

parametrici sono stati usati per confrontare tra loro le variabili cliniche ed ematochimiche di interesse tra i gruppi. **Risultati** Complessivamente, 59 pazienti con S-AKI (36 m, 23 f), età 64 anni (IQR 54-76) sono stati selezionati; 26 sono stati dimessi da TI (S), 33 sono invece deceduti (NS) (Tabella 1). I pazienti S e quelli con maggior intensità di trattamento (durata $\geq$ 72 h) presentavano miglior controllo dell'emodinamica e dell'andamento degli indici di flogosi (Tabella 1; Figura 1-2). **Conclusioni** I nostri dati confermano l'efficacia della terapia con CRRT+Cytosorb® nella gestione del paziente con S-AKI, ottimizzando il controllo emodinamico, flogistico e migliorando l'outcome in TI.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche e non sopravvissuti per le variabili cliniche ed ematochimiche di interesse

	Tabella	Sopravvissuti	Non Sopravvissuti	P*
	No 19	No 26	No 33	
FAS pre, medio (min, max)	100 (20, 150)	100 (20, 150)	100 (20, 150)	0,703
FAS post, medio (min, max)	100 (20, 150)	100 (20, 150)	100 (20, 150)	0,803
ΔFAS, medio (min, max)	0 (0, 30)	0 (0, 30)	0 (0, 30)	0,803
FAM pre, medio (min, max)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	0,407
FAM post, medio (min, max)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	0,407
ΔFAM, medio (min, max)	0 (0, 80)	0 (0, 80)	0 (0, 80)	0,407
FAM pre, medio (min, max)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	0,407
FAM post, medio (min, max)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	50 (10, 90)	0,407
ΔFAM, medio (min, max)	0 (0, 80)	0 (0, 80)	0 (0, 80)	0,407
PCT pre, medio (min, max)	0,5 (0, 2)	0,5 (0, 2)	0,5 (0, 2)	0,507
PCT post, medio (min, max)	0,5 (0, 2)	0,5 (0, 2)	0,5 (0, 2)	0,507
ΔPCT, medio (min, max)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,507
PCR pre, medio (min, max)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	0,507
PCR post, medio (min, max)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	0,507
ΔPCR, medio (min, max)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,507
Lat pre, medio (min, max)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	0,507
Lat post, medio (min, max)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	20 (10, 30)	0,507
ΔLat, medio (min, max)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,507
Na pre, medio (min, max)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	0,227
Na post, medio (min, max)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	0,227
ΔNa, medio (min, max)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,227
Na pre, medio (min, max)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	0,227
Na post, medio (min, max)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	0,227
ΔNa, medio (min, max)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,227
Na pre, medio (min, max)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	0,227
Na post, medio (min, max)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	130 (120, 140)	0,227
ΔNa, medio (min, max)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,227

FAS, pressione arteriosa sistolica; FAM, pressione arteriosa diastolica; FAM, pressione arteriosa media; PCT, procalcitonina; PCR, proteina C reattiva; Lat, lattato; Na, sodio; Δ, valore post - valore pre; Cyt, Cytosorb®; *test Mann-Whitney

Figura 1

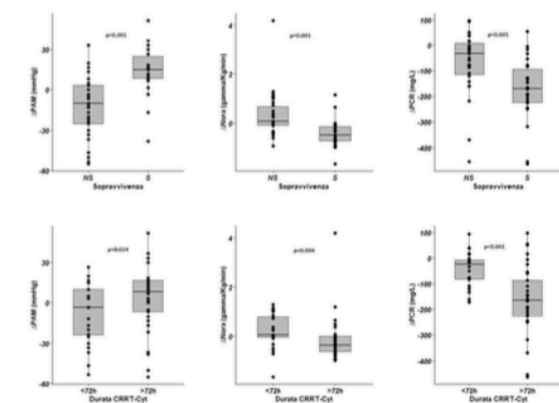
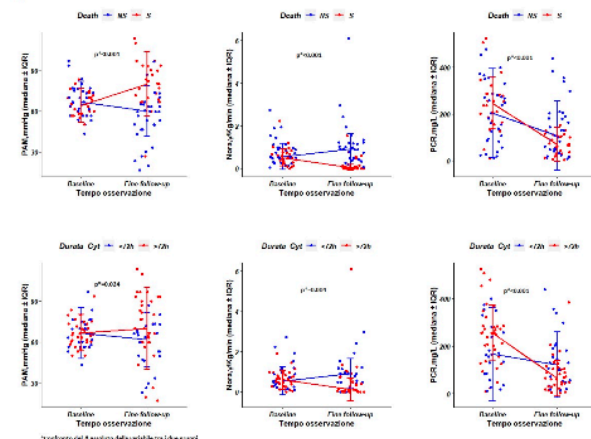


Figura 2



EMODIALISI E AFERESI TERAPEUTICHE

PO 203 – TERAPIA DELL'IPERPOTASSEMIA IN DIALISI CON SODIOPOLISTIRENSULFONATO

(SPS) E CALCIOPOLISTIRENSULFONATO (CPS).

Autori: De Salvo Cristina², Gingis Rony², Orani Maria Antonietta³, Re Sartò Vanessa Giulia⁴, Cossetini Althea Isabella Euridice⁴, Pirovano Marta⁴, della Volpe Luca⁴, Scotti Lucia⁴, Gallieni Maurizio¹.

Affiliazioni: ¹ Dipartimento di scienze biomediche e cliniche università di Milano, ² Scuola di specializzazione in nefrologia, università di Milano,

L'iperkaliemia (K >5,5 mmol/L) affligge più del 42% dei pazienti con eGFR < 20 ml/min. Tra i pazienti dializzati K >6 mmol/L si riscontra nel 5% dei pazienti. La dieta rappresenta una strategia fondamentale per il controllo dell'iperpotassemia ma spesso è necessaria una terapia farmacologica per limitarne l'assorbimento gastrointestinale. I farmaci maggiormente utilizzati sono le resine a scambio ionico sodiopolistirensulfonato (SPS) e calciopolistirensulfonato (CPS). SPS è stato ampiamente utilizzato sebbene risulti scarsamente tollerato per effetti gastrointestinali. Un'alternativa è il CPS con vantaggio potenziale di ridurre il carico di sodio. Il nostro studio ha l'obiettivo di confrontare le due resine in pazienti dializzati arruolando 19 pazienti in terapia da almeno due mesi con SPS per poi passare a CPS per ulteriori due mesi. Le variazioni dei valori di sodiemia, potassiemia, calcemia e delta peso (PC) sono illustrate in tabella 1. I valori mediani sono rimasti invariati, tuttavia l'analisi delle variazioni individuali mensili dei livelli di K ha dimostrato un aumento significativo dopo il passaggio a CPS (da -0,16 mmol/L/mese prima del passaggio a +0,07 mmol/L/mese; p=0,035). Le variazioni mensili dei livelli di sodiemia sono risultate in salita prima del passaggio e decrescenti dopo con il CPS (rispettivamente +0,06 mmol/L/mese e -0,61 mmol/L/mese; p= 0,095). Differenze non statisticamente significative sono state rilevate per livelli di calcio (circa +0,01 mg/dl/mese per entrambi; p=0,805) e di PC con lieve diminuzione prima e un leggero aumento dopo il passaggio (rispettivamente -0,21 kg/mese e +0,18 kg/mese; p=0,391). L'utilizzo delle resine permette di mantenere la potassiemia tra 5-5,2 mmol/L, ma con tendenza all'aumento delle variazioni individuali della potassiemia con il CPS (immagine 1). Il passaggio da SPS a CPS ha confermato una riduzione dell'apporto di sodio senza però indurre variazioni statisticamente significative del delta di peso corporeo.

*test t-test; **test Mann-Whitney