

## IL CASO CLINICO

a cura di G. Garosi

# Porpora di Schoenlein-Henoch con vasculite necrotizzante dopo inalazione di cocaina

Da: *Clinical Nephrology* 1995; 43: 348-9

Chevalier X, Rostoker G, Larget-Piet B, Gherardi R

**D**a molto tempo è noto che l'uso di cocaina può associarsi a perforazione del setto nasale, disordini psichiatrici, aritmie cardiache, infarto del miocardio, ischemia intestinale, rhabdmiolisi, vasculiti cerebrali, complicanze ostetriche, scleroderma e vasculite cerebrale. Recentemente sono state pubblicate segnalazioni di un coinvolgimento renale nel danno da cocaina.

Il caso clinico descritto in questo articolo rappresenta la prima segnalazione di una vasculite sistemica necrotizzante secondaria ad inalazione di cocaina e classificabile come porpora di Schoenlein-Henoch: si tratta di una porpora trombocitopenica caratterizzata da angioedema, coliche addominali, artrite, ematuria e vasculite leucocitoclastica con deposito vascolare e mesangiale di IgA.

Un uomo di 24 anni viene ricoverato perché 6 giorni prima ha dimostrato una macroematuria seguita da dolore addominale ed articolare ai gomiti bilateralmente. L'anamnesi è negativa per infezioni, ma il paziente confessa di aver cominciato ad inalare cocaina 5 giorni prima dell'inizio della sintomatologia; le assunzioni di cocaina sono state in tutto 3 ed il paziente dichiara di non avere mai usato cocaina in precedenza. Durante il ricovero il dolore addominale peggiora con crisi parossistiche e si manifesta una porpora petecchiale ai gomiti e alle caviglie con edema migrante periarticolare alle estremità, in assenza di febbre, epato-splenomegalia e linfadenopatia.

Gli accertamenti di laboratorio evidenziano VES 38 mm/h, leucociti 19.000/mm<sup>3</sup> con neutrofili 86%, conta piastrinica nella norma. La proteinuria è 1 g/die ed il sedimento mostra microematuria; normali azotemia, creatinina ed IgA sieriche. Negative le ricerche di ASO, anticorpi contro nucleo, DNA, Ro, ANCA; assente la crioglobulinemia. L'ecocore dimostra una blanda peri-

cardite, mentre le angiografie renale e mesenterica risultano nella norma. Una biopsia cutanea delle lesioni dimostra una vasculite leucocitoclastica, mentre una biopsia renale è negativa per semilune; l'immunofluorescenza evidenzia depositi di IgA, IgM e C3 nei piccoli vasi cutanei e nel mesangio. Una biopsia muscolare dimostra una vasculite con necrosi fibrinoide focale e leucocitoclasia.

Non viene instaurato nessun trattamento medico e si assiste a guarigione spontanea; dopo un anno di follow-up il paziente non ha più fatto uso di cocaina e la sintomatologia non si è più ripresentata.

Questo caso soddisfa i criteri diagnostici di porpora di Schoenlein-Henoch, ma alcune caratteristiche (pericardite, edema migrante, vasculite necrotizzante con interessamento della parete delle arterie muscolari) non sono comuni in tale patologia e si ritrovano più frequentemente nella poliarterite nodosa.

Anche se la porpora di Schoenlein-Henoch può verificarsi in assenza di un evento scatenante riconosciuto, un ruolo causale dell'assunzione di cocaina è indicato dalla assenza di altri eventi patogenetici correlabili (infezione delle prime vie respiratorie, assunzione di farmaci) e dalla corrispondenza temporale tra inalazione di cocaina e sintomatologia. La deposizione tissutale di IgA suggerisce l'esistenza di una esagerata risposta umorale ad antigeni penetrati attraverso le mucose, come può facilmente verificarsi nella inalazione di cocaina.

Il particolare interesse di questo caso clinico è legato non solo alla prima segnalazione di porpora di Schoenlein-Henoch associata all'uso di cocaina, ma anche al fatto che recentemente sono state pubblicate diverse evidenze di danno renale (soprattutto vascolare) correlato all'uso di questo stupefacente: si sta delineando probabilmente un nuovo capitolo nefrologico che riguarda la patologia renale da cocaina.