



GIORNALE ITALIANO DI NEFROLOGIA

Book of abstract

Anno 41 • Volume S84

**65° Congresso Nazionale
Della Società Italiana di Nefrologia**
Riccione, 16/10/2024 - 19/10/2024



ISSN: 1724-5990

Organo ufficiale della Società Italiana di Nefrologia

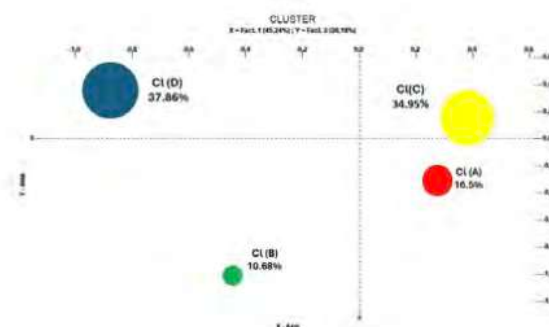
E' stato sviluppato un questionario composto da quattro domande chiuse con scala likert a cinque passi (1, per nulla – 5, moltissimo), una domanda a scelta multipla, una domanda aperta per indagare limiti e risorse percepite in questo ambito. Le risposte sono state analizzate con il software T-Lab.

Risultati

114/205 (55%) operatori (77 [68%] infermieri e 37 [32%] medici) hanno aderito al questionario. I risultati mostrano che per il 66% le cure palliative sono "importantissime" mentre per il 38% sono "abbastanza" realizzabili; per il 62% inoltre le cure palliative sono un percorso condiviso di cura, accompagnamento alla morte e non inizio della dialisi o sua sospensione immediata. Per il 31% il paziente è poco coinvolto nella scelta mentre per il 90% i familiari sono abbastanza/molto/moltissimo coinvolti. Dall'analisi tematica dei contesti elementari sono risultati quattro cluster tematici (*figura 1*), ridenominati da noi in ordine di importanza: *necessità di una cultura* (38% della varianza) tema più sentito dai medici in cui emerge un limite percepito legato alla mancanza di esperienza e risorse; *centralità del paziente in percorso personalizzato* (35% della varianza) tema più sentito dagli infermieri; *approccio di cura necessario* (17% della varianza) e *morte dignitosa* (11% della varianza) (*Tabella 1*).

Conclusioni

La rappresentazione delle cure palliative per l'UO di Nefrologia risulta essere un argomento da conoscere e una risorsa potenziale, necessaria per l'accompagnamento del paziente e della famiglia nel fine vita. Limiti percepiti sono la mancanza di esperienza e risorse. Non viene citata come risorsa il lavoro di equipe che sarà un aspetto da potenziare per una pianificazione condivisa delle cure con paziente e famiglia soggetti attivi nel loro percorso.



37.86%		34.95%		16.59%		10.68%	
Necessità di una cultura	CHI ¹	Centralità del paziente in percorso personalizzato	CHI ²	Approccio di cura necessario	CHI ³	Morte Dignitosa	CHI ⁴
ARGOMENTO	45,125	MALATTIA	8,374	NECESSARIO	38,371	DOLORE	24,188
CONDIVIDERE	18,413	CONSAPEVOLE	6,498	UTILE	27,771	DISASTROSO	16,931
IMPORTANTE	11,646	PAZIENTE	5,761	ULTIMO	12,295	GARANZIA	12,188
PROFESSIONALE	6,91	ADEGUATO	4,631	VIVERE	11,021	MORTE	8,564
CREDO	5,721	DIGNITÀ	4,633	VITA	5,438	POSSIBILE	7,234
CASI	4,413					DIFFICILE	6,163
ESPERIENZA	4,413					SEGUIRE	6,163
RISORSE	4,413					SENSIBILITÀ	6,163
PERCORSO	3,181					RISORSA	4,257

Emodialisi

PE 165 – Biopsia ossea e studio istomorfometrico: un caso clinico complesso.

Autori: Cossettini A. (1), Re Sartò G. V. (2), Pirovano M. (1), Cosmai L. (2), Gingis R. (1), della Volpe L. (1), Guarino A. (1), Bisegna L. (1), Graditi E. (1), Gallieni M. (1)(2)(3).

Affiliazioni: (1) Scuola di specializzazione in Nefrologia, Università di Milano, (2) U.O. Nefrologia e dialisi ASST- Fatebenefratelli-Sacco Milano, (3) Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche, Università di Milano.

La biopsia ossea è il gold standard per la diagnosi della tipologia di osteodistrofia renale (OR), ma essendo un esame invasivo e gravato da dolore post-procedurale, al momento è sottoutilizzata. Tuttavia rimane un esame di fondamentale importanza nella diagnosi differenziale delle patologie ossee nei pazienti con insufficienza renale cronica (IRC). L'istomorfometria ossea che consegue alla biopsia è in grado di definire in modo accurato i diversi pattern di classificazione dell'OR e pertanto guida le scelte terapeutiche, consente di analizzare la fisiopatologia delle

alterazioni ossee e permette di valutare il meccanismo d'azione dei vari farmaci sul rimodellamento osseo e sui meccanismi di riassorbimento-neoformazione a livello tissutale e cellulare. Tra i vari pattern di osteodistrofia renale uno dei più comuni nei pazienti con IRC, specialmente in dialisi peritoneale, è l'osso adinamico, che si caratterizza per un osso con assenza di processi di rimodellamento ed estrema povertà cellulare su superfici di riassorbimento e di apposizione. Si distingue per un basso turnover e un ridotto volume osseo, con mineralizzazione pressochè conservata. Le terapie a disposizione sono poche e possono prevedere la somministrazione di farmaci anabolici come teriparatide (off-label nei pazienti con grave compromissione renale).

Per supportare l'importanza di questa tecnica diagnostica si descrive il caso di una donna nata nel 1971 affetta da IRC da Glomerulonefrite Lupica istologicamente accertata il 16/02/1993 condizionante inizio di dialisi peritoneale (CAPD) il 01/03/1993. Collateralmente la paziente era affetta da meno-metrorragia condizionante plurimi episodi di anemizzazione e richiedente plurime emotrasfusioni.

La paziente è stata sottoposta a un primo trapianto renale nel 1994, complicato da tre episodi di rigetto acuti trattati con steroidi in boli e immunoglobuline antilinfocitarie, oltre alla sottostante terapia immunosoppressiva eseguita in cronico con corticosteroidi ed everolimus. Il graft falliva nel 2005, con necessità di ripresa della dialisi peritoneale. Il secondo trapianto è avvenuto nel 2009, ma è stato complicato anch'esso da due episodi di rigetto acuto trattati con steroidi in boli oltre alla sottostante terapia immunosoppressiva cronica con micofenolato mofetile, tacrolimus e corticosteroidi; anche il secondo trapianto è andato incontro a fallimento nel 2011, con necessità di riprendere nuovamente il trattamento dialitico peritoneale. Dal 2016, per fallimento della membrana

peritoneale, la paziente ha intrapreso dialisi extracorporea a cadenza trisettimanale tramite catetere venoso centrale per impossibilità al confezionamento di fistola artero-venosa, metodica attualmente in corso.

Dal punto di vista osseo la paziente mostrava un quadro laboratoristico caratterizzato da normocalcemia, iperfosforemia, paratormone (PTH) nei limiti di norma (considerando 150-300 pg/ml secondo linee guida K-DOQI), fosfatasi alcalina e Telo peptide C-terminale Del Collagene Di Tipo I (CTX) soppressi. Alla DEXA, T Score e Trabecular Bone Score erano indicativi di osteoporosi (Figura 1).

ESAMI ENATICI						
Data	Calcio (mg/dl) VN: 8.5-10.5	Fosforo (mg/dl) VN: 2.5-4.5	Vit. D (ng/ml) VN: 30-100	PTH (pg/ml) VN: 150-300*	ALP (U/L) VN: 50-220	CTX (ng/ml) VN: 0.1-0.7 (1.3)
Settembre 2021	9,1	6	30	132	40	1,41
Giugno 2022	9,1	6	-	307	64	-
Gennaio 2023	10,5	3,1	45	118	80	1,03
Marzo 2023	9,8	3,9	30	217	23	0,62
Settembre 2023	8,8	5,8	-	274	-	-
Dicembre 2023	8,6	6,1	-	546	-	-

*secondo linee guida K-DOQI del 2017 per la dialisi, il trattamento e la prevenzione dello SDO-MRD

DEXA			
Data	T score L1-L4	T score collo femorale	T score totale
Maggio 2018	-1,56	-2,09	-1,56
Luglio 2021	-4,8	-3,1	-3,2
Marzo 2023	-5,1	-3,3	-3,1

Figura 1. Parametri biochimici e DEXA

Veniva data quindi indicazione a trattamento remineralizzante con denosumab previa biopsia ossea, che veniva eseguita il 12/01/2024. La lettura istomorfometrica, tuttavia, mostrava un quadro istologico compatibile con Osso Adinamico (Figura 2 e 3), che rendeva controindicata la somministrazione di farmaci antiassorbitivi.

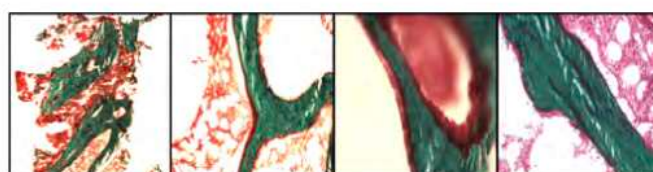


Figura 2. Istologia ossea

L'architettura dell'osso spongioso appariva ridotta, le trabecole di spessore normale (79 µm), di numero e volume ridotto (17.1%, v.n. 20.1±2.4), immerse in un midollo qualitativamente normale. Ad alto

ingrandimento, era presente osso lamellare su tutto il campione. L'osteoides appariva distribuito uniformemente nel campione. Il volume osteoides (0.3%) era ridotto, come pure le superfici osteoides (12.1 %) rispetto ai controlli di pari sesso ed età (1.9 ± 0.4 e 19.3 ± 3.1 , rispettivamente) (Figura 2).



Figura 3. Marcatura dell'osso alla tetraciclina

In fluorescenza, la marcatura alla tetraciclina era pressoché assente. La velocità di formazione ossea (BFR/BS) era ridotta e pari a $0.002 \mu\text{m}^3/\text{mm}^2/\text{die}$. Risultavano ridotta l'Activation Frequency ($0.004/\text{anno}$; v.n. $0.49-0.72$) e aumentato il Mineralization lag time ($> 5000 \text{ gg}$; v.n. $20-46 \text{ gg}$) (Figura 3).

La paziente intraprendeva dunque terapia con teriparatide $20 \text{ mcg}/\text{die}$, con programma di ripetere una biopsia ossea a distanza di 10-12 mesi e con monitoraggio periodico degli esami ematochimici.

Comprendere la patologia di base consente al clinico di fornire il miglior approccio farmacologico per garantire la prevenzione e/o il trattamento dell'osteodistrofia renale.

Emodialisi

PE 166 – Osteoporosi e CKD-MBD: follow-up a 30 mesi di terapia con

Denosumab in paziente emodializzata.

Autori: Elsa Marisi(1), Lucia Perilli (1), Bice Giammichele (1), Angela Perilli (1)

Affiliazioni: 1-UOC Nefrologia e Dialisi- Ospedale S.Pio da Pietrelcina Vasto- ASL2Abruzzo

Introduzione: Il Denosumab è un anticorpo monoclonale completamente umanizzato ad azione anti-riassorbitiva in grado di legare il RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand); la mancata interazione tra RANKL e RANK inibisce la formazione, la funzionalità e la sopravvivenza degli osteoclasti, riducendo il riassorbimento osseo. Nei pazienti emodializzati il suo utilizzo potrebbe causare l'insorgenza di ipocalcemia severa rendendo necessario uno stretto monitoraggio dei livelli sierici di calcemia, PTH e $25(\text{OH})_2\text{VitD}_3$.

Caso Clinico: Paziente donna di 76 anni in trattamento emodialitico trisettimanale dal 2019, affetta da osteoporosi severa documentata tramite mineralometria ossea (MOC), con frequenti fratture costali; inoltre affetta da Iperparatiroidismo secondario in terapia con chelanti del fosforo per os e calcitriolo ad alte dosi. Inizio del trattamento con Denosumab 60 mg 1 fl s.c. ogni 6 mesi nel Novembre 2021 e attualmente in corso. Sono stati monitorati mensilmente i livelli di Calcemia, $25(\text{OH})_2\text{VitD}_3$ e PTH, fosfatasi alcalina. Durante il primo mese di somministrazione, in seguito a riduzione dei valori sierici di Calcemia è stata implementata la concentrazione di Calcio nel dialisato ed introdotta supplementazione orale di Calcio. Dopo l'aumento nei primi mesi del PTH dovuta all'ipocalcemia conseguente alla remineralizzazione ossea si è assistito ad un ritorno a valori basali di esso. I livelli di $25(\text{OH})_2\text{VitD}_3$ sono stati normalizzati con l'introduzione di colecalciferolo per os. Nel periodo di osservazione non si sono verificati