

CONGRESSO INTERREGIONALE SIIA
PIEMONTE – LIGURIA – VALLE D'AOSTA

09 Ottobre 2021
Torino



PRESS e Iper-reninemia

Marco Pappacogli

Centro Ipertensione Arteriosa – Università degli Studi di Torino

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

H.K. ♂, 27 anni. Originario del Bangladesh

AFF: cuoco, fumatore attivo (10-20 sigarette/die)
Dieta ad alto contenuto di sodio e normolipidica

APR:

- Pregresso episodio infettivo/inflammatorio caratterizzato da febbre ed edemi declivi bilaterali in età infantile non meglio specificato (GNF? Vasculite?)
- Pregressa linfoadenite istiocitaria necrotizzante.

APP: In data 21/01 accede in PS per comparsa di cefalea intensa gravativa a partenza occipitale/retronucale e offuscamento bilaterale del visus.

Nei giorni precedenti riferisce astenia ingravescente e crampi muscolari agli arti inferiori

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Valutazione in PS:

PAO 200/130 mmHg, FC 80 bpm R, eutermico.

Rachialgia a fascia D4-D6

Toni cardiaci validi e ritmici

MV diffuso, non r.a.

Addome indifferente, peristalsi valida

Non deficit neurologici

Ematochimici:

Creat 0.7 mg/dL, Na 130 mmol/L, K 2.8 mmol/L

Plts ai limiti inferiori di norma.

Coagulazione nella norma.

EGA venosa: alcalosi metabolica



CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

TC encefalo + TSA con mdc: negativa

Terapia:

- Labetalolo a boli refratti ev
- KCl 20 mEq 2 fl in SF 500 cc a 60 cc/h

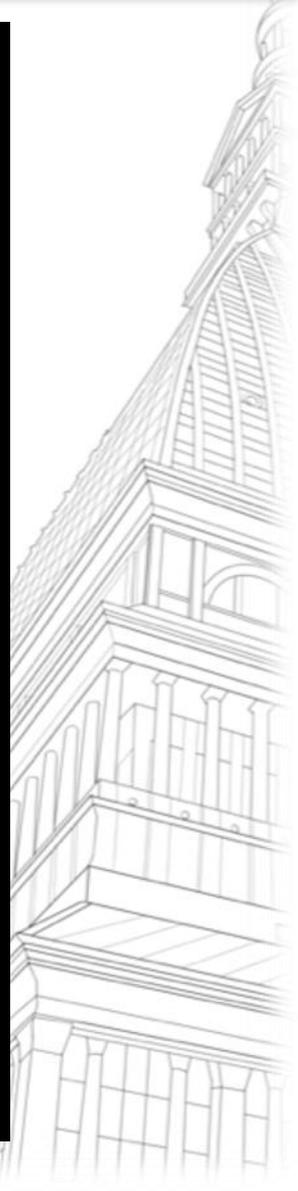
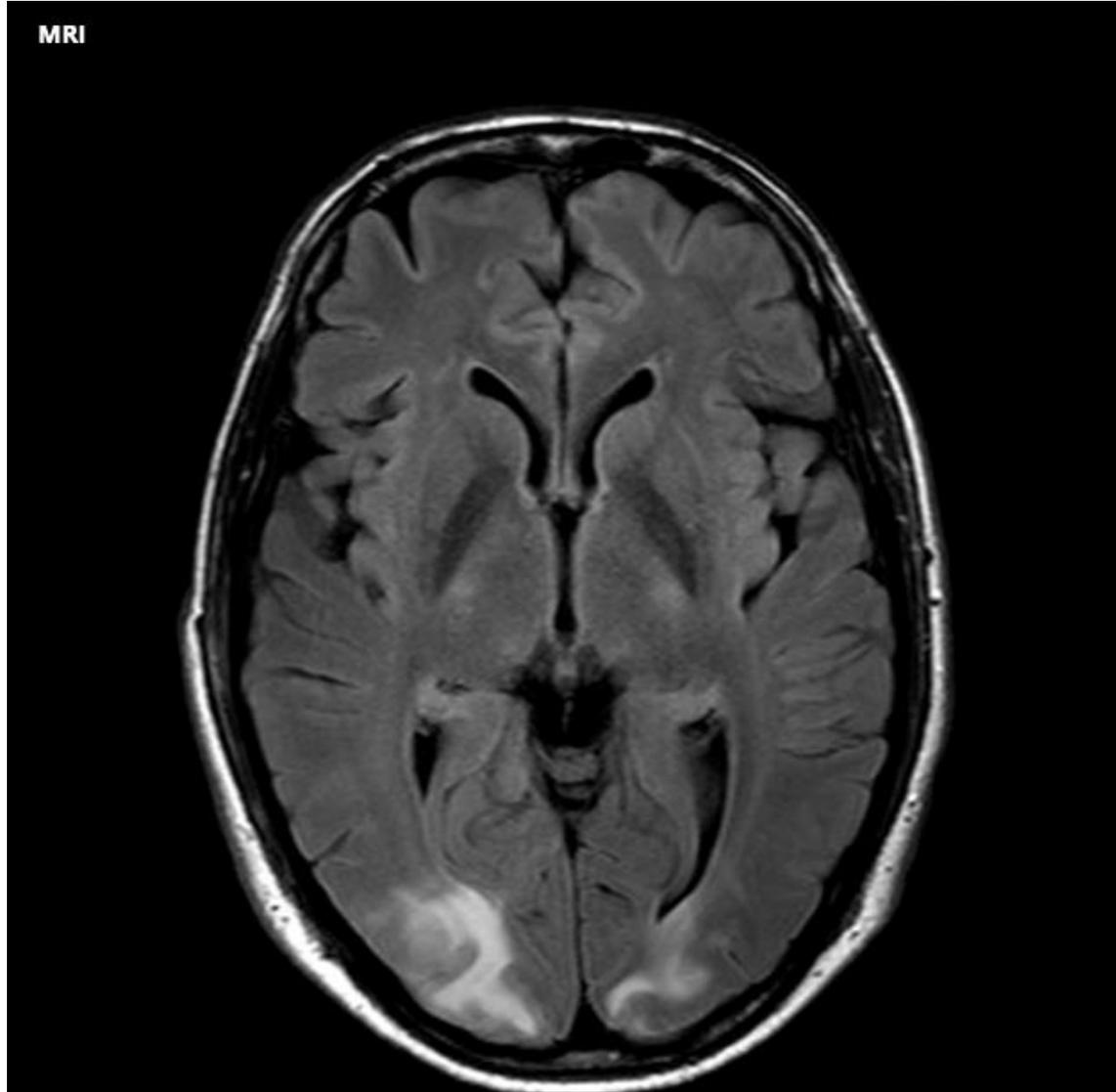


PRES
(Posterior Reversible
Encephalopathy Syndrome)

Iperaldosteronismo ?

PRES (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome)

DESCRIZIONE DEL CASO



CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Rivalutazione clinica

Paziente stazionario. Permanenza di cefalea.
PAO 150/100 mmHg

Ematochimici di controllo:
Piastrinopenia ingravescente

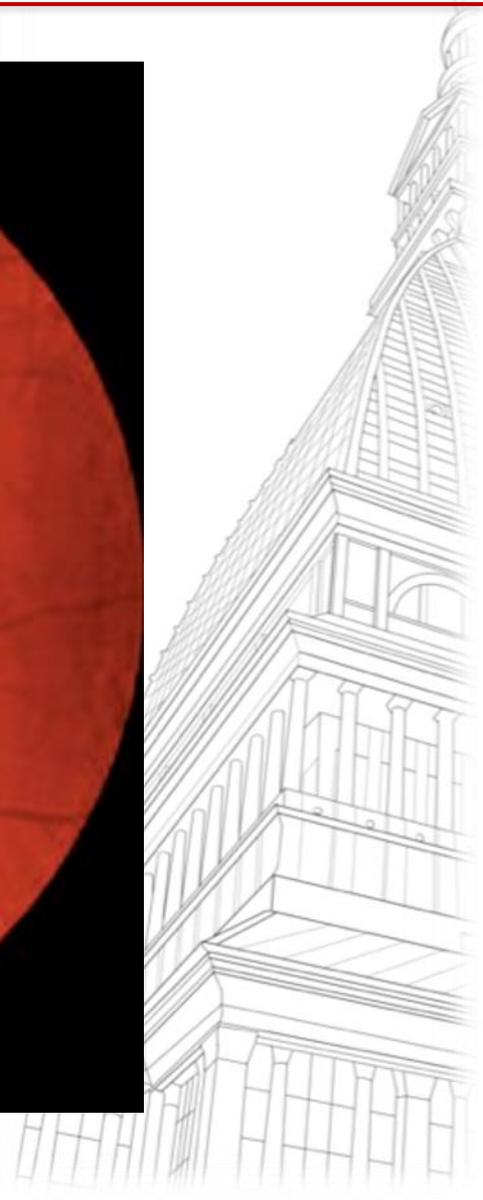
Visita ematologica: quadro di TMA da ipertensione maligna

Per rachialgia a fascia D4-D6, eseguita **TC torace + addome con mdc** con riscontro di aree parenchimali renali disomogenee bilaterali maggiori a sinistra, di non univoca interpretazione, sospetti per esiti flogistici.

Visita oculistica con fundus oculi: Retinopatia Purtscher-like

Retinopatia Purtscher-like

DESCRIZIONE DEL CASO



CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Il paziente viene ricoverato in Medicina Interna per sospetta **PRES**.

Ricovero c/o Medicina Interna:

Eseguiti i seguenti esami:

ECG: RS, IVSin

Ecocardiogramma: ipertrofia ventricolare sinistra concentrica

Assetto ormonale:

- PRA (19 ng/mL/h) e aldosterone elevati (707 ng/L).
- Renina >500mIU/L



CASO CLINICO

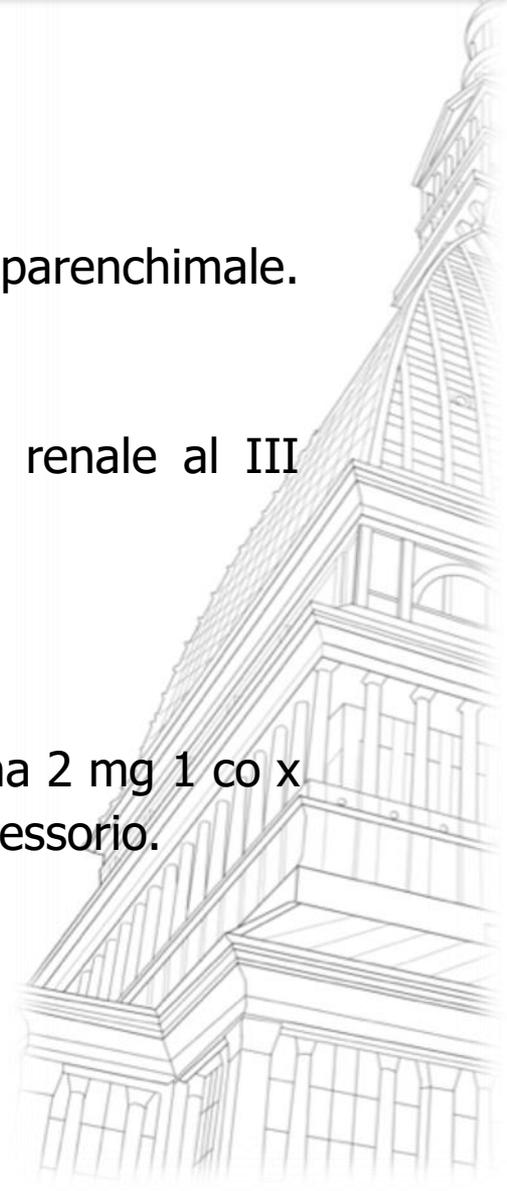
DESCRIZIONE DEL CASO

Scintigrafia renale: normale fase vascolare e parenchimale.
Incisura al terzo medio del rene di sinistra.

RM addome: assottigliamento del parenchima renale al III superiore di sinistra.

Terapia:

Avviata terapia con Aliskiren 150 mg, Doxazosina 2 mg 1 co x 2, Amlodipina 10 mg 1 co con buon controllo pressorio.



CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Visita c/o Centro Ipertensione

BMI 21. Fumatore attivo (10-20 sig/die).

PAO domiciliare: 140/100 mmHg

PAO Office: 115/70 mmHg bilaterale

Obiettività nei limiti di norma.

Ematochimici di controllo:

- Plts 233000/mcL
- Creat 0.74 mg/dL, sodio 138 mEq/L, potassio 3.3 mEq/L

Assetto ormonale: **Renina >500 mIU/L**; Aldosterone 331 ng/L

Nel sospetto di reninoma, viene confermata terapia in atto e richiesta rivalutazione delle immagini radiologiche

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Rivalutazione radiologica di RM addome: non immagini riferibili a reninoma. Alterazioni parenchimali renali bilaterali maggiori a destra compatibili con esiti flogistici e/o ischemici.

Cateterismo selettivo delle vene renali:

- V renale superiore destra: p-Renina 666 mIU/L
- V renale superiore sinistra: p-Renina 723 mIU/L
- V renale inferiore destra: p-Renina 663 mIU/L
- V renale inferiore sinistra: p-Renina 875 mIU/L
- V cava inferiore: p-Renina 698 mIU/L



Non lateralizzazione ma ...



Flebografia renale

DESCRIZIONE DEL CASO



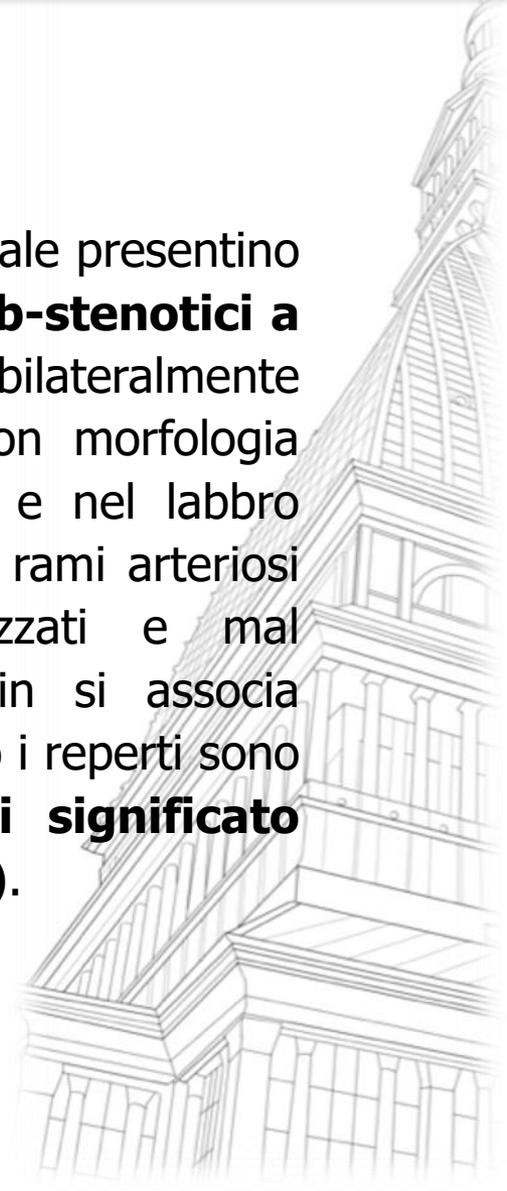
Variante anatomica o Fistola AV ?

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

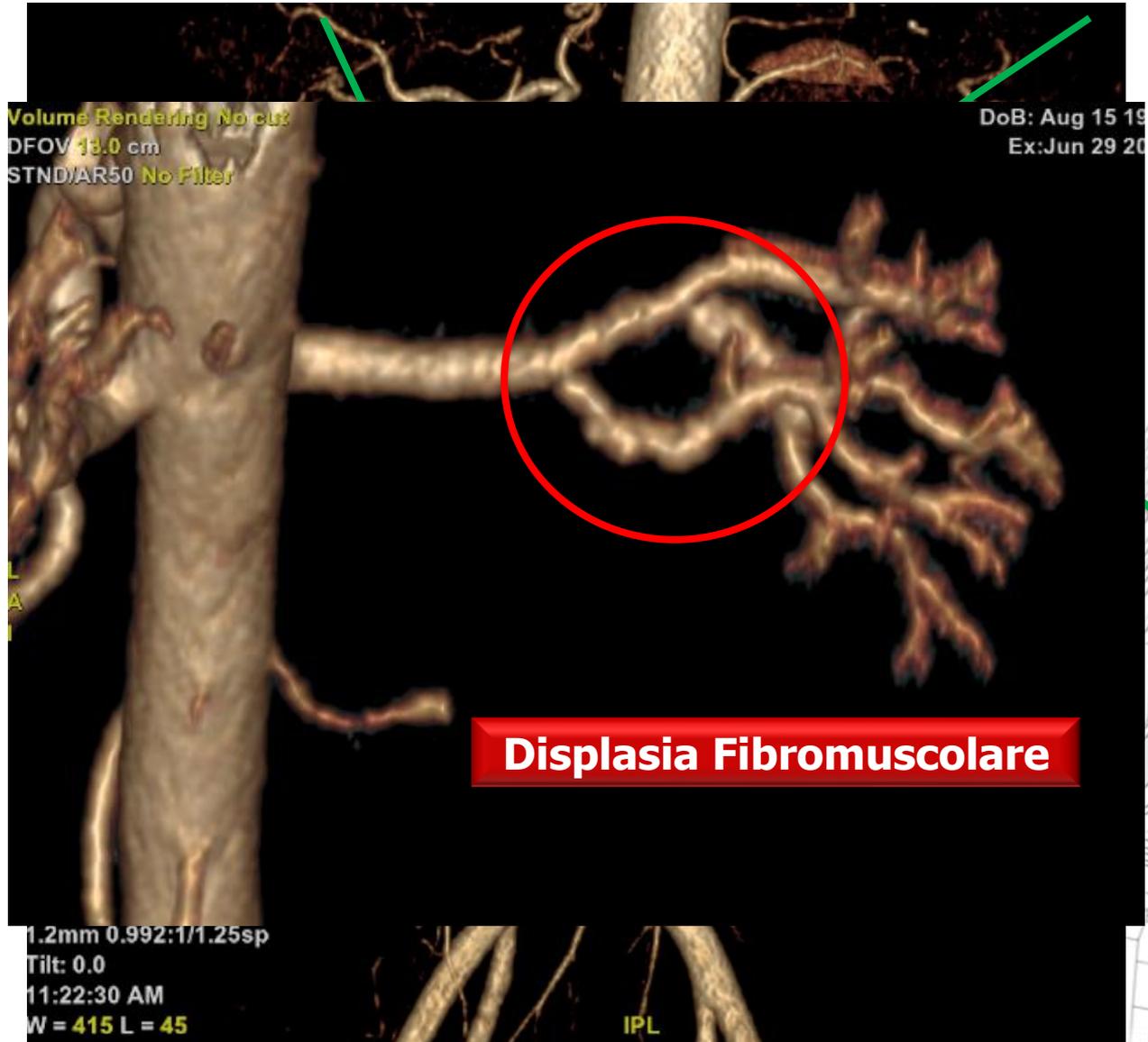
TC addome con mdc:

»[...] A destra i rami di divisione dell'arteria renale presentano margini irregolari con **alternanza di tratti sub-stenotici a tratti lievemente ectasici** ... Si osservano bilateralmente alcune aree di ipodensità del parenchima con morfologia triangolare, evidenti al polo superiore di dx e nel labbro anteriore nel terzo superiore di sinistra dove i rami arteriosi intraparenchimali sono scarsamente opacizzati e mal riconoscibili. Nel terzo medio-inferiore di sin si associa un'area con simili caratteristiche. Nel complesso i reperti sono di non univoca interpretazione, **di possibili significato post-ischemico (con sovrapposta flogosi?)**.
Restanti reperti di norma.



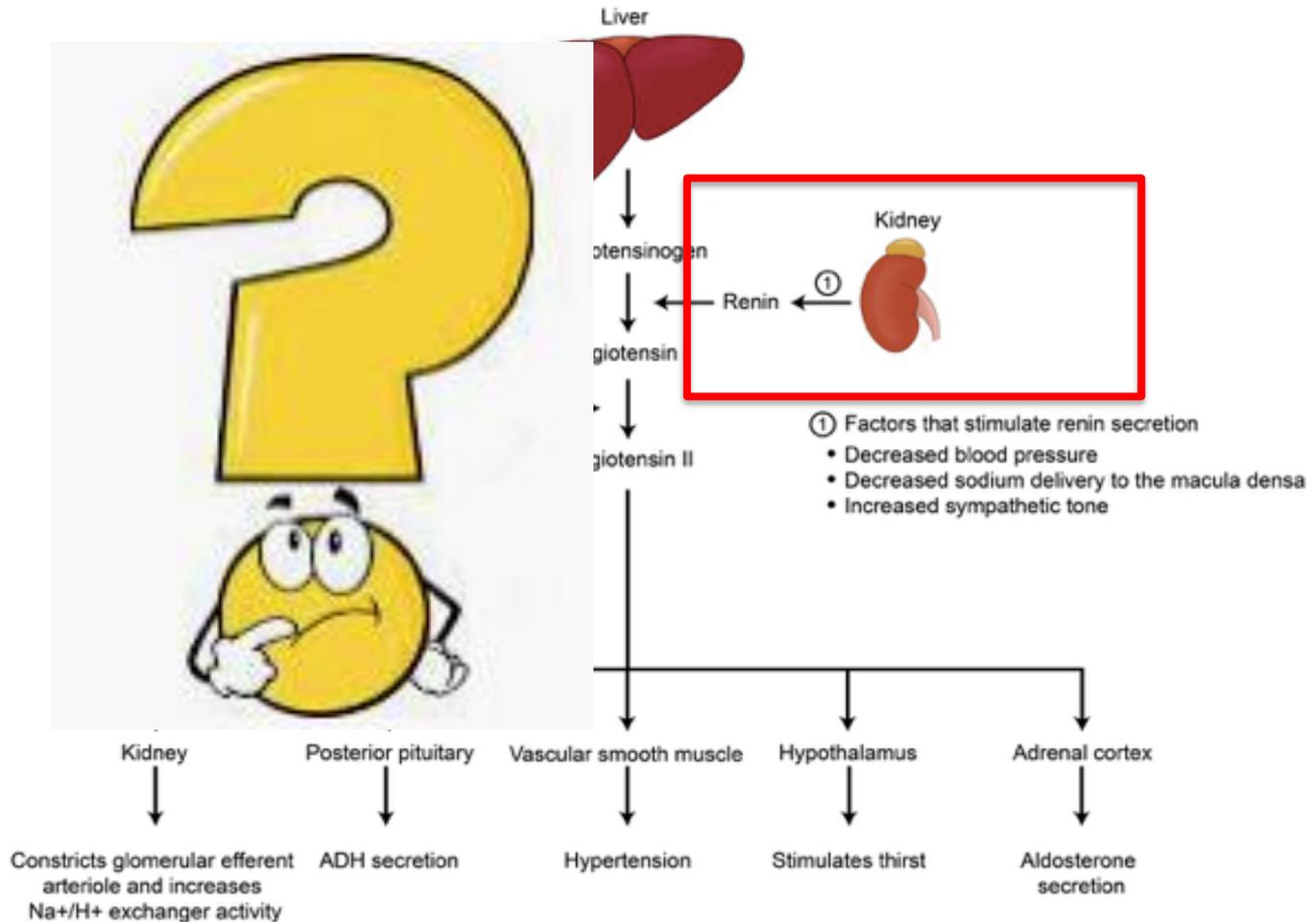
CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO



CASO CLINICO

Renin-Angiotensin-Aldosterone System





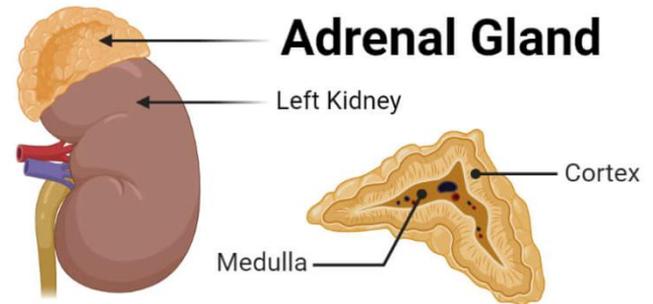
[Renal scars after one year of follow up in children with a first episode of acute pyelonephritis]

Abstract

Background: Acute pyelonephritis in children can leave a kidney scar that eventually can lead to hypertension or renal failure. 99mTc-dimercaptosuccinic acid renal scintigraphy (RC DMSA) is a widely accepted technique to assess children with acute pyelonephritis.

PMID: 16676102 DOI: [10.4067/s0034-98872006000300006](https://doi.org/10.4067/s0034-98872006000300006)

Free article



GRAZIE per L'ATTENZIONE



Franco Rabbia
Giulia Novelli
Elvira Fanelli
Elisabetta Eula
Chiara Fasano

Medicina Interna IV

Centro per la Cura e la Diagnosi
dell'Ipertensione Arteriosa
Dipartimento di Scienze Mediche
Città della Scienza e della Salute
Università di Torino

Direttore Prof. Franco Veglio