

Handledarversion

## Typfall: Anna 50 år – trötthet, hosta och stigande kreatinin

Termin: T8

Tema: NME

Ansvarig: Khalid Ibrahim

### Ingress:

Anna 50 år, tidigare frisk, sökte för en vecka sedan på hälsocentral pga trötthet, hosta, subfebrilitet. Då noterats ett CRP på ca 100 samt ett krea på 120 som bedömdes som dehydrering. Blev insatt på Kåvepenin samt ombedd att dricka rikligt med vätska. Dessförinnan haft en mediaotit samt sinuit, aldrig känt sig helt bra emellan.

Söker nu på akutmottagningen pga utebliven förbättring av sin hosta/sjukdomskänsla.

*Fallet skall illustrera en patient med **vaskulitsjukdom med njurengagemang**.*

### Lärandemål relaterat till fallet:

**Förklara epidemiologi, patogenes, symtomatologi, diagnostik, differentialdiagnostik, behandling och prevention vid vanliga sjukdomar/tillstånd samt mindre vanliga, men principiellt viktiga, sjukdomar/tillstånd inom ramen för tema Neuro-rörelse och tema Nutrition, Metabolism och Elimination.**

Sjukdomar/tillstånd (S4 om inget annat anges)

- Glomerulära sjukdomar
- Akut njurskada
- Njursjukdom sekundär till systemsjukdomar
  - Vaskulitsjukdomar med njurengagemang
  - SLE
  - Myelom
  - Amyloidos

Symptomatologi och diagnostiska fynd (S4)

- Blod i urin
- Stor eller liten urinmängd

Diagnostiska metoder (S4)

Laboratoriemedicin

- Syra-Bas rubbningar

## Handledarversion

- Elektrolytrubbningar
- Njurfunktion

## Klinisk Patologi

- Cytologisk och histopatologisk undersökning

## Symtom och eventuella diagnoser som fallet berör och som bör diskuteras:

### Vaskulitsjukdom med njurengagemang

- Känna igen sjukdomsbilden, diagnos samt differentialdiagnoser.
- Känna till utredningsgång med adekvata serologiska undersökningar; i detta fall ANCA serologi samt anti-GBM.
- Njurbiopsi för fastställande av diagnos, känna till den typiska njurbiopsibilden med segmentella nekroser och crescents i glomeruli samt neg. immunofluorescens.
- Bedömning av graden av njurengagemang samt annat organengagemang.
- Förstå att inledande av behandling är brådskande.
- I grova drag känna till något om behandlingen i akut skedet. Vanligen immundämpande behandling med högdos kortison samt Sendoxan alt. Mabthera samt i svåra fall ev tilläggsbehandling med aferes.
- Studenterna kan komma in på andra former av snabbt förlöpande glomerulonefrit (RPGN= rapidly progressive glomerulonephritis)
- Antibasalmembranefrit = Goodpastures sjukdom eller syndrom
- Delmanifestation i annan systemsjukdom t.ex SLE och IgA-vasculit (tidigare Henoch-Schönlein purpura).

Handledarversion

**Försök uppmana till pararell separerad tankemönster för att få struktur (handläggning av AKI komplikationer vs diagnostik av etiologi)**

**Diskussionsfrågor del 1:**

Vilka differentialdiagnoser övervägs? Hur tolkas njurfunktionsnedsättningen?

Vad i anamnesen är bestickande för en vaskulit? Hur bedöms hennes vätskestatus?

AKI – vilka metabola komplikationer behöver adresseras på AKM? (K/Acidos)

Vad är urinstickans roll och hur tolkas denna? Vilken initial provtagning är lämplig? Vårdnivå? Vilka ordinationer ges till avd?

**Diskussionsfrågor del 2:**

(AKI-komplikationer vs diagnostik av underliggande orsak)

Hur tolkas urinsediment fynden? Arbetsdiagnos?

Varför två olika metoder för ANCA?

Initial handläggning av AKI? Annan provtagning?

Varför antibiotika?

**Diskussionsfrågor del 3**

Vad ses på njurbiopsin? Patofysiologi?

Hur vill du handlägga njursvikten?

Hur behandlas i detta fall GPA? Behandlingsprinciper?

Komplikationer av sjukdomen och behandling? Om Anna var 30 år? (infertilitet, osteoporos, vaccination, profylax, malignitetsrisk)

När bör dialys övervägas?

Hur utvecklas sjukdomen på på sikt?

---

Vid förfrågan:

EKG: Sinusrytm utan hyperkalemiförändringar.

ANA positiv men låg titer.

Komplement: normalt

Proteinelfores: Kraftig inflammatorisk reaktion, ingen M-komponent