

Glomerulonefritis z minimalnimi spremembami

Špela Borštnar

Kaj je glomerulonefritis z minimalnimi spremembami

To je bolezen ledvic, za katero so značilne spremembe v ledvičnih telescih - glomerulih. Glomerul je sestavljen iz skupka kapilar, v katerih se kri čisti in nastane seč, v katerem so odpadne snovi iz krvi in odvečna voda. Samo ime bolezni nas lahko zavede, saj bi lahko mislili, da je bolezen nenevarna, ker se ji reče glomerulonefritis z minimalnimi spremembami. Ime izhaja iz tega, da so spremembe na ledvičnih telescih vidne šele z elektronskim mikroskopom (ki ima veliko večjo povečavo kot običajen mikroskop). Nekateri bolniki na podlagi imena bolezni lahko napačno sklepajo, da so tudi »njihove težave minimalne«, vendar ima bolezen lahko veliko zdravstvenih težav in škodljivih posledic.

To je predvsem bolezen otroške dobe (vrh pojavnosti okrog drugega leta starosti). V odrasli dobi se pojavlja redko, v zadnjih letih pojavnost bolezni upada.

Zakaj zbolimo

Nihče zagotovo ne ve. Gre za motnjo v imunskem sistemu, ki prične napačno delovati in povzroči spremembe v ledvičnih telescih.

Ločimo primarno in sekundarno obliko bolezni. Pri primarni obliki bolezni se bolezen zgodi brez nekega jasnega vzroka, običajno se pojavi po prebolevanju blažje okužbe dihal, vendar vzročna povezava še ni bila zanesljivo dokazana. Sekundarno obliko bolezni lahko povežemo s sprožilnim dejavnikom oz. drugim zdravstvenim stanjem. Alergije so vzrok nastanka skoraj pri 30 % bolnikov, pogosti vzroki so lahko še nekatera zdravila (antibiotiki, nesteroidni antirevmatiki...), okužbe, rakave bolezni ali druge avtoimunske bolezni. Pri nekaterih bolnikih se bolezen pojavi nekaj mesecev ali celo let pred pojavom rakave bolezni oz. limfoma. Poznamo pa tudi redke oblike dedne bolezni.

Kakšni so znaki in težave

Bolezen se pri odraslih razvije hitro, v nekaj dneh, enem ali dveh tednih. Pojavi se nenadno povišanje telesne teže za 3 do 10 % in nastanek oteklin (edemov). Oteklina



je sprva značilno mehka, vtisljiva in neboleča. Začne se v predelu obraza. Na koži so opazne vtisnjene gube, ki jih povzročijo oblačila, pri ležečih bolnikih pa sledovi gub posteljnega perila. Ko se telesna teža poveča za 5 %, se otekline zaradi vpliva težnosti porazdelijo na spodnje dele telesa. Večina bolnikov šele takrat stopi na tehtnico in začudeno ugotovi, da so na teži pridobili več kot 5 kg. Začudenju botruje predvsem dejstvo, da se je telesna teža povečala ob normalnem ali celo nekoliko slabšem apetitu in nespremenjenem vnosu hrane, ne da bi pri tem opazili zmanjšano izločanje seča. Sčasoma lahko pride do pojava težkega dihanja zaradi nabiranja vode okrog pljuč (plevralni izliv). Tekočina se lahko nabira v trebušni votlini, kar lahko povzroči otekla, povečana in boleča jetra, trebušne bolečine, težave z odvajanjem blata, na koži se pojavijo strije, na nohtih lahko najdemo značilne bele proge. Hitro nastajanje oteklin lahko spremljajo slabo počutje, omotičnost in nižji krvni tlak, ker tekočina prekomerno prehaja iz žilja in to povroči premajhno polnjenost žil (hipovolemija).

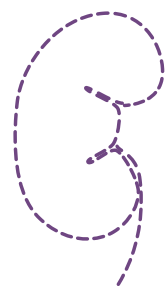
Bolniki večinoma ne opazijo sprememb pri odvajanju seča, edina sprememba, ki jo opazijo, je ta, da se seč peni. Lahko se pojavi zmanjšana količina seča. Pri približno 30 % odraslih se lahko pojavi zvišan krvni tlak. Poveča se tveganje za tromboze na različnih mestih po telesu (trombembolični zapleti) in okužbe.

Postavitev diagnoze

Za bolezen je značilen nefrotski sindrom, ki se kaže kot:

- otekanje v noge, okoli oči in v druge dele telesa (edemi),
- zmanjšana koncentracija majhnih beljakovin albuminov v krvi (hipoalbuminemija),
- izrazito povišanje krvnih maščob (hiperlipidemija),
- povečano izločanje beljakovin v seču nad 3 grame dnevno,
- izločanje maščob v seču (lipidurija).

Prisotnost krvi v seču (eritrociturija) je redka. Za končno diagnozo je pri odraslih bolnikih nujno potrebna ledvična biopsija, zaradi česar je potrebna hospitalizacija.



Poseg opravimo ob lokalnem omrtvičenju tkiva z anestetikom v predelu ledvice. Pod kontrolo UZ z iglo pridobimo droben košček tkiva ledvice za mikroskopske preiskave.

Zdravljenje

Glomerulonefritis z minimalnimi spremembami je ena izmed najbolj uspešno zdravljenih ledvičnih bolezni.

V času polno izražene bolezni je potrebna dieta z manjšim vnosom soli in omejitev vnosa tekočine (glede na količino izločenega seča in stanje vode v telesu). Ob oteklinah uvedemo zdravilo za odvajanje vode. Pogosto uvedemo zdravila, ki zmanjšajo količino izločenih beljakovin v seču in znižajo povišan krvni tlak (zaviralec ACE ali antagonist angiotenzinskih receptorjev). Zdravilo za znižanje krvnih maščob (antilipemik) dodamo pri bolnikih, ki imajo zvišan krvni tlak, ishemično bolezen srca ali sladkorno bolezen. Praviloma se povišane maščobe v krvi znižajo v normalno območje, ko izgine nefrotski sindrom. Pri nekaterih bolnikih z zelo izraženim nefrotskim sindromom je potrebno zdravljenje za preprečevanje nastajanja strdkov - tromboz (antikoagulantno zdravljenje).

Pri sekundarnih oblikah bolezni je potrebno odstraniti vzrok (npr. ukiniti nesteroidne antirevmatike) ali zdraviti okužbo ali raka. Ko odstranimo vzrok bolezni, praviloma nefrotski sindrom izgine in imunosupresivno zdravljenje ni potrebno.

Imunosupresivno zdravljenje (zdravila za zavoro imunskega sistema)

Pri primarni obliki bolezni z zdravljenjem z glukokortikoidi lahko dosežemo popolno ozdravitev (remisijo) pri 80 do 90 % odraslih bolnikov. Zdravimo z metilprednisolonom (Medrolom) od 8 do 16 tednov. Odmerek Medrola začnemo zmanjševati 2 tedna po tistem, ko izzveni nefrotski sindrom (remisija) in ga ukinemo v približno 3 mesecih.

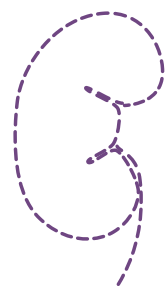
Če ni izboljšanja stanja po Medrolu, ali če ima bolnik zadržke za zdravljenje z Medrolom, uvedemo druga imunosupresivna zdravila (ciklosporin ali rituksimab). V primeru, da bolezen vztraja (rezistentna oblika), so opisani uspešni primeri zdravljenja s plazmaferezo (čiščenjem krvi s pomočjo aparata).

Bolezen se pri odraslih ponovi v 50 do 70 % bolnikov, večina ponovitev (relapsov) se zgodi v prvem letu. Če so ponovitve redke, zdravimo z Medrolom kot pri prvem zagonu (opisano zgoraj). Tudi pri nadaljnjih ponovitvah (če niso pogoste - manj kot 3 v enem letu) lahko predpišemo Medrol.

Pri do 30 % bolnikov, ki se sicer dobro odzovejo na zdravljenje z Medrolom, se bolezen ponavlja zelo pogosto, zato je potrebno dolgotrajno zdravljenje. Te bolnike lahko zdravimo z Medrolom, ki ga v majhnem odmerku prejemajo dlje časa. Uspešno je tudi zdravljenje z rituksimabom (monoklonsko protitelo proti B limfocitom). Če je zdravljenje z rituksimabom uspešno, lahko Medrol hitro ukinemo.

Prognoza

Ob zdravljenju je prognoza za preživetje bolnika in ledvic pri glomerulonefritisu z minimalnimi spremembami glomerulov dobra. Bolezen ne napreduje in ne pripelje do končne ledvične odpovedi, razen v redkih primerih, ko glukokortikoidno zdravljenje ni učinkovito. Večji problem so pogoste ponovitve bolezni. Največ zapletov in posledic nastane v primeru dolgotrajno nezdravljene bolezni (pospešena je ateroskleroza, povečano je tveganje za okužbe in tromboze) in zaradi posledic imunosupresivnega zdravljenja (predvsem zaradi Medrola). Za dobro vodenje in pravočasno odkritje ponovitve bolezni so potrebne redne kontrole v nefrološki ambulanti in tudi samokontrole izločanja beljakovin v seču s testnim lističem doma.





Za dobro LEDVIC

Druga dopolnjena elektronska izdaja

Izdajatelj:

Slovensko nefrološko društvo – Slovensko zdravniško društvo
Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije

Urednica: Jelka Lindič

Souredniki: Damjan Kovač, Andrej Škoberne, Nebojša Vasič

Oblikovanje: Tanja's Design, tanjas-design.si

Knjižice izobraževalnega programa Za dobro ledvic so namenjene laični javnosti
in uporabi v zdravstvenih ustanovah. Spremembe vsebine niso dovoljene.

Ljubljana, 2023

www.zadobroledvic.si

