

Anno 28 n. S53 Luglio-Agosto 2011

# Giornale Italiano di Nefrologia

Organo della Società Italiana di Nefrologia

on-line: [www.sin-italy.org](http://www.sin-italy.org)

Numero speciale S53 dedicato agli:  
**ABSTRACT DEL 52°  
CONGRESSO NAZIONALE  
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA**

**Genova  
21-24 Settembre 2011**



ISSN 0393-5590

oltre 3 gg dalla CC.

**Risultati.** Sono stati sottoposti a RRT 24 pz post CC (3.4%) (12 M, 12 F, età media: 74±9 aa) di cui 12 post CABG (3.1%), 5 post SV (2.2%), 7 post CABG+SV (7%). L'avvio di RRT è avvenuto con valori di Cr media di 3.6±1.4 mg% [3.5±1.3 nel gruppo 1 e 3.8±1.6 nel gruppo 2]. 17 interventi sono stati espletati in urgenza, 7 in elezione. La mortalità nei pz trattati è risultata del 62.5% (65% negli interventi di urgenza, 57% negli interventi in elezione) (p: n.s.). La mortalità nel gruppo 1 (13 pz) è stata del 46%, nel gruppo 2 (11 pz) dell'82% (p:n.s.). Nel gruppo 1 5 pz (38.5%) sono stati dimessi con ripresa della funzione renale senza necessità dialitica vs 2 pz (18%) nel gruppo 2 (p:n.s.). Nel gruppo 1 infine 2 pz (15.5%), peraltro con insufficienza renale già nota, sono stati dimessi in dialisi cronica vs 0% nel gruppo 2 (p:n.s.).

**Conclusioni.** I pz che hanno avuto un'insorgenza precoce di AKI verosimilmente solo correlata ai tempi di circolazione extracorporea e clampaggio aortico e un conseguente inizio precoce di RRT hanno dimostrato una migliore sopravvivenza e una più elevata percentuale di ripresa funzionale rispetto ai pz che hanno iniziato più tardivamente per insorgenza di AKI legata ad eventi avversi emodinamici e/o infettivi accorsi a distanza di tempo dalla CC.

## 228 NA

### DUE GIOVANI FRATELLI CON UREMIA CRIPTOGENETICA A RAPIDA PROGRESSIONE: VERA ASSOCIAZIONE O DRAMMATICA COINCIDENZA?

Staffolani E., Galli D., Miani N., Naticchia A., Ferraro P.M., D'Ascenzo F.M., Di Daniele N.  
U.O. Nefrologia e Dialisi, Università Tor Vergata, Roma

L'associazione tra uropatie malformative e displasia renale, definita CAKUT (Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract), rappresenta circa il 25% delle anomalie prenatali (1/500 nati). Potrebbe originare da una alterazione dei processi che regolano lo sviluppo embriologico uropoietico, controllati geneticamente. La frequente familiarità e la maggiore incidenza e gravità nei maschi rappresentano ulteriori evidenze di una sua origine genetica. Studi di linkage hanno evidenziato un'estrema eterogeneità delle mutazioni riscontrate e un'importante variabilità fenotipica e clinica nell'ambito di una stessa mutazione. Alcune malformazioni urologiche possono far parte di quadri sindromici molto complessi. Proponiamo il caso di due germani: un maschio di 29 anni (C1) ed una femmina di 24 anni (C2) giunti alla nostra osservazione nel novembre 2010 per sindrome uremica, rispettivamente V e IV stadio, criptogenetica a rapida progressione. C1: all'età di 23 anni al paziente (GFR: 27.7 mL/min) veniva diagnosticata incidentalmente una malformazione congenita renale con fusione polare inferiore, anteriormente alla vena a cava inferiore ed all'aorta addominale, come si può osservare nel "rene a ferro di cavallo". Si evidenziavano inoltre cisti multiple nel contesto parenchimale. Attualmente il paziente è in trattamento con APD. C2: paziente con evidente ritardo della crescita staturale-ponderale e sospetta diagnosi di sindrome di Bartter (alcalosi metabolica ipokaliemica, ipocalciuria ipercalcemica, ipomagnesuria, iperaldosteronismo iperreninico). I riscontri ecografici presentavano sin dai primi esami asimmetria renale, con ipoplasia relativa del rene destro e cisti centimetriche. In cinque anni il GFR si era ridotto da 70.3 a 27.1 mL/min. La ragazza presentava, inoltre, osteopenia severa già a 19 anni. Poiché in entrambi i casi l'insufficienza renale sarebbe stata considerata rara, abbiamo approfondito l'indagine familiare anamnestica evidenziando, nella linea paterna, numerosi soggetti affetti da anomalie morfologiche del rene e delle vie urinarie di varia entità. Abbiamo, pertanto, ipotizzato un'etiopatogenesi genetico-displastica tipo CAKUT per entrambi i fratelli.

## 229 NA

### INSUFFICIENZA RENALE ACUTA DA NEFROPATIA IPERFOSFATEMICA SECONDARIA AD EMOLISI, ASSOCIATA AD INTOSSICAZIONE DA METFORMINA: CASE REPORT

Monaco E.<sup>1</sup>, Dominijanni S.<sup>2</sup>, Cipriani S.<sup>3</sup>, Zazzaro D.<sup>1</sup>, Fortunato L.<sup>1</sup>, Zappalà L.<sup>3</sup>, Piacentini F.<sup>3</sup>, Morosetti M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale GB Grassi, ASL RMD, Roma; <sup>2</sup>Servizio di Dialisi, Casa di Cura Nuova Villa Claudia, Roma; <sup>3</sup>U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi, Policlinico Universitario "Tor Vergata", Roma

**Introduzione.** L'intossicazione da metformina si presenta con severa acidosi lattica. Presentiamo il caso di una paziente affetta da diabete mellito di tipo 2 (DM II) in trattamento con metformina che ha presentato emolisi e iperfosforemia associata a grave acidosi lattica e insufficienza renale acuta (IRA).

**Risultati.** Una donna di 65 anni, diabetica ed ipertesa, in terapia con metformina, esegue accesso al Pronto Soccorso del nostro ospedale con sintomatologia da addome acuto, vomito e diarrea. Agli esami ematici presentava grave acidosi lattica [21 mmol/L] associata a incremento degli indici di funzionalità renale, iperfosforemia severa (12.5 mg/dL) e anemizzazione acuta. Dopo trattamento con terapia medica ed emotrasfusioni per il persistere della grave acidosi e insufficienza renale e per l'instaurarsi di uno stato di shock veniva sottoposta a trattamento emodialitico cui faceva seguito un progressivo miglioramento dell'emodinamica con normalizzazione degli indici di funzionalità renale e della crasi ematica.

**Conclusioni.** I dati in nostro possesso evidenziano l'importanza di monitorare la terapia con metformina in relazione alla funzione renale, con sospensione del farmaco ove indicato. Nonostante in letteratura non vi siano indicazioni univoche sul trattamento emodialitico in corso di intossicazione da metformina, a nostro avviso l'acidosi lattica ad essa associata in presenza di insufficienza renale acuta, grave iperfosforemia ed emolisi trova nell'emodialisi bicarbonato il trattamento di elezione.

## 230 NA

### CRRT: UTILIZZO E POTENZIALITÀ IN UN "PICCOLO" OSPEDALE

Tosto M., Brescello M., Ercolani C., Giacomini A., Mengozzi G., Martimbiano L. S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale di Palmanova (UD)

**Introduzione.** Presso il nostro Ospedale, dal 2004 utilizziamo la Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) in collaborazione con la Medicina d'Urgenza seguendo i principi della Nefrologia critica. Negli ultimi anni abbiamo sentito la necessità di analizzare la nostra esperienza per incrementare le competenze cliniche e per migliorare la gestione condivisa con il personale della Medicina d'Urgenza tramite un percorso di formazione rivolta ad entrambi i reparti.

**Materiale e Metodi.** Dal 2007 si è attuata una raccolta sistematica dei dati riguardanti il trattamento dei pazienti acuti; tali dati sono stati periodicamente analizzati e sottoposti a revisione critica tenendo conto delle evidenze scientifiche di volta in volta disponibili. Nel 2010 è stato inoltre ideato e realizzato un corso di formazione, rivolto al personale della Dialisi e della Medicina d'Urgenza del nostro Ospedale, sulla gestione condivisa della CRRT.

**Risultati e Conclusioni.** Dal 2007 al 2010 sono stati trattati 89 pazienti acuti (la maggior parte settici, quindi cardiopatici e post-operati), di cui 53 con CRRT e volumi di scambio ≤4 L/ora, per un totale di 267 giorni di CRRT. Dall'analisi dei dati, pur nell'esiguità dei casi, emerge che i primi risultati sono positivi: è aumentato il numero di pazienti trattati mediante CRRT a discapito di quelli trattati con dialisi intermittente; i giorni di trattamento con CRRT sono aumentati; dopo una riduzione della CRRT verificatasi nel 2009, da cui è emersa la necessità di ripuntualizzare la problematica con la Medicina d'Urgenza, nel 2010 i casi sono nuovamente aumentati; è lievemente diminuita la percentuale di pazienti deceduti in CRRT. L'esiguità dei casi trattati non ci permette di trarre delle conclusioni a più ampio respiro; il nostro lavoro, comunque, fotografa in modo obiettivo la realtà della CRRT nel nostro "piccolo" Ospedale e l'importanza della gestione condivisa. Questo lavoro ci dà lo spunto per affrontare i prossimi casi personalizzando e ottimizzando il trattamento in accordo con le emergenti evidenze scientifiche. In futuro ci proponiamo di consolidare l'integrazione tra Nefrologia e Medicina d'Urgenza proseguendo il percorso di formazione.

## 231 NA

### INSUFFICIENZA RENALE ACUTA (IRA) POSTRENALE A SEGUITO DI TERAPIA CON CEFTRIAXONE IN UN BAMBINO DI 6 ANNI

Vercelloni P.G., Garigali G., Mastrangelo M., Bellingheri M., Gropali E., Marra G. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano, UO Nefrologia e Dialisi Pediatrica, Milano

**Introduzione.** Il Ceftriaxone, cefalosporina di terza generazione, è ampiamente utilizzato nella pratica clinica pediatrica; la colelitiasi può comparire tra gli effetti collaterali più noti, mentre la nefrolitiasi rappresenta un evento avverso più raro e meno conosciuto. Condizioni che favoriscono tale situazione possono essere il sovradosaggio, la disidratazione o l'ipalbuminemia, che aumentano la frazione di farmaco non legata ultra filtrata dal glomerulo. Riportiamo il caso di un bambino di 6 anni che in corso di meningite ha sviluppato colelitiasi e nefrolitiasi con IRA in seguito alla somministrazione di Ceftriaxone.

**Case Report.** FR, bno di 6 anni, ricoverato presso un ospedale territoriale per comparsa di iperpiressia, vomito alimentare e dolore addominale, con funzione renale normale (sCr 0.4 mg/100 mL). Dopo due giorni diagnosi di meningite da Neisseria Meningitidis di gruppo B ed infusione glucoeletrolitica reidratante e terapia antibiotica ev con Ceftriaxone 200 mg/kg/die in due somministrazioni giornaliere, con successiva defervescenza. Dopo tre giorni di terapia, comparsa improvvisa di oliganuria, insufficienza renale acuta (sCr 2.10 mg/dL, urea 57 mg/dL, Na 132 mEq/L), macroematuria ed aumento dei valori pressori a 120/90 mmHg, motivo per cui è stato trasferito presso la nostra Clinica, ove è stata ridotta la terapia antibiotica al dosaggio di 100 mg/kg in monosomministrazione associata a furosemide ed infusione glucoeletrolitica di mantenimento. Dopo poche ore dal ricovero il bambino ha avuto una minzione con materiale sabbioso molto denso, a seguito della quale ha ripreso ad urinare abbondantemente con rapida ripresa dei parametri di funzionalità renale (sCr 0.39 mg/dL, urea 9 mg/dL) e risoluzione della macroematuria. L'ecografia addominale eseguita dopo l'episodio mostra idronefrosi del rene sinistro e di immagine ipereogena di natura litiasica ostruente nell'uretere in prossimità della giunzione uretero-vescicale e di formazioni litiasiche nella colecisti. È stata quindi modificata la terapia antibiotica con Cefotaxime 110 mg/kg proseguita fino alla dimissione senza problemi clinici. Il giorno seguente il paziente ha espulso tale calcolo (0.5x0.2 cm) che all'esame spettrofotometrico è risultato composto da