

Risposte esatte ai Test di verifica apparsi sul Giornale Italiano di Nefrologia Vol. 22 no. 2 2005

L'approccio polifarmacologico al trattamento delle malattie renali progressive: il nuovo scenario (Rassegna)

di L. Del Vecchio, pag. 127

domanda 1): risposta esatta B
domanda 2): risposta esatta C
domanda 3): risposta esatta D

domanda 1): risposta esatta A
domanda 2): risposta esatta D
domanda 3): risposta esatta B

domanda 1): risposta esatta D
domanda 2): risposta esatta C
domanda 3): risposta esatta C

La presa in carico precoce nell'insufficienza renale cronica: un nuovo approccio (Rassegna)

di G. Buccianti et al, pag. 134

domanda 1): risposta esatta C
domanda 2): risposta esatta E
domanda 3): risposta esatta D
domanda 4): risposta esatta E

domanda 5): risposta esatta C
domanda 6): risposta esatta C
domanda 7): risposta esatta B

domanda 8): risposta esatta A
domanda 9): risposta esatta C
domanda 10): risposta esatta A

Dall'autoimmunità al cancro: una questione di doppia identità (Rassegna)

di E. Ranieri, pag. 140

domanda 1): risposta esatta A

domanda 1): risposta esatta C

domanda 1): risposta esatta E

Un insolito caso di microematuria

di F. Petrarulo et al, pag. 159

*Parte I***domanda 1): risposta esatta D****domanda 1): risposta esatta A***Parte II***domanda 1): risposta esatta D****Angiodisplasia dell'intestino tenue: una possibile causa di anemizzazione nell'IRC anche di grado lieve**

di M. Bonomini et al, pag. 171

*Risposte con commento***domanda 1): risposta esatta C**

Come suggerito dalle recenti Linee Guida della Società Italiana di Nefrologia per il trattamento dell'anemia nell'insufficienza renale cronica (5), la valutazione dell'anemia va effettuata in tutti i pazienti maschi adulti con IRC allorché l'Hb è inferiore a 12 g/dL. Prima di considerare l'impiego delle proteine eritropoietiche, è consigliata l'esecuzione di indagini, di base e complementari, per valutare la eventuale presenza di altre cause di anemia sovrapposte al deficit di eritropoietina. La terapia emotrasfusionale è giustificata oggi solo nei pazienti con anemia acuta grave e sintomatica.

domanda 2): risposta esatta D

Le indagini finora eseguite non permettevano di escludere quale possibile fonte del sanguinamento lesioni a carico dell'intestino tenue. Varie indagini possono essere effettuate nel sospetto di lesioni sanguinanti a carico dell'intestino tenue. La tecnica con pasto baritato, poco selettiva e specifica, è oggi raramente eseguita. Procedure scintigrafiche con solfuro colloidale o eritrociti, marcati con Tecnezio99, e angiografia trovano il limite diagnostico nell'incapacità di identificare lesioni non sanguinanti al momento dell'indagine. È pertanto preferibile ricorrere a tecniche di tipo endoscopico.

domanda 3): risposta esatta E

Non esistono a tutt'oggi evidenze scientifiche che indichino con certezza quale sia il miglior trattamento dell'angiodisplasia gastro-intestinale. Può essere effettuato il trattamento diretto della lesione mediante tecniche emostatiche endoscopiche ma ciò non è sempre possibile per la patologia a carico del piccolo intestino. La resezione chirurgica va presa in considerazione solo nei casi di sanguinamenti persistenti o ricorrenti che necessitano di ripetute trasfusioni. Una terapia a base di estrogeni-progesterone può essere indicata in caso di eccessivo rischio operatorio o di lesioni angiodisplasiche multiple in differenti tratti gastro-enterici; i risultati di tale trattamento possono essere favorevoli, ma mancano dati di studi controllati. L'impiego della somatostatina può ridurre i segni della patologia pur non eliminando le lesioni, ma presenta costi elevati e comporta il rischio di severi effetti collaterali di tipo ischemico (vasi coronarici, mesenterici e periferici) cui i pazienti con IRC sembrano particolarmente suscettibili (1). Il trattamento va quindi istituito in base alle caratteristiche di ciascun singolo caso.