

Ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα

Κ.Χ. Κατσάνος,¹ Χ. Τασοδήμρου,¹
Α. Καραγιώργου,¹ Μ. Εθισάφ,¹
Κ.Χ. Σιαμόπουλος,² Ε.Β. Τσιάνος¹

¹Παθολογική Κλινική, ²Νεφρολογική Κλινική, Ιατρική
Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Idiopathic cyclic edema

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου:

Ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα
Παθοφυσιολογία οιδήματος
Υποτροπιάζον οίδημα
Ψυχογενές οίδημα

Το ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα ή ιδιοπαθές οίδημα είναι διαταραχή που συναντάται κυρίως σε γυναίκες και χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια γενικευμένου οιδήματος, το οποίο σαφώς επιδεινώνεται με την ορθοστασία.¹ Η διάγνωση του ιδιοπαθούς κυκλικού οιδήματος γίνεται εξ αποκλεισμού άλλων γνωστών και συχνότερων αιτίων οιδήματος, όπως είναι η ηπατική, καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια, το νεφρωσικό σύνδρομο, η υπολευκωματιναιμία, το αγγειονευρωτικό οίδημα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερπρολακτιναιμία, ο υποθυρεοειδισμός, η λεμφική ή φλεβική ανεπάρκεια ή απόφραξη και η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων που οδηγούν σε κατακράτηση ύδατος.² Επίσης, έχει αναφερθεί ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα από τη χρονία χρήση διουρητικών.³ Οι περιπτώσεις ιδιοπαθούς κυκλικού οιδήματος που έχουν περιγραφεί με αναλυτικό τρόπο είναι σπάνιες και έχουν συσχετιστεί από πολλούς συγγραφείς με ψυχογενείς καταστάσεις, όπως το υπερβολικό άγχος.⁴ Άλλες καταστάσεις που μπορούν να υποδυθούν το ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα είναι η συμπιεστική περικαρδίτιδα, το σύνδρομο beri-beri, η νόσος του Cushing και το ομώνυμο σύνδρομο.⁵ Σε όλες τις περι-

πτώσεις ασθενών με ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα θα πρέπει να γίνεται προσεκτικός έλεγχος των κριτηρίων διάγνωσης του, ώστε πάντοτε να αποκλείονται με επαρκή στοιχεία οι προαναφερθείσες καταστάσεις.

Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς με υποτροπιάζοντα οιδήματα από 20ετίας, στην οποία μετά από διερεύνηση και παρακολούθηση τέθηκε η διάγνωση του ιδιοπαθούς κυκλικού οιδήματος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Γυναίκα, 57 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής λόγω υποτροπάζοντων οιδημάτων σε διάφορες περιοχές του σώματός της. Συγκεκριμένα, η ασθενής ανέφερε ότι ανά διάφορα χρονικά διαστήματα (από 20 ημέρες έως 2 έτη) εμφανίζε οίδημα στα βλέφαρα, στον κορμό και στα άνω και κάτω άκρα. Το οίδημα συνοδευόταν από κνησμό και αίσθημα καύσου και εμφανιζόταν χωρίς να προηγηθούν σαφή εξωγενή οργανικά αίτια.

Σύμφωνα με την ασθενή, το οίδημα ακολουθούσε συχνά ψυχοτραυματικά γεγονότα, όπως υπερβολικό άγχος ή οξείες καταθλιπτικές αντιδράσεις, αν και στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν αναφέρθηκε κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός. Το οίδημα είχε εμφανιστεί πριν από 20 έτη και πάντοτε διαρκούσε 2-3 ημέρες. Μετά την πάροδο των 3 ημερών το οίδημα εξαφανιζόταν βαθμιαία, χωρίς η ασθενής να χρησιμοποιεί ιδιαίτερα φαρμακευτικά μέτρα. Η περιστασιακή χρήση αντιισταμινικών ή κορτικοστεροειδών δεν είχε θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, η ασθενής ανέφερε επιδείνωση της κατάστασής της με τη χρήση σκευασμάτων κορτιζόνης. Η ασθενής είχε αρνητικό οικογενειακό ιστορικό για αλλεργικές ή άλλες παρόμοιες καταστάσεις και δεν είχε ποτέ νοσηλευτεί σε νοσοκομείο για προβλήματα υγείας ούτε ελάμβανε κάποια συστηματική φαρμακευτική αγωγή. Δεν ανέφερε αλλεργίες ή αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε εξωγενείς παράγοντες, δεν είχε ζώα και δεν έκανε καθόλου χρήση καπνού ή οινόπνευματος.

Η κλινική εξέταση έδειξε περιοχές οιδημάτωδεις στο αριστερό βλέφαρο (εικ. 1), στην αριστερή ωμοπλάτη, στην έξω επιφάνεια του αριστερού μηρού και στις κνήμες. Το οίδημα δεν εμφάνιζε περιοχική θερμότητα, κατέλειπε εντύπωμα με την πίεση του δείκτη και δεν είχε όχθο. Ο εργαστηριακός έλεγχος επαναλήφθηκε σε δύο επισκέψεις της ασθενούς με ενεργότητα του οιδήματος και ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων για τις παρακάτω εξετασθείσες παραμέτρους: αιμοσφαιρίνη, λευκά αιμοσφαίρια (αριθμός-τύπος), αιμοπετάλια, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, πλήρης βιοχημικός και ορμονολογικός



Εικόνα 1. Ασθενής με ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα, με συμμετοχή του προσώπου (άνω βλέφαρο).

έλεγχος του πλάσματος, ηκτολογικός έλεγχος, εξέταση των ούρων (γενική ούρων και συλλογή ούρων 24ώρου), ανοσολογικός έλεγχος με ιδιαίτερη έμφαση στην εξέταση επιμέρους κλασμάτων του συμπληρώματος.

Ο ακτινολογικός έλεγχος θώρακα, κοιλίας και αγγείων ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η βιοψία δέρματος δεν ήταν διαγνωστική συγκεκριμένου νοσήματος και η πλέον συμβατή διάγνωση ήταν εκείνη του κνιδωτικού αλλεργικού εξανθήματος χωρίς στοιχεία αγγειίτιδας. Ο δερματολογικός έλεγχος για ανάδειξη αιτίων κνίδωσης ή άλλων αιτίων αλλεργίας ήταν αρνητικός, ενώ η γενικότερη ψυχιατρική εκτίμηση ήταν αρνητική για οποιαδήποτε υποκείμενη ενεργό ψυχοπαθολογία. Δεν διαπιστώθηκε υπόστρωμα αγχώδους, καταθλιπτικής ή άλλου είδους συνδρομής.

Η δοκιμασία φόρτισης με νερό (20 mL/kg σωματικού βάρους) για 3 ημέρες ήταν διαγνωστική. Η ασθενής, ενώ στην ύπια θέση απέκρινε φυσιολογικά το φορτίο του νερού που της δινόταν, χωρίς σημαντική αύξηση του βάρους της (0,3 kg), στην όρθια θέση εμφάνιζε σημαντική κατακράτηση νερού, το οποίο οδηγούσε και σε αύξηση του σωματικού της βάρους (έως και 1,1 kg). Η αύξηση του βάρους διαπιστώθηκε με σύγκριση τιμών πρωινού-βραδινού βάρους, αλλά και σε σχέση με το βάρος πριν από τη δοκιμασία φόρτισης με νερό.

Στην ασθενή δόθηκαν οδηγίες για την αποφυγή νέας εμφάνισης του οιδήματος, που περιελάμβαναν την αποφυγή ψυχοπρεστικών καταστάσεων, τη διατήρηση σταθερού χαμηλού σωματικού βάρους, τη μειωμένη πρόσληψη άλατος, την αποφυγή διουρητικών και καθαρτικών και την ισορροπημένη διατροφή με σταθερή πρόσληψη υδατανθράκων.

ΣΧΟΛΙΟ

Η διάγνωση του ιδιοπαθούς κυκλικού οιδήματος γίνεται αφού αποκλειστούν άλλες αιτίες οιδήματος, οι οποίες αναφέρθηκαν συνοπτικά παραπάνω. Η χρήση των κριτηρίων του McKendry (διαγνωστική βαθμολογία άνω

του 15/30) αποτελεί εύχρηστη μέθοδο καθημερινής πιθανής διάγνωσης του ιδιοπαθούς κυκλικού οιδήματος. Η δοκιμασία φόρτισης με νερό είναι μια απλή και χρησιμότερη διαγνωστική μέθοδος, σε ιδιαίτερα ισχυρή κλινική υποψία.⁶⁻⁸

Σαφής παθοφυσιολογική ερμηνεία των διαταραχών που συμβαίνουν στο ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα δεν έχει δοθεί ακόμη. Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι ασθενείς, όταν βρίσκονται σε ορθοστασία, παρουσιάζουν υποογκαιμία λόγω αυξημένης τριχοειδικής διαβατότητας και διαφυγής ή δυσλειτουργίας των τριχοειδικών σφικτήρων.⁹ Το γεγονός αυτό ενεργοποιεί τον άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης, την αντιδιουρητική ορμόνη και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, με τελικό αποτέλεσμα την κατακράτηση νατρίου και νερού και ίσως την αυξημένη παραγωγή κυτταροκινών.¹⁰

Άλλες παθοφυσιολογικές υποθέσεις και ερμηνείες περιλαμβάνουν την πρωτοπαθή υπερβολική ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης κατά την ορθοστασία, καθώς και μειωμένα επίπεδα της ντοπαμίνης του νεφρού, η οποία αποτελεί ισχυρό αναστολέα της αλδοστερόνης.¹¹ Πρωτοπαθείς ανωμαλίες των θυρεοειδικών ορμονών,¹² της αντιδιουρητικής ορμόνης και του κοιλιακού νατριουρητικού πεπτιδίου¹³ δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να αποτελούν παθογενετικό μηχανισμό.

Η σημασία του ψυχολογικού υποστρώματος τόσο στην επιδείνωση των συμπτωμάτων όσο και στην ίδια την αιτιοπαθογένεια του ιδιοπαθούς κυκλικού οιδήματος έχει τονιστεί και μελετηθεί αρκετά. Η διατύπωση της υπόθεσης ότι ψυχογενείς καταστάσεις, μέσω νευρο-ενδοκρινικού μηχανισμού, μπορούν να επάγουν κατακράτηση ύδατος δεν έχει προς το παρόν επιβεβαιωθεί κλινικά ή πειραματικά. Είναι όμως συχνή η παρατήρηση ότι οι ασθενείς με ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα έχουν ιδιαίτερα έντονο συναισθηματικό υπόστρωμα.

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το ιδιοπαθές κυκλικό οίδημα παρατηρείται αμιγώς σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές¹⁴ (π.χ. βουλιμία) ή σε αυτούς που κάνουν κρυφά κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών.

Η θεραπεία του ιδιοπαθούς κυκλικού οιδήματος είναι δύσκολη, λόγω του άγνωστου αιτίου/αιτίων που το προκαλούν. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν προταθεί είναι ο έλεγχος της χρήσης καθαρτικών και διουρητικών και ο αποκλεισμός διατροφικών ή ψυχιατρικών νοσολογικών οντοτήτων. Κάθε θεραπευτική προσπάθεια θα πρέπει να ξεκινά με τη σύσταση σταθερού διαιτολογίου πρόσληψης υδατανθράκων, περιορισμό άλατος και

έλεγχο του σωματικού βάρους. Φαρμακευτικές ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί^{4,11} είναι η σπειρονολακτόνη, η αμιλορίδη, οι συμπαθητικομμητικές αμίνες και οι αμφεταμίνες, με ποικίλα ποσοστά επιτυχίας και χωρίς να αποτελούν τις οριστικές θεραπευτικές λύσεις.

ABSTRACT

Idiopathic cyclic edema

K.H. KATSANOS,¹ C. TASOLAMBROU,¹ A. KARAGIORGOU,¹ M. ELISAF,¹ K.C. SIAMOPOULOS,² E.V. TSIANOS¹

¹Department of Internal Medicine, ²Department of Nephrology, Medical School, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2003, 20(3):305–307

Idiopathic cyclic edema is a chronic disorder occurring almost exclusively in women with emotional instability and is characterized by intermittent bouts of generalized swelling aggravated by standing and by stress. The diagnosis is one of exclusion of all other known causes of edema formation. The case is reported of a 57 year-old woman who attended the outpatient clinic due to relapsing edema in several parts of the body. The patient had a negative family and personal history for allergies and had never been admitted to hospital or ever received drugs for a long time span. Laboratory tests and radiology were within normal limits. Diagnosis was made using water loading testing, both lying and upright positions. During this test a significant weight gain due to water retention was noted in the upright position. The cause of idiopathic edema is uncertain. It has been reported that patients when standing present hypovolemia due to capillary leak, with resultant stimulation of the renin-aldosterone axis, antidiuretic hormone secretion and the sympathetic nervous system. These conditions result in sodium and water retention. The treatment of idiopathic edema is difficult and includes control of laxative and diuretic abuse and modification of dietary/lifestyle patterns including salt intake and depression. Amiloride, spironolactone, cholinergic drugs and even amphetamines have also been reported to produce symptom remission or complete relief.

Key words: Edema, Edema pathophysiology, Idiopathic cyclic edema, Psychiatric edema, Relapsing edema

Βιβλιογραφία

1. KAY A, DAVIS CL. Idiopathic edema. *Am J Kidney Dis* 1999, 34:405–423
2. RAMANATHAN M. Idiopathic edema: a lesson in differential diagnosis. *Med J Malaysia* 1994, 49:285–288
3. PELOSI AJ, CZAPLA K, DUNCAN A, HENDERSON JB, DUNNIGAN MG. The role of diuretics in the etiology of idiopathic edema. *Q J Med* 1995, 88:49–54
4. STREETEN DH. Idiopathic edema. *Curr Ther Endocrinol Metab* 1994, 5:183–186
5. STREETEN DH. Idiopathic edema. Pathogenesis, clinical features and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1995, 24:531–547
6. STREETEN DH. Idiopathic edema. *Curr Ther Endocrinol Metab* 1997, 6:203–206
7. ELISAF M, VULGARIS M, SIAMOPOULOS KC. Idiopathic edema in a male. *Eur J Med Chem* 1992, 1:376–377
8. MCGREGOR GA, ROULSTON JE, MARKANDU ND, JONES JC, DE WARDENER HE. Is “idiopathic” edema idiopathic? *Lancet* 1979, i:397–400
9. BERZELLER PH. Idiopathic edema. *Hosp Pract (Hosp ed)* 1994, 29:115–118
10. HOFFMANN U, FONTANA A, STEURER J, BOLLINGER A. Idiopathic edema with increased cytokine production: a pathogenetic link? *J Intern Med* 1998, 244:179–182
11. STREETEN DH. Idiopathic edema: pathogenesis, clinical features and treatment. *Metabolism* 1978, 25:353–383
12. SABATANI S. Hormonal insights into the pathogenesis of cyclic idiopathic edema. *Semin Nephrol* 2001, 21:244–250
13. YOKOYAMA K, TAKEMOTO F, HARA S, YAMADA A, NAKYAMA M, KAWAGUCHI Y ET AL. Effectiveness of human atrial natriuretic peptide administration in a patient with idiopathic edema. *Nephron* 1999, 81:452–454
14. BIHUN JA, McSHERRY J, MARCIANO D. Idiopathic edema and eating disorders: evidence for an association. *Int J Eat Disord* 1993, 14:197–201
15. KUCHEL O, ETHIER J. Extreme diuretic dependence in idiopathic edema: mechanisms, prevention and treatment. *Am J Nephrol* 1998, 18:456–459

Corresponding author:

E.V. Tsianos, Department of Internal Medicine, Medical School of Ioannina, GR-45 110 Ioannina, Greece, e-mail: etsianos@cc.uoi.gr