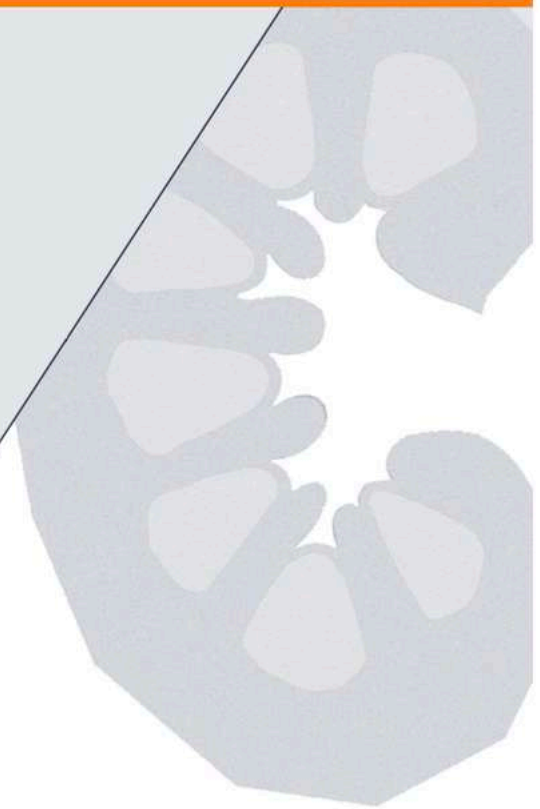




GIORNALE ITALIANO DI NEFROLOGIA

Book of abstract

Anno 42 • Volume S85



**66° Congresso Nazionale
Della Società Italiana di Nefrologia**

Riccione, 21/10/2025 - 24/10/2025

ISSN: 1724-5990



Organo ufficiale della Società Italiana di Nefrologia

trent'anni in trattamento con cloroquina, ricoverata per il posizionamento di catetere peritoneale per dialisi. Durante l'esecuzione della procedura con tecnica chirurgica standard, nella fase di approccio alla fascia posteriore del muscolo retto addominale – prima ancora di accedere chirurgicamente alla cavità peritoneale e durante l'allestimento della borsa di tabacco – si assisteva a una lacerazione spontanea della fascia peritoneale, in una sede limitrofa a quella operatoria, con apparente esposizione della cavità peritoneale. Il successivo tentativo di introduzione del catetere mostrava resistenza e, una volta rimosso, la punta appariva contaminata da materiale enterico. Nel sospetto di perforazione intestinale, dopo sutura, la paziente veniva sottoposta a TC addome urgente che evidenziava la presenza di anse del colon trasverso e di intestino tenue francamente retratte e adese in sede centroaddominale e paraombelicale, compatibile con sclerosi peritoneale evoluta. Tale reperto veniva confermato anche durante l'approccio chirurgico successivo, in cui la laparoscopia, convertita in laparotomia, risultava impraticabile per il rischio di perforazione intestinale. (Figura 1) Il quadro intraoperatorio era suggestivo di peritonite e vasculite lupica. La letteratura riporta LMV nel 0,2–9,7% dei casi di LES e peritonite lupica con riscontro autoptico in oltre il 50% dei casi, spesso senza diagnosi clinica. Questo caso sottolinea l'importanza della valutazione preoperatoria nei pazienti con LES di lunga durata o attivo, anche per procedure routinarie.



Figura 1

DIALISI PERITONEALE

CO 32 – VALUTAZIONE DELLA MALNUTRIZIONE IN PAZIENTI IN DIALISI PERITONEALE: RUOLO DELLA BIOIMPEDENZIOMETRIA E DEI MARKER SIERICI

Autori: Marta Pirovano^{1,2}, Giulia Vanessa Re Sartò², Althea Cossettini^{1,2}, Luca della Volpe^{1,2}, Rony Gingis^{1,2}, Alessia Guarino^{1,2}, Laura Cosmai², Maurizio Gallieni^{2,3}

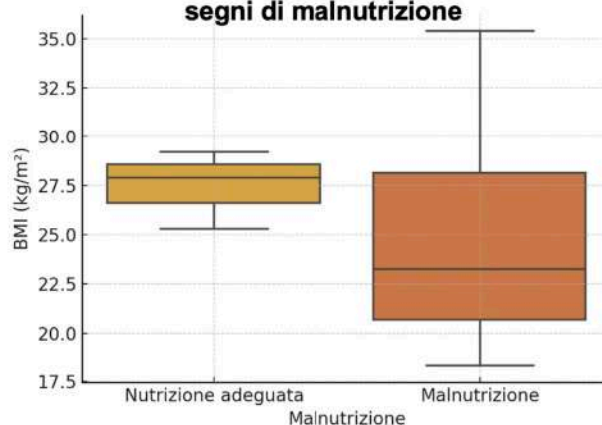
Affiliazioni: (1) Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Università di Milano (2) UOC Nefrologia e Dialisi, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano (3) Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Università di Milano

Background: La malnutrizione nei pazienti in dialisi peritoneale (DP) è altamente prevalente e spesso sottodiagnosticata. Indicatori come BMI possono risultare fuorvianti, rendendo necessaria una valutazione combinata tra composizione corporea e marcatori biochimici. L'obiettivo dello studio è identificare la prevalenza di malnutrizione tramite LTI (Lean Tissue Index), pre-albumina e proteine totali.

Metodi: Sono stati analizzati 24 pazienti in DP sottoposti a bioimpedenziometria (LTI, FTI, %ECW) ed esami ematochimici. La malnutrizione è stata definita dalla presenza di almeno uno dei seguenti criteri: LTI < 10 kg/m², pre-albumina < 0.26 (su scala 8 g/dL) o proteine totali < 6.5 g/dL. È stata inoltre confrontata la distribuzione del BMI nei pazienti malnutriti e non, ed è stata esplorata la relazione tra LTI e %ECW.

Risultati: La malnutrizione era presente nell'82,4% della coorte. La media del BMI nei pazienti malnutriti era 24,7 kg/m², con valori fino a 35,4, confermando che un BMI elevato non esclude uno stato nutrizionale compromesso. Al contrario, i pazienti non malnutriti mostravano BMI medio di 27,5 kg/m². La %ECW aumentata era frequentemente associata a LTI ridotto, suggerendo una correlazione tra sovraccarico extracellulare e perdita di massa magra. Le correlazioni tra indici antropometrici e sierici mostravano associazioni deboli tra BMI e stato nutrizionale reale.

Distribuzione del BMI nei pazienti con e senza segni di malnutrizione



Conclusioni: La prevalenza di malnutrizione nei pazienti in DP è risultata elevata, anche in soggetti con BMI normale o aumentato. Sebbene un BMI ridotto possa rappresentare un utile primo indicatore clinico da non trascurare, il suo uso isolato non è sufficiente a identificare lo stato nutrizionale in maniera accurata. L'integrazione tra bioimpedenziometria e marker sierici come la pre-albumina e le proteine totali è fondamentale per una valutazione affidabile del rischio nutrizionale in questo setting.

EMODIALISI

CO 33 – “SIX HOURS PER DAY” SEDENTARISM: A STRONG RISK FACTOR IN DIALYSIS PATIENTS

Autori: V. Panuccio, G. Caridi, G. Parlongo, E. Puntorieri, M.R. Fazio, S. Lucisano, A. Urso, R. Tripepi, S. Mezzatesta, G.L. Tripepi, C. Torino on behalf of the PROGREDIRE working group.

Affiliazioni: U.O.C. di Nefrologia, Dialisi abilitata al Trapianto di

mantenimento con pemetrexed e pembrolizumab. Durante il secondo ciclo di mantenimento, corrispondente al sesto ciclo complessivo di pemetrexed, la paziente ha sviluppato un danno renale acuto di II grado, evidenziato da aumento della creatinina sierica da 0,84 a 2,2 mg/dl (Grafico 1). L'ecografia renale risultava nella norma. Le analisi ematochimiche evidenziavano anemia, aumento del LDH e consumo di aptoglobina con test di Coombs sia diretto che indiretto negativo, mentre bilirubina e frazioni del complemento erano nella norma. L'analisi urinaria mostrava la presenza di microematuria e leucocituria, con urinocoltura negativa. Lo screening immunologico e virale e l'elettroforesi proteica sierica non hanno rilevato anomalie significative. La terapia oncologica è stata sospesa per eseguire una biopsia renale e avviare il trattamento con metilprednisolone (0,5 mg/kg). L'istologia ha rivelato fibrosi interstiziale e atrofia tubulare, indicativi di un danno renale indotto da pemetrexed (Figura 1). L'immunofluorescenza ha mostrato depositi di IgA, IgG e C3 sulle membrane basali e sulle pareti arteriolari, sebbene la loro rilevanza clinica resti aspecifica. Considerata la compatibilità del quadro istologico con nefrotossicità da pemetrexed, si è sospesa la terapia steroidea, proseguendo l'immunoterapia con pembrolizumab. Nei mesi successivi si è registrato un recupero parziale della funzione renale, con creatinina sierica stabilizzata a 1,65 mg/dl. L'analisi istologica ha confermato un danno tubulointerstiziale da pemetrexed, evidenziando un meccanismo di tossicità diretta. La biopsia renale ha svolto un ruolo fondamentale nella diagnosi differenziale della nefrotossicità, permettendo una gestione terapeutica mirata. Questo caso sottolinea l'importanza di una valutazione approfondita del danno renale per ottimizzare le strategie terapeutiche nei pazienti trattati con terapie oncologiche combinate.

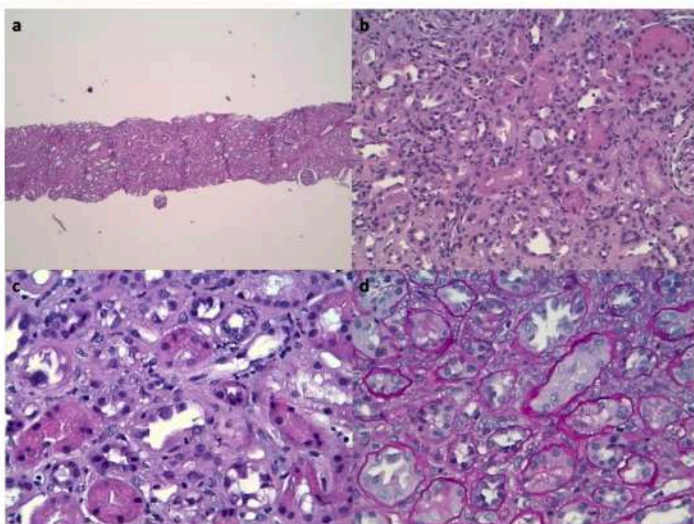


Figura 1: Danno renale tubulointerstiziale indotto da pemetrexed a) frammento di tessuto corticale con glomeruli morfologicamente conservati (H&E, 40x); b) fibrosi interstiziale e atrofia delle cellule epiteliali tubulari, con riduzione della popolazione cellulare e disorganizzazione strutturale (H&E, 200x); c) Tubuli renali caratterizzati da focale atrofia e vacuolizzazioni citoplasmatiche, con diffusi segni di sofferenza epiteliale e attivazione di processi rigenerativi (H&E, 200x); d) Tubuli renali caratterizzati da focale atrofia e vacuolizzazioni citoplasmatiche, con diffusi segni di sofferenza epiteliale e attivazione di processi rigenerativi (PAS + Alcian periodico di Schiff).

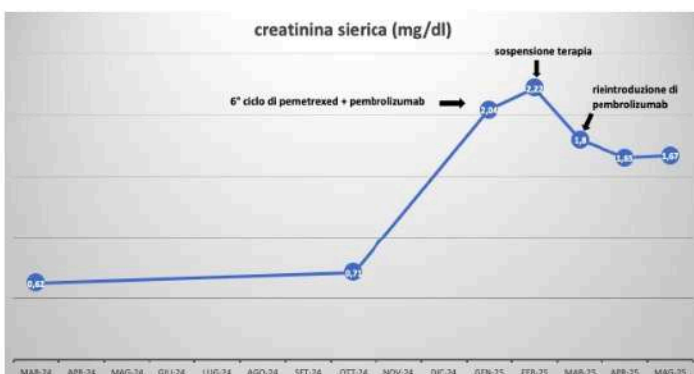


Grafico 1: Variazioni della creatinina sierica durante il trattamento oncologico con pemetrexed e pembrolizumab; aumento significativo dopo il sesto ciclo, riduzione dopo la sospensione e successiva stabilizzazione con lieve miglioramento nonostante la reintroduzione di pembrolizumab.

PO 092 – PROTEINURIA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI IN TERAPIA CON VEGFI: ESPERIENZA REAL-WORLD SU INCIDENZA, SEVERITÀ E PREDITTORI CLINICI

Autori: Marta Pirovano 1,2, Nicla la Verde 3, Annalisa Bramati 4, Carlo Ganini 5,6, Althea Cossetini 1,2, Luca della Volpe 1,2, Alessia Guarino 1,2, Giulia Vanessa Re Sartò 2, Camillo Porta 5,6, Laura Cosmai 2, Maurizio Gallieni 2,7

Affiliazioni: (1) Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Università di Milano (2) UOC Nefrologia e Dialisi, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano (3) UOC Oncologia Medica, Ospedale Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano; (4) UOC Oncologia Medica, Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano; (5) Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università di Bari 'A. Moro', Bari (6) UOC Oncologia Medica, AOU Consorziata Policlinico di Bari, Bari (7) Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Università di Milano

Background: La proteinuria è una tossicità frequente secondaria a farmaci inibitori del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGF). Obiettivo dello studio è valutarne incidenza, severità, fattori di rischio e associazione con ipertensione e AKI.

Metodi: Studio retrospettivo su 183 pazienti trattati con VEGFi. Sono stati raccolti dati clinici al baseline e monitorati i gradi di proteinuria, HTN (CTCAE) e AKI (KDIGO) per 12 mesi. La proteinuria è stata classificata come assente, grado 1 o grado II-III. È stata inoltre eseguita un'analisi multivariata per identificare fattori associati a proteinuria severa.

Risultati: Le caratteristiche baseline sono riportate in Tab 1. Il 69.4% dei pazienti ha sviluppato proteinuria; il 39.3% ha sviluppato proteinuria di grado I, il 15.8% di grado II e il 4.4% di grado III. L'incidenza varia in base al farmaco (Img 1): Lenvatinib (70.0%) e Cabozantinib (67.7%) sono associati a frequenze più elevate. La distribuzione dei gradi varia tra i farmaci, con tendenza a proteinuria più severa con Lenvatinib e Bevacizumab. Nell'analisi multivariata, nessuna comorbidità è risultata significativamente associata a proteinuria severa. Anche la creatinina basale non ha mostrato differenze significative tra i gruppi. L'OR per l'associazione tra proteinuria e AKI è 0.49 (IC 95%: 0.21–1.13; $p = 0.093$), mentre per HTN 0.83 (IC 95%: 0.31–2.22; $p = 0.72$). Nonostante una maggiore incidenza di HTN (94.6%) e AKI (27.0%) nei pazienti con proteinuria di grado II-III rispetto a quelli con grado I (88.9% e 19.4%) e a quelli senza proteinuria (92.9% e 14.3%), le differenze tra i gruppi non sono statisticamente significative (Img 2).

Conclusioni: La proteinuria è comune nei pazienti trattati con TKI e varia in incidenza e severità a seconda del farmaco. Tuttavia, nei nostri dati non emergono associazioni significative con comorbidità né con HTN o AKI.

L'assenza di associazione con AKI appare clinicamente rassicurante.

Caratteristiche		N=183
Età	Media Range	59,6 28-83
Sesso	M	144 (78.7%)
	F	39 (21.3%)
Ipertensione	Yes	109 (59.5%)
	No	64 (35.0%)
	NA	10 (5.5%)
Diabete Mellito	Yes	31 (16.9%)
	No	142 (77.6%)
	NA	10 (5.5%)
Scompenso cardiaco	Yes	2 (1.1%)
	No	171 (93.4%)
	NA	10 (5.5%)
Coronaropatia	Yes	20 (10.9%)
	No	153 (83.6%)
	NA	10 (5.5%)
Insufficienza renale cronica	Yes	62 (33.9%)
	No	110 (60.1%)
	NA	11 (6.0%)
Creatinina (mg/dl)	Media	1,32
	Range	0,55-2,38
Proteinuria (grado CTCAE)	0	122 (66.6%)
	1	51 (27.9%)
	2	10 (5.5%)
	3	0 (0%)

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti al baseline.

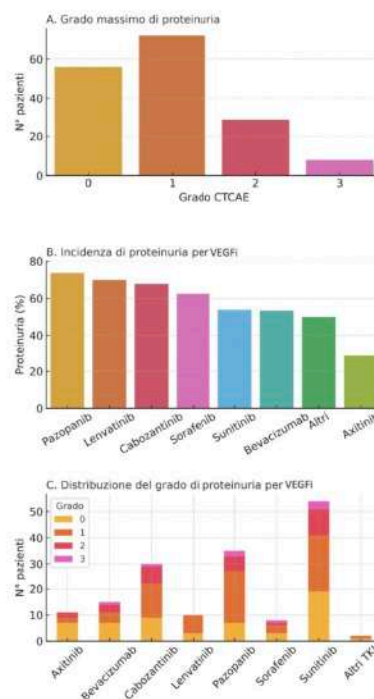


Immagine 1. A Grado massimo di proteinuria osservato nel follow-up. B Incidenza di proteinuria (qualsiasi grado) per tipo di VEGF. C Distribuzione del grado di proteinuria per farmaco. La categoria «altri TKI» include combinazioni o farmaci meno rappresentati.

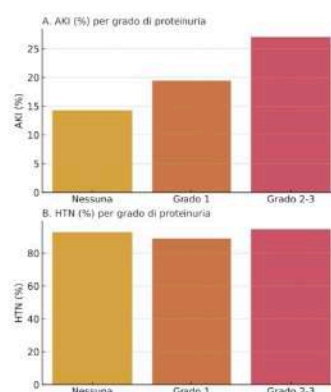


Immagine 2. A Incidenza di AKI e B Incidenza di ipertensione nei pazienti con proteinuria assente, di grado 1, o grado 2-3 CTCAE.

INSUFFICIENZA RENALE ACUTA

PO 093 – LA CEUS COME STRUMENTO PREDITTIVO DI RENAL RECOVERY DA AKI/AKD: CASE REPORT

Autori: Dott. M. D'Ascoli (1), Dott.ssa E. Bettin (1), Dott. M. Dugo (1)

Affiliazioni: (1) UOC Nefrologia e Dialisi, Ospedale dell'Angelo, Venezia Mestre.

Ragazza di 17 anni ricoverata per quadro di polmonite necrotizzante da MSSA. Per peggioramento della dinamica respiratoria la paziente veniva ricoverata in TI, intubata e sottoposta a cicli di pronazione. Sviluppo di importante quadro di raddomiolisi (CPK >90000, Mioglobina > 30000) a genesi multifattoriale con contestuale insorgenza di AKI anurica con necessità di avvio di CKRT. Nel corso del ricovero il quadro di insufficienza renale è progressivamente evoluto in AKD, con prosecuzione di CKRT. Alle prime indagini diagnostiche (TC addome con mdc) i reni apparivano con effetto nefrografico conservato e simmetrico ma ai successivi controlli si documentava un ridotto effetto parenchimografico renale bilaterale, con corticale mal riconoscibile in fase arteriosa (Fig.1,2) pur con arterie renali pervie bilateralmente.

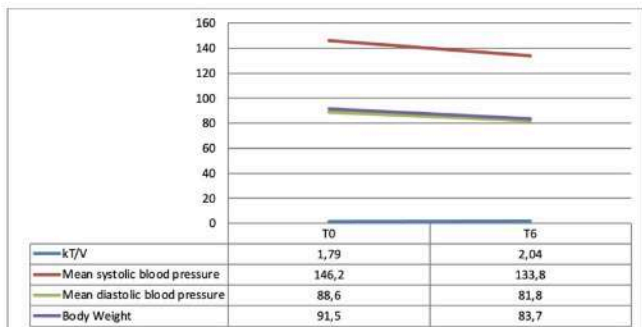


Figura 1 Outcomes della terapia con Semaglutide

DIALISI PERITONEALE

EPO 048 – URGENT START PD, UN CASO CLINICO DI INIZIO DELLA DIALISI PERITONEALE TRE GIORNI DOPO IL POSIZIONAMENTO DEL CATETERE .

Autori: Silvia Mazza (1), Alessia Guarino (1), Maria Pia Guaita (1), Luca della Volpe (1), Althea Cossetini (1), Marta Pirovano (1), Marco Heidempergher (2), Maurizio Gallieni (1,2,3).

Affiliazioni: (1) Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Milano; (2) UO Nefrologia e Dialisi ASST Fatebenefratelli-Sacco; (3) Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche, Università di Milano.

Introduzione: La dialisi peritoneale rispetto all'emo-dialisi è più tollerata, permette di mantenere la funzione renale residua più a lungo, non necessita del confezionamento di un accesso vascolare e può essere eseguita in ambiente domiciliare permettendo ai pazienti una maggiore flessibilità e autonomia. La PD rappresenta, quindi, un'eccellente, ma sottoutilizzata, tecnica dialitica la cui implementazione futura potrebbe dipendere dalla possibilità di essere impiegata come primo approccio dialitico nei pazienti che giungono tardivamente all'attenzione del nefrologo per una condizione di stato uremico, o sovraccarico idrico. Si parla di US-PD (urgent start pd) quando la dialisi peritoneale viene avviata entro 72 ore dal posizionamento del catetere peritoneale. Riportiamo il **caso clinico** di un giovane di 36 anni affetto da IRC IV stadio secondaria a nefropatia da acido urico e nefropatia a depositi di IgA, giunto nel Marzo 2024 c/o la nostra Nefrologia come "late referral". A causa di un follow-up discontinuo in Ambulatorio Ma.Re.A., in data 04/02/2025 si riscontrava marcato peggioramento della funzione renale (creatinina 4.12 -> 9.22 mg/dl, urea 133 -> 235 mg/dl), anemia (Hb 11 -> 8.6 g/dl), acidosi metabolica con iperkalemia (K+ 6 mmol/L, HCO3 16 mmo/L). In data 08/02/2025 si decideva, quindi, di ricoverare il paziente e posizionare in urgenza il catetere peritoneale con metodica chirurgica (minilaparotomia, con catetere autolocante). In data 11/02/2025 si avviava trattamento dialitico peritoneale con metodica APD con miglioramento clinico. L'inizio precoce della dialisi si è svolto senza complicazioni. **Conclusioni:** questo caso clinico dimostra che, laddove lo specialista nefrologo abbia la giusta esperienza e sia sufficientemente aggiornato riguardo le varie opzioni di trattamenti

sostitutivi della funzione renale, e laddove ci sia una stretta collaborazione con il team chirurgico di riferimento, l'approccio dialitico peritoneale possa essere utilizzato anche in urgenza e nei pazienti "late referral".

DIALISI PERITONEALE

EPO 049 – L'OSMOLALITÀ URINARIA E L'INDICE DI INFIAMMAZIONE IMMUNITARIA SISTEMICA (SII) SONO CORRELATI ALLA MORTALITÀ IN UNA COORTE DI 41 PAZIENTI SOTTOPOSTI A DIALISI PERITONEALE

Autori: Jacopo Lomi¹, Stefano Michelassi, Rossella Cannavò, Alma Mehmetaj, Pietro Dattolo

Affiliazioni: 1 SOC Nefrologia e Dialisi Pistoia SOC Nefrologia e Dialisi Firenze 2

Introduzione Vari sono i parametri che condizionano il declino della funzione renale residua (RKF) e incidono sulla mortalità nei pazienti sottoposti a dialisi peritoneale. In questo studio abbiamo analizzato il ruolo dell'osmolalità urinaria a digiuno calcolata prima dell'inizio del trattamento dialitico peritoneale e dell'indice di infiammazione immunitaria sistemica (SII) nel condizionare RKF e mortalità in una popolazione di 41 pazienti sottoposti a dialisi peritoneale. METODI 41 pazienti che hanno iniziato dialisi peritoneale presso il nostro centro sono stati seguiti per un follow-up medio di 10 mesi e sottoposti ad esami ematochimici ematici e urinari ogni due mesi. L'analisi dei dati ha incluso anche gli esami di laboratorio di routine dei pazienti stessi. L'analisi statistica è stata eseguita con SPSS. RISULTATI La nostra analisi ha mostrato una correlazione diretta tra osmolalità urinaria basale e la mortalità ($r = 0,34$, $p = 0,045$) e tra SII basale e la mortalità ($r = 0,32$, $p = 0,039$); l'SII era anche associata a una maggiore incidenza di peritoniti ($r = 0,48$, $p = 0,001$), mentre l'osmolalità urinaria correlava anche con l'età ($r = 0,51$, $p = 0,001$). I fattori predittivi di un declino più rapido dell'RKF erano la proteinuria basale ($r = -0,630$, $p = 0,002$), l'RKF basale ($r = -0,574$, $p < 0,001$) e il rapporto urea U/P basale ($r = -0,474$, $p = 0,030$). Con un'analisi di regressione lineare, la proteinuria basale è risultata il principale fattore predittivo di un declino più rapido dell'RKF ($p = 0,064$). CONCLUSIONI Osmolalità urinaria basale e SII nella nostra popolazione sono correlati con la mortalità. Abbiamo dimostrato una correlazione tra il rapporto U/P basale e il declino dell'RKF non descritto precedentemente in letteratura. I nostri dati confermano infine l'associazione tra valori di RKF basale più elevati e proteinuria e un declino più rapido dell'RKF stesso.

DIALISI PERITONEALE

EPO 050 – INIBITORI DI SGLT-2: UN ULTERIORE AIUTO PER LA DIALISI PERITONEALE?

Autori: Dott. Giuseppe Paribello, Dott.ssa Fortuna Papa, Dott.ssa Maria Chiara Ganzerli, Dott. Gianmichele Delle Curti,

sicurezza. Introduzione di norme chiare riguardo lo smaltimento del materiale esausto: le linee e le sacche contenenti dialisato sono composte da materiali potenzialmente riciclabili, eppure non esistono chiare indicazioni a riguardo; di conseguenza vengono spesso smaltite nei rifiuti secchi urbani e non riciclate. Definire con chiarezza la composizione e le modalità di raccolta e riciclo di questi materiali (differenziarli con la plastica o raccogliarli separatamente?) permetterebbe di individuare l'ente responsabile del loro smaltimento, sfruttando qualora possibile reti di raccolta dei rifiuti già presenti sul territorio (nettezza urbana, isole ecologiche). Rispetto delle norme già esistenti: rispettare le regole di raccolta e smaltimento dei rifiuti non sanitari (come materiali di imballaggio e carta) nelle strutture sanitarie, che spesso vengono gettati nei contenitori per rifiuti speciali. PD e impatto ambientale: stiamo facendo tutto bene?

DIALISI PERITONEALE

EPO 074 – IL RUOLO DELLA TC CON MEZZO DI CONTRASTO INTRAPERITONEALE IN UN CASO DI LEAKAGE PERITONEO-PLEURICO

Autori: Cossetтини A. (1), Re Sartò G. V. (2), Pirovano M. (1), Cosmai L. (2), della Volpe L. (1), Guarino A. (1), Bombaci F. (3), Oliva A. (3), Gallieni M. (1)(2)(4).

Affiliazioni: 1) Scuola di Specializzazione in Nefrologia, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Università degli Studi di Milano 2) U.O.C Nefrologia e Dialisi, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano 3) S.C. Radiologia, ASST-Fatebenefratelli-Sacco, Milano 4) Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche 'Luigi Sacco', Università degli Studi di Milano

Paziente di 51 anni affetto da amiloidosi AL dal 2020 con interessamento renale e cardiaco, in trattamento con dialisi peritoneale da luglio 2024, giungeva a novembre 2024 per controllo routinario lamentando astenia, malessere, dispnea, diarrea post-prandiale, contrazione della diuresi e aumento ponderale di 2 kg. In terapia oncologica con Ixazomib e Lenalidomide, presentava proteinuria di 24 g/die, ipoalbuminemia severa (1.4 g/dl) e marcati edemi declivi.

All'esame obiettivo riscontro di ipotensione e abolizione del murmure vescicolare a destra. Eseguiva RX torace che mostrava un versamento pleurico monolaterale a destra (Figura 1A), con opacamento subtotale dell'emittoce, per il quale veniva sottoposto a multiple toracentesi evacuative e diagnostiche, con rimozione di oltre 3700 ml di liquido (Figura 1B), con esiti negativi per infezioni e CTM e valori di glucosio sovrapponibili a quelli ematici. Persistendo il sospetto di leakage peritoneo-pleurico, veniva effettuata una TC torace-addome con mezzo di contrasto (MdC) organo-iodato (Ultravist) intraperitoneale (100 ml in 2000 ml di soluzione Physioneal 1.36%), che confermava una comunicazione diaframmatica tra peritoneo e pleura (Figura 2A).

Si sospendeva la dialisi peritoneale, avviando emodialisi trisettimanale tramite catetere venoso centrale, ben tollerata e condizionante stabilizzazione del quadro emodinamico, miglioramento degli edemi, e riduzione collaterale della diuresi e della proteinuria. Il catetere peritoneale veniva utilizzato per drenare l'ascite spontanea (150-200

ml/die), per favorire la chiusura del tramite. Per la fragilità del paziente, non si optava per approcci invasivi.

Durante il follow-up, il paziente manifestava desiderio di riprendere la metodica peritoneale, compatibilmente con il quadro clinico. A marzo 2025, dopo 5 mesi di sospensione, una nuova TC con MdC intraperitoneale mostrava persistenza della comunicazione diaframmatica (Figura 2B), imponendo lo shift definitivo a emodialisi.

Il caso evidenzia la severità del leakage peritoneo-pleurico come complicanza della dialisi peritoneale e l'utilità della TC con MdC intraperitoneale sia in fase diagnostica che di follow-up.



Figura 1. RX torace
A: Versamento pleurico monolaterale pre-toracentesi
B: Versamento pleurico monolaterale post-toracentesi

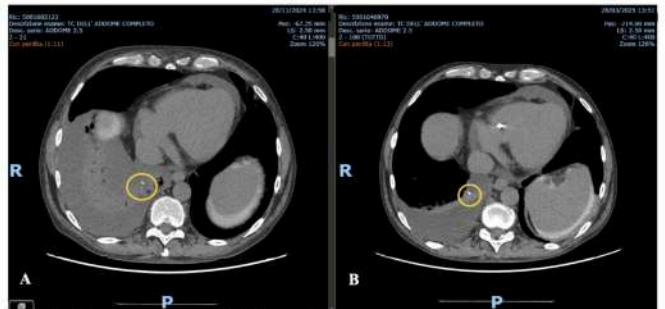


Figura 2. TC torace-addome con MdC intraperitoneale
A: Leakage peritoneo-pleurico al T0 (28/11/2024).
B: Leakage peritoneo-pleurico al T1 (28/03/2025)
Nelle acquisizioni seriate nel tempo la densità del versamento pleurico tendeva ad aumentare (passando da 5 UH a 20 UH) e presentava piccola immagine iperdensa, possibile espressione di visualizzazione diretta di spandimento sovradiaframmatico del MdC peritoneale.

DIALISI PERITONEALE

EPO 075 – CONFRONTO TRA LE DOSI DI ESA TRA DIALISI PERITONEALE ED EMODIALISI

Autori: Dott. Giuseppe Paribello, Dott.ssa Fortuna Papa, Dott.ssa Maria Chiara Ganzerli, Dott. Ernesto Saturno, Dott. Gianmichele Delle Curti, Prof. Antonio Pisani, Dott.ssa Eleonora Riccio

Affiliazioni: AOU Federico II, Ospedale Moscati di Aversa

L'anemia è la complicanza più comune nei pazienti con IRC. Una resistenza alla terapia con ESA è definita come un fallimento nel raggiungimento del target dei livelli di Hb con una dose di darbopoietina >1.5 µg/kg/sett. Nel nostro studio abbiamo valutato la risposta alla terapia con darbopoietina tra i pazienti in DP e in HD appaiati per sesso, età ed età dialitica. Sono stati presi in esame possibili fattori che possono ridurre la risposta alla terapia con ESA: storia di malattie cardiovascolare, la carenza marziale, lo stato infiammatorio, il sovrappeso.

EPO 420 – LA CISTATINA-C: LA NECESSITÀ DI IMPLEMENTARE QUESTO MARCATORE NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA PER LA DIAGNOSI PRECOCE DI MALATTIA RENALE CRONICA.

Autori: (1,4) Luca della Volpe, (2) Giuseppe Leonardi, (1,4) Althea Cossettini, Marta Pirovano, Alessia Guarino, (3) Roberto Minutolo, Silvio Borrelli, Luca De Nicola, (1,4,5) Maurizio Alberto Gallieni

Affiliazioni: (1) Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Università di Milano, Milano (2) U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Antonio Perrino di Brindisi (3) U.O.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale, A.O.U. Università della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli (4) U.O. di Nefrologia e Dialisi, ASST Fatebenefratelli-Sacco Milano (5) Dipartimento di Scienze biomediche e cliniche, Università di Milano

INTRODUZIONE: La diagnosi precoce di malattia renale cronica (CKD) è cruciale nella gestione del paziente diabetico, poiché il danno renale può progredire silente. Fasi iniziali possono essere caratterizzate da iperfiltrazione glomerulare, con sovrastima del filtrato. La cistatina-C, proteina prodotta da tutte le cellule nucleate, è un marcatore più sensibile e indipendente da fattori confondenti come massa muscolare, età o dieta. **CASO:** uomo di 78 anni, medico, diabete mellito tipo 2 dal 2006, in scarso controllo metabolico (HbA1c 65 mmol/mol; BMI 31), con riscontro ambulatorialmente di albuminuria marcata 2500 mg/g creat (non noti precedenti) e retinopatia diabetica proliferante durante ricovero nell'aprile 2025, eco-grafia non particolarmente dirimente. La creatinina sierica (1.1 mg/dL) si era sempre mantenuta nei limiti; eccetto episodio di insufficienza renale acuta (creatinina 2 mg/dl) nel settembre 2022 durante ricovero per TURB. Ad aprile 2025 l'eGFR (CKD-EPI 2021) risultava pari a 64 mL/min/1.73 m², compatibile con uno stadio 2 di CKD. Tuttavia, considerata storia clinica si è reputato quel valore di filtrato glomerulare non attendibile, per cui si è ulteriormente approfondito col dosaggio della cistatina-C, risultata 1.71 mg/dL. Questo ha consentito un calcolo più preciso dell'eGFR (combinando creatinina + cistatina-C) pari a 47 mL/min/1.73 m², ossia stadio 3 di CKD. Si è discusso col paziente per potenziale esecuzione di biopsia renale onde studiare eventuali altre condizioni cliniche concomitanti, con netto rifiuto. È stato avviato trattamento con finerenone per nefroprotezione, in aggiunta all'ACE-inibitore già massimizzato. In passato aveva mal tollerato gliflozine. È stato anche ottimizzato il controllo glico-metabolico aggiungendo in terapia semaglutide orale. **CONCLUSIONI:** Le linee guida congiunte SIN – Ministero della Salute (aprile 2025) raccomandano l'impiego del calcolo combinato CKD-EPI 2021 con creatinina + cistatina-C per una stima più attendibile della funzione renale, soprattutto nei soggetti a rischio. Il caso dimostra l'importanza della sua applicazione nella pratica clinica quotidiana.

Delta dell'eGFR calcolato con entrambi i metodi

eGFR
64
(mL/min/1.73 m²)

CKD-EPI 2021
con solo Creatinina

Stadio 2
di malattia renale cronica

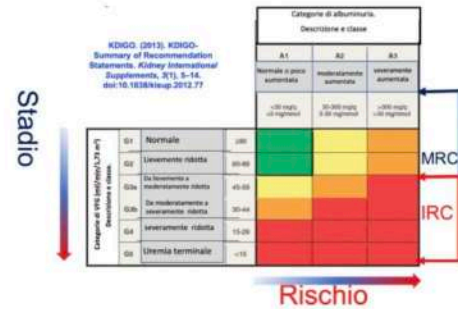
eGFR
47
(mL/min/1.73 m²)

CKD-EPI 2021
con calcolo combinato
Creatinina + Cistatina C

Stadio 3
di malattia renale cronica



Linee guida Ministero della Salute (aprile 2025):
Il calcolo combinato con creatinina e cistatina-C è raccomandato per una stima più accurata dell'eGFR.



MALATTIA RENALE CRONICA

EPO 421 – DISTRIBUZIONE DELLE ALTERAZIONI ECOGRAFICHE RENALI: STUDIO RETROSPETTIVO OSSERVAZIONALE

Autori: Lucia Argentiero¹, Palmira Schiavone², Luigi Vernaglione³

Affiliazioni: 1 UO Nefrologia PO Camberlingo- Francavilla Fontana, 2 UO Nefrologia PO Perrino- Brindisi- 3 UO Nefrologia PO Perrino- Brindisi

Le patologie renali rappresentano una crescente causa di mortalità e morbilità nella popolazione generale, in particolare nelle fasce di età più avanzate. La diagnosi precoce rappresenta un elemento cruciale nella gestione di queste condizioni. L'ecografia renale costituisce uno