



# GLOMERULONEFRITA RAPID PROGRESIVA ASOCIATA NEFROPATIEI LUPICE - PREZENTARE DE CAZ -



Balasa Sabrina-Mihaela, Cana Ruiu Daniela, Magdalena Olteanu, Claudia Scheau

## REZULTATE

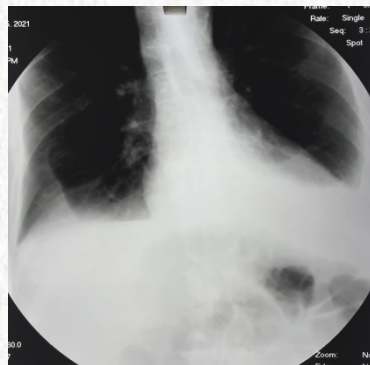
## INTRODUCERE

GMRP este o nefropatie glomerulara cu tablou clinic-biologic sever, ce conduce la pierderea functiei renale in interval scurt de la debut.

Etiologic, aceasta entitate poate fi primitiva sau secundara unor boli infectioase, imunologice, boli de sistem, medicamentoasa, etc.

## OBIECTIV

Evaluarea clinico paraclinica, orientarea diagnosticului si conduita terapeutica adecvata intr-un caz de nefropatie lupica , in absenta argumentelor histopatologice.



## METODA

Pacientului B.A, in varsta de 67 ani, sex masculin, mediul urban

### APP:

Vechi hipertensiv

Neoplasm de vezica urinara operat

BCR stadiul 4 (cr=2,6 mg/dl, uree=117 mg/dl., eRFG=24 ml/min/1,73 m2-in urma cu aprox. 6 luni.

Simptomatologie la admisia in clinica : dispnee, ameteli, inapetenta si alterarea starii generale

### EXAMEN CLINIC:

mialgii, artralagii, HTA, livedo cutanat, leziuni purpurice la nivelul gambelor si edeme generalizate, accelerarea TI, sd. confuzional, tremor generalizat, dezorientat temporo-spatial

Sindrom inflamator

Hipoalbuminemie

Anemie normocroma, normocitara

Sindrom nefritic-nefrotic ( proteine urinare=8,5 g/24 h, hematurie microscopica)

Hipocomplementemie

(C3-65 mg/dl)

Electroforeza proteine serice cu imunofixare – valori normale

Patogenie imuna ( CIC 44 RU/ml anticorpi anti AND dc prezenti, anticorpi anti histone slab pozitivi; cANCA, pANCA negativi)

Retentia azotata (Cr=8,45 mg/dl, uree=242 mg/dl)

Rx pulmonar: sdr. lichidian pleural bilateral

CT TAP-adenopatii mediastinale

Tabloul clinico-paraclinic si degradarea functiei renale in timp scurt (aprox o luna), orienteaza astfel diagnosticul catre o **nefropatie lupica** – forma cu afectare renala rapid progresiva.

- Initial, pacientul refuza PBR, ulterior starea clinica a pacientului degradandu-se, nemaipermitand deplasarea pacientului intrun alt centru in vederea efectuarii PBR, initiindu-se astfel terapia patogenica fara sustinere histopatologica.
- Se initiaza terapia imunosupresoare cu Solumedrol 1 g/zi 3 zile consecutiv, ulterior Medrol 48 mg/zi si Ciclofosfamida pulsterapie cu 600 mg/pev
- Retentia azotata accentuata progresiv necesitatea initierii unei terapii de substitutie ranala (creatinina 8.9 mg/dl, uree 256 mg/dl).
- Sub terapia mentionata, starea generala se amelioreza, se reia diureza, intrerupandu-se TSFR
- Se remit manifestarile cutanate, neurologice, hematologice, imunologice.



## CONCLUZII

Raspunsul clinic-paraclinic favorabil dupa initierea terapiei patogenice (corticoterapie si ciclofosfamida) confirma supozitia diagnostica initiala. In conditiile imposibilitatii efectuarii PBR, o atitudine clinica si terapeutica adecvata poate ameliora prognosticul pacientului