

I.MEU

RUOLO.TALENTO.PASSIONE.IDEE

XIII congresso nazionale

simeu

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024



Sindromi Nefro-Polmonari Acute

Luciano D'Angelo
Pronto Soccorso MEU
Ospedale Alessandro Manzoni - Lecco



Si definisce una Sindrome Nefro-polmonare acuta la condizione in cui è presente una Emorragia Alveolare Diffusa associata ad una Glomerulonefrite acuta severa

Le due condizioni, quando presenti contemporaneamente in misura rilevante, possono determinare quadri clinici severi e richiedere interventi rapidi

Fondamentale diagnosi tempestiva e inizio trattamento
La mortalità è ancora elevata (fino al 50% dei casi)

Vasculiti ANCA-associate
Granulomatosi con Poliangioite (GPA)
Poliangioite Microscopica (MPA)
Granulomatosi Eosinofila con Poliangioite (EGPA)

Malattia da anticorpi anti membrana basale (anti GMB disease)

Capillarite Polmonare idiopatica

Vasculiti da sostanze
D-penicillamina e altri farmaci (antiTNF, ecc.)
inalazione di cocaina tagliata (Crack Cocaine)

Vasculiti non ANCA
Crioglobulinemia
Malattia da IgA /Henoch-Schonlein syndrome
Malattia di Behcet

Connettiviti Autoimmuni
Lupus Eritematoso Sistemico (SLE)
Dermato-Polimiosite (DM/PM)
Connettivite Mista e Indifferenziata
Sclerosi sistemica

Infezioni

Coagulopatie (DIC, ITP, TTP, CM-HUS e DT-HUS)

Emosiderosi polmonare

Radiazioni

Trapianto di midollo emopoietico

Quadro clinico

Grande variabilità

Sintomi costituzionali (astenia, mialgie, febbre, cefalea, edemi...)

Dispnea

Tosse

Escreato ematico/emoftoe

Sintomi uremici (cefalea, edemi mattutini, nausea, vomito, iporessia,...)

Manifestazioni oculari (sclerite, uveite, granumatosi orbitaria,...)

Flogosi alte vie respiratorie (sinusiti, rinite crostosa, tracheiti granulomatose, ricorrenti, mastoidite,...)

otiti

Manifestazioni cute (porpora, livaedo, ulcere a stampo,...)

Emorragie digestive

Segni di irritazione del SNC o del SNP (mononeurite multipla, convulsioni, segni

di lato, ...)

Laboratorio

aspecifico (riduzione emoglobina, frequente attivazione indici di flogosi, LDH,...↑) oppure ipossiemia all'EGA, disfunzione rene (aumento Crea, Urea, sedimento, proteinuria)

leucociti, emazie, cilindri nel

possibile presenza di ANCA (MPO o P3), possibile presenza di anti-GMB, ANA, ENA, HCV-Ab o HCV-RNA

Imaging

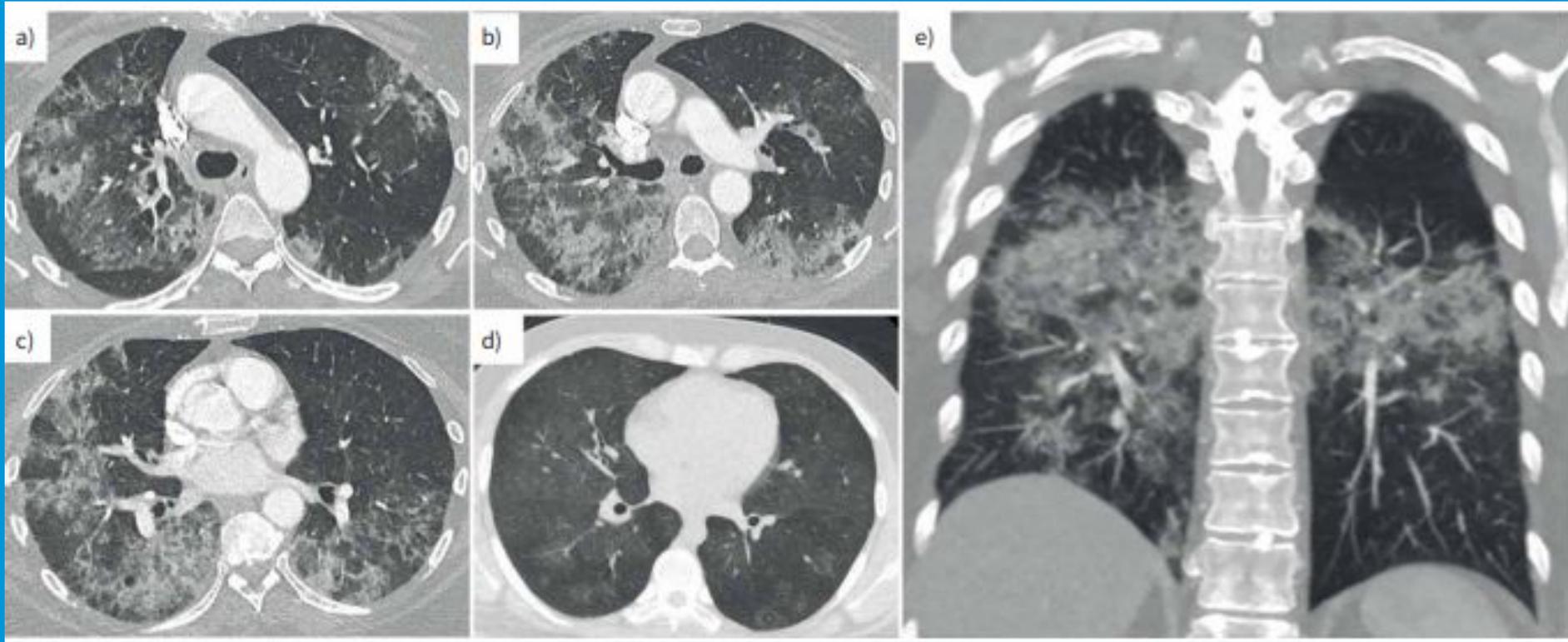
massiccio facciale...

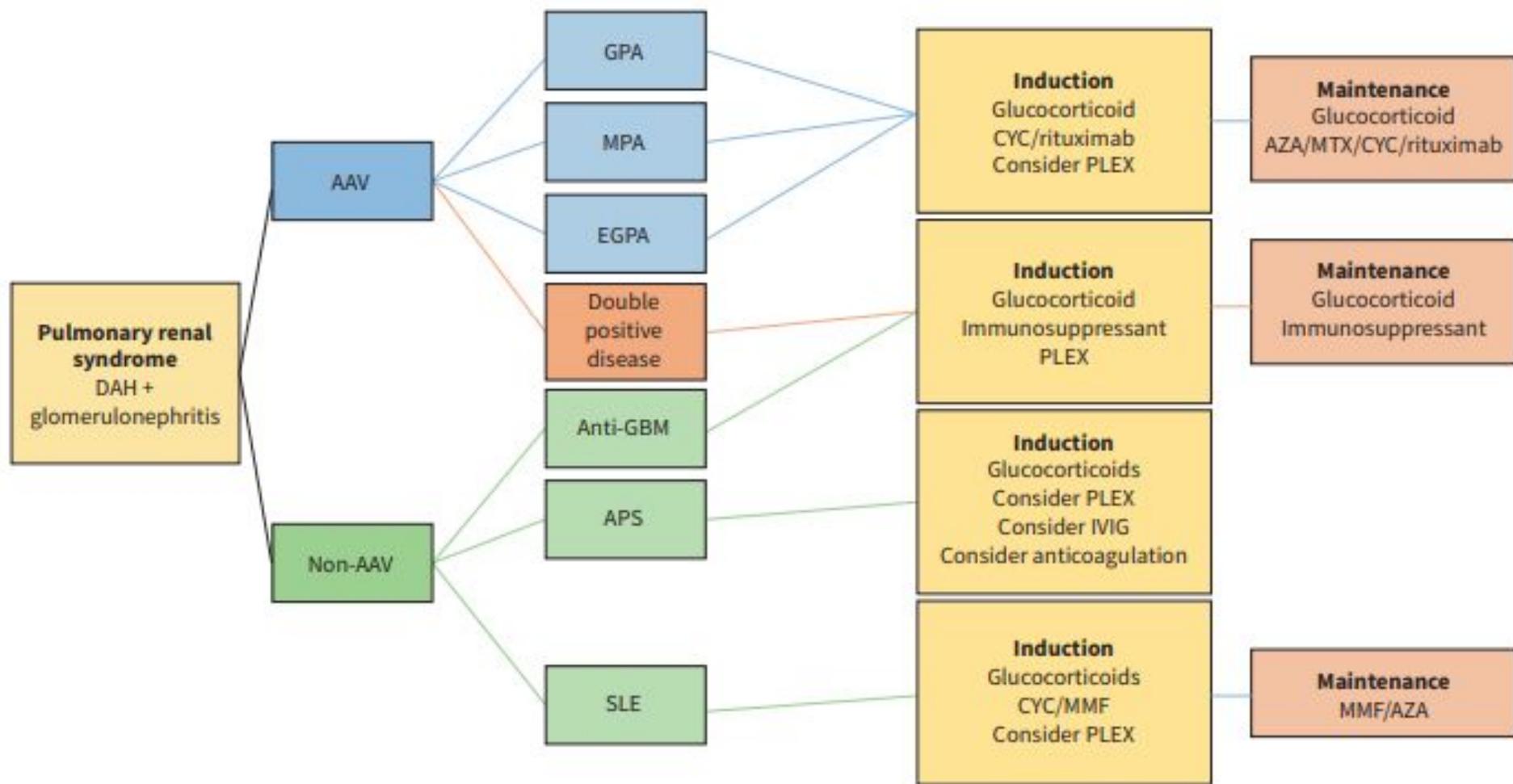
torace standard, TC torace, ecografia bed-side (sindrome interstiziale), TC cranio

Altro

rene, biopsie

Fibroscopia naso-faringo-laringea, FibroBroncoscopia, BAL, DLCO, studio resistenze





Pulmonary renal syndrome: a clinical review

Niamh Boyle¹, Marissa O'Callaghan^{1,2}, Ali Ataya³, Nishant Gupta⁴, Michael P. Keane ^{1,2}, David J. Murphy^{2,5} and Cormac McCarthy^{1,2}

¹Department of Respiratory Medicine, St. Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland. ²School of Medicine, University College Dublin, Dublin, Ireland. ³Division of Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine, University of Florida, Gainesville, FL, USA. ⁴Division of Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, USA. ⁵Department of Radiology, St. Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland.

Rapidly worsening pneumonia in a middle-aged woman: a rare diagnosis and a crucial management decision

Liza Thomas, Asna Mohammed, Niaz Ahmed Shaikh, Tahani Ahmed Aldaham

Donna di 54 anni, Indiana, si presenta in Ospedale per comparsa da 4 giorni di febbre, tosse, da 1 giorno escreato striato di sangue, astenia importante, assenti altri sintomi

Da 3 giorni è in terapia con amoxicillina-clavulanico 1g. 3 volte al dì

Iperensione arteriosa in terapia con Valsartan, una pregressa pielonefrite associata a nefrolitiasi trattata conservativamente



Aree di consolidamento bilaterale, non versamento pleurico

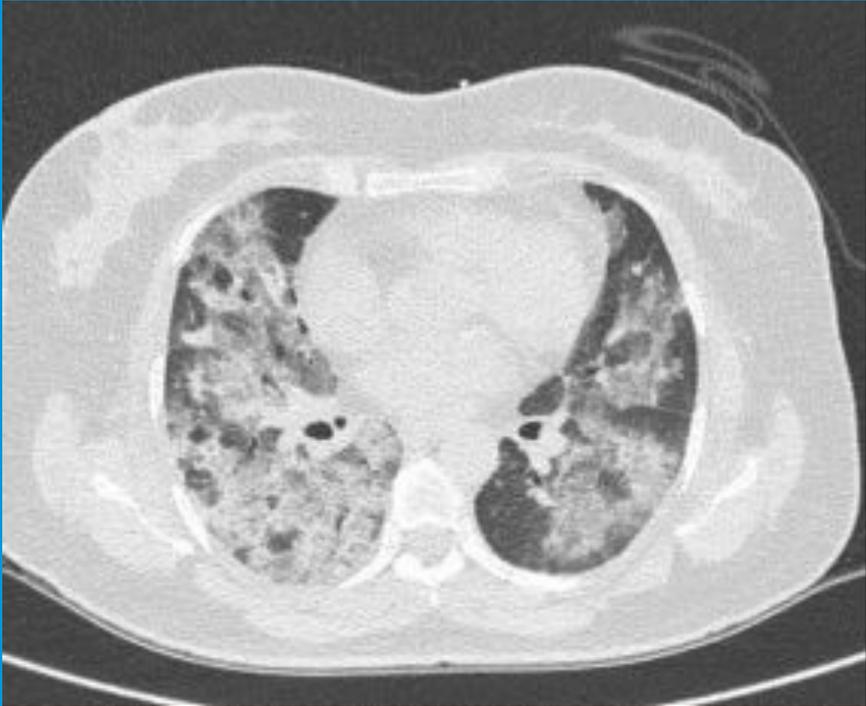
Pallida, 24 atti respiratori/min
PAO 104/64 FC 96 bpm ritmico
Temp 37°C O₂sat 90% in aria ambiente
Addome ndp, esame neurologico normale, cute ndp, ronchi inspiratori e alcuni rantolini al torace

Ecg ritmo sinusale 100 bpm la frequenza



- Hb 5.4 g/dL
- Leucociti 13.000 /mcL N72%
- Piastrine 282000
- PCR 38.2
- Crea 2.9
- Urea 108
- Ddimero 850
- Sed. urine: leucociti 30, emazie 20
- RSO feci positivo 1+
- Ag. Urinario Pneumococco e Legionella negativi
- Film array per H1N1 negativo
- EGA in a.a. ipossiemia , normocapnia, lattati 1.6, BE -2.5

Terapia: O2 occhialini, Tamiflu, PIP/TZB, LEVO + Linezolid



Decorso non favorevole, cefalea, maggiore necessità di O₂

Viene effettuata una TAC torace e vengono inviati ulteriori esami ematochimici

Viene consultato Pneumologo che esclude necessità di broncoscopia urgente e indica prosecuzione di terapia antibiotica ampio spettro

In ragione del decorso clinico, dell'imaging di 2° livello coerente con emorragia alveolare vs polmonite interstiziale, viene deciso di somministrare Prednisolone 1 g. ev

Degenza:

Somministrati altri 2 boli di MetilPrednisolone 1 g. ciascuno, proseguita copertura antibiotica, sebbene PCT negativa

Rapido miglioramento clinico, progressiva riduzione della necessità di Ossigeno, recupero solo parziale della disfunzione renale (Crea 2.2)

Emocolture e urinocoltura negative
Pseumonas Aer. isolato da escreato

Acquisizione esami ematochimici
ANA negativi ENA negativi
Anti GMB negativi
Anti Proteinasi 3 ANCA negativi
Anti MPO ANCA 37.9 U/ml (<5 U/ml normale)



Dopo 2 boli di cortisone

Table 2 Differential diagnosis for causes of diffuse alveolar haemorrhage²

Immune mediated	Non-immune mediated
<p>▶ ANCA-associated vasculitis</p> <ul style="list-style-type: none"> Granulomatosis with polyangitis (GPA) Microscopic polyangitis (MPA) Eosinophilic granulomatosis with polyangitis (EGPA) Isolated pulmonary capillaritis Anti-glomerular basement membrane antibody syndrome 	<p>▶ Cardiac causes</p> <ul style="list-style-type: none"> Left ventricular dysfunction Valvular dysfunction
Connective tissue disease	
<ul style="list-style-type: none"> Systemic lupus erythematosus Rheumatoid arthritis Inflammatory myopathies Antiphospholipid antibody syndrome Henoch-Schonlein purpura/IgA vasculitis Cryoglobulinemic vasculitis Behcet's disease 	<ul style="list-style-type: none"> Infection Medications Acute respiratory distress syndrome Idiopathic pulmonary hemosiderosis Coagulopathy Radiation exposure Occupational exposure Crack cocaine inhalation Bone marrow transplant
<ul style="list-style-type: none"> Lung transplant rejection Hypocomplementaemic urticarial vasculitis (anti-C1q vasculitis) Drug-induced vasculitis Bone marrow transplant 	

ANCA, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies.



Learning points

- ▶ There should be a high index of suspicion for uncommon or non-infectious aetiologies in a patient with suspected pneumonia when there is lack of response to antimicrobials.
- ▶ Haemoptysis may not be present in up to 33% of patients with diffuse alveolar haemorrhage .
- ▶ Pulmonary haemorrhage is a life-threatening manifestation of pulmonary vasculitis and timely intervention is life saving.
- ▶ Though confirmatory serology and/or bronchoscopy are routinely required for diagnosis, it is important to consider the diagnosis of diffuse pulmonary haemorrhage earlier in the course so that management can be initiated before the patient becomes critically ill.



30 giorni dopo dimissione



Non exiguum temporis habemus, sed
multum perdidimus

Seneca