

Tytuł: Klasyfikacja Oxford nefropatii IgA – komentarz / Comment on the Oxford classification of IgA nephropathy

Słowa kluczowe:

Keywords:

Autorzy:

prof. dr hab. Ryszard Grenda - Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Streszczenie:

Nefropatia IgA (choroba Bergera) jest najczęstszą postacią pierwotnego kłębuszkowego zapalenia nerek. W Polsce stanowi około 10–25% przypadków kłębuszkowego zapalenia nerek. Rozwija się przeważnie u dzieci i młodych dorosłych, częściej u mężczyzn (w Polsce 3:1). U części pacjentów zaburzeniem odpowiedzialnym za odkładanie IgA jest defekt glikozylacji – niedobór 1,3-beta-galaktozotransferazy. Do rozwoju nefropatii IgA predysponować może również obecność antygenów HLA Bw12, Bw35 i DR4. Podstawowym objawem klinicznym nefropatii IgA jest stały lub okresowy krwinkomocz z towarzyszącym niekiedy umiarkowanym białkomoczem. Rzadko nefropatia IgA przyjmuje pierwotnie postać niewydolności nerek, ciężkiego nadciśnienia tętniczego lub zespołu nerczycowego. Potwierdzenie rozpoznania nefropatii IgA opiera się na badaniu immunofluorescencyjnym lub immunohistochemicznym biopsjatu nerki. W mikroskopie immunofluorescencyjnym stwierdza się ziarniste złogi IgA w obrębie mezangium z ogniskowym rozplemieniem lub martwicą. Nefropatia IgA jest główną przyczyną schyłkowej niewydolności nerek (ESRD) wśród pacjentów z pierwotną glomerulopatią. Przebieg choroby jest z reguły powolny, jednakże aż u 30% pacjentów z nefropatią IgA rozwinię się ESRD w ciągu 20 lat. Wystąpienie objawów w wieku dziecięcym wiąże się z reguły z lepszym rokowaniem, podczas gdy podeszły wiek w momencie rozpoznania, nadciśnienie tętnicze, stały krwinkomocz, znaczny białkomocz, obniżona wartość przesączania kłębuszkowego (GFR), zmiany histologiczne cewkowo-śródmiąższowe oraz o typie m.in. szkliwienia kłębuszków i tworzenia półksiężyców stanowią niekorzystne czynniki w rokowaniu.

Abstract: