

Risultati del questionario nazionale sulla esecuzione della biopsia renale

F. Ferrario, M. Luperini e Gruppo di Immunopatologia Renale della Società Italiana di Nefrologia

Centro di Immunopatologia Renale, Ospedale S. Carlo Borromeo, Milano

Riassunto

Il Comitato Scientifico del Gruppo di Immunopatologia Renale ha inviato a circa 100 Centri Nefrologici Italiani un questionario sulla esecuzione della biopsia renale imperniato sui principali problemi inerenti a tale procedura.

Le domande vertevano sulle tecniche di esecuzione, il tipo ed il calibro dell'ago utilizzato, i tempi di intervento, l'utilizzo del materiale istologico prelevato, le complicanze post-biottiche.

L'esecuzione della biopsia renale nei 66 Centri Nefrologici, che hanno risposto al questionario, si avvale dell'ausilio di una apparecchiatura ecografica nell'87% dei casi, con metodica eco-guidata "real time" nel 48% di essi, sia in modo autonomo (39%) sia in collaborazione con i Radiologi (9%).

Il 29% dei Centri esegue la biopsia entro 1 giorno dal ricovero, mentre nel 49% la latenza è in media di 2-3 giorni. Nella minoranza dei Centri tale latenza supera i 4-6 giorni.

La dimissione del paziente avviene dopo 1 giorno dall'esecuzione della biopsia nel 26% dei Centri e dopo una media di 2-3 giorni nel 57%. Latenze più lunghe di 4-6 giorni sono presenti nei restanti Centri. Solamente 2 Centri (3%) eseguono la procedura in regime di Day-Hospital, ma 14 Centri (20%) ritengono possibile e sicuro eseguire la biopsia in regime ambulatoriale.

Il 40% dei Centri utilizza aghi manuali a ghigliottina, il 35% aghi automatici, il 14% aghi manuali ad aspirazione e l'11% aghi semiautomatici.

Il calibro dell'ago utilizzato è, nel 60% dei Centri, di 14-15 Gauge e nel restante 40% di 16-18 Gauge.

Circa i 2/3 dei Centri eseguono 2 prelievi per ciascun paziente.

Tutti i Centri utilizzano di routine le metodiche di indagine al microscopio ottico ed alla immunofluorescenza e nel 56% dei casi anche la microscopia elettronica.

Tutti i Centri eseguono le tradizionali 3-5 colorazioni per la microscopia ottica e i comuni 6-7 antisieri per l'immunofluorescenza.

Nel 24% dei Centri il materiale istologico viene utilizzato per ulteriori metodiche di indagine (immunoistochimica, ibridazione *in situ*).

L'allestimento del preparato istologico avviene nel 91% dei casi in un laboratorio centralizzato e la lettura del preparato viene eseguita dal Patologo nel 20% dei casi, dalla collaborazione fra Patologo e Nefrologo nel 51% e dal Nefrologo autonomamente nel 29% dei Centri.

La comparsa di macroematuria post-biottica, nei 50 Centri che hanno fornito una risposta, non supera in media il 10% dei casi nell'83% dei Centri e un ematoma clinicamente sospettabile non superiore al 5% dei casi nel 91% dei Centri.

L'82% dei Centri ritiene più giustificato l'utilizzo di un ago di calibro più grosso (14-15 Gauge) per avere un materiale istologico adeguato, anche a fronte di "teoriche" maggiori complicanze post-biottiche ed il 79% dei Centri ritiene che il calibro dell'ago non incida su tali complicanze.

L'analisi dei dati del questionario conferma infatti che non vi è alcuna correlazione fra calibro dell'ago utilizzato e la percentuale di complicanze post-biottiche.

PAROLE CHIAVE: Biopsia renale, Ecografia, Complicanze post-biottiche

Results of the Italian questionnaire on renal biopsy procedures

ABSTRACT: *The Scientific Committee of the Italian Group of Renal Immunopathology proposed to about 100 Italian nephrology centers a questionnaire on renal biopsy (RB) procedures. The decision to biopsy the kidney raises many issues, including the choice of techniques, types and caliber of needles, optimal timing, utilization and interpretation of the material and complications. The data from 66 Renal Units routinely performing RB showed that in 87% of centers RB is performed using an ultrasound technique for the localization of the kidney and in 48% the procedure is guided entirely by real-time ultrasound examination, either autonomously (39%) or in collaboration with radiologists (9%). The mean interval between hospitalization and performance of RB is 1 day in 29% of centers, 2-3 days in 49% and more than 4 days in the remaining centers. The mean interval between the performance of RB and the discharge of patients from the hospital is 1 day in 26% of centers, 2-3 days in 57% and more than 4 days in the remaining centers. In only 2 centers (3%) RB is an "outpatient" procedure but 20% of centers consider that outpatient RB is a safe procedure. As regards the type of needle 40% of centers use tru-cut, 35% an automatic gun needle, 14% an aspiration needle and 11% a semiautomatic one. The gauge of the needle is 14-15 in 60% of centers and 16-18 in the remaining 40%. The great majority of centers obtain two samples for each patient. All centers examine morphological material with light and immunofluorescence microscopy and in 56% of the centers electron microscopy is also routinely performed. Three to five standard stainings are used for light microscopy and 6-7 antisera are used for immunofluorescence by all centers. The histological material is used for further methods of evaluation, such as immunohistochemistry and in situ hybridization, in 24% of the centers. Morphological evaluation of biopsies is performed by pathologists in 20% of the hospitals, by pathologists in association with nephrologists in 51%, and by nephrologists in the remaining 29%. In the 60 centers that answered this question, post-biopsy gross hematuria is not greater than 10% of cases in 83% and clinically evident hematoma not higher than 5% in 91%. The majority of centers (82%) consider the use of a 14-15 gauge needle justified to obtain more adequate histological material and 79% of centers declare that the needle caliber is not correlated with post-biopsy complications. The analysis of the data of the questionnaire confirms that there is not correlation between the caliber of the needle used and post-biopsy complications. (Giorn It Nefrol 1999; 16: 25-32)*

KEY WORDS: *Renal biopsy, Ultrasound examination, Post-biopsy complications*
