

## Εμφάνιση πορφύρας Henoch-Schönlein σε ηλικιωμένη ασθενή μετά από λήψη λιναρόσπορου

Α. Δρόσου<sup>1</sup>, Γ. Λιναρδάκη<sup>1</sup>, Ν. Ρούσσοις<sup>1</sup>, Κ. Μανωλουδάκη<sup>2</sup>, Σ. Αντωνόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική Τζανείου Νοσοκομείου Πειραιά, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Henoch-Schönlein πορφύρα (HSP) αποτελεί συστηματική αγγειίτιδα των μικρών αγγείων η οποία εμφανίζεται συνηθέστερα σε παιδιά, μπορεί όμως σπάνια να εκδηλωθεί και σε ενήλικες. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη ενώ έχει συσχετιστεί με λοιμώξεις, φαρμακευτικές ουσίες, νεοπλασίες και με λήψη ορισμένων τροφών. Γυναίκα 67 ετών προσήλθε στο τμήμα μας λόγω κοιλιακού άλγους, μελαινών κενώσεων και ψηλαφητής πορφύρας κάτω άκρων μετά από καθημερινή λήψη λιναρόσπορου από μηνός. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε στοιχεία οισοφαγίτιδας, γαστροπάθειας και δωδεκαδακτυλίτιδας ενώ η βιοψία βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου κατέδειξε λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα. Από τη κολονοσκόπηση διαπιστώθηκε οίδημα, ερυθρότητα και πολλαπλά έλκη στην περιοχή του τελικού ειλεού, ενώ η ιστολογική εξέταση των βλαβών κατέδειξε στοιχεία οξείας ελκωτικής ισχαιμικής εντερίτιδας. Ο παθολογοανατομικός έλεγχος των δερματικών βλαβών αποκάλυψε λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα με εναποθέσεις IgA σφαιρίνης σε αγγεία του θηλώδους χορίου του δέρματος. Παράλληλα η ασθενής παρουσίασε νεφρική συμμετοχή με εκδήλωση αιματουρίας χωρίς ταυτόχρονη επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Ετέθη σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη οπότε παρουσίασε ύφεση των γαστρεντερικών και των δερματικών εκδηλώσεων. Στα πλαίσια ενδοσκοπικού ελέγχου που διεξήχθη 20 ημέρες αργότερα, η ασθενής παρουσίασε πλήρη ύφεση των ενδοσκοπικών ευρημάτων. Η HSP αν και αποτελεί νόσο κυρίως της παιδικής ηλικίας πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ακόμα και σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με συμβατή κλινική εικόνα.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Henoch-Schönlein πορφύρα, λιναρόσπορος

*Παραπομπή:*

**Α. Δρόσου, Γ. Λιναρδάκη, Ν. Ρούσσοις, Κ. Μανωλουδάκη, Σ. Αντωνόπουλος. Εμφάνιση πορφύρας Henoch-Schönlein σε ηλικιωμένη ασθενή μετά από λήψη λιναρόσπορου. Επιστημονικά Χρονικά 2014;19(1): 74-80**

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πορφύρα Henoch-Schönlein (HSP) αποτελεί συστηματική αγγειίτιδα των μικρών αγγείων, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά, μπορεί όμως σπάνια να εκδηλωθεί και σε ενήλικες. Η πρώτη περίπτωση HSP που δημοσιεύτηκε, ήταν το 1801 από τον Dr William Heberden και αφορούσε ένα πεντάχρονο αγόρι [1]. Η νόσος πήρε το όνομά της μερικά χρόνια αργότερα από τους γιατρούς Johan Schönlein και Edward Henoch, οι οποίοι

και την περιέγραψαν [2, 3]. Παρακάτω περιγράφεται η περίπτωση μίας γυναίκας 67 ετών με HSP, η οποία προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω αιμορραγίας πεπτικού συστήματος μετά από μακροχρόνια λήψη λιναρόσπορου.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 67 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του

νοσοκομείου μας λόγω μελαινών κενώσεων. Η ασθενής ανέφερε εμφάνιση μη κνησμώδους ανώδυνου εξανθήματος κάτω άκρων από 10ημέρου, για το οποίο είχε λάβει μεθυλπρεδνιζολόνη 32mg/ημέρα μετά από σύσταση δερματολόγου στα πλαίσια αντιμετώπισης αλλεργικού εξανθήματος. Δώδεκα ώρες πριν την προσέλευσή της στο νοσοκομείο παρουσίασε άλγος κολικοειδούς χαρακτήρα στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, στο υπογάστριο καθώς επίσης και 4 επεισόδια διαρροϊκών κενώσεων, ενώ 6 ώρες αργότερα παρουσίασε μέλαινες κενώσεις. Το ατομικό αναμνηστικό της ήταν ελεύθερο νόσου, ενώ ανέφερε καθημερινή λήψη λιναρόσπορου από μηνός για διατητητικούς λόγους.

Κατά την προσέλευσή της ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, σε καλή κλινική κατάσταση ενώ από την επισκόπηση διαπιστώθηκε συρρέον πορφυρικό εξάνθημα πρόσθιας επιφάνειας κνημών άμφω σε αποδρομή (Εικόνα 1). Κατά την ψηλάφηση διαπιστώθηκε ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και στο υπογάστριο, ενώ η δακτυλική εξέταση ήταν θετική για μέλαινα.

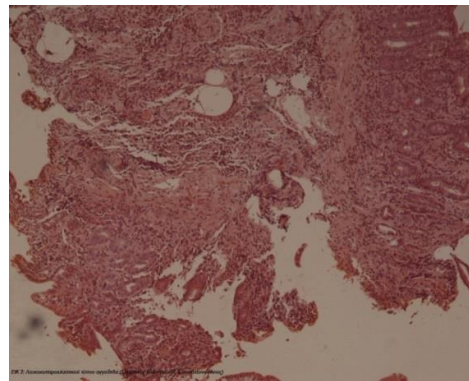


**Εικόνα 1.** Μακροσκοπική εικόνα δέρματος κνήμης, πορφυρικό εξάνθημα HSP

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση πολυ-

μορφοπυρηνικού τύπου (WBC: 16,05k/μl), CRP: 16mg/l, TKE: 70mm την 1η ώρα. Από τη γενική ούρων παρατηρήθηκαν ίχνη πρωτεΐνης (20mg/dl), ύπαρξη ερυθρών αιμοσφαιρίων (30-40 κοπ), ενώ δεν παρατηρήθηκαν πυοσφαίρια. Η αιματοουρία αποδόθηκε αρχικά στην τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Η καλλιέργεια κοπράνων δεν παρουσίασε ανάπτυξη μικροοργανισμών.

Ο ενδοσκοπικός έλεγχος που ακολούθησε κατέδειξε από τη γαστροσκόπηση οισοφαγίτιδα 2ου βαθμού κατά Los Angeles, ερυθρότητα και πετέχειες θόλου στομάχου, εξέλκωση βολβού δωδεκαδακτύλου με θρόμβο επί αυτής καθώς επίσης οίδημα, ερυθρότητα και διαβρώσεις της 2ης και 3ης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, απ' όπου κι ελήφθησαν βιοψίες (Εικόνα 2).



**Εικόνα 2.** Βλεννογόνος περιοχής δωδεκαδακτύλου, λάχνες μειωμένου ύψους και εύρους με επιφανειακές εξελκώσεις και διαβρώσεις

Η κολonosκόπηση που ακολούθησε κατέδειξε οίδημα, ερυθρότητα και έλκη τελικού ειλεού με ύπαρξη εύθρυπτου βλεννογόνου, ιστοτεμάχια από τον οποίο εστάλησαν επίσης για παθολογοανατομική εκτίμηση.

Η αξονική τομογραφία κοιλίας που έγινε στα πλαίσια του απεικονιστικού ελέγχου κατέδειξε πάχυνση τοιχώματος τελικού

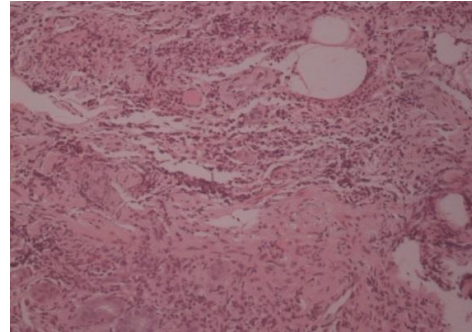
ειλεού. Παράλληλα ελήφθησαν βιοψίες από τις δερματικές περιοχές των βλαβών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα οι αρχικές διαφοροδιαγνωστικές σκέψεις που έγιναν περιλάμβαναν διάφορα λοιμώδη αίτια όπως η λοίμωξη από *Yersinia*, *Salmonella* ή κυτταρομεγαλοϊό που θα μπορούσαν να εκδηλωθούν με παρόμοια κλινικά και ενδοσκοπικά ευρήματα. Επίσης, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου καθώς και η ισχαιμική νόσος του εντέρου μπορούν να προσβάλλουν τον πεπτικό σωλήνα δίνοντας παθολογοανατομική εικόνα εύθρυπτου βλεννογόνου. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της αναμονής των αποτελεσμάτων των βιοψιών τόσο του πεπτικού σωλήνα όσο και του δέρματος δεν ήταν δυνατό να αποκλεισθεί η πιθανότητα νεοπλασίας καθώς επίσης και κάποιας μορφής αγγειίτιδας όπως η HSP ή η οξώδης πολυαρτηρίτιδα, στα πλαίσια των οποίων λόγω σύνθετων παθογενετικών μηχανισμών θα μπορούσε να υπάρχει συμμετοχή περισσότερων από ενός συστημάτων με παρόμοια κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα με αυτά της ασθενούς μας.

Στην ασθενή έγινε έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης ομεπραζόλης στα πλαίσια αντιμετώπισης αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού. Μετά από τον ενδοσκοπικό έλεγχο έγινε έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με χορήγηση σιπροφλοξασίνης και μετρονιδαζόλης στα πλαίσια αντιμετώπισης πιθανού λοιμώδους παράγοντα. Την 3η ημέρα νοσηλείας της παρουσίασε πλήρη ύφεση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Από την 5η ημέρα νοσηλείας εμφάνισε σταδιακή έκθυση νέων βλαβών στην πρόσθια επιφάνεια των κνημών, στους μηρούς, στο υπογάστριο και στα αντιβράχια από όπου ελήφθησαν βιοψίες δέρματος οι οποίες εστάλησαν για ανοσοφθορισμό. Αξίζει να σημειωθεί ότι καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας της παρουσίαζε εμμένουσα αιματουρία χωρίς όμως μεταβολή της

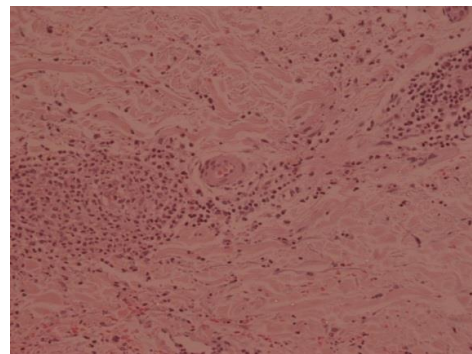
νεφρικής λειτουργίας, η οποία παρέμεινε και μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα.

Από τις βιοψίες που ελήφθησαν από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου παρατηρήθηκαν στοιχεία συμβατά με λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα (Εικόνα 3) και από το βλεννογόνο του τελικού ειλεού στοιχεία οξείας ελκωτικής εντερίτιδας.



**Εικόνα 3.** Βλεννογόνος περιοχής δωδεκα-δακτύλου (μεγαλύτερη μεγέθυνση Εικόνας 2), θρόμβωση και συμφόρηση αγγείων του χαλαρού υποστρώματος με παρουσία άφθονων πολυμορφοπύρηνων και ηωσινοφίλων διατεταγμένων περιαγγειακά.

Τα παθολογοανατομικά ευρήματα του δέρματος ήταν συμβατά με λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα (Εικόνα 4) ενώ από τα αποτελέσματα της μελέτης ανοσοφθορισμού παρατηρήθηκαν IgA εναποθέσεις σε αγγεία του θηλώδους χορίου. Ο συνδυασμός των παραπάνω κλινικών και παθολογοανατομικών ευρημάτων μας οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η ασθενής παρουσίαζε πορφύρα Henoch-Schönlein.



**Εικόνα 4.** Μικροσκοπική εικόνα επιδερμίδας κνήμης, διήθηση του αγγειακού τοιχώματος από ουδετερόφιλα με συνύπαρξη ινδοειδούς νέκρωσης.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πορφύρα HSP αποτελεί συστηματική αγγειίτιδα των μικρών αγγείων στα οποία παρατηρούνται IgA εναποθέσεις. Παρουσιάζεται με εκδηλώσεις από το δέρμα, τις αρθρώσεις, το γαστρεντερικό σωλήνα και τους νεφρούς. Λιγότερο από το 10% των ασθενών με HSP είναι ενήλικες, ενώ η αναλογία άντρες/γυναίκες είναι 2/1.4

Μέχρι πρόσφατα τα κριτήρια που χρησιμοποιούνταν για την διάγνωση της HSP ήταν αυτά που θεσπίστηκαν το 1990 από το American College of Rheumatology (ACR). Σύμφωνα με αυτά ο ασθενής θα έπρεπε να πληροί τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω: ηλικία μικρότερη των είκοσι ετών κατά την εμφάνιση της νόσου, ύπαρξη ψηλαφητής πορφύρας, εκδήλωση κοιλιακού άλγους και παρουσία πολυμορφοπυρηνικών διηθήσεων στο τοίχωμα των αγγείων. Τα παραπάνω κριτήρια θεωρείται ότι έχουν 87% ευαισθησία και ειδικότητα για τη διάγνωση της νόσου [5]. Αργότερα αντικαταστάθηκαν από αυτά που θεσπίστηκαν το 2006 από το European League Against Rheumatism (EULAR) και περιλαμβάνουν την ύπαρξη ψηλαφητής πορφύρας και ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: κοιλιακό άλγος, εναπόθεση IgA σε βιοψτικό υλικό, ύπαρξη αρθρίτιδας ή αρθραλγίας και παρουσία αιματοουρίας ή και πρωτεϊνουρίας [6]. Η ύπαρξη IgA εναποθέσεων στο τοίχωμα των μικρών αγγείων αποτελεί διαφοροδιαγνωστικό κριτήριο ανάμεσα στην HSP και τη λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα η οποία μπορεί να παρουσιαστεί με παρόμοιες δερματικές εκδηλώσεις [7]. Η ασθενής μας πληροί τόσο τα κριτήρια του ACR όσο και του EULAR, ενώ επίσης η μελέτη ανοσοφθορισμού βιοψτικού υλικού δέρματος κατέδειξε IgA εναποθέσεις.

Ο αιτιολογικός παράγοντας εκδήλωσης της νόσου παραμένει άγνωστος, ενώ

ενοχοποιούνται πολλαπλοί παράγοντες οι οποίοι θεωρείται ότι πυροδοτούν την εξέλιξη της νόσου. Η ύπαρξη προϊούσας λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού αποτελεί συχνό εύρημα στην πλειοψηφία των ασθενών με εκδήλωση HSP ενώ παράλληλα έχουν παρατηρηθεί υψηλοί τίτλοι αντιστρεπτολυσίνης O στο 50% των ασθενών με HSP [8]. Οι συνηθέστεροι λοιμώδεις παράγοντες που θεωρείται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση HSP είναι οι *H.Pylori*, *C.Difficile*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Salmonella typhi/non typhi*, οι ιοί ηπατίτιδας A και B και ο κυτταρομεγαλοϊός. Συχνός εκλυτικός παράγοντας της νόσου είναι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως η βανκομυκίνη, η κεφουροξίμη, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, η εναλαπρίλη, η καπτοπρίλη καθώς επίσης και σκευάσματα της κατηγορίας των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών όπως η δικλοφενάκη [9]. Άλλοι παράγοντες που θεωρείται ότι σχετίζονται με την εκδήλωση HSP είναι ο οικογενής μεσογειακός πυρετός, οι νεοπλασίες καθώς επίσης και τα τροφικά αλλεργιογόνα.

Συγκεκριμένα θεωρείται ότι τα αντιγόνα των τροφίμων μπορεί να επάγουν την εναπόθεση IgA στις πλάκες του Peyer στην περιοχή του τελικού ειλεού γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ειλεΐτιδας καθώς επίσης και την επέκταση του φαινομένου σε άλλους εμπλεκόμενους ιστούς στα πλαίσια αντιγονικού μιμητισμού [10]. Στα πλαίσια ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας δεν αναφέρεται άλλο περιστατικό εκδήλωσης HSP μετά από λήψη λιναρόσπορου [11]. Η κατανάλωση του συγκεκριμένου τροφίμου θεωρήθηκε ως ο εκλυτικός παράγοντας εμφάνισης της νόσου δεδομένου ότι η ασθενής μας δεν είχε εκτεθεί σε οποιοδήποτε άλλο πιθανό ερεθιστικό μηχανισμό.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της ασθενούς από το δέρμα ήταν τυπικές στα πλαίσια

εμφάνιση HSP σε ενήλικα και προηγούνταν των γαστρεντερικών εκδηλώσεων, όπως συνηθίζεται στη νόσο. Αντιθέτως η προσβολή της περιοχής του τελικού ειλεού αποτελεί σπάνιο εύρημα στους συγκεκριμένους ασθενείς, ενώ συνήθως σε ένα 50-75% των ασθενών παρατηρούνται διάχυτες αλλοιώσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα με συχνότερη την προσβολή του παχέος εντέρου [12-14]. Η συμμετοχή των μικρών αγγείων του βλεννογόνου έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση τοπικής ισχαιμίας. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος συνήθως αποκαλύπτει περιοχές συμπεφορημένου βλεννογόνου με παρουσία αιμορραγικών νεκρωτικών περιοχών και εξελκώσεων όπως στην περίπτωση της ασθενούς μας, ενώ η εύρεση IgA εναποθέσεων στον εντερικό βλεννογόνο αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο της HSP [10, 15].

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα στην ασθενή μας αποτέλεσε η εμμένουσα μικροσκοπική αιματοουρία, η οποία αρχικά όπως προαναφέρθηκε αποδόθηκε στην τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Η συμμετοχή των νεφρών στην εκδήλωση της νόσου με εμφάνιση μικροσκοπικής αιματοουρίας ή ακόμη και πρωτεϊνουρίας αποτελεί συχνό εύρημα στους ενήλικες ασθενείς και εμφανίζεται στο 50-80% των περιπτώσεων οδηγώντας σε αρκετές περιπτώσεις σε σοβαρού βαθμού νεφρική ανεπάρκεια. Η προσβολή των νεφρών μπορεί να παρατηρηθεί από ημέρες έως και 1 μήνα μετά την αρχική εκδήλωση της HSP, γι αυτό θεωρείται απαραίτητη η στενή παρακολούθηση των ασθενών για μακρό χρονικό διάστημα. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 10-30% των ενηλίκων θα παρουσιάσουν τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια σε διάστημα 15 ετών [16].

Η νόσος θεωρείται αυτοπεριοριζόμενη ενώ λιγότερο από 5% των ασθενών παρουσιάζουν μακροπρόθεσμες επιπλοκές.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων απαιτείται υποστηρικτική αντιμετώπιση με ενυδάτωση και χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών. Σχετικά με την αναγκαιότητα χορήγησης κορτικοστεροειδών δεν υπάρχει ομοφωνία καθώς θεωρείται ότι προάγει τον ρυθμό ύφεσης της αρθρίτιδας και του κοιλιακού άλγους δίχως όμως να προλαμβάνει την υποτροπή της νόσου. Η δοσολογία που συνιστάται σε περίπτωση χορήγησης κορτικοστεροειδούς είναι πρεδνιζόνη 1mg/KBΣ/ημέρα για δύο εβδομάδες ακολουθούμενη από σταδιακή μείωση. Σε σοβαρή προσβολή ζωτικού οργάνου έχουν δοκιμασθεί ανοσοκατασταλτικά καθώς επίσης και πλασμαφαίρεση [17].

Στην συγκεκριμένη ασθενή λόγω επιμονής του εξανθήματος και της μικροσκοπικής αιματοουρίας έγινε χορήγηση μεθυλπρεδνιζολόνης σε δοσολογία 0,75mg/KBΣ/ημέρα. Κατά την επανεκτίμηση της ασθενούς 20 ημέρες μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο το εξάνθημα είχε υποχωρήσει, ενώ επανέλαβε ενδοσκοπικό έλεγχο κατά τον οποίο δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα οπότε έγινε σταδιακή μείωση της χορηγούμενης δόσης κορτιζόνης.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, η HSP αποτελεί σπάνιο αίτιο αγγειιτιδικού εξανθήματος σε ενήλικες εντούτοις η διάγνωση της επιβάλλεται να περιλαμβάνεται στις διαφοροδιαγνωστικές σκέψεις του κλινικού γιατρού σε περιπτώσεις ενηλίκων με κλινική εικόνα αγγειίτιδας και ταυτόχρονη συμμετοχή άλλων συστημάτων όπως του πεπτικού και των νεφρών, έτσι ώστε να περιορίζονται πιθανές όψιμες επιπλοκές της νόσου.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Heberden W. Commentaries on the history and cure of disease. De purpueis maculis. London, PA: Payne; 1802: 78
2. Shonlein JL. Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie. Nach Seinen Vorlesungen niedergeschrieben von einigen seiner Zuhorer hnd nicht autorisiert herausgegeben. Wurzburg, Etlinger, 1832. Peliosis rheumatic. Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie, 5<sup>th</sup> edition, St Gallen, 1841, 2 Volumes, page 41
3. Henoch EH. Uber den Zusammenhang von Purpura und Intestinalstorungen. Berliner Klinische Wochenschrift. 1868; 5:517-519
4. Pillebout E. Adult Henoch-Schonlein purpura. PresseMed. 2008; 37:1773-8
5. Mills JA, Michel BA. The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schonlein Purpura. Arthritis Rheum. 1990; 33:1114-1121
6. Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, et al. "EULAR/PReS endorsed consensus criteria\* for the classification of childhood vasculitides". Annals of Rheumatic Diseases. 2006; 7: 936-41.
7. Jennette CJ, Falk RJ, Andrassy K, et al. Nomenclature of systemic vasculitis: proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum. 1994;37:187-192
8. Osamu Motoyama, Kikuo litaka. Henoch-Schonlein purpura with hypocomplementemia in children. Pediatrics international. 2005;47:39-42
9. Rai A, Nast C, Adler S. Henoch-Schonlein purpura nephritis. Journal of the American Society of Nephrology. 1999;10:2637-44
10. Dilauro S, Crum-Cianflone N. Ileitis: When it is not Crohn's disease. Curr Gastroenterol Rep. 2010; 12:249-258
11. Fremont S, Moneret-Vautrin DA. Prospective study of sensitization and food allergy to flaxseed in 1317 subjects. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2010; 42:103-11
12. Karagozian R, Turbide C. Henoch-Schonlein purpura presenting with ileal involvement in an adult. Digestive Diseases and Sciences. 2004;49: 1722-1726
13. Kauffmann RH, Herrmann WA, et al. Circulating IgA- Immune complexes in Henoch-Schonlein purpura. A longitudinal study of their relationship to disease activity and vascular deposition of IgA. Am J Med. 1980;69:859-66
14. Ebert E. Gastrointestinal manifestations of Henoch-Schonlein Purpura. Dig Dis Sci. 2008; 53:2011-2019
15. Passam F, Boumpas D. Intestinal ischemia as the first manifestation of vasculitis. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2004;34:431-441
16. Watson L, Richardson A. Henoch Schonlein Purpura. A 5-year Review and proposed pathway. PloS One. 2012;7: e29512
17. Davin J.C. Henoch-Schonlein Purpura Nephritis: Pathophysiology, Treatment and Future Strategy. Clin J Am Soc Nephro. 2011;6:679-689

## CASE REPORT

***Henoch-Schönlein purpura in an elderly patient after flaxseed consumption*****A. Drosou<sup>1</sup>, J. Linardaki<sup>1</sup>, N. Roussos<sup>1</sup>, K. Manoloudaki<sup>2</sup>, S. Antonopoulos<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Second Department of Internal Medicine and <sup>2</sup>Department of Pathology, "Tzaneion" General Hospital, Piraeus, Greece**ABSTRACT**

Henoch-Schönlein purpura (HSP) is a systemic vasculitis of small vessels which occurs most commonly in children but may rarely occur in adults. The etiology of the disease remains unknown and has been associated with infections, drugs, malignancies, and certain foods. A 67 year old woman was admitted to our department because of abdominal pain, melena and palpable purpura of the lower extremities and buttocks after daily intake of flaxseed. The gastroscopy showed evidence of esophagitis, gastropathy and duodenitis, while duodenal mucosal biopsy showed leukocytoclastic vasculitis. Colonoscopy revealed swelling, redness and multiple ulcers in the terminal ileum. The histological examination of the lesions revealed evidence of acute ischemic ulcerative enteritis. The pathologic inspection of the skin lesions revealed leukocytoclastic vasculitis with deposits of IgA depositions in vessels of papillary dermis of the skin. Also, the patient presented with microscopic hematuria without concomitant deterioration of renal function. Our patient was treated with methylprednisolone and showed no recurrence of the disease. Endoscopic re-evaluation of the patient 20 days post-discharge, showed complete remission of the initial histological findings. Although more common in children, HSP should be included in the differential diagnosis even in elderly patients with compatible clinical picture.

**Keywords:** Henoch-Schönlein purpura, flaxseed

*Citation:*

**A. Drosou, J. Linardaki, N. Roussos, K. Manoloudaki, S. Antonopoulos. Henoch-Schönlein purpura in an elderly patient after flaxseed consumption. Scientific Chronicles 2014;19(1): 74-80**