

Daniela Marasović Krstulović
Dijana Perković
Dušanka Martinović Kaliterna

Odjel za kliničku imunologiju i reumatologiju
Klinika za unutarnje bolesti
Klinički bolnički centar Split

Vaskulitis s infarktom bubrega kao prezentacija SLE-a u muškarca - prikaz bolesnika

Vasculitis with kidney infarction as a presentation of SLE in a male - a case report

Sindrom vaskulitisa pridružen sistemskom lupusu eritematodesu (SLE) javlja se u manjeg broja lupusnih bolesnika. Uglavnom se radi o kožnom vaskulitisu, rjeđe visceralnom vaskulitisu, a izrazito rijetko o kombinaciji kožnog i visceralnog vaskulitisa u SLE. Ovom obliku bolesti podložniji su muškarci, naročito oni s pozitivnim antifosfolipidnim (aPL) protutijelima. Pojava infarkta organa iznimno se rijetko javlja u sklopu lupusnog vaskulitisa u bolesnika bez aPL protutijela.

Prikazujemo prethodno zdravog 46-godišnjeg muškarca iz Metkovića koji je hospitaliziran u Klinici zbog naglog porasta temperature do 40°C. Tjedan dana ranije liječen je u kućnoj njezi zbog subfebriliteta uz povećanje limfnih čvorova vrata, praćenih sitnotočkastim osipom i suhim kašljem. Zbog septičkih temperatura, osipa, visokog CRP-a zaprimljen je pod radnom dijagnozom sepsa. U laboratorijskim nalazima zabilježena je ubrzana sedimentacija od 110 mm/h, normalan broj leukocita ($9 \times 10^9/l$), eritrocita i trombocita. U biokemijskim nalazima su svi rutinski parametri bili uredni izuzev LDH (346 U/L) i CRP-a (126 mg/l). C3 i C4 komponente komplementa bile su uredne, a u koagulogramu su bili povišeni D-dimeri (2,16 mg/l). Nalaz urina bio je uredan, kao i nalaz hemokultura i urinokultura. Na radiogramu pluća opisano je lijevo bazalno supradijafragmalno inhomogeno zasjenjenje u smislu moguće infiltracije uz pleuralne priraslice. Serološki testovi na uzročnike atipičnih pneumonia te Rickettsiae bili su u negativni. U početku je liječen dvojnou antibioticom

terapijom uz obilnu parenteralnu rehidraciju bez ikakvog poboljšanja, a trećeg dana liječenja na potkoljenicama se pojavljuje palpabilna purpura uz izrazitu cijanozu nožnih prstiju obostrano te asimetrična peronealna pareza uz "pijetlov hod." Tada se posumnjalo na sistemski vaskulitis i započelo liječenje sa 100 mg metil-prednizolona dnevno uz ranije antibiotike. Određena je i široka paleta autoimunih testova. Direktnom imunofluorescijom (DIF) kože nađeni su depoziti fibrinogena, IgA i C3 u stijenkama krvnih žila papilarnog dermisa, a biopsijom kožnih promjena potvrđena je dijagnoza leukocitoklastičnog vaskulitisa. Na primijenjenu terapiju kliničko stanje bolesnika počelo se brzo poboljšavati, postao je afebrilan, a purpura i lividitet okrajina se povlače. EMNG donjih udova ukazao je na tešku senzomotornu polineuropatiju aksonalnog tipa. MSCT pluća otkrio je medijastinalnu, pretrahealnu i obostranu hilarnu limfadenopatiju s limfnim čvorovima do 2,2 cm te aksilarnu i supraklavikularnu limfadenopatiju do 1,6 cm veličine. Citološka punkcija više limfnih čvorova vrata i aksila evaluirana je kao reaktivna hiperplazija. Potkraj prvog tjedna liječenja zabilježen je značajni pad leukocita ($2,8 \times 10^9/l$), trombocita ($89 \times 10^9/l$) i C3 i C4 komponenti komplementa koje su inicijalno bile uredne, a naknadno je pristigao nalaz visoko pozitivnih ANA i anti-dsDNA protutijela, dok su aPL i ANCA bila negativna. Serumska razina testostetona bila je ispod donje granice normalnog raspona u muškaraca. MSCT trbuha otkrio je trokutsti hipodenzni

tet gornjeg pola lijevog bubrega suspektan na infarkt što se i potvrdilo MSCT angiografijom trbušne aorte. Uvedeno je antikoagulacijsko liječenje heparinom i varfarinom. Temeljem pristiglih nalaza postavljena je dijagnoza sistemskog vaskulitisa pridruženog SLE-u. Bolesnik je nadalje liječen sa 6 ciklusa ciklofosfamida po EURO-LUPUS protokolu, doza glukokortikoida postupno je reducirana, a nakon 3 mjeseca je umjesto ciklofosfamida uveden je azatioprin, antimalarik i nastavljen varfarin. Uz intenzivno fizikalno liječenje potpuno se oporavila

pareza lijevog peronusa, dok je zaostala blaga peronealna pareza desno ali bez pijetlovog hoda. Bolesnik je godinu dana nakon burnog kliničkog početka u remisiji bolesti na maloj dozi glukokortikoida, azatioprinu, antimalariku i varfarinu.

Pretraživanjem literature na engleskom jeziku našli smo tek jedan opisan slučaj infarkta bubrega u sklopu vaskulitisa pridruženog SLE-u u aPL negativnog bolesnika i to u dječaka s teškim oblikom lupusne bolesti.

Ključne riječi: vaskulitis, SLE, infarkt bubrega