

Glomerulonefrita acuta poststreptococica

DEFINITIE: Afectarea imunologica difuza glomerulara care apare in urma unei complicatii infectioase strptococice faringiene sau cutanate.

ETIOLOGIE: -streptococ β hemolitic cu localizare:

- faringiana si otica 63% (tip 12)
- cutanata 5-10% (tip 49)

-frecventa: 6-12 ani (m:f=2:1)

-alti agenti infectiosi: stafilococ, meningococ, pneumococ, salmonela, HVB, CMV, Coxakie, rickettsii, fungi

PATOGENIE: Ag → Ac (in 6-10 zile) → ASLO ↑
→ AH ↑ si ADN-azei B ↑

↓
CIC

↓
activare complement → depunere pe MB glom.

↓

- activarea sistemului coagularii cu depunere de fibrina → PDF in urina
- activarea sistemului kinina-bradikinina →efecte proinflamatorii
- activarea fractiei C5 →creste permeabilitatea vasculara si leucochemotaxie →sinteza de enzyme proteolitice →leziuni histologice

FIZIOPATOLOGIE:

- FG ↓ →oligurie cu hipervolemie si retentie azotata
- Hvolemie →HTA±encefalopatie hipertensiva/HTP
- Reabsorbtiia tubulara e pastrata

ANATOMIE PATOLOGICA:

- Macroscopic: rinichi mariti si palizi cu corticala ingrosata
- Microscopic: proliferare cel. epit. si mezangiala difuz in capilarele glom. si prezenta infiltratului cu PN. si Mo.
- ME: prezenta de “humpus-uri” pe mg. epiteliala a MB
- IF: depozite granulare Ig G si C3- “cer instelat”

CLINIC

- perioada de latentă=8-21 zile
- 2 forme: - tipic=sdr. nefritic pur
- atipic=prezenta unei complicatii

-sdr. nefritic acut:

- sdr. urinar:

- oligurie cu urina hipercroma, $\rho > 1020$ si $\text{osm} > 500 \text{ mOsm/l}$
- hematurie M/μ si cilindri hematici
- proteinurie neselectiva $< 3\text{g/zi}$

- sdr edematous:

- edem periorbital alb, moale
- uneori sunt subclinice ($G \downarrow$)
- exceptional anasarca (particularitatea cazului)

- sdr hipertensiv:

- HTA apare la o Fe a Na $< 0,5\%$
- moderata cu bradicardie (FE normala)
- encefalopatie: cefalee, varsaturi, confuzii, diplopie, afazie, convulsii, coma
- rel de i.p. intre HTA si marimea edemelor
- IC: dispnee, ortopnee, raluri pulm.

- sdr. de retentie azotata

-per de stare=4-7-10 zile, in gen. are o evolutie autolimitata

PARACLINIC:

-ex. urinii:

- vol. redus si conc., $\rho > 1020$ si $\text{osm} > 500 \text{ mOsm/l}$
- pH \downarrow si cul. brun inchis
- proteinurie $< 3\text{g/zi}$
- hematurie si cilindri hematici

-ex. bacteriologic si serologic:

- culturi din nazofaringe si din lez. cut.
- ASLO si Ac ADN-aza B si Ac antiH
- $C_3 \downarrow$ ($< 80 \text{ mg/dl}$)

-explorarea functiei renale:

- Ur $> 100 \text{ mg/dl}$ si Cr $> 2 \text{ mg/dl}$
- Acidoza metabolica si HK^+

-hemoleucograma:

- Anemia (dat. \uparrow vol. plasmatic)
- PN, VSH, Fg $\uparrow\uparrow$ si PCR prezenta

-Rx. toracica:

- Cardiomegalie
- Fenomene de EPA sau lichid pleural

-ECG: $\text{HK}^3 \rightarrow T$ inalt simetric, QRS largi, PR lung

-echo abd: rinichi mariti de volum

DIAGNOSTIC POZITIV:

- argumente anamnestice
- sdr nefritic
- complement scazut
- dovada infectiei streptococice

DIAGNOSTIC DIFERENTIAL:

- acutizarea unei GNC: - istoric de boala renala
 - dezv. fizica intarziata(varsta osoasa)
 - anemie, azotemie,sdr nefrotic

- hematurie din –purpura Henoch Schonlein, LES
 - nefropatia mezangiala IgA/IgG
 - glomerulopatia mb/mb-proliferativa
 - nefrita rapid progresiva
 - sdr Alport
 - litiaza renala
- diag diferential al edemelor, HTA, retentiei azotate
- asocierea RAA cu GNAPS este practica inexistentă

FORME ATIPICE:

- IC reflectind retentia de apa si Na la bolnav cu flux urinar ↓
 - IVS - EPA:dispnee, ortopnee, raluri pulm
 - tahicardie, ritm de galop, suflu systolic
 - IVD – momentul coincide cu ameliorarea dispneei
 - ± HTA
- HTA brutala = encefalopatie HTA se datoreaza ischemiei cerebrale
 - cefalee,varsaturi, convulsii, diplopie, confuzie
 - FO: aspect normal sau edem papilar + hemoragie retiniana
- IRA de cauza renala(dat FG ↓)
- Sdr urinar min.
 - Tablou clinic zgomotos: edeme, HTA severa
 - Hematurie si proteinurie minima
 - ↓ complementului confirma diag

TRATAMENT:

-repaus la pat (influenteaza rata complicatiilor)

-regim dietetic:

- oligurie + Hvolemie: aport de lichide= cant de urina excretata + pierderi insensibile(30 ml/kg/zi)
- edeme + HTA : Na = 1-2 g/m²/zi
- retentie azotata: restrictie de proteine

-tratament antiinfectios correct al infectiei streptococice

- nu are effect asupra nefropatiei
- sterilizarea focarului: 1.600.000 UI/zi Penicilina i.m. in 4 prize(alergici:Eritromicina=30mg/kg/zi)
- dupa 10 zile profilactic dat mediului spitalicesc

-corticoterapie indicate doar in GNRP

EDEME:

-restrictie de apa si sodiu(0,6-1g/zi)

-diuretic: Furosemid 1mg/kg/zi

IVS: Digoxin - doza de atac 0,03-0,04 mg/kg

- doza de intretinere 25-35% din doza de atac

IRA:

-HK⁺ :

- excluderea din aport
- glucide 100-150 g/zi sau sol de glucoza 33% i.v.
- rasini schimbatoare de ioni
- 8mEq/l :
 - monitorizarea cordului
 - sol gluconat de Ca 10% 20 ml/m² i.v. 10 min
 - infuzie rapida de Na 3 mEq/kg
 - gluc 20% 0,5 ml/kg/h + 0,3 U insulina/g gluc

-oligurie: fortarea diurezei cu sol de manitol 20% 0,2g/kg in 10-20 sec

HTA CU ENCEFALOPATIE:

- Diazoxid i.v. in bolus 5 mg/kg/doza –monitorizarea gluc
- Nitroprusiat de Na 1-8µg/kg/min i.v.
- Furosemid 2mg/kg i.v. lent
- Diazepam 0,25-0,50 mg/kg i.v.

HTA FARA ENCEFALOPATIE:

- Hidralazina 0,15-0,30 mg/kg parenteral
- Rezerpina 0,03-0,10 mg/kg i.m./i.v.
- Metildopa 5mg/kg/adm- 1f de 250 mg in 100 ml sol gluc 5%
- Blocant can de Ca: Nifedipin sublingual
- B blocant: Propranolol 1 mg/kg/zi

EXTERNARE:

- Clinic normal(fara edeme, HTA, hematurie, diureza normala)
- Complement in crestere
- Reactanti de faza acuta normali
- Proteinurie si hematurie absente

DISPENSARIZARE:

- ex de urina la 4-6 sapt timp de 1 h – la fiecare an
- TA
- dupa un an daca hematuria si proteinuria persista-PBR