

RASSEGNA DELLA LETTERATURA RECENTE

a cura di G. Monaci, S. Brardi

Quale è il periodo ottimale di osservazione dopo l'agobiopsia renale percutanea?

Marwah DS, Korbet SM

American Journal of Kidney Diseases, 1996; vol. 28, n. 1, 47-52

La agobiopsia renale percutanea ecoguidata riveste un ruolo essenziale nella diagnostica e nella terapia delle malattie renali.

In questo lavoro gli Autori presentano una casistica di 394 agobiopsie renali percutanee ecoguidate eseguite in pazienti di età superiore a 15 anni. Tutti i pazienti avevano un tempo di sanguinamento normale ed erano osservati durante le 24 ore successive alla biopsia renale. Venivano riscontrate complicanze relative alla agobiopsia renale nel 13% dei pazienti; di queste il 6,6% erano complicanze minori (definite come ematuria macroscopica o ematoma perirenale, che si risolvevano spontaneamente), mentre il 6,6% erano complicanze maggiori (che richiedevano trasfusioni di sangue o interventi chirurgici). Nel 95% dei casi le complicanze si manifestavano entro le 12 ore di osservazione successive alla agobiopsia renale e nel 98% entro le 24 ore. Da questi dati gli Autori concludono che il periodo ottimale di osservazione dopo una agobiopsia renale percutanea è di 24 ore.

Gli effetti cardiovascolari prodotti dall'incremento dell'emoglobina nell'IRC

Mayer G, Horl WH

Am J Nephrol 1996; 16: 263-267

La correzione dell'anemia di origine renale, con l'uso della Eritropoietina umana ricombinante, produce effetti sul sistema cardiovascolare capaci di influenzare la sopravvivenza dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica.

Numerosi studi hanno chiarito infatti come ad una crescita dell'ematocrito dal 20 al 30% si accompagni una riduzione dell'indice cardiaco da 4,4 a 3,4 Lt/min/m², e come tale decremento della gittata cardiaca sia controbilanciato da un marcato incremento

delle resistenze periferiche (pari a circa il 25%), con il risultato complessivo di mantenere la pressione arteriosa invariata, fatta eccezione per un 30% circa di pazienti nei quali si verifica un incremento netto della P.A., dovuto ad un insufficiente decremento della gittata cardiaca che si rivela incapace di controbilanciare l'incremento delle resistenze periferiche.

Il meccanismo patogenetico responsabile delle suddette modificazioni è poi variamente spiegato; si ritiene comunque che alla base vi sia il fatto che l'ipossia, dovuta alla ridotta capacità di trasportare ossigeno che si verifica nell'anemia, produca una vasodilatazione periferica allo scopo di migliorare il flusso distrettuale e quindi il rifornimento di ossigeno.

In ogni caso è stato dimostrato che nell'anemia da IRC i livelli plasmatici di catecolamine, come pure la densità dei recettori α_2 periferici, sono aumentati (a causa di una difettosa interazione recettore-ligando) e che, corretta l'anemia con l'Eritropoietina umana ricombinante, recettori e catecolamine diminuiscono e si incrementano le resistenze periferiche.

È possibile riscontrare il miglioramento della performance cardiovascolare, prodotto dalla correzione dell'anemia di origine renale, nella riduzione delle dimensioni cardiache, osservabile in esami radiografici del torace, nella riduzione dell'indice di massa ventricolare sinistro, rilevabile ecocardiograficamente, nonché nella diminuita incidenza di Angina e nell'aumento della tollerabilità allo sforzo in pazienti cardiopatici ischemici.

Complessivamente quindi la correzione dell'anemia di origine renale con Eritropoietina umana ricombinante determina, a lungo termine, una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri per eventi cardiovascolari.

La cristalluria: un aspetto trascurato dell'analisi del sedimento urinario

Fogazzi GB

Nephrol Dial Transplant 1996; 11: 379-387

La cristalluria è un reperto di frequente riscontro (cir-

ca l'8% dei campioni) nell'analisi del sedimento urinario.

Si possono riscontrare comunemente cristalli di ossalato di Calcio, di acido urico, fosfati amorfi, fosfati tripli e fosfato di Calcio, meno frequentemente invece si repertano cristalli di Colesterolo, di Cistina e di Leucina.

Nella maggior parte dei casi la precipitazione di cristalli di ossalato di Calcio, acido urico, fosfato triplo, fosfato di Calcio e fosfato amorfo od urati è causata da una sovrasaturazione transitoria delle urine, da ingestione di cibi o da cambiamenti della temperatura urinaria e o del pH che si verificano dopo la minzione, durante il tempo di permanenza del campione nel contenitore prima dell'analisi.

In ogni caso in una percentuale minore di casi la cristalluria è associata ad alcune condizioni patologiche quali l'urolitiasi, la nefropatia acuta da acido urico, l'avvelenamento da glicole etilenico, la sindrome ipereosinofila.

A proposito del rapporto tra cristalluria ed urolitiasi si

segnala in particolare che sebbene la prevalenza della cristalluria di ossalato di Calcio o di fosfato di Calcio risulti esser simile nei soggetti sani e nei pazienti affetti da nefrolitiasi, per cui non può esser utilizzata da sola per identificare questi ultimi, è comunque meno frequente nei primi rispetto ai secondi non trattati ed inoltre si possono riscontrare alcune differenze, peraltro di minima entità, per quanto riguarda i cristalli predominanti.

Inoltre la cristalluria può esser dovuta all'assunzione di farmaci, che sotto l'azione di vari fattori possono cristallizzare entro il lume tubulare e causare danno renale, quali la Sulfadiazina, l'Acyclovir, il Triamterene, il Piridossilato, il Primidone.

In tutti i casi comunque lo studio della cristalluria ha una valenza diagnostica rivelandosi utile peraltro nella valutazione del follow-up della malattia.

È necessario in ogni caso un corretto approccio metodologico che include l'esame su urine fresche, la conoscenza del pH urinario e l'impiego di un microscopio a contrasto di fase dotato di filtri polarizzanti.