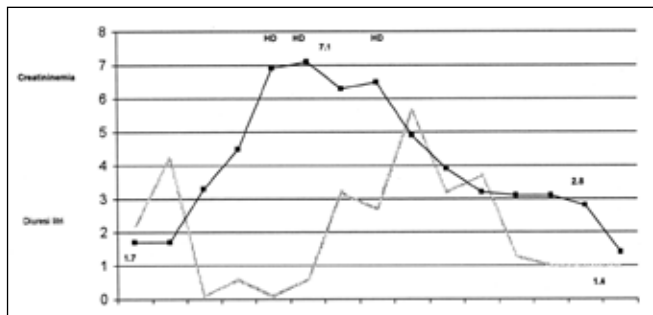


2009 la creatinemia era 1.3 mg/dl. Le condizioni cliniche attuali sono buone la terapia precedente all'evento invariata.



**Conclusioni.** La prevalenza di IRA di grado grave e la numerosità relativa della popolazione di pazienti con IRA associata a MODS rappresentano una particolarità e allo stesso tempo, un limite dello studio. In relazione alla prevalenza di IRA insorta durante il ricovero, spesso sovrapposta a IRC, e alla percentuale non trascurabile di IRA pre-renale, emerge la necessità di attuare misure preventive finalizzate a ridurre l'incidenza di cause iatrogene. In una percentuale elevata di pazienti si è assistito a recupero completo o parziale della funzione renale che si è verificato nella maggior parte dei casi entro 7 gg. Si conferma, infine, il significato prognostico sfavorevole dell'oliguria, della necessità di terapia sostitutiva e della presenza di MODS già riportato in letteratura.

## PO

### INSUFFICIENZA RENALE ACUTA NEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO: STUDIO OSSERVAZIONALE

Cibelli L, Morabito S, Pistolesi V, Ambrosino M, Longo M, Serraiocco M, Polistena F, Strampelli E, Pierucci A

Dipartimento Nefro-Urologia, Policlinico Umberto I, "Sapienza", Università di Roma, Roma

L'insufficienza renale acuta (IRA) ha una prevalenza sempre più elevata (Hsu C *et al*, *Kidney Int* 2007, 72:208-12) e si associa a incremento della mortalità e dei tempi di degenza.

**Scopo.** Studio prospettico osservazionale finalizzato alla valutazione della tipologia di IRA e dei principali "outcome" in pazienti ricoverati presso il nostro ospedale e giunti all'osservazione del nefrologo.

**Pazienti e metodi.** Sono stati presi in considerazione pazienti che avevano sviluppato IRA definita secondo i criteri RIFLE. A tale scopo è stata utilizzata la scheda raccolta dati proposta per un registro IRA dal gruppo di studio "area critica" della Sezione AlaMMU della SIN. La scheda includeva le seguenti informazioni: esordio, eziopatogenesi, tipologia, durata e decorso dell'IRA, fattori di comorbilità, presenza di MODS (Multiple Organ Dysfunction Syndrome), necessità e tipo di terapia sostitutiva, "outcome" (sopravvivenza, recupero funzione renale).

**Risultati.** Negli ultimi 4 anni (2005-2009) sono stati osservati 274 pazienti (188 M, 86 F) con IRA. Età:  $66.9 \pm 14.6$  aa. IRA insorta durante il ricovero: 53.6% (n=147). IRA oligurica: 71.5% (n=196). IRA sovrapposta a IRC (classi K/DOQI 3-5): 63.5% (n=174). Fattori di comorbilità: ipertensione arteriosa 71.9%, diabete mellito 41.2%, arteriopatia polidistrettuale 27.7%, neoplasia 13.5%. Tipo di IRA: pre-renale 33.2% (n=91), renale 56.2% (n=154), post-renale 10.6% (n=29). IRA associata a MODS: 31% (n=85). Classe RIFLE: "R" 8.4% (n=23), "I" 6.2% (n=17), "F" 85.4% (n=234). Necessità di terapia sostitutiva (IHD o CRRT): 54% (n=148). Accesso vascolare: femorale (85.8%), giugulare interna (12.8%), succlavia (1.4%). Pazienti usciti dal follow-up: 4% (n=11). La mortalità è stata del 31.9% (n=84) ed è risultata significativamente più elevata nell'IRA oligurica (37.8% vs 12.8%,  $p < 0.0001$ ) e nei casi che hanno richiesto terapia sostitutiva (48% vs 10.3%,  $p < 0.0001$ ). Evoluzione dell'IRA nei pazienti a prognosi favorevole (n=179): recupero completo 67% (n=120), recupero parziale 27.9% (n=50), dialisi cronica 5.1% (n=8 HD, n=1 PD). Tempi di recupero della funzione renale: <7 gg 49.3%, 7-14 gg 29.2%, 15-21 gg 9.2%, > 21 gg 12.3%. L'analisi multivariata ha evidenziato il significato prognostico sfavorevole dell'oliguria (OR 2.58, CI 1.15-5.8,  $p = 0.021$ ), della necessità di RRT (OR 4.2, CI 1.74-10,  $p < 0.001$ ) e della presenza di MODS (OR 4, CI 1.8-8.8,  $p < 0.0001$ ).

(segue)

## POD

### PARAPLEGIA, DISONIA, ANORESSIA ED INSUFFICIENZA RENALE ACUTA: UNA INSOLITA DIAGNOSI DIFFERENZIALE (CASE REPORT)

Consiglio V, Capobianco M, Odetta L, Deagostini MC, Manente E, Palmas E, Giorgina B  
Università di Medicina, San Luigi, Orbassano (To)

**Introduzione.** Le turbe del comportamento alimentare sono frequentemente di interesse nefrologico per il rischio di insufficienza renale acuta e cronica e per le frequenti alterazioni idro-elettrolitiche, a loro volta causa di problemi muscolari o cardiaci, che pongono talora questioni di difficile diagnosi differenziale, ma di assoluta urgenza.

**Il caso.** Donna di 40 anni, con anamnesi di turbe del comportamento alimentare da almeno 15 anni, giunge in Pronto Soccorso con insufficienza renale acuta (creatinina: 5.55 mg/dl, azotemia 254 mg/dl), movimento degli indici di infiammazione (PCR: 41.2 mg/dl - vn <0.8; WBC: 67.000, fibrinogeno 938 mg/dl) rhabdmiolisi (CPK: 26186 UI/l) e gravissima disionia (Na: 107 mmol/l, K 1.61 mmol/l, HCO<sub>3</sub>: 19.4 mmol/l).

Riferita gastroenterite una settimana prima. All'ingresso la paziente è sofferente, disidratata, ipotesa, astenica, lucida ed orientata; inizialmente nega l'assunzione di diuretici (che ammetterà in seguito), elemento patogenetico più probabile per la disionia complessa.

Immediatamente dopo l'avvio della lenta correzione dell'iposodiemia, sviluppo rapidamente progressivo di tetraplegia flaccida ed insufficienza respiratoria restrittiva. Sebbene in questo contesto l'associazione patogenetica sia con una mielinolisi centrale pontina, possibile anche con lenta correzione dell'iposodiemia, la valutazione neurologica, subito seguita dalla necessità di ventilazione assistita, riscontra assenza di disturbi psicocognitivi, riflessi osteotendinei non evocabili (a differenza di un danno da mielinolisi, in cui i riflessi osteotendinei aumentano nettamente).

Viene effettuata rachicentesi, con riscontro di dissociazione albumino-citologica, confermata a 24 ore. Nell'ipotesi di sindrome di Guillain Barré, correlata con il problema infettivo, viene impostata terapia con immunoglobuline ev (0.4 gr/Kg/die) per 5 giorni, con risoluzione del quadro neurologico e normalizzazione liquorale, concomitante ad una ripresa diuretici e a ripristino di Na e K. Non vengono riscontrate alterazioni alla RMN encefalica (diagnostica di mielinolisi centrale pontina) né positività per Ab antineuronali (GM1, GQ 1b, GD1, sulfatidi, asialo GM1). Alle dimissioni la funzione renale è stabile (GFR 50 ml/min), l'equilibrio idroelettrolitico ed acido base sono di norma; si avvia un follow-up nefrologico e un appoggio psicologico. A 3 mesi non sono presenti sequele neurologiche né segni di ripresa dell'assunzione di diuretici.

**Conclusioni.** Il caso descritto, emblematico delle difficoltà diagnostiche in corso di disionia grave, sottolinea l'importanza della diagnosi clinica integrata e plurispecialistica e rappresenta, a nostra conoscenza, il primo report di associazione tra grave iposodiemia, ipokaliemia e sindrome di Guillaume Barré.