

Okresowy krwimocz jako objaw hiperkalciurii nerkowej – opis przypadku

Intermittent massive haematuria as the clinical manifestation of renal hypercalciuria – a case report

Piotr Adamczyk¹, Beata Banaszak¹, Aurelia Morawiec-Knysak¹, Omar Bjanid¹, Tatiana Augustyn-Iwachów¹, Danuta Gmyrek²

STRESZCZENIE

Wstęp. Okresowo występujący makroskopowy krwimocz jest objawem o małej swoistości i często przysparza dużych trudności diagnostycznych.

Cel pracy. W pracy przedstawiamy przebieg diagnostyki i leczenia 7-letniego chłopca przyjętego do Kliniki Pediatrii z powodu okresowo występującego masywnego krwimoczu.

Opis przypadku. W okresie 2 miesięcy poprzedzających hospitalizację u chłopca kilkakrotnie obserwowano incydenty krwimoczu, a w badaniach moczu stwierdzano krwinkomocz bez białkomoczu. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki, po wykluczeniu wielu innych przyczyn, u chłopca rozpoznano hiperkalciurię nerkową. Włączono leczenie hydrochlorotiazidem i tlenkiem magnezu, uzyskując normalizację hiperkalciurii oraz ustąpienie incydentów krwinkomoczu i normalizację w zakresie badania osadu moczu.

Wnioski. Hiperkalciuria powinna być uwzględniana w diagnostyce różnicowej okresowego krwimoczu. Ze względu na nieswoisty charakter analizowanego objawu i jego możliwe powiązania z chorobami o poważnym rokowaniu, pomimo ustalenia rozpoznania konieczna jest staranna dalsza obserwacja naszego pacjenta.

Słowa kluczowe: hiperkalciuria, krwimocz

SUMMARY

Background. Intermittent massive haematuria is a non-specific symptom and it may be difficult to establish its reason.

Aim of the study. We describe the medical history of 7 y. old boy, who was admitted to Pediatric Clinic due to intermittent massive haematuria.

Case report. Several incidents of massive haematuria were observed in the patient within two months before admission. Microscopic haematuria with no proteinuria was also confirmed in urinalysis. After excluding many other reasons of haematuria the renal hypercalciuria was finally diagnosed. Treatment with hydrochlorothiazide and magnesium oxide was introduced, and normalization of hypercalciuria was reached. During therapy no incidents of haematuria were observed and most of urinalysis were in normal limits.

Conclusions. Hypercalciuria should be considered as one of possible reasons for intermittent massive haematuria. Our patient, although diagnosed, needs long-lasting thorough follow-up because of non-specific character of analysed symptom and its possible relations to many disorders with very serious outcome.

Key words: haematuria, hypercalciuria

Pediatr Pol 2009;
84 (2): 187–191

© 2009 by Polskie

Towarzystwo

Pediatryczne

Otrzymano/Received:

15.09.2008

Zaakceptowano do

druku/Accepted:

28.01.2009

¹Katedra i Klinika Pediatrii

w Zabrzu Śląskiego

Uniwersytetu

Medycznego

w Katowicach

Kierownik:

prof. dr hab. n. med.

Antoni Dyduch.

²Oddział Pediatryczny

Szpitala Zespołowego

w Kędzierzynie-Koźlu

Ordynator:

lek. Danuta Gmyrek

Konflikt interesu/

Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają

konfliktu interesów

Adres do korespondencji/

Address for

correspondence:

dr n. med. Piotr Adamczyk

Katedra i Klinika Pediatrii

ul. 3-go Maja 13/15

41-800 Zabrze

tel. (032) 37 04 287;

0 604 533 487

fax: (032) 271 87 01

e-mail:

adamczyk@konto.pl

Obecność nadmiernej liczby erytrocytów w moczu określana jako (mikroskopowy) krwinkomocz lub (makroskopowy) krwimocz należy do zaburzeń, które dość często stanowią punkt wyjścia w diagnostyce nefrologicznej. Przez pojęcie krwinkomoczu rozumie się występowanie powyżej 5 erytrocytów w polu widzenia mikroskopu przy ocenie osadu odwirowanego moczu pod powiększeniem 400-krotnym [1]. Do zmiany zabarwienia moczu uchwytnej makroskopowo dochodzi w przypadku obecności co najmniej 0,5 ml krwi w 1 litrze moczu [1]. Incydent makroskopowego krwimoczu, nawet pojedynczy, jest zwykle źródłem wielkiego niepokoju pacjenta i jego rodziny i zazwyczaj bywa pochytywany za objaw poważnej choroby układu moczowego.

Wstępna diagnostyka różnicowa po przebytych incydencie krwimoczu jest ukierunkowana na rozstrzygnięcie, czy jest to objaw izolowany, czy też zespół objawów klinicznych i laboratoryjnych, wśród których krwimocz został jedynie dostrzeżony jako pierwszy. Jej przeprowadzenie nie wymaga zaangażowania skomplikowanych metod diagnostycznych; ważne, aby działania diagnostyczne podjęte były szybko. Wykluczenie współistniejącego białkomoczu, upośledzenia funkcji wydalniczej nerek, nadciśnienia tętniczego, zakażenia dróg moczowych, anomalii anatomicznych w zakresie układu moczowego czy szeregu objawów „pozanerkowych” jest zwykle korzystnym wstępnym rozstrzygnięciem dla pacjenta. Nie oznacza jednak zakończenia procesu diagnostycznego,

a wprost przeciwnie – otwiera drogę do podjęcia skomplikowanej diagnostyki problemu określanego jako „izolowany krwinkomocz/krwimocz”.

Mnogość i różnorodność badań, których wykonanie jest sugerowane w diagnostyce izolowanego krwimocz u zgodnie z przyjętymi standardami, najlepiej odzwierciedla, z jak dalece niespecyficznym objawem mamy do czynienia [1]. Planując przebieg diagnostyki poruszamy się pomiędzy badaniami zupełnie nieinwazyjnymi, w pełni bezpiecznymi (ultrasonografia, badania laboratoryjne moczu) a procedurami inwazyjnymi, obciążonymi ryzykiem powikłań (skomplikowane badania obrazowe związane z podażą kontrastów radiologicznych i ekspozycją na dużą dawkę promieniowania jonizującego, biopsja nerki). Dobór kolejnych badań u określonego pacjenta, niezależnie od powszechnie przyjętych ogólnych wytycznych, musi być nacechowany indywidualizacją, a nadrzędnym celem wczesnego okresu diagnostyki powinno być wykluczenie chorób obciążonych poważnym rokowaniem. W tym aspekcie trzeba pamiętać, że krwimocz należy do objawów, które powinny wzbudzać tzw. czujność onkologiczną. Uwaga ta w pełni odnosi się do pacjentów dorosłych, zwłaszcza w wieku średnim i starszym. U dzieci prawdopodobieństwo, iż izolowany krwimocz jest symptomem choroby nowotworowej układu moczowego, jest na szczęście wielokrotnie mniejsze, ale stanowczo wymaga uwzględnienia w diagnostyce różnicowej [2].

W diagnostyce izolowanego krwimocz u warto dostrzec ryzyko napotkania (co najmniej) dwóch „pułapek”. Po pierwsze – objaw ten może być sygnałem szerokiego spektrum zaburzeń, do których należą zarówno przyczyny zupełnie błahie, niewinne, jak i obciążone złą prognozą. Po drugie – bardzo nieswoisty charakter objawu przekłada się na możliwość współistnienia u tego samego dziecka dwóch różnych przyczyn krwimocz u, a rozpoznanie jednej z nich może „uśpić czujność diagnostyczną”. Odzwierciedleniem tych problemów diagnostycznych jest przebieg diagnostyki u naszego pacjenta; możemy je również odszukać w piśmiennictwie źródłowym [3–5].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przebiegu diagnostyki i leczenia 7-letniego chłopca przyjętego do Kliniki Pediatrii z powodu okresowo występującego masywnego krwimocz u. W szczególności sposób pragniemy podkreślić napotkane trudności diagnostyczne oraz wątpliwości towarzyszące ustaleniu ostatecznego rozpoznania.

Opis przypadku. 7-letni chłopiec został przyjęty do Kliniki z powodu okresowo występującego krwimocz u. Makroskopowy krwimocz po raz pierwszy został zauważony około 6 tygodni przed przyjęciem do szpitala. Od tamtej pory kilkakrotnie obserwowano incydenty krwistego zabarwienia moczu (zwykle pojedyncze porcje), a praktycznie we wszystkich wy-

konanych w tym okresie badaniach ogólnych moczu potwierdzono krwinkomocz. Nie stwierdzano innych nieprawidłowości w zakresie badania ogólnego moczu; przede wszystkim nie obserwowano białkomocz u.

Przy przyjęciu do Kliniki stan dziecka był dobry. W badaniu fizykalnym – poza bardzo nasiloną próchnicą zębów mlecznych – nie stwierdzono istotnych odchyleń od normy. W celu ustalenia przyczyny krwinkomocz u/krwimocz u przeprowadzono wiele badań diagnostycznych-laboratoryjnych i obrazowych. W badaniu bakteriologicznym moczu, pobranego na początku hospitalizacji, stwierdzono wzrost bakterii *Pseudomonas aeruginosa*. Zastosowano antybiotykoterapię celowaną (ceftazydym) uzyskując wyjałowienie dróg moczowych, leczenie odkażające nie miało jednak wpływu na zmiany w badaniu ogólnym moczu. Co więcej – w trakcie leczenia także obserwowano dwukrotnie krótkotrwałe incydenty makroskopowego krwimocz u.

W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej nie stwierdzono nieprawidłowości anatomicznych w zakresie układu moczowego ani obecności złożeń w obrębie nerek i dróg moczowych. Na podstawie badania dopplerowskiego wykluczono także występowanie konfliktu naczyniowego żyły nerkowej lewej z tętnicą kręzkową górną i aortą (tzw. zespół dziadka do orzechów) jako przyczynę obserwowanych objawów. Wykluczono także skazę krwotoczną małopłytkową i osoczną. Wyniki badań biochemicznych krwi (w tym proteinogram, lipidogram, składowe dopełniacza) były prawidłowe.

Istotnym etapem diagnostyki okazały się badania biochemiczne moczu. Stwierdzono nieprawidłowości w zakresie wydalania substancji mineralnych, przede wszystkim hiperkalciurię. Wydalanie wapnia określone na podstawie dwukrotnie przeprowadzonej dobowej zbiórki moczu wynosiło 9,36 mg/kg m.c./dobę i 7,56 mg/kg/dobę (norma: <4,0 mg/kg m.c./dobę), a wskaźnik wapniowo-kreatyninowy dla pojedynczej (porannej) porcji moczu miał wartość 0,28 mg/mg (norma: <0,21 mg/mg). Inne wykryte zaburzenia obejmowały nadmierne wydalanie szczawianów (711 $\mu\text{mol}/1,73\text{m}^2$ p.c./dobę – norma: <450 $\mu\text{mol}/1,73\text{m}^2$ p.c./dobę), kwasu moczowego (17,95 mg/kg m.c./dobę – norma: <12 mg/kg m.c./dobę) i fosforu (29,14 mg/kg m.c./dobę – norma: <20 mg/kg m.c./dobę), choć hiperurykozuria i hiperfosfaturia nie znalazły odzwierciedlenia w analizie biochemicznej porannej porcji moczu – wartość wskaźnika kwas moczowy/kreatynina wynosiła 0,67 mg/mg (norma: <0,8 mg/mg), a wskaźnika fosfor/kreatynina 0,78 mg/mg (norma: 0,3–0,8 mg/mg). Ponadto w analizie porcji moczu wykazano bardzo niską wartość wskaźnika Mg/Ca – 0,22 mg/mg (norma: 0,8–1,3 mg/mg), przy dobowym wydalaniu magnezu wynoszącym 143 mg/1,73m² p.c./dobę (norma: >480 mg/1,73m² p.c./dobę). Diagnostykę poszerzono o wy-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2678272>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2678272>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)