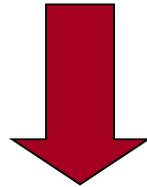


MANIFESTAZIONI ARTICOLARI

artralgie o artrite:

raramente precedono il rash
transitorie (pochi giorni)
si risolvono senza esiti



- prevalentemente alle grandi articolazioni (tibio-tarsica, ginocchio, polso, gomito)
- meno spesso le piccole articolazioni
- edema periarticolare , non eritema
- dolore e limitazione del movimento

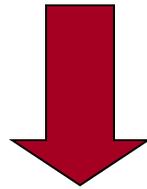
MANIFESTAZIONI ADDOMINALI

entro 1-4 settimane dal rash
possono precedere il rash (14-34%)

- **dolore addominale acuto, a volte vomito**
- **invaginazione (1.3-13.6 %)**
- **emorragia G.I. occulta o melena**
- **subocclusione intestinale**
- **ischemia, infarto intestinale**
- pancreatite (rara)
- perforazione intestinale (rarissima)
- fistole entero-enteriche (rarissima)
- idrope della colecisti (rarissima)

MANIFESTAZIONI RENALI

- Ematuria microscopica e/o lieve proteinuria
- Nefrite acuta con o senza insufficienza renale
- Sindrome nefrosica



80% dei casi entro 4-6 settimane dall'esordio
20% entro 2-3 mesi dall'esordio

In corso di recidiva anche anni dopo l'esordio

INTERESSAMENTO DEL S.N.C.

Raro

- convulsioni
- coma

**RMN cerebrale: lesioni multifocali bilaterali
emorragia subaracnoidea**

INTERESSAMENTO POLMONARE

Raro

- emorragia
- spesso fatale

Interessamento oculare, parotite e cardite (episodici)

POSSIBILI ESAMI

- es. emocromocitometrico (leucocitosi, anemia normocromica , trombocitosi)
- es. urine (ematuria, proteinuria)
- proteinuria 24 ore
- clearance della creatinina, cistatina
- fattore di von Willebrand ↑
- attività fattore XIII ↓
- trombomodulina ↑
- sangue occulto nelle feci
- amilasi
- Pressione arteriosa (ipertensione)

ALTERAZIONI IMMUNOLOGICHE

- IgA sieriche ↑
- I.C. IgA
- FR IgA
- cANCA IgA, pANCA IgA, ANCA atipici
- C2, C4 ↓
- depositi IgA nella cute
- depositi IgA, IgG, C3, fibrina nel rene

ESAMI RADIOLOGICI

- Ecografia addominale
 - invaginazione (anse dilatate, motilità diminuita, parete intestinale ispessita)
- Rx addome
 - invaginazione (anse dilatate, parete ispessita)
 - perforazione (pneumoperitoneo, livelli aerei)
- Clisma opaco (trattare invaginazione distale)
- Ecografia scrotale
 - orchite (edema cutaneo e sottocutaneo, epididimo ingrossato, idrocele, flusso testicolare normale)

PROGNOSI

- In **2/3** dei casi risoluzione in **4** settimane
- Decorso più rapido nei bambini più piccoli
- In **1/3-1/2** dei pz. *ricorrenza* entro 6-8 sett.
- *Recidiva più lieve*, per lo più uguale al 1° episodio

PROGNOSI COINVOLGIMENTO RENALE

Alterazioni urinarie isolate frequenti

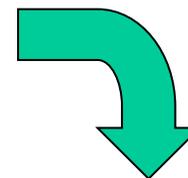
Glomerulopatia 5%-10%

Insufficienza renale e ipertensione **rare**

- Lesioni minime: risoluzione in 2 anni
- GN sclerosi focale: > 80% evoluzione IR in 1 anno
- Esordio: sindrome nefritica/nefrosica all'esordio
esito grave → < 5% IR terminale (follow-up a 6 anni),
- SSH: responsabile di < 1% di tutte le cause di IR

COMPLICANZE GASTROINTESTINALI

- Sanguinamento massivo
- Perforazione intestinale, **infarto**
- Invaginazione: frequente ileo-ileale



**Ecografia
addominale**

TERAPIA

Sintomatica

Buona idratazione-nutrizione

- dolore articolare
- edema doloroso delle estremità

Meglio paracetamolo rispetto ai FANS
(ibuprofene, flurbiprofene, ...)

- dolore addominale acuto
- emorragia intestinale
- manifestazioni cliniche gravi
- orchite

POSSIBILE somministrazione di steroidi
(prednisone 1-2mg/kg/die x 7gg → riduzione 2-3sett)

FOLLOW-UP

- **Esami urine seriati:**
- Una volta/sett per un mese, poi ...
- Due volte/mese per 2 mesi, poi ...
- Una volta/mese per altri tre mesi

- Cioè, **massimo 6 mesi dall'esordio** (in assenza di anomalie)