revmatické vaskulitidy
<ul style="list-style-type: none"> ■ Leukocytoklastická vaskulitida, s postižením cév v kůži a podkoží, pauci-imunitní vaskulitidy <ul style="list-style-type: none"> ■ ANCA-asociované – bez predilekční lokalizace <ul style="list-style-type: none"> ▪ granulomatóza s polyangitidou (GPA, dříve Wegenerova granulomatóza) ▪ mikroskopická polyangiitida (MPA) ▪ eozinofilní granulomatóza s polyangitidou (EGPA, dříve syndrom Churg-Straussové) ■ ANCA-negativní vaskulitidy <ul style="list-style-type: none"> ▪ benigní kožní polyarteriitida nodosa – obvykle na dolních končetinách
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nevaskulitické projevy <ul style="list-style-type: none"> ▪ obvykle na dolních končetinách – livedoidní vaskulitida ▪ obvykle na prstech nohou/rukou – oznoženiny, omrzliny
<ul style="list-style-type: none"> ■ Projevy s nahodilou lokalizací <ul style="list-style-type: none"> ▪ pyoderma gangrenosum ▪ Sweetův syndrom / atypické pyoderma gangrenosum

klinickým projevem **zánětlivého krvácení** například u nekrotizující vaskulitidy (Tab. 5). Pokud jsou časné léze zároveň blednoucí pod tlakem/vitropresí a **retiformní**, diferenciální diagnostika se dále zužuje (Tab. 6). V posledním případě – jsou-li časné léze **retiformní**

s minimálním až nulovým blednutím při tlaku/vitropresi, jsou léze nejpravděpodobněji způsobeny mikrovaskulární **okluzí**. Nicméně je nutno připomenout, že některé okluzivní syndromy mohou být doprovázené zánětem, pokud jsou léze velké a hluboké. Výjimku tvoří dva typy vaskulitid (granulomatóza s polyangiitidou a mikroskopická polyangiitida), které se mohou projevit purpurickými lézemi, které nevykazují žádné klinické známky zánětu. Diferenciální diagnostika **retiformní purpury s minimálním zánětem**, s výše uvedenými výjimkami, je uvedena v tabulce 7 (1, 2).

Petechie < 4 mm – purpura nehmatná, neblednoucí po mechanickém tlaku/vitropresi

Hmatné nebo částečně blednoucí petechie nepatří do této kategorie, ale do diferenciální diagnostiky klasické hmatné zánětlivé purpury. Nehmatné petechiální krvácení je typickým projevem krvácení v důsledku nedostatečného počtu krevních destiček. Vzniká obvykle při hodnotách trombocytů pod $50 \times 10^9/l$ a téměř vždy pod $10 \times 10^9/l$ (Tab. 3). U pacientů s imunitní trombocytopenií, ať už idiopatickou, nebo aloimunitní, je kostní dřeň normální a dochází ke zvýšené tvorbě krevních destiček, které jsou větší a plně funkční. V těchto případech bývá spontánní tvorba petechií minimální, i když je počet krevních destiček nižší než $5 \times 10^9/l$. Pokud je však trombocytopenie důsledkem selhání kostní dřeně (vlivem léků, zejména chemoterapie, radiační expozice, infiltrace kostní dřeně při leukemii, lymfomu nebo jiných zhoubných onemocněních krvevorného systému), trombocyty jsou často malé a špatně fungující a krvácení se může objevit navzdory vysokému počtu krevních destiček, při počtu mnohonásobně vyšším než u imunitních