

Obr. 3. Zánětlivá purpura u imunokomplexové vaskulitidy**Obr. 4.** Zánětlivá purpura u IgA vaskulitidy**Obr. 5.** Nekrotické defekty a zánětlivá retiformní purpura u ANCA asociované vaskulitidy

časné bledne, je diferenciální diagnostika zánětlivého krvácení užší (Tab. 6, Obr. 4, 5, zánětlivá retiformní purpura). Podle počtu lézí a jejich distribuce můžeme poměrně přesně odhadnout klinickou diagnózu. Přesto existují čtyři okluzivní stavy, které se někdy projeví několika velkými indurovanými plaky s časným zánětem v dermis a podkožní tkáni a retiformní purpurou nebo escharou. K těmto syndromům náleží: (1) antifosfolipidový syndrom (Obr. 6); (2) kumarinová nekróza; (3) heparinová nekróza, (4) kožní kalcifylaxe. K zánětlivým příčinám krvácení/vaskulitidy, které mohou způsobit podobně rozsáhlé postižení se silnými nekrotickými plaky a časným zánětem, patří benigní **kožní polyarteriitis nodosa** (Obr. 7) (2,4,5).

Nezánětlivá retiformní purpura, tlakem/vitropresí neblednoucí

Diferenciální diagnostika kožních **okluzivních mikrovaskulárních onemocnění** je rozsáhlá a liší se od obvyklých příčin žilní trombózy a plicní embolie. Základní příčiny lze uspořádat podle patofyziologie do osmi kategorií (Tab. 7). Přestože časné léze kožní vaskulitidy typicky částečně blednou, někdy se u pacientů s granulomatózou s polyangiitidou (GPA, dříve Wegenerovou granulomatózou) a mikroskopickou polyangitidou (MPA) mohou projevit nekrotickými, popřípadě retiformními lézemi bez rozpoznatelného erytému. Diferenciální diagnostika okluzivních syndromů je rozsáhlá, nicméně dva stavy je vhodné zmínit vzhledem k tomu, že se často zaměňují: (1) **diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC)** a (2) **purpura fulminans**.