

Un caso di glomerulonefrite membranoproliferativa

Una donna di 35 anni (che non è mia assistita ma è in consulenza), madre di due figli nati con parto cesareo, presenta ripetute proteinurie e microematurie fin dalla prima gravidanza pre-eclamptica con proteinuria 370 mg/die e parto indotto alla 36^a settimana.

■ **Anamnesi:** la paziente ha avuto uno sviluppo psico-fisico regolare, non fuma e non beve alcolici. Segue una dieta varia, la diuresi è nella norma senza disturbi della minzione. Non presenta allergie e la familiarità è negativa per patologie renali.

Dopo un'ulteriore riscontro di proteinuria e di cilindruria, prescrivo indagini più approfondite.

■ **Esami ematochimici:** negatività di marker HBV e HCV, anticorpi antimitocondri, anticorpi antinucleo; diminuzione delle IgG (723), aumento delle IgM (475), diminuzione significativa di C3 (18) e C4 (13).

A questo punto consiglio alla paziente una visita nefrologica e nel sospetto di una glomerulonefrite lo specialista prescrive una biopsia.

■ **Biopsia renale:** aumento del volume glomerulare per incremento della cellularità e della matrice mesangiale. Focale obliterazione dei lumi capillari per ipercellularità endocapillare con discreta componente di polimorfonucleati. Evidenza di doppi contorni di tratti delle membrane basali glomerulari. Gocce ialine nella parete delle arteriole.

■ **Diagnosi istologica:** glomerulonefrite membranoproliferativa tipo I. *Diagnosi di immunofluorescenza:* depositi mesangiali e parietali di C3 e IgG.

■ Ricovero ospedaliero

In base ai referti la paziente viene ricoverata e vengono eseguite ulteriori indagini.

■ **Rx torace:** assenza di versamento pleurico e lesioni pleuro-parenchi-

mali in atto; moderato rinforzo del disegno polmonare alle basi; ombra cardiaca nei limiti.

■ **Ecografia renale:** reni in sede di normale morfobiometria e parenchima di normale spessore; ecostruttura corticale lievemente disuniforme e ad ecogenicità lievemente aumentata con evidente differenziazione corticomidollare. Assenti immagini di lesioni solido-liquide occupanti spazio; vie urinarie non dilatate e alitiasiche; mappa colore bilateralmente ben rappresentata con normali curve di flusso. Quadro compatibile con nefropatia diffusa di grado lieve.

■ **Esami ematochimici:** proteinuria 1.34 g/24 ore, creatinemia 0.6, clearance creatinina 98; C3 21, C4 14, IgA 176, IgM 483, urine proteine +++, Bence Jones urine assenti.

In considerazione dei dati istologici viene impostata somministrazione di boli di metilprednisolone 1 g ev per 3 giorni e successivamente prednisone 25 mg/die.

Alla diagnosi di glomerulonefrite membranoproliferativa tipo I si aggiunge la sindrome da anticorpi antifosfolipidi.

La paziente viene dimessa con la seguente terapia: prednisone 25 mg, acido acetilsalicilico 100 mg, dipiridamolo 75 mg, pantoprazolo 20 mg.

■ Commento

• La glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP) può essere primaria o secondaria. Mentre quest'ultima può essere conseguente a patologie infettive, neoplastiche e sistemiche, la forma idiopatica si distingue in tipo I e tipo II. Il tipo I è

largamente più diffuso (80%) rispetto al tipo II (20%) e la distribuzione è equivalente tra i due sessi. Dal punto di vista anatomico-patologico della GNMP è caratteristico l'aspetto "a doppio contorno" della membrana basale glomerulare. Nel 10-20% dei casi l'esordio è una nefrite acuta, ma nella grande maggioranza dei casi la malattia si manifesta con microematuria e, nel caso clinico trattato, si è manifestata senza alcun sintomo, tranne la proteinuria e appunto l'ematuria microscopica.

La diagnosi si basa essenzialmente sul riscontro bioptico. Il decorso è più rapido per il tipo II, mentre il tipo I procede lentamente e può evolvere in insufficienza renale terminale nel 50% dei casi dopo 3-5 anni e nel 75% dopo 10 anni. Solo in una piccola percentuale (<5%), si assiste alla remissione spontanea. La terapia è a base di cortisonici, aspirina e dipiridamolo.

• La sindrome da anticorpi antifosfolipidi ha un'origine autoimmune ed è caratterizzata dall'associazione tra anticorpi antifosfolipidi (positivi al test per il Lupus Anticoagulant o al test degli anticorpi anticardiolipina) e una sintomatologia comprendente aborti multipli, trombosi o trombocitopenia. La sindrome, dopo essere stata associata in un primo momento al lupus eritematoso sistemico, ha assunto una sua autonomia (forma primaria) essendo stata descritta in soggetti senza altre patologie. Per la diagnosi è necessaria la presenza almeno di un dato clinico e di un dato laboratoristico.

Nel caso della paziente, al riscontro clinico di parto provocato alla 36^a settimana accompagnato da pre-eclampsia si sono associate le alterazioni del complemento, che hanno indotto i colleghi a formulare la diagnosi aggiuntiva di sindrome da anticorpi antifosfolipidi.