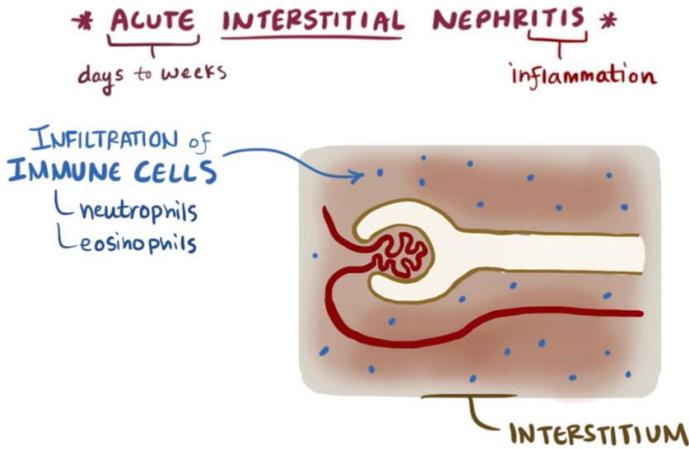


التهاب الكلية الخلالي (الحاد والمزمن)

السلام عليكم ..

- ✧ سنتناول في محاضرتنا هذه موضوع التهاب الكلية الخلالي بنوعيه الحاد والمزمن.
- ✧ وهي المحاضرة الأخيرة في قسم الدكتور قصي حسن، دراسة موفقة ^_^.

التهاب الكلية الخلالي الحاد Acute Interstitial Nephritis



التعريف:

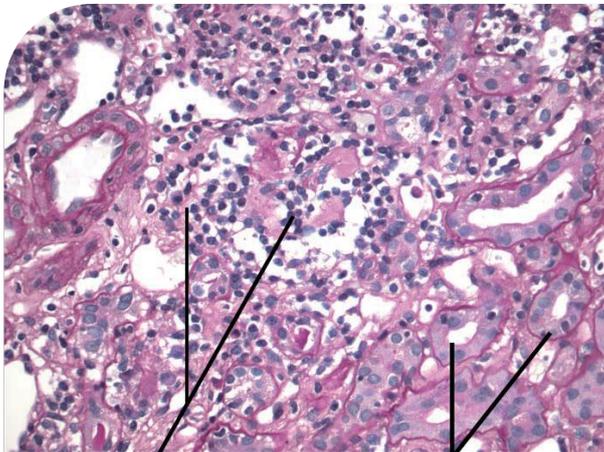
- ◉ هو مرض حاد، غالباً عكوس، يتصف بوجود وذمة مع رشاحة التهابية مؤلفة من خلايا عديدة النوى وحمضات ولمفاويات في خلال الكلوي¹، دون وجود إصابة كلية.

الأسباب:

- ◉ تعتبر الأدوية السبب الرئيسي لالتهاب الكلية الخلالي الحاد (75% من الحالات).

◉ من الأسباب الأخرى (5% لكل سبب):

- ◀ الإنتانات.
- ◀ الأمراض الجهازية (الساركويد، جوغن، الذئبة الحمامية).
- ◀ الأورام.
- ◀ الرفض الكلوي.
- ◀ مجهول السبب.



الخلايا اللمفاوية

الأنابيب الكلوية

سنتناول كل من الأسباب السابقة بالتفصيل ...

¹ تذكر: يتضمن الخلل الكلوي أوعية دموية، وأنابيب كلوية، وخلايا ميزانشيمية.

التهاب الكلية الخلالي الحاد الدوائي



Medications (major cause)

- Antibiotics (esp. beta-lactams)
- NSAIDs
- Sulfonamides
- Proton pump inhibitors
- Diuretics
- Many others

❖ وصفت أولى الحالات في الستينات والسبعينات من القرن الماضي

بعد إعطاء دواء **الميتيسيلين Methicillin**.

❖ لائحة الأدوية التي اتهمت بإحداثه طويلة، سنذكر أشيعها:²

(a) **الصادات الحيوية: البيتا لاكتام** (بشكل خاص

السيفالوسبورينات كالروسيفلكس وغيرها) -

الفلوروكينولون - السلفوناميد - الريفامبيسين -

فانكوميسين - إرثروميسين - إيتامبيتول.

(b) **المسكنات: مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (NSAIDs)**

كمثبطات السيكلو أوكسيجيناز 2 (COX2 inhibitors).

(c) **المضادات الفيروسية: أسيكلوفير - إندينافير.**

(d) **مضادات الحموضة:**

مثبطات مضخة البروتون (PPI)³ - حاصرات مستقبلات الهيستامين 2 (H2 antagonist).

(e) **المدرات: هيدروكلورثيازيد - فوروسيميد - تريامتيرين - كلورتاليدون.**

(f) **مضادات الاختلاج: فينيتوئين - كاربامازين - فينوباربيتال.**

(g) **الألوبورينول⁴ والأعشاب الصينية: تتكرر كثيراً الإصابة بسببها.**

ملاحظة:

- الأذية الكلوية هنا لا تعتمد على جرعة الدواء المسبب وإنما تحدث بآلية تحسسية.
- الجنتاميسين لا يسبب التهاب خلالي وإنما قد يؤدي للقصور الكلوي. أرشيف

أولاً: التظاهرات السريرية

❖ تقسم التظاهرات حسب سببها إلى:

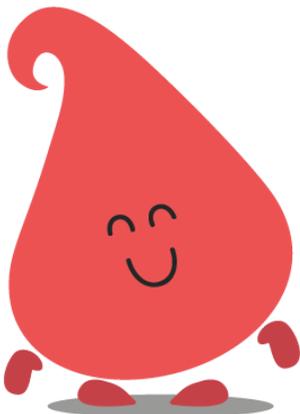
♦ التهاب الكلية الخلالي الناجم عن الـ NSAIDs.

♦ التهاب الكلية الخلالي الناجم عن الأدوية الأخرى.

² نظرياً يمكن لأي دواء أن يسبب التهاب كلية خلالي حاد ولكن ثمة أدوية تُشاهد بشكل متكرر.

³ في الدراسات الحديثة وُجد أنها تؤدي أيضاً إلى التهاب كلية خلالي مزمن.

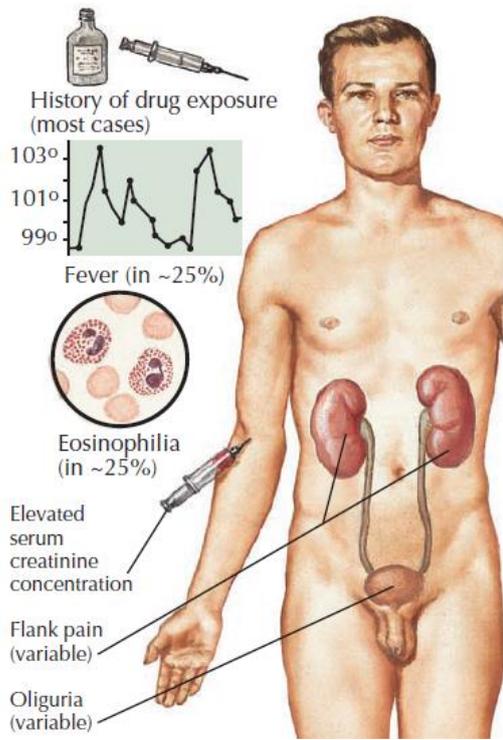
⁴ دواء خافض لحمض البول.



أولاً: التهاب الكلية الخلالي الناجم عن الـ NSAIDs:

- ◆ تظهر الأعراض عادةً بعد **فترة زمنية طويلة** من تناول الدواء (**وسطياً 6 أشهر**)، كما قد تظهر بعد أيام أو بعد 2-4 سنوات من تناول الدواء.
- ◆ **المتلازمة النفرولية والوذمات شائعين**⁵ (75٪ من المرضى وخاصةً فوق 50 سنة).
- ◆ **أعراض فرط تحسس نادرة الحدوث** أقل من 10٪.
- ◆ **قد يحدث نخر حليمي:** بالإضافة إلى تأثير الدواء بالآلية المناعية، فإنه يسبب تقبض الشريان الوارد ونقص تروية في اللب الكلوي، مؤدياً إلى نخر يتظاهر بقولنج كلوي.

ثانياً: التهاب الكلية الخلالي الناجم عن الأدوية الأخرى:



- ◆ تظهر بعد **أيام إلى أسابيع** من تناولها.
- ◆ تُقسم التظاهرات إلى **كلوية وغير كلوية**:

1. التظاهرات الكلوية:

- ◆ **أذية كلوية حادة:** هام تتواجد دائماً وتكون خفيفة الشدة عادةً، لكن ممكن أن تكون شديدة تستلزم التحال (قد يكون مؤقت أو دائم)، وتنجم بشكل رئيسي عن الوذمة الخلالية.
- ◆ **بيلة بروتينية:** عادةً أقل من 1 غ/24 ساعة (خفيفة).
- ◆ **بيلة دموية:** مجهرية وأحياناً عيانية **دون أسطوانات كريات حمراء**، وهذا ما يميزها عن التهابات الكبد والكلية فهنا لا يوجد أذية كبية.
- ◆ **بيلة قيحية عقيمة (حمضات):** وجود الحمضات في البول موجه بشدة لالتهاب الكلية الخلالي الحاد، وتُكشف بفحص البول بإجراء تلوين خاص.
- ◆ **أسطوانات قيحية:** تشاهد في التهاب الكلية الخلالي الحاد والتهاب الحويضة والكلية وهي مميزة لهذين المرضين ولا تشاهد في غيرهما من أمراض.
- ◆ **ألم في الخاضرتين (مض).**
- ◆ **وذمات وارتفاع توتر شرياني** (قليلة الشيع).

5 نظراً لحدوث أذية كبية مرافقة لالتهاب الكلية الخلالي، وعادةً ما تتحسن المتلازمة النفرولية بعد إيقاف الدواء لعدة أيام.

2. التظاهرات خارج الكلية: تظهر بنسبة 30-40%

- ♦ وهي عبارة عن **أعراض فرط الحساسية:**
- ترفع حروري دون عروءات.
- آلام مفصليّة وألم بطني.
- طفح جلدي حمامي حطاطي.
- ارتفاع حمضات الدم.

ثانياً: التشريح المرضي

♦ **تشاهد الموجودات التالية:**

♦ **رشاحة التهابية:**

- ♦ **متعددة الخلايا** في خلال الكلوي، تتوزع بشكل **بقعي**، وتسيطر في القشر العميق واللب الخارجي.
- ♦ تتكون بشكل رئيسي من: لمفاويات تائية - وحيدات نوى وبالعات - وأحياناً بلاسميات وحمضات وعدلات.

♦ **وذمة خلالية** والتي تكون المسبب الأساسي **للأذية الأنبوبية.**

♦ **بعض الحبيومات والخلايا العملاقة** (أحياناً).

♦ **لا يوجد أذية كبية أو وعائية** والتلوين بالتألق المناعي يكون **سلبياً.**

ثالثاً: التشخيص

- ♦ يكون التشخيص **سريرياً** بشكل أساسي من خلال التظاهرات السريرية السابقة (أذية كلوية حادة، بيلة قيحية عقيمة، بيلة بروتينية خفيفة...) وبوجود قصة دوائية واضحة.
- ♦ ولتأكيد التشخيص نلجأ لإجراء **الخزعة الكلوية**، وذلك عندما تكون الصورة السريرية غير واضحة تماماً.
- ♦ قد يفيد البحث عن **الحمضات في البول** عن طريق: تلوين رايت أو تلوين هانسل.
- ♦ التصوير الومضاني للكليتين بالغاليوم⁶⁷.

⁶ بينما في التهاب الحويضة تكون الرشاحة شاملة للساحة المجهرية، ولكن ذكر الدكتور أن بعض المرضى قد تكون الرشاحة شاملة للخلل (أرشييف).
⁷ عملياً لا يُستخدم نهائياً ولكنه موجود في المراجع.

يكون تحديد الدواء المتهم سهلاً في حال تناول المريض لدواء واحد وصعباً في حال تناول أدوية متعددة.

رابعاً: العلاج

◆ إيقاف الدواء المسبب.

◆ المرض محدد لذاته **ويُشفى عفوياً**، أغلب الحالات يُشفى المريض ويتراجع الكرياتينين خلال أسبوع من إيقاف الدواء.

◆ يُستطب **إعطاء البريدنيزولون** بجرعة 1 ملغ/كغ فموياً ثم يُخفض ويُوقف تدريجياً خلال شهر في

الحالات التالية:

◆ المرضى الذين **يحتاجون للتحال الدموي**.

◆ وجود **أذية كلوية حادة لم تتحسن** بالرغم من مرور أسبوع على إيقاف الدواء المسبب.

التهاب الكلية الخلائي الحاد الإنتاني

★ يحدث إما **بألية الأذية المباشرة**⁸ كما في التهاب الحويضة والكلية الحاد، أو **بألية مناعية**.

★ يُشفى عادةً بعلاج الإنتان المسبب ولا يفيد فيه إعطاء الكورتيكوزون حتى أنه قد يضر.

يُعتبر التهاب الحويضة والكلية الحاد شكلاً من أشكال التهاب الكلية الخلائي الحاد، حيث تكون الإصابة في الأنبوب الصاعد ثم تمتد لتصل إلى الخلال، وعادة لا يسبب أذية كلوية حادة.

★ **أشيع الجراثيم المسببة:** للاطلاع الليجيونيلا - العنقوديات - العقديات - البريمات - بيرسينيا -

بروسيلا - العصيات الكولونية - الكامبيلوباكتر.

★ **أشيع الفيروسات المسببة:**⁹

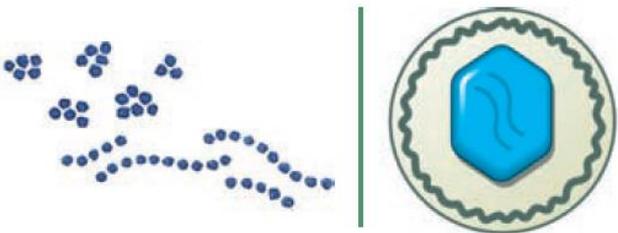
★ **Hantavirus:** يسبب ما يسمى بالحمى النزفية وهي حمى فيروسية تتظاهر بـ:

حرارة - صداع - أعراض هضمية - نقص صفيحات (نزوف) - أذية كلوية حادة.

★ **EBV - HIV - HCV**

★ **CMV - Polyomavirus (BK)**

(بعد زرع الكلية).



Infections

- Bacterial (*Streptococcus, Staphylococcus, Campylobacter, others*)
- Viral (CMV, EBV, HIV, others)
- Fungal (*Histoplasma*)
- Parasitic (*Leishmania donovani*)

⁸ أي بالفيروس أو الجرثوم نفسه.

⁹ بشكل عام تعتبر الإصابة الفيروسية نادرة جداً.

التهاب الكلية الخلالي الحاد المرافق للأمراض الجهازية

1. الساركويد¹⁰

- يُسبب أذية كلوية بأيّتين:
- **أذية كلوية بفراط كلس الدم (غالباً)**.¹¹
- **التهاب كلية خلالي حاد (أحياناً)**: قد يكون معزولاً، أو مترافقاً مع بيلة بروتينية خفيفة وبيلة قبيحية عقيمة.
- كما يترافق في 90٪ من الحالات مع أعراض خارج كلوية للساركويد، فوجوده بشكل وحيد ومحصور بالكلية يُعد نادر جداً.
- تتحسن الوظيفة الكلوية بسرعة بعد **العلاج بالكورتيزون** حيث يتم البدء بجرعة **1 ملغ/كغ** ثم يتم **تخفيضها ببطء**، ويجب **عدم إيقاف المعالجة قبل مرور سنة أو أكثر** وذلك للوقاية من حدوث النكس الذي يعتبر شائعاً عند إيقاف العلاج.

2. متلازمة جوغرن

- تسبب أذية كلوية بأيّتين:
- **خلل وظيفة أنبويّة مزمن** مع نقص بوتاسيوم وحمّاض أنبوبي بعيد (غالباً).
- **التهاب كلية خلالي حادّ** مع أذية كلوية حادة (نادراً).
- التحسن السريع والتام بعد **العلاج** بجرعات عالية من **الكورتيزون** هو القاعدة.

3. الذئبة الحمامية الجهازية

- **نادراً** ما تؤدي إلى حدوث التهاب كلية خلالي **حاد** معزول مع أذية كلوية حادة.
- يكون **التشخيص** عادةً بإجراء **الخشعة الكلوية**.
- يتم **العلاج** بجرعات عالية من **الكورتيزون** مع أو بدون آزاثيوبرين.
- قد يترافق التهاب الكلية الخلالي مع أمراض مناعية أخرى كداء الرصاصات الباردة والتهابات الأوعية.

عادةً تكون الأذية الكبية هي المسيطرة في الذئبة الحمامية، قد تترافق الإصابة الكبية بأذية خلالية تُكشف بالخزعة، أما الإصابة الخلالية الصرفة فهي نادرة جداً.

¹⁰ الأذية في سياقه غالباً مزمنة ولكن قد يؤدي أحياناً لإصابة حادة.

¹¹ تذكر أن الساركويد يترافق بخلل في استقلاب الكالسيوم وارتفاع في تراكيزه الدموية.

التهاب الكلية الخلالي الحاد المرافق للأورام

✘ ارتشاح البرانشيم الكلوي بخلايا ورمية في سياق:

✘ ابيضاضات الدم. ✘ اللمفومات.

✘ **غير عرضية عادةً** ولكن قد تؤدي إلى **ضخامة كليتين**، ونادراً إلى حدوث التهاب كلية خلالي.

✘ يكون العلاج بعلاج الورم الأصلي.

التهاب الكلية الخلالي الحاد في سياق زرع الكلية

✘ من أسبابه:

1. الرفض الحاد الخلوي أو المتواسط بالأضداد:

★ وهو **السبب الأشيع**.

★ قد يؤدي لفقدان وظيفة الكلية المزروعة.

2. اعتلال الكلية بفيروس BK:

★ وهو فيروس من عائلة Polyomavirus.

★ عُرف بعد القيام بزرع الكلية.

★ توجد نسبة كبيرة من المصابين به ويكون

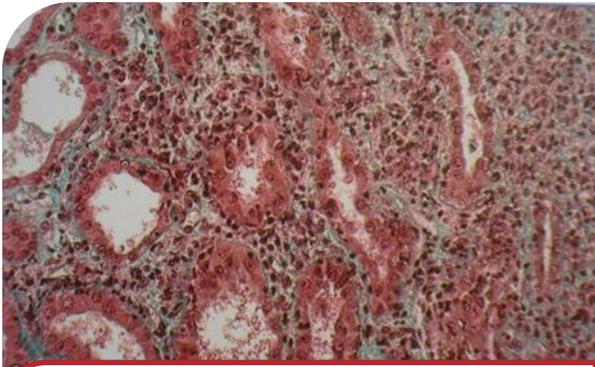
بحالة كمون ضمن الخلايا الكلوية الأنبوبية.

★ يتفعل بوجود التثبيط المناعي ويؤدي لخسارة وظيفة الكلية المزروعة.

★ يُشخّص بالخزعة عند المرضى ذوي الكلية المزروعة، حيث يشاهد الاندخال الفيروسي

ضمن الخلايا.

★ يكون العلاج بتخفيض جرعة مثبطات المناعة.



نلاحظ في الصورة نسيج خلالي برشاحة من اللمفاويات مع نخر أنبوبي وخلايا أنبوبية متنخرة تدل على الإصابة الشديدة والرفض الحاد

التهاب الكلية الخلالي الحاد البدئي (مجهول السبب)

➤ حالة نادرة تحدث عادةً عند **الإناث في الطفولة وسن البلوغ**، وقد تحدث عند الذكور في أي عمر.

➤ تشمل التهاب القرنية والجسم الهدبي مع التهاب كلية خلالي حاد فتشکل ما يسمى:

متلازمة تينو (TINU syndrome: Tubulo-interstitial Nephritis and Uveitis).

➤ **الأعراض البادرية:** عينية - أو متلازمة فيروسية كاذبة (حرارة، آلام عضلية ووهن عام) - وقد تكون كلوية (التهاب كلية خلالي حاد مع أذية كلوية حادة).

➤ **الإذار:**

✍ **ممتاز عند الأطفال** والشفاء هو القاعدة مع أو بدون معالجة بالكورتيزون.

✍ **غير جيد عند البالغين** لذا يستطب العلاج بالكورتيزون للوقاية من ترقى المرض إلى قصور كلوي مزمن.

انتهينا من دراسة الالتهاب الحاد، ننتقل إلى دراسة الالتهاب المزمن..

التهاب الكلية الخلالي المزمن Chronic Interstitial Nephritis

التعريف:

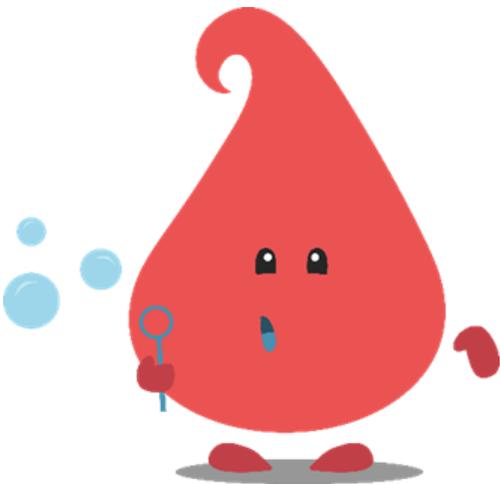
✦ هو حديثة التهايبية مزمنة تؤدي في النهاية إلى: **ضمور أنبوبي، وتليف خلالي مع رشاحة خلوية خلالية** من الوحيدات واللمفاويات.

✦ مسؤول عن 1-3% من حالات القصور الكلوي المزمن.

✦ مسؤول عن حوالي 3-4% من حالات الداء الكلوي النهائي.

أهم الأسباب:

1. **الأدوية:** المسكنات - الليثيوم - السيكلوسبورين - التاكروليموس - السيبلاتين وغيرها.
2. **استقلابية:** الداء السكري الأشيع - فرط حمض البول - فرط كلس الدم - نقص بوتاسيوم الدم - فرط أوكزالات البول - داء السيستينوز¹².
3. **فقر الدم المنجلي أو خلة المنجلي.**
4. **المعادن الثقيلة:** الرصاص - الكاديوم - الزرنيخ - الزئبق.
5. **الأمراض المناعية الذاتية.**
6. **الإنتانات الفيروسية** مثل: EBV - HIV.
7. **الأشعة.**
8. **اعتلال الكلية البلقاني.**



¹² أرشيف: داء السيستوز مرض خاضع للوراثة الجسمية المتنحية، يؤدي لتراكم السيستين داخل اليطول (الجسيم الحال) وبالتالي تشكل بلورات ضمن الخلايا تؤدي إلى فقدان العديد من الأجهزة لوظائفها.

الآلية الإمراضية:

- ✦ تؤدي الأسباب على اختلافها إلى إطلاق مواد جذب كيميائي على مستوى الخلال الكلوي، وزيادة في التعبير لجزيئات الالتصاق الخلوي.
- ✦ مؤديةً إلى جذب الخلايا الالتهابية وإطلاق الوسائط الفعالة وعائياً.
- ✦ والتي تنتهي بـ تفعيل الأرومات الليفية وحدث التليف الخلالي والضمور الأنبوبي.

التظاهرات السريرية:

- ✦ خلل وظيفة نيبية:
- ✦ في الأنبوب القريب: متلازمة فانكوني.
- ✦ في الأنبوب البعيد: حمض نمط 1-4، عدم القدرة على تكثيف البول وبالتالي بوال وسهاف وبيلة ليلية. (لأن تكثيف البول يحصل عادة في الليل كما مر معنا سابقاً).
- ✦ الداء الكلوي المزمن: وغالباً يكون مختلاً.
- ✦ ارتفاع توتر شرياني.
- ✦ موجودات فحص البول والراسب: بيلة قيحية عقيمة وبيلة دموية.
- ✦ بيلة بروتينية: أقل من 1 غ/24 سا.
- ✦ فقر دم باكر:
- ✦ بسبب نقص الإرتروبويتين الذي تفرزه الخلايا الميزانشيمية.
- ✦ فالخلايا الميزانشيمية المفرزة للأرتروبويتين موجودة في الخلال وبالتالي في تليف الخلال يحصل فقر دم بشكل أبكر من الأمراض الكلوية المزمنة الأخرى.



إضافة: للحمض الأنبوبي أربعة أنماط:

- النمط الأول في الأنبوب البعيد.
- النمط الثاني في الأنبوب القريب.
- النمط الثالث في كلا الأنبوبين القريب والبعيد.
- والنمط الرابع كظري سببه نقص ألدوستيرون أو نقص في حساسية مستقبلاته.

التهاب الكلية الخلامي المزمن المحدث بالأدوية

- أشيعها اعتلال الكلية بالليثيوم وهو دواء يستخدم في علاج الفصام.
- التظاهرات السريرية: **بشكل رئيسي بيلة تفهة كلوية** ناجمة عن تراكم الدواء في النبيب الجامع ومعاكسة عمل الفازوبريسين (20% من المرضى)، ونادراً حماض أنبوبي بعيد وفرط كلس الدم.
- لا تتحسن البيلة التفهة بعد إيقاف الدواء**، كما قد يتطور الالتهاب نحو الداء الكلوي النهائي.
- العلاج: تخفيض جرعة الليثيوم مع إعطاء الأميلوريد.

التهاب الكلية الخلامي المزمن الاستقلابي

اعتلال الكلية المزمن بحمض البول¹³

- ★ الآلية المرضية: يؤدي ارتفاع حمض البول المزمن إلى ترسب بلورات بولات الصوديوم في النبيبات الكلوية وخاصة في اللب الكلوي مما يؤدي إلى **انسداد موضع وتمزق في الخلال** وبالتالي حدوث **التليف الخلامي والضمور الأنبوبي**.
- ★ التظاهرات السريرية: ارتفاع توتر شرياني مع داء كلوي مزمن بشكل رئيسي، مع اضطرابات وظيفية أحياناً.
- ★ العلاج: **الألوبورينول** (وهو مضاد للنقرس يمنع تشكل حمض اليوريك)، **وقلونة البول والإماهة**.

اعتلال الكلية المزمن بنقص البوتاسيوم

- ★ الآلية المرضية: تفجّي (تشكّل فجوات 3:) في النبيبات الكلوية مع وجود كيسات كلوية.
- ★ التظاهرات السريرية: **بيلة تفهة كلوية المنشأ** بسبب نقص حساسية المستقبلات للفازوبريسين.
- ★ العلاج: تعويض البوتاسيوم.

اعتلال الكلية المزمن بفرط كلس الدم

- ★ الآلية المرضية: ترسّب الكالسيوم في النبيبات والخلال الكلوي.
- ★ التظاهرات السريرية: كلّاس كلوي مع بيلة تفهة كلوية.
- ★ العلاج: معالجة سبب فرط الكالسيوم مع إعطاء مدر تيازيدي لتخفيف ترسبه ضمن الكلية.

¹³ عادة تكون الأذية حادة في سياق ارتفاع حمض البول ولكن قد يؤدي إلى أذية مزمنة.

يعتبر اعتلال الكلية المزمن بنقص البوتاسيوم أو بفراط كلس الدم من الناحية العملية نادراً جداً وذلك بسبب الأعراض الواضحة التي تظهر جرّاء نقص البوتاسيوم أو فراط الكالسيوم.

سؤال من أحد الطلاب:

- كيف نستخدم المدر التيازيدي في اعتلال الكلية بفراط كلس الدم مع أننا نعلم أنه يطرح كل الشوارد ماعدا الكلس (أي أنه رافع لكلس الدم)؟
- إن الهدف الأساسي من استخدامه هو منع وصول الكالسيوم إلى الكلية لكي لا يترسب في الخلال الكلوي، حتى لو أدى إلى رفع كلس الدم.

التهاب الكلية الخلائي المزمن بالتعرض للمعادن الثقيلة نادر

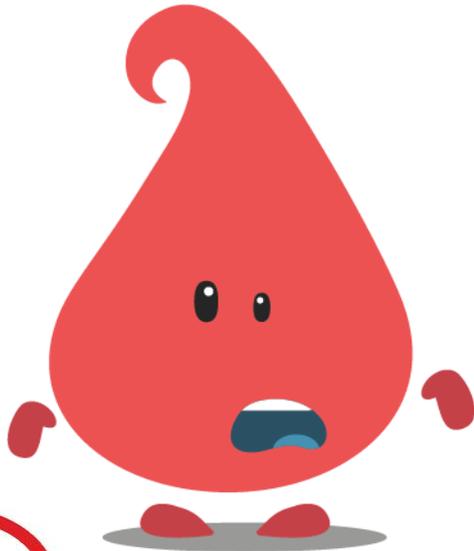
ويتضمن اعتلال الكلية بالرصاص:

- ✦ ينجم عن التعرض **المزمن** للرصاص (الدهان ومعامل البطاريات والذخيرة وغيرها)، أو لشرب نوع من الخمر يدعى Moonshine.
- ✦ **يتراكم** الرصاص في **خلايا الأنبوب القريب** مع **اندخالات داخل النوى** لمعقدات (بروتين + رصاص) ويبقى لعقود عديدة في الجسم.
- ✦ **التظاهرات السريرية:**
- ✦ ارتفاع توتر شرياني - بيلة بروتينية أقل من 2 غ/24 سا - متلازمة فانكوني - ارتفاع حمض البول (شائع بسبب نقص إطراحه مع أعراض نقرسية).
- ✦ قد تظهر أعراض خارج كلوية كاعتلال أعصاب محيطية حركي وفقر دم بسبب ترسب الرصاص في نقي العظم.

✦ **التشخيص:** صعب **ويختلط مع اعتلال الكلية بفراط حمض**

البول، ويتم التشخيص بقياس إطراح الرصاص البولي بعد إعطاء حمض إيتيلين دي أمين تتراسيتيك EDTA.

✦ **العلاج:** إيقاف التعرض وخب الرصاص بواسطة EDTA.



التهاب الكلية الشعاعي للاطلاع

- ⊙ يحدث بسبب التعرض المباشر لكميات كبيرة من الأشعة خلال فترة قصيرة (20-30 غراي خلال أقل من 5 أسابيع).
- ⊙ تناقص حدوثه كثيراً بعد تعديل جرعات العلاج الشعاعي.
- ⊙ الآلية المرضية: حدوث أذية بطانية يتلوها توذم يؤدي إلى انسداد وعائي وتليف خلالي تال.
- ⊙ التظاهرات السريرية: تكون بشكل رئيسي أذية كلية ووعائية من نمط اعتلال أوعية دقيقة خثري، ارتفاع توتر شرياني، أعراض التهاب كلية خلالي.
- ⊙ العلاج: وقائي بحماية الكليتين أثناء العلاج الشعاعي، وتقسيم العلاج الشعاعي لجرعات صغيرة ومتعددة، بعد حدوث الالتهاب يكون العلاج داعم فقط.

التهاب الكلية الخلالي المزمن في الأمراض المناعية

متلازمة جوغرن: (قارن بين التهاب الكلية الخلالي الحاد المرافق لها والالتهاب الخلالي المزمن)

- ⊙ تحدث الإصابة الخلالية المزمنة بنسبة قد تصل حتى 80٪، وتعتبر متلازمة جوغرن من أشيع الأسباب المكتسبة للحمض الأنبوبي البعيد نمط 1.
- ⊙ التظاهرات السريرية: متلازمة فانكوني - حمض أنبوبي بعيد نمط 1 - نقص بوتاسيوم - بييلة تفهة كلوية - وداء كلوي نهائي.

اعتلال الكلية البلقاني وبالأعشاب الصينية للاطلاع

- ⊙ يحدث لدى قاطني منطقة البلقان أو المهاجرين إليها لأكثر من 15-20 سنة وخاصةً لدى المزارعين.
- ⊙ ينجم عن تناول المزمّن لنوع من النباتات الحاوية على حمض الأريستولوكيك Aristolochic Acid التي تكثّر في تلك المناطق.
- ⊙ التظاهرات السريرية: يتظاهر عادةً بعمر 40-50 سنة بييلة بروتينية أنبوبية متقطعة، خلل في تحميض وتكثيف البول مع ضياع صوديوم بولي، الضغط الشرياني طبيعي عادةً، يترقى المرض نحو الداء الكلوي النهائي ويتميز بوجود فقر دم غير متناسب مع درجة القصور الكلوي.
- ⊙ العلاج: محافظ.



هنا تنتهي محاضرتنا وينتهي معها قسم الدكتور قصي حسن... بالتوفيق ^_^