

IL CASO CLINICO

a cura di G. Garosi

Biopsia renale complicata da ematoma perirenale induce riacutizzazione di lupus eritematoso sistemico: due casi

Da: *Nephrology Dialysis Transplantation* 1996; 11: 2299-2301

Bachmeyer C, Pertuiset E, Grateau G, Blanche P, Dhote R, Sereni D

Una donna di 43 anni viene ricoverata per dolore alle mani con impedimento funzionale. L'anamnesi è positiva per lupus eritematoso sistemico dall'età di 29 anni; tale patologia ha causato alla paziente in passato poliartrite non deformante e non erosiva alle articolazioni interfalangee prossimali delle mani e metacarpofalangee, al polso e ai ginocchi, fenomeno di Raynaud, pericardite e proteinuria di 3 g/die. La paziente ha spontaneamente interrotto la terapia 2 anni prima del ricovero. All'ingresso la paziente dimostra modesta iperpiressia (37.5°C) e impedimento funzionale bilaterale alle mani. La VES è 115 mm/h, la funzione renale normale (clearance della creatinina 95 ml/min). All'elettroforesi delle proteine sieriche è presente ipergammaglobulinemia; il titolo di anticorpi anti-nucleo è 1/5000 con pattern omogeneo, il titolo di anticorpi anti-DNA nativo è 320 UI/L, l'anticorpo anti-RNP è presente e le frazioni del complemento risultano deficitarie (C3 56 mg/dl, C4 15 mg/dl). Viene eseguita una agobiopsia renale percutanea che dimostra glomerulonefrite focale e segmentale proliferativa classe III, con indice di attività 2. Dopo 48 ore la paziente sviluppa un ematoma pericapsulare, confermato alla TAC, con dolore lombare, iperpiressia (39°C) e anemia che richiede trasfusioni. Dopo sei giorni si verifica stato soporoso ad origine improvvisa, con sindrome piramidale bilaterale e rigidità nucale: la TAC cranio mostra leggera ipodensità della sostanza bianca frontale, la risonanza magnetica della testa mostra aumento diffuso del segnale, l'EEG è positivo per anomalie diffuse, la rachicentesi evidenzia 1 cellula/mm³, 1.35 g/L di proteine e glicorachia nella norma. L'attività del lupus secondo lo score SLEDAI era 12 all'atto della biopsia ed almeno 21 allo sviluppo della sintomatologia neurologica. Un trattamento endovenoso con antibiotici ed acyclovir risulta

inefficace, mentre 3 boli endovenosi di metilprednisolone di 1 g/die seguito da prednisone *per os* 1 mg/kg/die producono un netto miglioramento. Il secondo caso è relativo ad una donna di 32 anni, sofferente da 4 anni per poliartrite simmetrica non erosiva con positività della ricerca di anticorpi antinucleari e anti-DNA nativo. La paziente viene ricoverata per una valutazione generale. La VES risulta 102 mm/h, è presente ipergammaglobulinemia. La clearance della creatinina è normale (102 ml/min), mentre è presente modesta proteinuria (0.12 g/die). Risultano positivi gli anticorpi antinucleo (1/1000) e quelli anti-DNA nativo (>500 UI/ml); ridotti i valori di C3 (54 mg/dl) e C4 (7 mg/dl). Viene effettuata una biopsia renale percutanea, che dimostra glomerulonefrite segmentale (classe III) con indice di attività 1. Dopo tre giorni si sviluppano ematuria, dolore lombare, temperatura 39°C, anemia che richiede trasfusioni. Una TAC addome evidenzia un voluminoso ematoma perirenale e l'arteriografia dimostra due aneurismi iatrogeni dell'arteria retroperitoneale. Lo score SLEDAI aumenta da 8 prima della biopsia ad almeno 13. Il prednisone *per os* 0.5 mg/kg/die consente un drammatico miglioramento, con remissione della febbre e recupero dello stato generale in 48 ore.

Le complicazioni della biopsia renale sono ben conosciute e comprendono principalmente macroematuria, ematoma perirenale, fistole artero-venose, aneurismi ed infezioni. I due casi riportati costituiscono la prima segnalazione di acutizzazione di lupus eritematoso sistemico in seguito a biopsia renale complicata da ematoma perirenale. Gli Autori suggeriscono che il trauma all'origine dell'ematoma perirenale e lo stress secondario all'iperpiressia ed all'anemizzazione giochino un ruolo nella genesi della riacutizzazione del lupus eritematoso sistemico. ●