



Percorsi Pediatrici della Val di Noto



Vittoria 25 Febbraio 2017

Caso clinico

Giovanni Conti
Francesca Laganà

**UO Nefrologia e Reumatologia Pediatrica
con Dialisi**

(Direttore C. Fede)

AOU Policlinico “G. Martino” Messina

Caso clinico: MD 5 anni

❖ Lievi edemi declivi e subedemi palpebrali

❖ Anamnesi patologica prossima

circa 15 giorni addietro riferita comparsa di lesioni eritemato-puntiformi pruriginose agli arti inferiori, fugaci, della durata di pochi giorni.

Trattate con corticosteroidi e antistaminici per os.

Esami ematochimici all'ingresso:

- Proteine tot 4.6 g/dl Albuminemia 2.7g/dl
 - Colesterolo tot 279 mg/dl
 - C3 88mg /dl (limiti bassi della norma)
- Es urine: PS 1013, pH 6.5, Proteine 300, Hb 1, sedimento 7-10 emazie, discreto num di cilindri ialino-granulsi
 - Proteinuria 24h: 8.6gr ; Proteinuria/creatinuria: 14.8
 - Nella norma emocromo, funz. d'organo, PCR, Ig, C4

**GLOMERULONEFRITE
PRIMITVA**

Post-streptococcica →
C3↓, TAS e tampone
faringo-tonsillare nella
norma

C3 Nephropathy (GNMP)
→ C3↓, proteinuria

IgA Nephropathy



**GLOMERULONEFRITE
SECONDARIE**

PSH → quadro clinico
Sangue occulto nelle feci
negativo

LES → C3, C4 e
automminuità nella norma

S. NEFROSICA

Trattamento con corticosteroidi: prednisone 60 mg/mq/die

Persistenza dopo 4 settimane della proteinuria
(8.4gr/24h)


Biopsia renale

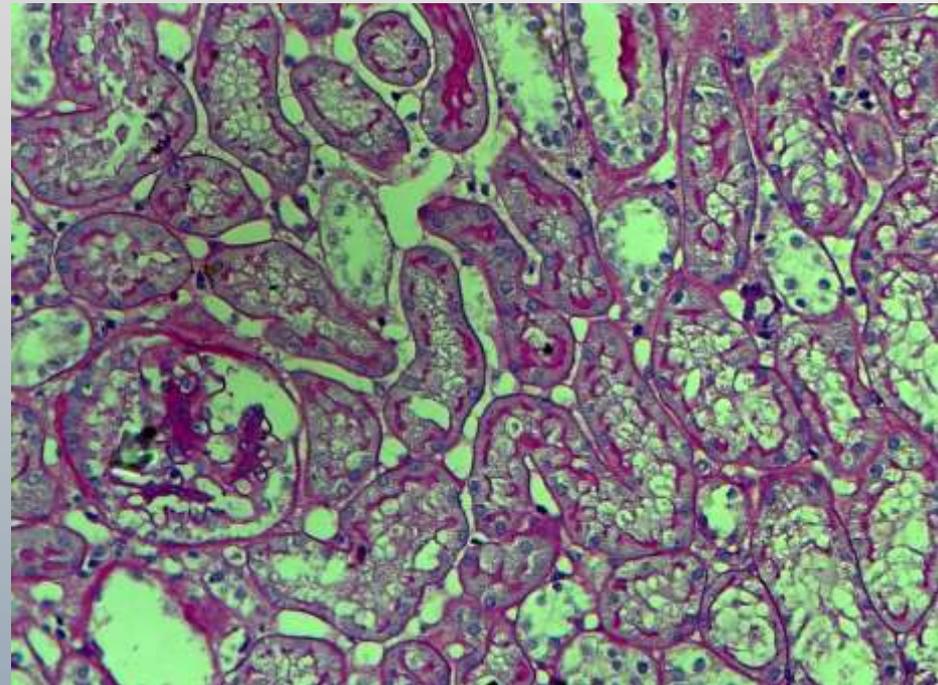
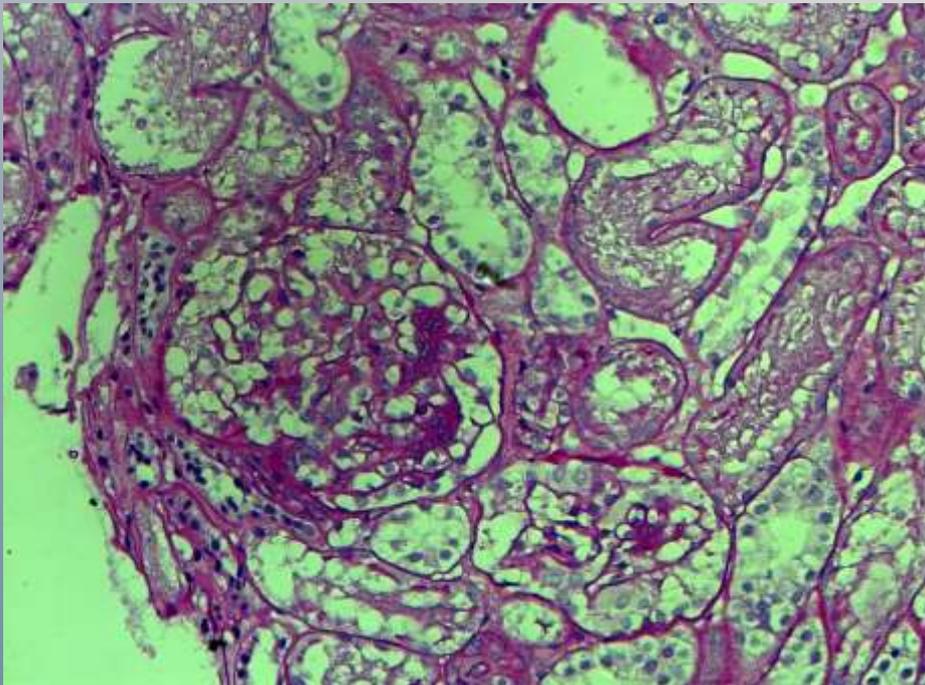
Per la presenza di SNCR si avviava dopo 6 sett. dall'avvio del CS
trattamento con Ciclosporina (5 mg/kg/die)
Eseguivamo genetica per gene nefrina e podocina

Dopo circa 2 settimane parziale beneficio..... proteinuria
intorno ad 1 g/24h con normale protidemia ed
albuminemia, funzione renale normale, e persistenza di
lieve ipercolesterolemia.

Biopsia renale

Microscopio ottico

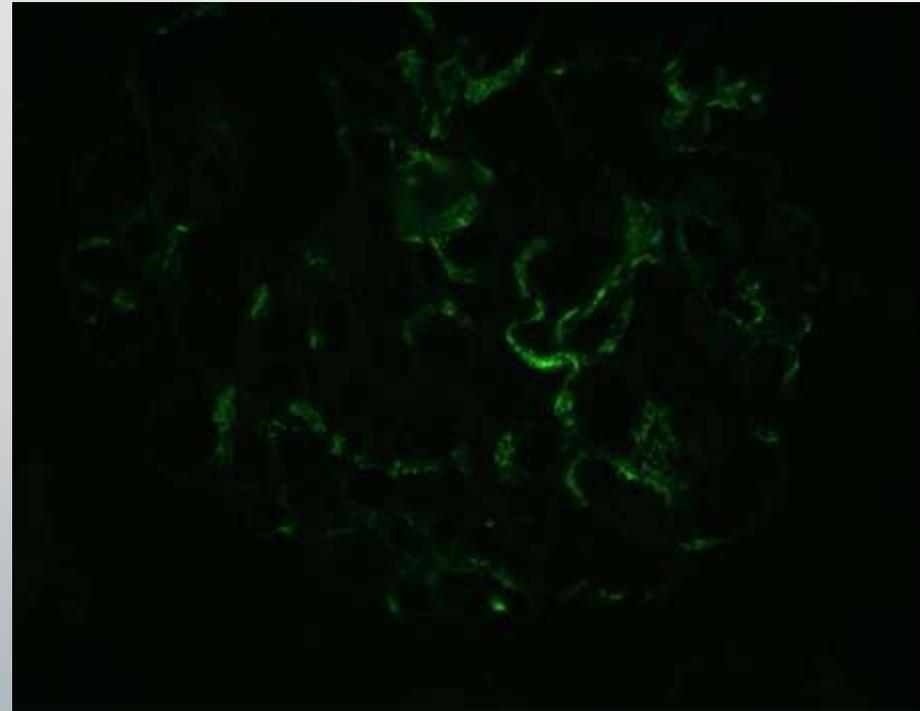
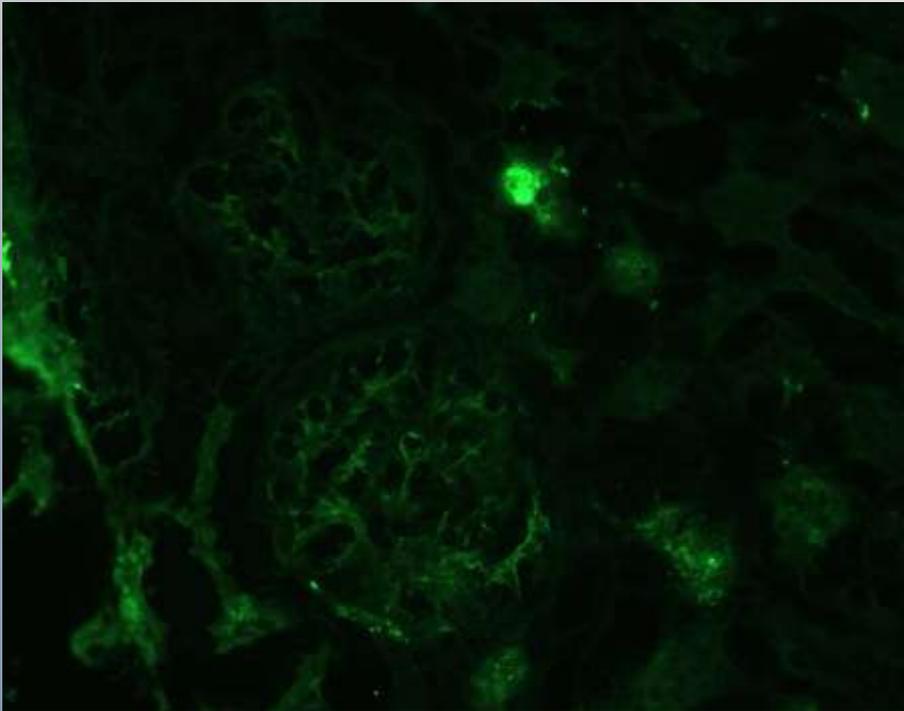
presenza di 34 glomeruli di cui solo 1 completamente sclerotico; in un altro glomerulo segmento di sclerosi ed in un altro adesione flocculo-capsulare. Non vi è presente proliferazione extracapillare, né alterazioni delle membrane basali. In quasi tutti i glomeruli è presente proliferazione delle cellule e della matrice mesangiale, in alcuni glomeruli questa diffusione è segmentale. Presenti minimi segni di sofferenza tubulare. Non alterazioni di interstizio e vasi.



Biopsia renale

Immunofluorescenza

positività più spiccata di depositi di IgA, accompagnati da C3, IgG e IgM. Tali depositi sono presenti solo a livello mesangiale. Non positività per C1q.



Diagnosi istologica : Glomerulonefrite a depositi IgA



GLOMERULONEFRITE A DEPOSITI DI IGA
SECONDARIA A PORPORA DI SHOENLEIN-
HENOCH

TERAPIA

PROSECUZIONE
CORTICOSTEROIDI

SARTANI

ACE INIBITORI

Grazie

