

Glomerulonefrit

Vårdnivå och remiss

För primärvården gäller det att ha denna diagnos i åtanke då symtomen initialt ofta saknas eller är allmänna och diffusa (trötthet, viktnedgång, illamående, ödem och klåda). Många glomerulonefriter är asymtomatiska och upptäcks accidentiellt (till exempel i samband med urinstatus), men kan även undantagsvis ha ett akut och snabbt förlopp. Remittering sker till njurmedicinsk specialistvård för utförlig utredning och behandling.

Snabbt progredierande glomerulonefriter kräver omedelbar remittering till medicinsk akutsjukvård.

Diagnostik och utredning

Glomerulonefrit leder ofta till försämring av njurfunktionen och glomerulonefriter är globalt sett den vanligaste orsaken till terminal njursvikt.

Glomerulonefrit utgörs av en inflammation i njurarnas kapillärnystan (glomeruli). Hälften av patienterna med glomerulonefrit utvecklar högt blodtryck. Tänk därför på glomerulonefrit vid nyupptäckt svår hypertoni!

Glomerulonefrit indelas i primära (okänd etiologi) och sekundära glomerulonefriter indelas även efter morfologisk klassifikation: ”Läs mer i Faktadokument Glomerulonefrit_länkar”. Beroende på genes skiljer sig diagnostik och behandling åt. Diagnosen primär glomerulonefrit kan bara ställas efter att man uteslutit annan sekundär genes. Ofta krävs njurbiopsi för diagnos.

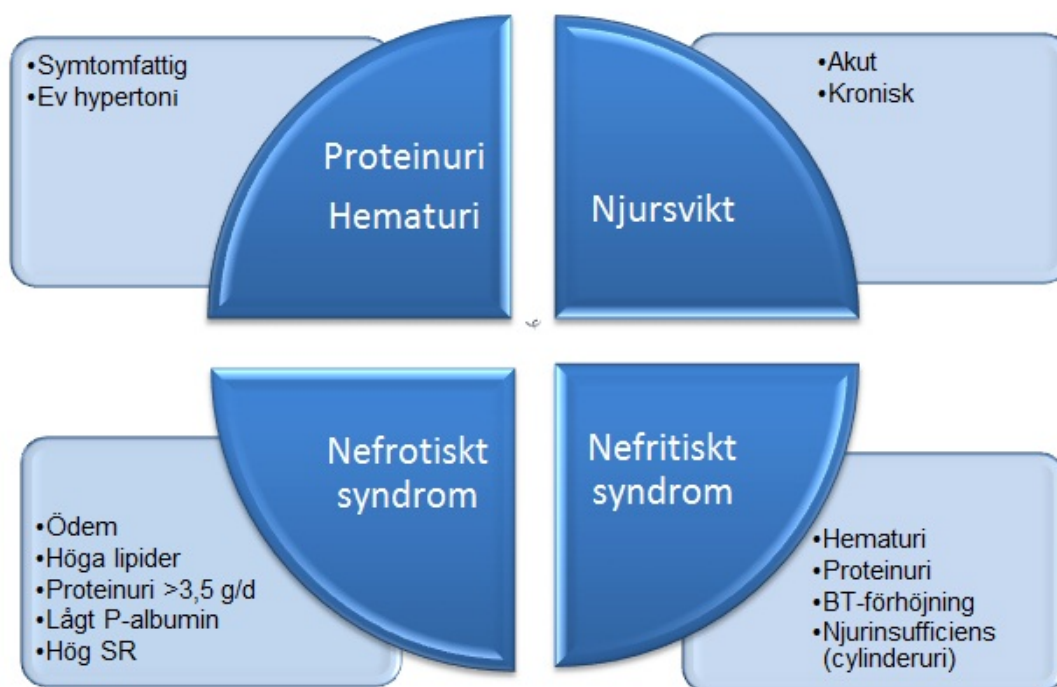
Sekundär genes till glomerulonefrit:

- Bakteriella och virala infektioner ex. streptokocker, hepatit B/C, HIV, malaria, shuntinfektion
- Systemsjukdomar (immunologisk) och vasculiter ex. SLE, RA, Churg-Straus syndrom Wegenersgranulomatos, Goodpastures och Henochschönleins syndrom, Hashimoto thyreoidit.
- Maligna sjukdomar/paraneoplasier ex. colon-, ventrikel-, lung-, bröstcancer, myelom och lymfom.
- Läkemedel/droger ex. NSAID, vissa antibiotika, clopidogrel, penicillilamin, heroin
- Genetisk ex. Alports syndrom, Benign familjär hematuri

Kliniska manifestationer av glomerulonefrit

- Proteinuri och/eller persisterande mikro- eller makroskopisk hematuri med eller utan symtom

- Nedsatt njurfunktion utan eller med symtom (till exempel hypertoni, ödem och allmänna njursviktssymtom)
- Nefrotiskt syndrom (påtaglig proteinuri, hypoalbuminemi, ödem och hyperlipidemi)



Differentialdiagnoser

- Njursvikt av annan genes (till exempel interstitiell nefrit, akut tubulär nekros)
- Avflödes hinder
- Pyelonefrit
- Amyloidos, Diabetesnefropati
- Hemorrhagisk cystit

Provtagning i primärvården

Blodstatus (måttlig anemi), SR/CRP (förhöjd), kreatinin och/eller Cystatin C/GFR, kalium, calcium, lipider + fastprov triglycerider, albumin, leverstatus. Överväg att kontrollera GBM+ANCA-screening vid snabbt progredierande njursvikt då misstanke om vaskulitbetingad glomerulonefrit ska medföra skyndsamt remittering gärna efter kontakt med nefrolog.

Urinstatus och eventuellt urinsediment, t-U-albumin (dygnsmängd) eller U-albumin/kreatinin kvot.

Njurmedicinsk enhet ansvarar för kompletterande provtagning och utredning (till exempel immunologiska markörer, morfologisk utredning och njurbiopsi).

Behandling

I de flesta fall sköts behandling av njurmedicinsk specialist. Biopsifynd fastställer oftast genes och styr därmed också behandling och uppföljning.

Patientinformation

Se Njurinflammation – glomerulonefrit under relaterad information.