

Giornale Italiano di Nefrologia

Settembre
Ottobre
2019
Anno 36
Vol S.74



60° | **1957**
2019



CONGRESSO NAZIONALE

RIMINI, 2/5 OTTOBRE 2019

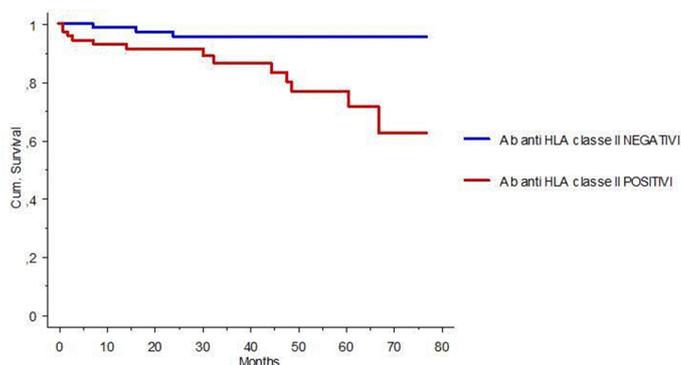
yes we can, yes we care



“Sono stato portato per mano a scegliere un mestiere
che è l’unico mestiere per me, l’unico che mi permetta
di realizzarmi nella forma più gioiosa, più immediata”

Federico Fellini

popolazione trapiantata di rene, estendendo i risultati di precedenti osservazioni che dimostravano aumentata incidenza di eventi a genesi ATS, anche allo scoppio cardiaco.



PO 319 – EXTERNAL VALIDATION AND RE-CALIBRATION OF THE CARDIOVASCULAR RISK EQUATION FOR RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS: APPLICATION TO A REAL-WORLD ITALIAN COHORT

Autori: Carriero I (1), Bellavita M (1), Gubbiotti G (2), Gaburri M (2), Taglioni C (2), Reboldi G (1)

Affiliazioni: (1) Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Università Chieti-Perugia (2) SC Nefrologia Dialisi e Trapianto, Azienda Ospedaliera di Perugia

Renal transplant recipients (RTRs) have increased risk of major adverse cardiac events (MACE). General population risk prediction models (Framingham Risk Score) are of limited value in RTRs. Recently, risk equations to predict incident MACE were developed using data from a multicenter clinical trial. We externally validated and re-calibrated the risk equation using a real-world transplant database and tested its prognostic value for MACE.

We tested the validity of a 7-variable risk equation, before and after re-calibration, in prevalent RTRs followed-up at the Perugia Hospital. Diabetes mellitus, LDL-cholesterol, and serum creatinine values at the first post-transplant visit were used when applying the calculators. Optimal cut-points for the predicted risk were determined using an outcome-driven approach.

401 RTRs (mean age 48, 65% male) with functioning graft contributed 3500 patient-years (pty) of observation. We recorded 102 CV events (IR $2.9 \times 100\text{-pty}$; 95%CI 2.4-3.6), of which 72 were MACE (IR $2.1 \times 100\text{-pty}$; 95%CI 1.6-2.6). MACE could be predicted using a 7-variable model. The area under the ROC curve (AUROC) of the uncalibrated model was 0.73, indicating preserved discrimination and acceptable calibration (Slope 0.72 $R^2=0.76$ $p<0.01$). Re-calibration led to significant improvement (AUROC 0.75 $p<0.05$; slope 0.77 $R^2=0.92$ $p<0.01$). We identified an optimal survival cutpoint at 13% predicted

risk. RTRs with lower than 13% predicted risk of MACE had a significant lower probability of incident MACE (Log-rank $p<0.01$)

In RTRs the risk of MACE can be predicted using the 7-variable model. Re-calibration leads to further improvement in discrimination and calibration. The model can be used to identify patients at higher risk of MACE within 5 years.

PO 320 – EFFICACIA E SICUREZZA DEL FERRO CARBOSSIMALTOSIO NEL TRAPIANTO RENALE

Autori: Apicella L, Secondulfo C, Iacuzzo C, Bellizzi V, Palladino G, **Bilancio G.**

Affiliazioni: UOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto renale – Azienda Ospedaliera Universitaria “Ruggi d’Aragona” – Salerno

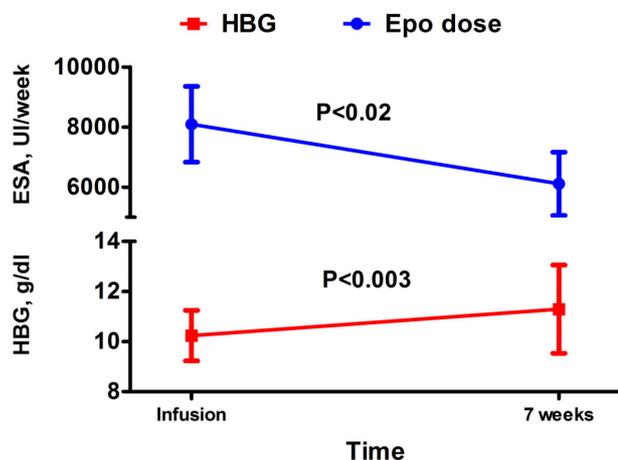
Introduzione: Nei pazienti con trapianto renale (KTx) l’anemia post-trapianto (PTA) è associata a ridotto outcome del graft e aumentata mortalità cardiovascolare/per tutte le cause. Con i trattamenti finora disponibili, la carenza di ferro (ID) è molto diffusa nei KTx ed è una delle cause principali della PTA. Questo studio valuta gli effetti e la sicurezza del trattamento con Ferro Carbossimaltoso (FCM) in pazienti KTx con anemia.

Metodi: Sono stati studiati 32 KTx (15M/17F) con eGFR<60 ml/min (38 ± 12 ml/min), età di trapianto >1anno (media 6.4 aa), anemia (Hb <11g/dl o trattamento con ESA), deficit marziale (TSAT<20% e/o ferritina<100ng/ml) e intolleranza o mancata risposta al ferro per via orale/ferro gluconato per ev. A ciascun paziente veniva somministrato 500 mg di FCM in basale e una seconda dose dopo 1 mese; Venivano valutati l’assetto marziale e i parametri di funzione renale ogni 30 giorni e/o l’eventuale presenza di effetti collaterali. Il periodo medio di osservazione ad oggi è di circa 2 mesi.

Risultati: Dopo 7 settimane dalle infusioni di FCM, la ferritina aumentava da 44 ± 28 a 70 ± 30 ng/mL ($p<0.006$), la TSAT da 10 ± 6 a $18 \pm 8\%$ ($p<0.001$), i livelli di Hb da 10.2 ± 1 a 11.2 ± 1.5 g/dl ($p<0.003$) e si osservava una riduzione significativa della dose di ESA (da 8000 ± 1500 UI/sett. a 6200 ± 1400 UI/sett) (Figura). Non si verificavano riportati effetti collaterali soggettivi. Non vi erano nel corso del follow-up modifiche in termini di funzione renale e/o elettrolitiche.

Conclusioni: In pazienti con KTx stabile e anemia associata a carenza marziale, il trattamento con FCM è efficace e sicuro, anche nei pazienti non responsivi a un precedente trattamento marziale, e rappresenta un’efficace e valida terapia per la

correzione ottimale del deficit marziale in RTX.



PO 321 – LA NEFRECTOMIA DI BONIFICA PRE-TRAPIANTO RENALE NEL PAZIENTE CON END-STAGE KIDNEY DISEASE SECONDARIA A MALATTIA RENALE POLICISTICA AUTOSOMICA DOMINANTE (ADPKD): ESPERIENZA MONOCENTRICA

Autori: Alessandra Cingolani (1), Valentina Nastasi (1), Fabiana Brigante (1), Emilio Balestra (1), Domenica Taruscia (1), Andrea Ranghino (1)

Affiliazioni: (1) SOD Nefrologia, Dialisi e Trapianto di Rene – Ospedali Riuniti Ancona

INTRODUZIONE

Ad oggi, le indicazioni e il timing ideale della nefrectomia di bonifica pre-trapianto renale (Pre-TxN) nel paziente con ESKD secondaria a malattia renale policistica autosomica dominante (ADPKD) rimangono oggetto di discussione. Scopo dello studio monocentrico retrospettivo è stato di analizzare l'impatto della Pre-TxN sull'*outcome* del paziente post-trapianto renale.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 90 pazienti portatori di trapianto renale da donatore deceduto afferenti al nostro Centro Trapianti nel periodo 1987-2018. Sono stati analizzati il numero di infezioni delle cisti e delle vie urinarie (IVU), di ematuria macroscopica pre e post-trapianto, il *timing* della nefrectomia di bonifica e la funzione del *graft* (eGFR).

RISULTATI

Gruppo A (21 pz) no Pre-TxN, Gruppo B (69 pz) Pre-TxN. Follow-up medio 7,36±5,90 anni; età media al trapianto 52,3±6,81 anni; durata HD media pre-trapianto 3,21±0,70 anni. In 47/69 (68%) Pre-TxN monolaterale; Pre-TxN bilaterale in 22/69 (32%). 7/47 (15%) nefrectomia contestuale al trapianto. Indicazioni alla Pre-TxN: necessità di spazio in addome (76,5%), ematuria (17%), IVU (6,5%). L'incidenza di complicanze (IVU e ematuria) post-trapianto è risultata

maggiore nel Gruppo A vs Gruppo B (19% vs 4,35%, p<0,05) mentre la durata HD media pre-trapianto maggiore nel Gruppo B vs Gruppo A (3,62±1,90 vs 1,86±1,39 anni, p=0,0002). Non differenze nella funzione del *graft* tra i due gruppi (Gruppo A vs Gruppo B: 51,82±18,22 vs 50,62±5,93 ml/min/1.73 m², n.s.), né nel numero di fallimenti del trapianto.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio suggeriscono l'utilità della Pre-TxN nella riduzione delle complicanze infettive e emorragiche post-trapianto nei pazienti con ADPKD candidati al trapianto renale.

PO 322 – UN CASO FATALE DI POLMONITE VIRALE DA VARICELLA ZOSTER IN TRAPIANTATO DI RENE

Autori: I. Massa 1, A. Marchi 1, M. Gregorini, A. Avella 1, E. Seminari 2, P. Orsolini 2, P. Esposito 1, T. Rampino 1.

Affiliazioni: (1) SC Nefrologia, Dialisi e Trapianto di Rene, IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo, Università degli studi di Pavia.

INTRODUZIONE

L'infezione da virus varicella zoster (VZV) negli immunodepressi è gravata da elevata morbilità e mortalità. Organi bersaglio sono polmone, cuore, encefalo, fegato.

CASO CLINICO

Presentiamo il caso di un uomo di 50 anni, nefrotrapiantato dal 2010 in terapia con steroide ciclosporina e MMF, ricoverato per febbre e rash alle braccia. Dall'anamnesi emergeva che recentemente il figlio di 10 anni aveva contratto la varicella in quanto non precedentemente vaccinato. Al momento del ricovero il paziente, anch'egli mai vaccinato per VZV, eseguiva tampone virale delle vescicole risultato positivo e ricerca del virus su sangue (VZV DNA 574200 copie/ml). Veniva avviata terapia con acyclovir endovena e ridotta l'immunosoppressione, tuttavia le condizioni respiratorie e neurologiche peggioravano. La tomografia polmonare ad alta risoluzione evidenziava plurime alterazioni nodulari e adenomegalie reattive (figura 1-2). Al lavaggio broncoalveolare la carica virale era di 1530 copie/ml. La ricerca di virus sul liquor era negativa. Il peggioramento della funzione polmonare richiedeva il trasferimento in rianimazione e il supporto della ventilazione meccanica. Si sospendeva tutta la terapia immunosoppressiva e avviata CRRT. Nonostante la terapia, le condizioni cliniche del paziente peggioravano rapidamente fino all'exitus dopo 12 giorni.

CONCLUSIONI

L'infezione primaria da VZV è rara nei nefrotrapiantati, può verificarsi in qualsiasi momento della vita e si associa a complicanze severe, talora fatali. Attualmente in Italia è disponibile solo la vaccinazione con virus vivo attenuato, controindicata negli immunocompromessi, pertanto è