

constituit 1,9-12,8 mg/dl, în medie-5,99 mg/dl. Valoarea medie a calciemiei a constituit 2,25 mmol/l, iar a PTH-88,8%. Nivelul seric al albuminei a fost cuprins între 1,1g/dl și 5,0g/dl, în medie-4,04g/dl. La 2 pacienți cu vârsta între 78 și 80 ani, valorile albuminuriei s-au aflat sub limita inferioară a normei-3,4g/dl. Valorile Hb serice au variat între 8,8 și 16,5g/dl. La 8 bolnavi dializați Hb s-a situat, în medie, sub 12,0 g/dl. Eficiența hemodializei, apreciată după rata de reducere a ureei - RRU a constituit în medie 72,5%. Diagnosticul de osteoporoză a fost stabilit în 95,2% cazuri, fiind confirmat radiologic prin prezența sindromului de osteopenie.

Concluzii:

1. La pacienții vârstnici, incluși în tratament cu hemodializă iterativă, maladia de bază, generatoare de IRC,

a fost pielonefrita cronică -28,6%, urmată de nefropatia diabetică -23,8%, nefropatia analgetică-9,6%, nefrolitiază -4,8%; glomerulonefrita cronică, evident având o pondere mică -4,8%.

2. Hiperfosfatemia e decelată în 71,4%, îndepărtarea toxinelor uremice contribuind la menținerea PTH majorat în ser, fapt confirmat și în literatura de specialitate.

3. Valorile medii normale ale calciului seric, ale hemoglobinei serice denotă un răspuns bun la vârstnicii dializați în rezultatul tratamentului cu preparate de calciu, fier, eritropoetină.

4. Starea de nutriție bună (albumina în medie-4,04 g/dl), eficiența hemodializei- (URR 72,5%) justifică includerea vârstnicilor în lista celor cu șanse de supraviețuire prin hemodializă.

DIFICULTĂȚI DE INTERPRETARE A MODIFICĂRILOR PULMONARE LA BOLNAVUL UREMIC (caz clinic)

V. Botnaru, A. Gavriliuc, Doina Rusu, Oxana Munteanu, Ludmila Panfil

Catedra de Medicină Internă Nr 2 USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

„Uremic lung” is a spectrum of pulmonary disease in renal failure which ranges from asymptomatic changes in pulmonary capillary membrane permeability to pulmonary edema and finally to uremic pneumonitis. Pulmonary edema in uremic patient caused considerable difficulties of distinction on plain chest X-ray with other pulmonary lesions.

„Plămânu uremic” este definit ca un sindrom clinicoradiologic polimorf, legat patogenetic de uremie și caracterizat histologic prin exsudare intra- sau/și interalveolară, cu reacție histio-monocitară caracteristică și prin răspuns particular al celulelor alveolare mari. Cazul de edem pulmonar la un pacient uremic creează dificultăți de interpretare a modificărilor radiologice.

Retenția de lichid în uremie determină deseori insuficiența cardiacă congestivă și/sau edemul pulmonar. Dar sunt raportate cazuri de edem pulmonar necardiogen (presiunea în artera pulmonară fiind normală), datorat creșterii permeabilității capilarelor pulmonare și transsudării intraalveolare a lichidului bogat în proteine.

Reacția epiteliului alveolar (injuria pneumocitelor) și exsudatul fibrinoid septal sau intraalveolar sunt considerate elementele histologice caracteristice plămânului uremic, dar nu patognomonice.

Mecanismele implicate în patogenia plămânului uremic sunt multiple: retenția hidrică, hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, toxemia uremică, hipoxemia, anemia, modificările proteinelor plasmatiche, mecanismele imunoalergice, însă nu există dovezi sigure pentru a susține vreunul dintre ele. Este posibil ca principalul mecanism să-l constituie modificările cantitative și calitative ale

surfactantului pulmonar, determinate de tulburările hidro-electrolitice, toxice și metabolice din cursul oricărei insuficiențe renale.

Radiologic, apare o opacitate „în aripi de fluture”, de intensitate subcostală, difuză, cu baza la hil și infrahilar. Clinic există o discrepanță între dispnee, semnele radiologice și examenul obiectiv cu date puțin relevante.

Prezentare de caz

Pacientul L., în vârstă de 27 ani, este internat în SATI a spitalului „Sfântul Arhangel Mihail” în stare inconștientă (comă I). Cartela de ambulator absentă; însoțitorii consemnează administrarea unui tratament în staționarul de nefrologie 1 an în urmă; alte date anamnestice – lipsă.

Obiectiv pacientul cașectic, tegumentele palide, tahipneic (FR 30-35/min), respirație tip Cheyne-Stockes cu halenă amoniacală. Semne de edem pulmonar (spută spumoasă, raluri umede difuz bilaterale); anurie (la cateterizare 100 ml urină); TA 120/60 mmHg, FCC 120/min.

La examenul radiologic al cutiei toracice s-au determinat semne de edem pulmonar: opacitate „în aripi de fluture”.

Biologic: hemoglobina 84 g/l, eritrocite $2,8 \times 10^{12}/l$, leucocite $19,2 \times 10^9/l$, nesegmentate-22%, VSH 31 mm/oră. Datele biochimice confirmă insuficiența renală terminală (ureea 49,1mmol/l; creatinina 1360,7mmol/l). Ultrasonografic nu s-a reușit vizualizarea rinichilor.

La un pacient cu antecedente necunoscute prezența modificărilor caracteristice pentru insuficiența renală avansată impune necesitatea diagnosticului diferențial cu sindroamele reno-pulmonare: granulomatoza Wegener, Goodpasture, leptospiroza, uremia.

La necropsie (deces peste 13 ore de la internare) au fost confirmate glomerulonefrita, edemul pulmonar și edemul cerebral. Macroscopic rinichii de dimensiuni foarte mici (stângul – 8,1 cm, dreptul – 7,2 cm), cu subțierea extremă a stratului cortical (2-3 mm). Histologic interstițiul fibrosat,

îngroșare hialină a vaselor cu necroze fibrinoide ale pereților, glomerulii hialinizați, unii glomeruli cu leziuni proliferative endo/extracapilare (semilune fibrozate). Examenul necroptic a mai pus în evidență bronhopneumonia pe stânga, prezența căreia a fost subestimată radiologic.