

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

messi (91) con diagnosi di PSV era 1.75%, in progressivo aumento (16, 35, 40). Nei 64 pazienti di questo gruppo (M/F 21/43, età media 63 aa), era diagnosticato: WG 36% (23), MPA 22% (14), Crioglobulinemia 13% (8), Churg-Strauss (CSS) 9% (6), Goodpasture 8% (5), PSH 6% (4), Takayasu 6% (4). Il coinvolgimento ORL si manifestava nel 52 % dei casi: rinite crostosa e sinusite nel WG (65%), poliposi nasale in tutti i casi di CSS. Ad oggi, 58 pazienti in follow-up, 6 in dialisi, 7 deceduti.

**Conclusioni.** L'incidenza delle PSV è risultata stabile nei 3 periodi, media 8.2/ milione (5.3-19.2). I dati epidemiologici risultano di difficile interpretazione in quanto la diagnosi differenziale rimane incerta. Nella nostra esperienza, le specifiche lesioni clinico-patologiche ORL potrebbero essere markers significativi di classificazione e prognosi. Differenti meccanismi patogenetici potrebbero operare nelle singole PSV, richiedendo differenti approcci terapeutici.

#### 109 PO

##### TERAPIA DELLE GLOMERULONEFRITI PRIMITIVE: ESISTE UNA PRIMA LINEA DI TRATTAMENTO?

Dominijanni S.<sup>2</sup>, Cipriani S.<sup>3</sup>, Di Daniele N.<sup>3</sup>, Staffolani E.<sup>3</sup>, Jankovic L.<sup>1</sup>, Fortunato L.<sup>1</sup>, Rugghetti C.<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, Ostia, 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.** La terapia delle glomerulonefriti primitive proteinuriche (GNFP) è ancora molto dibattuta in letteratura. In particolare non è stato definito se sia opportuno utilizzare corticosteroidi (CCS) e bloccanti del sistema renina-angiotensina (SRAA) come approccio terapeutico iniziale, oppure, in relazione ai diversi quadri istologici, se sia preferibile impiegare direttamente specifici protocolli immunosoppressivi. Scopo del nostro studio è stato valutare in pazienti con GNFP la percentuale a "target" proteinurico dopo terapia di "prima linea" in un periodo di 24 mesi.

**Materiali e Metodi.** Sono stati inclusi 56 pazienti (30 M), con età media di 47.7±16 anni e suddivisi in due gruppi in base ai valori di proteinuria all'esordio e al trattamento. Gruppo 1: proteinuria <1 gr/24 ore, trattati con SRAA-b; Gruppo 2: proteinuria >1 gr/24 ore, trattati con SRAA-b e corticosteroidi (CCS). Endpoint primario era per i primi raggiungere una riduzione della proteinuria del 40%, per gli altri una proteinuria <1 g/24 ore. È stato considerato anche l'andamento della funzione renale durante il periodo di studio.

**Risultati.** Dopo 24 mesi 37 pazienti (66%) hanno raggiunto il target. In relazione alla diagnosi istologica il 61.5% dei pazienti con nefropatia da IgA, il 68.4% dei pazienti con glomerulonefrite membranosa, il 66.6% dei pazienti con glomerulosclerosi focale e segmentale e il 66.6% dei pazienti con glomerulonefrite membranoproliferativa hanno raggiunto il target. La funzione renale si è mantenuta stabile nel periodo considerato e non si sono verificati effetti avversi maggiori.

**Conclusioni.** I nostri risultati sono sovrapponibili a quelli riportati in letteratura con l'utilizzo di seconde linee di terapia sia in termini di riduzione della proteinuria che di recidive. Sembra corretto, dunque, considerare come terapia di prima linea delle GNFP i SRAA-b per i pazienti con livelli iniziali di proteinuria <1 gr/24 ore e la terapia d'associazione SRAA-b e CCS in pazienti con livelli di proteinuria iniziali >1 gr/24 ore.

#### 110 PO

##### SCLERODERMIA E COINVOLGIMENTO RENALE: CORRELAZIONE TRA FILTRATO GLOMERULARE MISURATO (SCINTIGRAFIA RENALE) E CALCOLATO (COCKROFT-GAULT, MDRD E CKD-EPI)

Gigante A.<sup>1</sup>, Rosato E.<sup>2</sup>, Barbano B.<sup>1</sup>, Cianci R.<sup>1</sup>, Zingaretti V.<sup>1</sup>, Salsano F.<sup>2</sup>, Amoruso A.<sup>1</sup>, Massa R.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica; <sup>2</sup>Dipartimento di Immunologia Clinica; <sup>3</sup>Dipartimento di Medicina Nucleare, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma

**Introduzione.** Il coinvolgimento renale in corso di scleroderma si manifesta in varie forme che vanno dalla riduzione isolata della filtrazione glomerulare alla crisi renale sclerodermica. Tali pazienti hanno spesso massa muscolare ridotta e quindi la sola creatinina sierica può non essere sufficiente a valutare il reale coinvolgimento renale. Questo studio si pone l'obiettivo di identificare la più attendibile tra le formule calcolate della clearance della creatinina (Cockcroft-Gault, MDRD e CKD-EPI) in una popolazione di pazienti sclerodermici. Tali formule sono state correlate con il GFR misurato con la scintigrafia renale.

**Materiali e Metodi.** Abbiamo arruolato 30 pazienti (27 donne, 3 maschi, età media 43.7±13.5 anni, durata media di malattia di 8.1±8.6 anni), di cui 21 affetti da forma diffusa e 9 da forma limitata di scleroderma. Tutti i pazienti avevano creatinina nella norma (valore medio: 0.74 ±0.14) ed assumevano Ca-antagonisti. Nessuno era iperteso, diabetico, né in trattamento immunosoppressivo o con ACE-I/sartano. Abbiamo sottoposto i pazienti a scintigrafia renale sequenziale con 99m Tc-DTPA e correlato i valori di GFR ottenuti con quelli di filtrato calcolati con le formule di Cockcroft-Gault, MDRD e CKD-EPI. Risultati: Dei 30 pazienti studiati 13 avevano un GFR ridotto (in 6 pazienti GFR <60 mL/

min). La scintigrafia mostrava un GFR medio di 80.3±17.8 mL/min, mentre le formule calcolate mostravano rispettivamente valori di 77.5±20.7 mL/min con Cockcroft-Gault, 88.8±19.6 mL/min con MDRD a 7 variabili e 100.1±17.3 mL/min con CKD-EPI. Dai risultati ottenuti la Cockcroft-Gault non correla statisticamente con il GFR misurato con la scintigrafia (p=0.078), mentre la formula MDRD a 7 variabili (p=0.048) e, in misura maggiore, la CKD-EPI (p=0.043) mostrano una correlazione positiva con il GFR misurato con la scintigrafia.

**Conclusioni.** La creatinina non può essere considerata un effettivo marker di funzionalità renale nei pazienti sclerodermici. In questa popolazione il calcolo del GFR più accurato sembra essere quello ottenuto con il CKD-Epi.

#### 111 PO

##### VALUTAZIONE DELLA STENOSI DELL'ARTERIA RENALE CON ECOCOLORDOPPLER NELLA SINDROME DA ANTICORPI ANTI-FOSFOLIPIDI

Gigante A.<sup>1</sup>, Ceccarelli F.<sup>2</sup>, Barbano B.<sup>1</sup>, Spinelli F.R.<sup>2</sup>, Martina P.<sup>1</sup>, Perricone C.<sup>2</sup>, Cianci R.<sup>1</sup>, Conti F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica; <sup>2</sup>Dipartimento di Reumatologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma

**Introduzione.** La stenosi dell'arteria renale (RAS) è una delle manifestazioni della sindrome da anticorpi antifosfolipidi (APS). Le trombosi potrebbero essere la base per lo sviluppo delle RAS in pazienti ipertesi con APS, primitiva e secondaria. Scopo dello studio è valutare l'incidenza delle RAS in pazienti affetti da APS primitiva e secondaria, afferenti alla Lupus Unit del Policlinico Umberto I di Roma.

**Materiali e Metodi.** Abbiamo sottoposto 25 pazienti con diagnosi di APS (M/F 6/19, età media 41.04±14.3 anni, durata media di malattia 90±61.7 mesi) a EcocolorDoppler (ECD) delle arterie renali. Tutti i pazienti (5 con APS primaria, i restanti con sindrome secondaria a LES) avevano funzionalità renale nella norma, mentre 12/25 presentavano ipertensione arteriosa in trattamento (ben controllata tranne 3 casi). Il 68% dei pazienti presentava positività per LAC, il 77.3% per anticorpi anticardiolipina, il 31.8% positività per anti-2-GPI (3 pazienti presentavano tripla positività: LAC+anticorpi anticardiolipina+anti-2-GPI).

**Risultati.** All'ECD il 16% dei pazienti (4/25) presentava una RAS, e 2 di questi avevano una pressione arteriosa non controllata nonostante la terapia farmacologica. La RAS era presente nel 50% dei pazienti con APS primitiva e nel 9% dei pazienti con APS secondaria. Non vi era nessuna associazione con lo stato anticorpale. Per quanto riguarda la terapia 15 pazienti erano in trattamento con TAO, 12 pazienti con antiaggregante e 4 assumevano terapia di combinazione TAO+antiaggregante. Nei pazienti affetti da RAS, 2 assumevano terapia antiaggregante e 2 terapia anticoagulante.

**Conclusioni.** La stenosi delle arterie renali è una frequente manifestazione in corso di APS. Pertanto uno studio ECD delle arterie renali dovrebbe essere inserito nello screening dei soggetti affetti da questa sindrome, soprattutto in presenza di pressione arteriosa non controllata.

#### 112 PO

##### CHOROIDOPATHY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Pistoletti V.<sup>1</sup>, Baglio V.<sup>1</sup>, Gharbiya M.<sup>2</sup>, Cuozzo G.<sup>2</sup>, Ciminelli M.E.<sup>2</sup>, Gangemi C.<sup>1</sup>, Di Franco M.<sup>3</sup>, Accogli A.<sup>1</sup>, Polistena F.<sup>1</sup>, Zeppilli L.<sup>1</sup>, Morabito S.<sup>1</sup>, Pierucci A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Nephrology and Urology; <sup>2</sup>Department of Ophthalmology; <sup>3</sup>Department of Rheumatology, "Sapienza" University, Rome

**Introduction.** Ophthalmologic complications of kidney disease and, in particular, of systemic lupus erythematosus (SLE), are not uncommon but are rarely threshold signs for the nephrologist. Choroidopathy may be often clinically silent in SLE but is usually found in patients (pts) with systemic disease activity. Recently, indocyanine green angiography (ICG-A) has been used in ophthalmology diagnostics of SLE pts facilitating the study of choroid circulation (J Nephrol 2011, doi: 10.5301/JN.2011.6244). The aim of this study is to highlight, by means of fluorescein angiography (FAG) and ICG-A, possible choroidal alterations in pts with SLE with renal involvement independently of the active phase of renal and/or systemic disease.

**Methods.** Twenty pts with biopsy proven lupus nephritis (LN), free from systemic and renal recurrences for at least 6 months and without ocular symptoms, underwent simultaneous ICG-A and FAG. Seven pts without clinical signs of renal disease have been selected as control group.

**Results.** Drusen-like deposits were ophthalmoscopically evident only in 1 (5%) of 20 LN pts. FAG disclosed the deposits in 6 (30%) of 20 LN pts while ICG-A revealed drusen-like deposits in all LN pts (100%). FAG and ICG-A showed no choroidal alterations in control group pts.

**Conclusions.** In pts with LN, ICG-A allows to disclose signs not detectable by clinical or FAG examination. By contrast, no choroidal alterations are disclosed in patients without SLE-related nephropathy. The findings of choroidopathy by ICG-A could represent an early indicator which is sensitive to ocular involvement and, "indirectly", to renal involvement. Given that histological renal lesions may be present also in the absence of anomalies in urinary sediment and/or proteinuria, the positivity of ICG-A could be useful in deciding whether or not to carry out an