



Crohnova nemoc a glomerulonefritida

MUDr. Naděžda Machková

Prof. MUDr. Vladimír Teplan DrSc.

IV. webinář Kazuistiky IBD pacientů 2019 – 7.4.2019



ISCARE



Žena *1971, nekuřačka

RA: otec + v 76 letech na KRCa, st.p. IM 2x, matka 72 let – RA

AA: Ampicilin (exantém)

OA: nebyla vážněji nemocná

- **2005:** dg. Crohnova nemoc – postižení TI a c. ascendens (A2, L3, B1)
 - + EIM (erythéma nodosum)
 - iniciálně léčba systémovými CS + AZA 2mg/kg
 - od r. 2008 pouze mesalazin 1000mg/den (vlastní rozhodnutí)

Žena *1971

➤ **9/2011:** 1. vyšetření v ISCARE

Koloskopie: drobné ulcerace v TI, plazivé ulcerace v céku a ascendens

CT enterografie: zánětlivé změny TI v délce 15cm se stenózou lumen
+ c. ascendens v délce 6cm, proliferace mesenterianího tuku + LAP

→ 13.12.2011 zahájena léčba IFX 5mg/kg v týdnu 0,2,6 a dále po 8 T
+ AZA 125mg (2mg/kg)

→ remise klinická, laboratorní i endoskopická

Žena *1971

➤ **2013:** bez potíží

Koloskopie: erytém v TI a ascendens, jinak bez známek aktivity

→ prodloužení IFX 5mg/kg a 10T, ↓ AZA 75mg (lymfopenie)

➤ **5/2017:** zkrácení IFX 5mg/kg a 8T (↓ hladina IFX 0,7 ug/ml, AB/IFX 1,1)
+ AZA 75mg

➤ **9/2018:** ZLP Mariánské lázně – bolesti břicha, exantém na břicho +
stehnech + diskrétní otoky DKK
→ spontánní ústup potíží

Žena *1971

- **26.11.2018:** vyšetření pro 3 týdny trvající měkké otoky DKK, bolesti Achillových šlach, bez GIT potíží
 - před týdnem léčba ATB (Dalacin) pro infekci HCD

Obj. výška 163cm, váha 62kg (+ 5kg/3 týdny), TK150/110
otoky do ½ bérků, bez známek flebotrombózy DKK

Laboratoř: moč - pH 7,5; bílkovina 2 arb.j.; v sed. ery 605 [10⁶/l]

↑ krea 112 umol/l; ↓CB 46,8; ↓ alb. 21,6g/l

KO, CRP, ferritin – vše v normě, FC 176ug/g

→ nefrologické vyšetření pro susp. nefrotický syndrom

Žena *1971

- **13.12. - 18.12.2018** hospitalizace Nefrologická klinika IKEM
Obj. TK 160/110, otoky DKK po stehna, prosáknutí kůže na bříše

Laboratoř: ↑↑ krea 197 umol/l; urea 10,4 mmol/l; ↓CB 46,8; ↓alb. 21,0 g/l

moč: množství 6500 ml/ 24 hod.

↑CB 2,24 g/l; ↑albumin v ranní moči 1229,8 mg/l (norma do 20 mg/l)

↑ proteinurie odpad 14,56 g/ den;

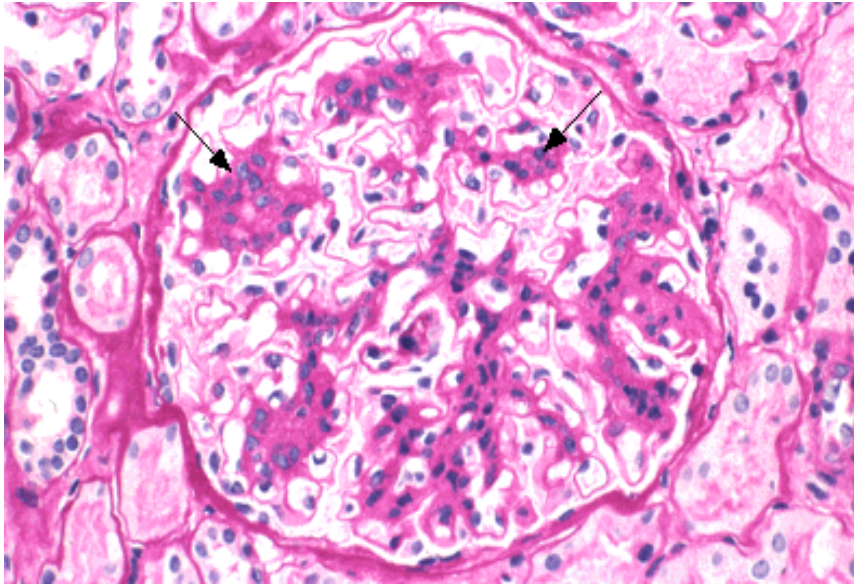
↑ protein- kreatinin ratio 1487,4 g/mol

Imunologie: ANCA, anti- MPO, anti GBM, anti dsDNA – vše negativní

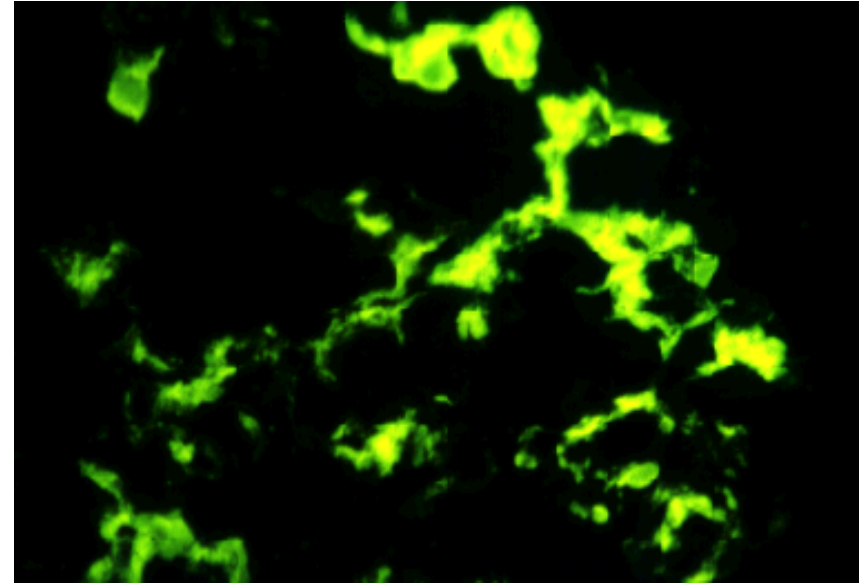
Biopsie L ledviny: IgA nefropatie se srpky a sklerotizacemi

IgA nefropatie – IGAN

mesangioproliferativní glomerulonefritis



Světelná mikroskopie (SM): fokální (zde) či difuzní mesangiální proliferace. Vzácně obraz srpkovité GN, častěji obraz sklerotizující GN. *Vaskulitické změny bývají u HSP.*



Imunofluorescence (IF): difuzní mesangiální depozita IgA, kolokalizace dalších Ig v menší intenzitě

Žena *1971

- **13.12. - 18.12.2018** hospitalizace Nefrologická klinika IKEM:
pulsní terapie systémovými CS – methylprednisolon 1g /24 hod.,
 - před propuštěním Prednison 40mg /den,
 - CPA 900mg iv. od 17.12.2018 a 3T,
 - Biseptol 480mg, Prestarium 5mg, Clexane 0,4 ml, Vigantol 12kapek/T
 - IFX + AZA → ex

- **8.2.2019** 1. aplikace vedolizumab 300mg iv.
 - týden po aplikaci subfebrilie, otok krku, zhoršené dýchání
 - infekt HCD – léčba Sumamed 500mg/den
 - další aplikaci vedolizumab odmítla

Žena *1971

Aktuální stav: otoky DKK nejsou, menší únava, GIT stabilizovaný stav
TK 110-130/60-70

Laboratoř 3.4.2019: krea 136,7 umol/l; urea 8,3mmol/l; Alb 34,8 g/l;
moč: bílkovina neg., krev 2 arb.j., v sed. Ery 66 [10⁶/l], Leu 16 [10⁶/l]
proteinurie 1,9 g/l; proteinurie ranní 1,56g/l,
proteinurie odpad 3,8 g/24 hod.

Terapie: léčba CPA ukončena, zahájení AZA 50mg/den,

↓ Prednison 10mg,

Biseptol 480mg 3xT, Tritace 1,25 mg ½ tbl, Clexane 0,2 ml,

Vigantol 12kapek/T, Calcium 500mg

Další terapie Crohnovy nemoci?

