

گزارش یک مورد گلو مرونفریت کرسنتیک ناشی از آندوکاردیت باکتریال

دکتر سیمین صادقی بجد^{*}، دکتر نورمحمد نوری^{**}

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۳/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۲/۱۰

* استادیار نفرولوژی اطفال، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

** استاد قلب اطفال، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

چکیده

درگیری کلیه در جریان آندوکاردیت باکتریال شایع است ولی گلو مرونفریت منتشر همراه با تولید کرسنت نادر می باشد. این مطالعه، معرفی یک دختر ۹ ساله مبتلا به آندوکاردیت و گلو مرونفریت کرسنتیک است که به آنتی بیوتیک و دوره کوتاه پالس متیل پردنیزولون و ریدی پاسخ خوبی داد.

معمولا آنتی بیوتیک مناسب، برای حذف عفونت ضروری است ولی در صورت اختلال عملکرد کلیه و کاهش کمپلمان سرم یک دوره کوتاه مدت کورتیکواستروئید و گاه پلاسمافرز نیز ممکن است مفید باشد. (مجله طبیب شرق، دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۸۸، ص ۷۳ تا ۷۸)

کلیدواژه ها: گلو مرونفریت کرسنتیک، نارسایی کلیه، آندوکاردیت باکتریال، کورتیکواستروئید

مقدمه

درگیری کلیه در بیماران مبتلا به آندوکاردیت باکتریال شایع است. تمام عوامل بیماریزای ایجاد کننده آندوکاردیت می توانند کلیه را مبتلا نمایند. شایع ترین باکتری های مولد بیماری استافیلوکوک طلایی و استرپتوکوک ها هستند. اما در افراد دچار نقص ایمنی، قارچ ها و مایکوباکتریوم نیز از علل مهم می باشند. تظاهرات شایع درگیری کلیوی به صورت پروتئینوری، هماجوری و پیوری بدون علامت است و گاه در موارد شدید درد پهلوی، فشارخون بالا، سندرم نفروتیک و نارسایی کلیه دیده می شود.^(۱)

گلو مرونفریت به دنبال آندوکاردیت در هر دو سمت (راست و چپ) ممکن است ایجاد شود و علائم بالینی معمولا دو هفته بعد از شروع آندوکاردیت دیده می شود ولی گاه به طور هم زمان تظاهر می یابد.^(۲) از نظر پاتوژنز، ابتلا کلیه ناشی از آمبولی موضعی و یا تولید کمپلکس ایمنی است. آمبولی موضعی منجر به کانون های انفارکتوس، ترومبوزهای داخل عروقی و هموراژی می شود و کمپلکس ایمنی نکروز موضعی

با پرولیفراسیون منتشر ایجاد می کند که در بررسی های ایمونوفلورسنت با رسوب IgG و IgM و IgA و C3 در ممبران بازال و مزانژیوم همراه است. رسوب کمپلکس ایمنی در کلیه باعث کاهش C3 سرم می شود.^(۱)

شایع ترین فرم هیستوپاتولوژیک گلو مرونفریت، پرولیفراسیون منتشر اگزوداتیو است که با هیپرپلازی سلولهای مزانژیال و انفیلتراسیون سلولهای التهابی خصوصا نوتروفیل ها همراه است تشکیل کرسنت نادر می باشد و موارد کمی از آن گزارش شده است^(۲) قبل از شروع مصرف آنتی بیوتیک های مناسب، در ۸۰ درصد موارد آندوکاردیت، کلیه مبتلا می شد ولی طبق گزارش Neugatenetar، با تجویز به موقع آنتی بیوتیک شیوع گلو مرونفریت به ۲۲ درصد کاهش یافته است.^(۲)

درمان آندوکاردیت با آنتی بیوتیک معمولا منجر به از بین رفتن کمپلکس ایمنی در سرم و طبیعی شدن سطح سرمی کمپلمان می شود. در مواردی که پاسخ دهی به آنتی بیوتیک وجود ندارد برداشتن وژتاسیون ضروری است.