

Závěr

Závěr článku je sepsán formou bodového shrnutí ke zopakování základních informací:

- TIN je běžná příčina AKI nejasné etiologie.
- Léky jsou nejčastějším vyvolatelem TIN. Na druhém místě jsou systémová onemocnění. Infekce je vzácná etiologie TIN.
- Symptomy a laboratorní i UZ nálezy jsou u TIN nespecifické.
- Kombinace rizikové anamnézy (užívání terapie asociované s TIN), s charakteris-

tickými příznaky a laboratorními nálezy postačují ke stanovení diagnózy TIN u nekomplikovaných pacientů.

- Mezi indikace biopsie ledviny patří těžké AKI, nejasná etiologie TIN, přetrvávající nebo progredující AKI, abnormální průběh a rozhodnutí o zahájení imunosupresivní terapie.
- Základem terapie akutní i chronické TIN je identifikace a odstranění vyvolávajícího faktoru.

- Pacienti s akutní TIN, u kterých nedošlo po odstranění vyvolávající příčiny ke spontánní úpravě stavu, jsou v první linii léčeni KS. MMF je lék druhé linie. Tento postup se týká primárně polékové TIN. U pacientů s jinou etiologií by se měl volit individuální přístup.
- Zahájení imunosupresivní terapie u chronické TIN zpravidla není indikované a případnému zahájení terapie musí předcházet důkladné zhodnocení benefitů a rizik. Základem terapie je symptomatická léčba komplikací CKD.

LITERATURA

1. Joyce E, Glasner P, Ranganathan S, et al. Tubulointerstitial nephritis: diagnosis, treatment, and monitoring. *Pediatr. Nephrol.* 2017;32(4):577-587.
2. Jones CL, Eddy AA. Tubulointerstitial nephritis. *Pediatr. Nephrol.* 1992;6:572-586.
3. Perazella MA. Clinical Approach to Diagnosing Acute and Chronic Tubulointerstitial Disease. *Adv. Chronic. Kidney. Dis.* 2017;24(2):57-63.
4. Rossert J. Drug-induced acute interstitial nephritis. *Kidney. Int.* 2001;60(2):804-817.
5. Coppo R, Gianoglio B, Porcellini MG, et al. Frequency of renal diseases and clinical indications for renal biopsy in children (report of the Italian National Registry of Renal Biopsies in Children). Group of Renal Immunopathology of the Italian Society of Pediatric Nephrology and Group of Renal Immunopathology of the Italian Society of Nephrology. *Nephrol. Dial. Transplant.* 1998;13(2):293-297.
6. Greising J, Trachtman H, Gauthier B, et al. Acute interstitial nephritis in adolescents and young adults. *Child. Nephrol. Urol.* 1990;10(4):189-195.
7. Praga M, González E. Acute interstitial nephritis. *Kidney. Int.* 2010;77(11):956-961.
8. Muriithi AK, Leung N, Valeri AM, et al. Biopsy-proven acute interstitial nephritis, 1993-2011: a case series. *Am. J. Kidney. Dis.* 2014;64(4):558-566.
9. Eckardt KU, Alper SL, Antignac C, et al. Autosomal dominant tubulointerstitial kidney disease: diagnosis, classification, and management – A KDIGO consensus report. *Kidney. Int.* 2015;88(4):676-683.
10. Schwarz A, Krause PH, Kunzendorf U, et al. The outcome of acute interstitial nephritis: risk factors for the transition from acute to chronic interstitial nephritis. *Clin. Nephrol.* 2000;54(3):179-190.
11. Oikonomou K, Kapsoritakis A, Eleftheriadis T, et al. Renal manifestations and complications of inflammatory bowel disease. *Inflamm. Bowel. Dis.* 2011;4(10):1034-1045.
12. Mandeville JT, Levinson RD, Holland GN. The tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. *Surv. Ophthalmol.* 2001;46(3):195-208.
13. Mackensen F, Smith JR, Rosenbaum JT. Enhanced recognition, treatment, and prognosis of tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome. *Ophthalmology.* 2007;114(5):995-999.
14. Baker RJ, Pusey CD. The changing profile of acute tubulointerstitial nephritis. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2004;19(1):8-11.
15. Clarkson MR, Giblin L, O'Connell FP, et al. Acute interstitial nephritis: clinical features and response to corticosteroid therapy. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2004;19(11):2778-2783.
16. Uliniski T, Sellier-Leclerc AL, Tudorache E, et al. Acute tubulointerstitial nephritis. *Pediatr. Nephrol.* 2012;27(7):1051-1057.
17. Appel GB. The treatment of acute interstitial nephritis: More data at last. *Kidney. Int.* 2008;73(8):905-907.
18. Buysen JG, Houthoff HJ, Krediet RT, et al. Acute interstitial nephritis: a clinical and morphological study in 27 patients. *Nephrol. Dial. Transplant.* 1990;5(2):94-99.
19. González E, Gutiérrez E, Galeano C, et al. Early steroid treatment improves the recovery of renal function in patients with drug-induced acute interstitial nephritis. *Kidney. Int.* 2008;73(8):940-946.
20. Handa SP. Drug-induced acute interstitial nephritis: report of 10 cases. *CMAJ.* 1986;135(11):1278-1281.
21. Galpin JE, Shinaberger JH, Stanley TM, et al. Acute interstitial nephritis due to methicillin. *Am. J. Med.* 1978;65(5):756-765.
22. Falk RJ, Kshirsagar AV. Treatment of acute interstitial nephritis. *Uptodate* [online]. [cit. 09-09-2024]. Available from: https://www.uptodate-com.ezproxy.is.cuni.cz/contents/treatment-of-acute-interstitial-nephritis?search=Treatment%20of%20acute%20interstitial%20nephritis&source=search_result&selectedTitle=1%7E86&usage_type=default&display_rank=1.
23. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerular Diseases Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. *Kidney. Int.* 2021;100:1-276.
24. Praga M, Appel GB. Clinical manifestations and diagnosis of acute interstitial nephritis. *Uptodate* [online]. [cit. 09-09-2024]. Available from: https://www.uptodate-com.ezproxy.is.cuni.cz/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-interstitial-nephritis?search=Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis%20of%20acute%20interstitial%20nephritis&source=search_result&selectedTitle=1%7E86&usage_type=default&display_rank=1.

ERRATUM

Omlouváme se čtenářům za chybně uvedené hodnoty renálních ztrát v článku publikovaném v časopise *Pediatric pro praxi* 5/2024:

Aktuální pohled na tekutinovou terapii u dětí,

autorů MUDr. Tereza Pomahačová, prof. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D., MUDr. Jiří Fremuth, Ph.D.

(Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2024;25(5):276-281).

Správné znění věty je:

Výpočet frakční exkrece sodíku ($FE_{Na} = U_{Na} \times S_{kreat.} / S_{Na} \times U_{kreat.}$) může pomoci odlišit extrarenální ztráty od renálních ztrát u hyponatremických pacientů s volumovou deplecí (22), tj. $FE_{Na} < 0,5\%$ by svědčila pro extrarenální ztráty sodíku (zvracení, průjemy), $FE_{Na} > 0,5\%$ pro renální ztráty (deficit mineralokortikoidů, salt-wasting syndrom). Hodnoty frakční exkrece sodíku je však nutné interpretovat s ohledem na hodnoty glomerulární filtrace a příjem soli (22).