

Bệnh thận nang

NGUYÊN NHÂN

CYST ĐƠN GIẢN

MALIGNANT CYST

CHÍNH SÁCH TRONG NƯỚC TỰ ĐỘNG

BỆNH THẬN

MEDULLARY SPONGE KIDNEY

BỆNH KIDNEY TIM MẠCH TRONG NƯỚC TỰ ĐỘNG (trước đây
được gọi là MEDULLARY CYSTIC KIDNEY

DỊCH BỆNH)

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, Cr / urê, phân tích nước tiểu
- HÌNH ẢNH — thận Hoa Kỳ, IVP (bọt biển tử
quả thận)

SỰ QUẢN LÝ

ĐIỀU TRỊ KHIẾU NẠI — nhiễm trùng, sỏi,

lọc máu nếu bệnh thận giai đoạn cuối

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

BỆNH KIDNEY CHÍNH SÁCH TRONG NƯỚC TỰ ĐỘNG

★ QUY TẮC CỦA 60'S ★

- NGHIÊN CỨU VẬT LÝ - nhiễm sắc thể chiếm ưu thế đối với 1400–11000 người. 85% PKD1

đột biến (polycystin) và đột biến 15% PKD2 → hình thành nhiều nang ở thận, gan, tuyến tụy, buồng trứng và lá lách → u nang trong

vỏ thận và tủy to ra về kích thước

nhiều năm, u nang dễ bị chảy máu và nhiễm trùng. Các yếu tố rủi ro cho sự tiến triển bao gồm

tuổi trẻ hơn khi được chẩn đoán, nam, Da đen, tăng huyết áp và PKD1

- ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — các triệu chứng có thể bao gồm

đau bụng / đầy bụng, tiểu máu vi thể (tiểu máu tổng thể nếu xuất huyết nang), tăng huyết áp, bệnh sỏi thận, tái phát

UTI (nhiễm trùng nang). Tham gia ngoài thượng thận

bao gồm u nang ở các cơ quan khác (gan 60%),

thoát vị thành bụng (45%), túi thừa đại tràng, sa van hai lá (25%), và phình động mạch nội sọ (5–10%). Tiến tới

bệnh thận giai đoạn cuối <2% ở tuổi 40, 25%

ở độ tuổi 50, 50% ở độ tuổi 60 và 75% ở độ tuổi 70

- CHẨN ĐOÁN — X quang dựa trên nhiều u nang

ở thận (tuổi 2 nang; tuổi 30–60, 2 nang ở mỗi quả thận; tuổi > 60, ≥ 4 nang ở mỗi thận) ở những bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc bệnh PKD. Không tiêu chuẩn X quang tồn tại cho những bệnh nhân không có lịch sử gia đình.

- ĐIỀU TRỊ — tolvaptan (thụ thể vasopressin 2 đối kháng, chỉ định cho bệnh nhân có cao nguy cơ tiến triển), kiểm soát huyết áp, Thuốc ức chế men chuyển, lọc máu nếu giai đoạn cuối bệnh thận

BỆNH KIDNEY TIM MẠCH TRONG NƯỚC TỰ ĐỘNG (trước đây được gọi là MEDULLARY CYSTIC KIDNEY DỊCH BỆNH)

- PATHOPHYSIOLOGY — bất thường di truyền với sử dụng nang mô kẽ ống dẫn trứng ở biên giới vỏ não; nang có thể hoàn toàn vắng mặt

- ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — các triệu chứng bao gồm bệnh gút sớm, tiền sử gia đình mắc bệnh suy thận

- Thường xuyên tiến triển thành bệnh thận giai đoạn cuối từ 20–50 tuổi

- ĐIỀU TRỊ — lọc máu nếu bệnh thận giai đoạn cuối

MEDULLARY SPONGE KIDNEY

- PATHOPHYSIOLOGY — dị dạng của thiết bị đầu cuối

ống thu hai bên

- CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — thường không có triệu chứng, nhưng có thể thấy sỏi thận, tiểu máu vi thể, hoặc nhiễm trùng. Không có khả năng bị suy thận. Có thể thấy Hình dạng "giống như bàn chải" của đài hoa trong IVP

- ĐIỀU TRỊ — điều trị sỏi và nhiễm trùng khi cần thiết

CYSTS ĐƠN GIẢN

- TÂM LÝ HỌC - 30% nam giới, 15% nữ giới

70 tuổi

- CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG — vỏ não bị ảnh hưởng. Có thể là một hoặc nhiều. Thường tròn, có ranh giới rõ ràng, thành nhẵn, không có tiếng vọng trong u nang,

tiếng vang thành sau mạnh. Không có triệu chứng và suy thận không chắc

- CHẨN ĐOÁN - Thận ở Hoa Kỳ cứ sau 6-12 tháng để giúp phân biệt với bệnh ác tính dạng nang về sự xuất hiện của các u nang đáng lo ngại ở Mỹ

MALIGNANT RENAL CYSTS

- TÂM LÝ HỌC - 3–5% của tất cả các khối u ác tính

- CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG—> 50% tình cờ được tìm thấy, tam chứng cổ điển (đau nhẹ, tiểu máu và sốt),

tăng calci huyết, tăng hồng cầu, hội chứng Stau`er (các đặc điểm của ứ mật mà không có thận

đã không liên quan đến di căn)

- CHẨN ĐOÁN — US hoặc CT. MR thường được sử dụng để mô tả thêm các đặc điểm của u nang

- PHÂN LOẠI BOSNIAK

- BOSNIAK I — u nang đơn giản (thành mỏng, không vách ngăn, không vôi hóa, mật độ thấp, không rắn

- thành phần và không tăng cường). Không cần thêm hình ảnh

- BOSNIAK II — vách ngăn dày, vôi hóa nhẹ,

- hoặc tổn thương giảm độ đồng đều ít hơn

- 3 cm. Xem xét chụp CT để xác định đặc điểm tổn thương

- BOSNIAK IIF - có nguồn gốc tốt, nhiều vách ngăn hoặc dày mịn tối thiểu, dày hoặc

- calcification dạng nốt, tăng cường tổng thể trong

- thương tổn > 3cm. Xem xét chụp CT để xác định đặc điểm của tổn thương. Nguy cơ ác tính cao hơn

- và theo dõi trong vòng 6-12 tháng được khuyến nghị

- BOSNIAK III - đặc hoặc mịn không đều

- tường và tăng cường có thể đo lường được. Rủi ro về

- độ ác tính là 40–60%. Rủi ro cao. Nhu cầu

- giới thiệu để đánh giá bằng tiết niệu

- BOSNIAK IV — liên kết của Bosniak III với mềm

- thành phần mô. Nguy cơ ác tính là

- 85–100%. Giới thiệu đến khoa tiết niệu

- QUẢN LÝ — loại trừ các hội chứng di truyền

- (von Hippel Lindau, bệnh xơ cứng củ).

Quản lý phẫu thuật thông qua một phần hoặc triệt để
cắt thận là phương pháp chính để không di căn
bệnh ung thư. Các liệu pháp triệt tiêu có thể
bệnh khu trú. Sinh thiết không được theo đuổi trừ khi
liệu pháp cắt bỏ hoặc để hóa trị trong bệnh di căn do nguy cơ tạo hạt phúc mạc.
Hóa trị hỗ trợ được xem xét
đối với các bệnh ung thư có nguy cơ cao hơn hoặc các tổn thương di căn
(xem KIDNEY UNG THƯ trang 227)