

Jerzy Kozielski

Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kozielski

Hiperkalcemia i uszkodzenie nerek w przebiegu sarkoidozy

Hypercalcemia and renal failure in the course of sarcoidosis

Praca nie była finansowana.

Pneumonol. Alergol. Pol. 2013; 81: 182–183

Szanowna Pani Redaktor,

Z dużym zainteresowaniem przeczytałem artykuł A. Kempisty i J. Kusia omawiający na podstawie przypadku i danych literaturowych zjawisko hiperkalcemii w sarkoidozie [1]. Autorzy przedstawili przypadek chorego, u którego wystąpiły objawy osłabienia, chudnięcia, zmęczenia, a którego ostatecznie hospitalizowano z powodu zespołu hiperkalcemicznego z niewydolnością nerek, jak się później okazało, w przebiegu sarkoidozy. W podsumowaniu autorzy zwracają uwagę na ważność oznaczania w leczeniu ambulatoryjnym stężenia wapnia u chorych zgłaszających niespecyficzne objawy, takie jak wymienione powyżej, oraz uwzględnienie sarkoidozy w różnicowaniu przyczyn hiperkalcemii.

Chciałbym zwrócić uwagę na podstawie obserwowanego w naszej klinice 30-letniego chorego z rozpoznaną na podstawie obrazu kliniczno-radiologicznego i badań bioptycznych węzłów śródpiersi sarkoidozą (stadium I/II), wyjściowo bez cech hiperkalcemii, na możliwość jej wystąpienia w toku obserwacji. Wspomniany chory nie był leczony glikokortykosteroidami. Trzy miesiące po ustaleniu rozpoznania zgłosił się do kontroli z objawami duszącego suchego kaszlu, braku apetytu, narastającego zmęczenia. Objawy pojawiły się około miesiąca wcześniej i z biegiem czasu narastały. W badaniu radiologicznym klatki pier-

siowej oprócz zmian węzłowych w śródpiersiu stwierdzano progresję zmian drobnoguzkowych w obu płucach. Badanie spirometryczne było porównywalne z wcześniej wykonanymi.

W badaniu morfologii krwi poza zmniejszonym do 23% odsetkiem limfocytów (norma 25–50%), nie stwierdzono odchyłań; OB 20 mm/h. Wykonano również oznaczenie kreatyniny w surowicy krwi i stwierdzono jej istotne podwyższenie (1,67 mg/dl) w stosunku do badania wyjściowego (0,74 mg/dl). Powtórzono badanie chorego po czterech dniach i stwierdzono dalsze narastanie stężenia kreatyniny do 2,77 mg/dl. Stwierdzono również hiperkalcemię, stężenie wapnia zjonizowanego wynosiło 1,735 mmol/l (norma 1,1–1,3 mmol/l), a stężenie wapnia całkowitego — 13,54 mg/dl (norma 8,6–10,20 mg/dl). Wykazano także glukozurię — 100 mg/dl, przy stężeniu glukozy w krwi 76 mg/dl. Stężenie elektrolitów, CRP (*C-reactive protein*), TSH (*thyroid-secreting hormone*) i FT4 (*free thyroxine*) były prawidłowe, stężenie parathormonu (PTH, *parathormone*) — obniżone do 11,61 pg/ml (norma 15–65 pg/ml).

Rozpoznano hiperkalcemię i ostrą niewydolność nerek. Zastosowano leczenie encortonem w dawce 40 mg dziennie. W trakcie leczenia ustąpiły objawy kliniczne, stężenie kreatyniny po 3 dniach leczenia obniżyło się do 1,5 mg/dl, a po następnych 3 dniach — do 1,25 mg/dl. W obrazie radiologicznym klatki piersiowej uzyskano po mie-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Jerzy Kozielski, Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy SUM, ul. Ks. Koziółka 1, 41–803 Zabrze, faks: 32 274 56 64, e-mail: ftpulmza@sum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 2.01.2013 r.
Copyright © 2013 Via Medica
ISSN 0867–7077

siącu prawie całkowitą regresję zmian płucnych — widoczne były jedynie nieco szersze obustronne wnęki. Wyniki kolejnych badań kontrolnych wykazały normalizację stężenia kreatyniny: po miesiącu — 1,13 mg/dl, po 2 miesiącach — 0,94 mg/dl. Leczenie encortonem w zmniejszających się dawkach stosowano przez 6 miesięcy. Po tym czasie chory zgłosił się do kontroli — nie skarżył się na żadne dolegliwości, w obrazie radiologicznym klatki piersiowej nie stwierdzono zmian. Po roku od incydentu hiperkalcemii chory nadal nie zgłaszał żadnych dolegliwości, stężenie kreatyniny w surowicy krwi jest prawidłowe. Pragnę nadmienić, że chory poinformowany po rozpoznaniu choroby nie stosował preparatów z witaminy D₃ oraz nie opalał się.

Przedstawiając ten przypadek chciałem zwrócić uwagę na konieczność oznaczenia stężeń kreatyniny u chorych na sarkoidozę, nieleczonych glikokortykosteroidami, u których doszło do pogorszenia objawów klinicznych oraz do progresji

radiologicznej. U opisywanego chorego oprócz objawów narastającego zmęczenia występował suchy męczący kaszel i ubytek masy ciała. Wystąpienie tych objawów może być związane z pojawieniem się niewydolności nerek i w każdym przypadku powinno się pamiętać o wykonaniu badań oceniających ich funkcję. U chorych z podwyższonym czy narastającym stężeniem kreatyniny należy podejrzewać rozwój zespołu hiperkalcemicznego i oznaczyć stężenie wapnia w surowicy krwi. Chorzy ci powinni być leczeni glikokortykosteroidami. U opisywanego chorego osiągnięto w ciągu kilku dni ustąpienie niewydolności nerek i hiperkalcemii.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. Kempisty A., Kuś J. Hiperkalcemia i uszkodzenie nerek w przebiegu sarkoidozy — opis przypadku. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80: 570–575.