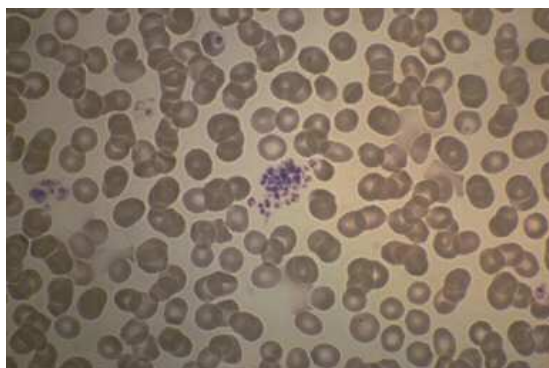


Małopłytkowość rzekoma EDTA - zależna. (odcinek 37/2011)

Małopłytkowość (trombocytopenia) jest to zmniejszenie liczby płytek krwi poniżej dolnego zakresu wartości referencyjnych, który wynosi zwykle 150 – 400 tys./ μ l. Przyczyny małopłytkowości mogą być różne. Najczęściej są to stany związane z całkowitym brakiem wytwarzania lub obniżonym wytwarzaniem płytek przez szpik kostny oraz przypadki związane z nadmiernym niszczeniem płytek krwi. Występują również schorzenia złożone, w których nie zawsze powód małopłytkowości jest znany. Skutkiem małopłytkowości jest często skaza krwotoczna objawiająca się skłonnością do krwawień, powstawania wybroczyn, łatwego siniaczenia się i nieprawidłowości w krzepnięciu krwi. U niewielkiego odsetka pacjentów (0,2%) w automatycznym badaniu morfologicznym krwi wykonanym z materiału pobranego do próbki z wersenianem potasu (EDTA K₂ lub K₃) obserwuje się obniżenie liczby płytek krwi poniżej dolnego zakresu wartości referencyjnych – pacjent nie wykazuje jednak objawów skazy małopłytkowej. W takich przypadkach możemy mieć do czynienia z tzw. małopłytkowością rzekomą EDTA - zależną (**pseudotrombocytopenią**).

Pseudotrombocytopenia polega na zafalszowanym obniżeniu liczby krwinek płytkowych. Przyczyną fałszywie zaniżonych wyników liczby płytek jest ich zlepianie się w duże agregaty, które następnie nie są zliczane w układzie pomiarowym analizatora hematologicznego. Małopłytkowość rzekoma jest skutkiem pojawienia się we krwi nietypowych przeciwciał zlepiających płytki, których działanie ujawnia się dopiero pod wpływem reakcji z antykoagulantem znajdującym się w próbkach przeznaczonych do pobierania krwi. Małopłytkowość rzekoma może też towarzyszyć infekcjom, chorobom z autoagresji, nowotworom i stosowanym lekom. Nie jest ona jednak powodem zaburzeń krzepnięcia krwi.

Rozpoznanie małopłytkowości rzekomej jest stosunkowo proste. W przypadku występowania małopłytkowości rzekomej, w próbce krwi pobranej na EDTA liczba płytek jest obniżona (zwykle wartość płytek około 60 – 70 tys./ μ l). W preparatach mikroskopowych stwierdza się liczne agregaty płytek krwi. Po pobraniu krwi do próbki z cytrynianem sodu lub heparynę liczba płytek jest prawidłowa, natomiast w rozmazie krwinki płytkowe nie tworzą agregatów.



Ryc.1 Agregaty płytkowe w próbce krwi pobranej do próbki z EDTA.



Ryc.2



Ryc.3

Ryc. 2 Probówka z EDTA – K₂ (wersenian dwupotasowy)

Ryc. 3 Probówka z cytrynianem sodu 3,2 %

Dlatego też zawsze w przypadkach obniżonej liczby płytek, szczególnie u pacjentów bez cech skazy skórno – śluzówkowej należy w pierwszej kolejności ją wykluczyć.

ZAPAMIĘTAJ !

Antykoagulant używany do badań hematologicznych (EDTAK₃ lub EDTAK₂) może u pewnego odsetka pacjentów powodować łączenie się płytek w agregaty, które nie są zliczane przez analizator i dochodzi do fałszywego zaniżania liczby krwinek płytkowych.

W przypadkach małopłytkowości u pacjentów bez cech skazy małopłytkowej należy wykluczyć pseudotrombocytopenię.

PYTANIE KONKURSOWE (do artykułu 36/2011)

Z jakiego powodu pacjenci z nadczynnością tarczycy mają objawy związane z nietolerancją ciepła?

Odpowiedzi należy udzielić za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie: www.invicta.pl/konkurs

Zwycięzcą konkursu z odcinka 35/2011 została Pani Beata Chmielarz

Uwaga: Zwycięzcą konkursu z odcinka 34/2011 została Pani Ilona Czentorycka.

Materiał przygotowany przez:

Ekspertki Laboratoria Medyczne INVICTA

Odcinek dostępny na www.pzpoz.pl oraz www.invicta.pl