



nierene

südtiroler nierenkrankenverein
associazione altoatesina nefropatici

Zeitschrift des Südtiroler Nierenkrankenvereins • Periodico dell'Associazione Altoatesina Nefropatici

Ausgabe/edizione 02/2013

Die Lebendspende / Trapianto da donatore vivente

40 Jahre Südtiroler

Hämodialysezentrum /

40 anni Centro

Emodialisi Alto Adige

Nierenschwäche, das unbemerkte Leiden :

L'insufficienza renale, malattia silenziosa :

ANÖ tage in Graz : Assemblea dell'ANÖ a Graz :

Fest der Solidarität : Festa della solidarietà :

Grillfest der Nierenkranken - Vinschgau :

Allegra grigliata dei soci della Venosta :

Kaliumzufuhr einschränken :

Limitare il potassio :

Dialyse und Essen : Il dializzato a tavola :



40 Jahre Südtiroler Hämodialysezentrum / 40 anni Centro Emodialisi Alto Adige

Im Jahre 1973 wurde das erste Dialysezentrum in unserer Provinz, das Südtiroler Hämodialysezentrum, eröffnet, das sich im Neustifterweg in Bozen befindet. Das 40-jährige Bestehen wurde am 27. Februar 2013 mit einer kleinen Feier begangen, bei der eine Delegation des Vorstandes des Südtiroler Nierenkrankenvereins Nierene dem Gründer des Zentrums Dr. Carlo Stablum und seinem Team ein Zeichen der Wertschätzung seitens der Patienten überbrachte und ihm ihren Dank aussprach.

Herr Dr. Stablum hat in einer kurzen Ansprache über seinen Weg seit damals berichtet, als er als junger Arzt voller Enthusiasmus und Motivation jene Herausforderung angenommen hatte, die den mühevollen Fahrten der Südtiroler Dialysepatienten dreimal pro Woche nach Trient bzw. sogar nach Verona ein Ende gesetzt hat. Es war kein leichtes Unterfangen. Vor 40 Jahren war die Dialyse eine sehr schwer erträgliche Behandlung: die damaligen Maschinen waren nicht so ef-

Dank des vollen Enthusiasmus und der Motivation von Dr. Stablum konnte den mühevollen Fahrten der Südtiroler Dialysepatienten dreimal pro Woche nach Trient oder Verona ein Ende gesetzt werden.

fizient wie die heutigen, die Patienten erlitten Blutverluste, Krämpfe, Kollapse. Es gab noch keinen AV-Shunt. Die Verbindung Arterie-Vene erfolgte extern mit einer kleinen Kanüle und die Infektionsgefahr war dementsprechend hoch. Erythropoietin (EPO) zur Bekämpfung der renalen Anämie war noch nicht entdeckt, weshalb man zu Bluttransfusionen griff. Die Fälle von Hepatitis waren häufig, und auch das Gesundheitspersonal war der Ansteckungsgefahr ausgesetzt. Außerdem musste eine schmerzhafteste Selektion der Patienten vorgenommen werden. Es konnten allein Patienten dialysiert werden, die unter 50 Jahre alt waren. Damals war die Hämodialyse die einzige Überlebenshoffnung der terminalen Nierenpatienten. Die Nierentransplantation war noch ein sehr seltenes und kostspieliges Ereignis.

Nachdem das Dialysezentrum in Bozen mit Erfolg gestartet war, stellte Dr. Stablum seine ganze Erfahrung den Bezirkskrankenhäusern zur Verfügung und unter seiner Leitung nahmen bald die Dialyseabteilungen in den Krankenhäusern von Bruneck und Cavalese ihre Tätigkeit auf. In den 80-er Jahren hat Dr. Stablum in Riva del Garda das erste Feriendialysezentrum eröffnet, um hauptsächlich jun-

gen Dialysepatienten einen kurzen Urlaub zu ermöglichen. Er erinnert daran, dass er damals zwischen Bozen und Riva del Garda hin- und herpendelte. Es gab noch keine Mobiltelefone und aufgrund der obligaten Erreichbarkeit musste er ständig auf der Strecke anhalten und über öffentliche Münztelefone mit seinem Team Kontakt halten. Später eröffnete er in Lana ein Feriendialysezentrum, das bis vor zehn Jahren unter seiner Leitung stand.

Heute ist alles anders. In allen Landesteilen gibt es Dialysezentren. Die Technologie und die Medizin haben unvorstellbare Fortschritte gemacht und die Dialyse ist erträglicher und weniger risikoreich geworden. Die Nierentransplantation ist heute ein Routineeingriff, es gibt kaum mehr Kontraindikationen und die Mehrheit der Dialysepatienten wird auf die Warteliste für eine Transplantation gesetzt. Das Problem heute, so Dr. Stablum, ist der Mangel an Personal, insbesondere der Mangel an Fachärzten. Vom ursprünglichen Arbeiterteam

ist nach all diesen Jahren nur mehr die Stationsleiterin Maria übrig geblieben, die ebenfalls kurz vor ihrer Pensionierung steht.

Für die Zukunft wünscht sich Dr. Stablum im Interesse der Patienten, dass die Sanitätsverwaltung den guten Versorgungsgrad aufrecht erhält, der heute den Dialysepatienten in unserer Provinz geboten wird.

Vierzig, den Patienten gewidmete Jahre, um ihnen ein Leben an der Maschine zu erleichtern, hätten auch Anerkennung von offizieller Seite verdient, welche allerdings nie erfolgt ist. Dr. Stablum erhält jedoch die bedingungslose Wertschätzung der Patienten und es gebührt ihm großer Dank für seinen Einsatz.

In den 80-er Jahren hat Dr. Stablum in Riva del Garda das erste Feriendialysezentrum eröffnet, um hauptsächlich jungen Dialysepatienten einen kurzen Urlaub zu ermöglichen.

Nel febbraio 1973 apriva il primo centro dialisi nella nostra provincia, il Centro Emodialisi Alto Adige, che oggi ha la sua sede in via Novacella a Bolzano. L'avvenimento è stato ricordato il 27 febbraio 2013 con una piccola cerimonia, nel corso della quale una delegazione del direttivo Nierene ha voluto esprimere al fondatore dr. Carlo Stablum ed al team di collaboratori la stima e la gratitudine dei pazienti.

Il dr. Stablum ha ripercorso questo lungo cammino dall'inizio, da quando, giovane medico entusiasta e motivato, accettò la sfida che avrebbe posto fine ai penosi viaggi trisettimanali degli emodializzati altoatesini nel Trentino

La dialisi offriva allora l'unica speranza di vita ai nefropatici terminali: il trapianto di rene era ancora un evento raro e costoso.

o perfino nel Veneto. Non era un'impresa facile. 40 anni fa la dialisi era una terapia pesante: i macchinari in dotazione allora non garantivano l'efficienza di quelli moderni, i pazienti andavano incontro a collassi, crampi, perdita di sangue. Non si ricorreva alla fistola: il collegamento arteria-vena avveniva esternamente con una piccola cannula ed era elevato il pericolo di infezione. Non si conosceva l'eritropoietina e per combattere l'anemia, causata dall'impoverimento del sangue durante il trattamento, si ricorreva alle trasfusioni. Erano frequenti i casi di epatite, che esponevano al rischio di contagio anche il personale sanitario. Si doveva effettuare inoltre una dolorosa selezione degli utenti, da cui erano esclusi gli ultracinquantenni. La dialisi offriva allora l'unica speranza di vita ai nefropatici terminali: il trapianto di rene era ancora un evento raro e costoso.

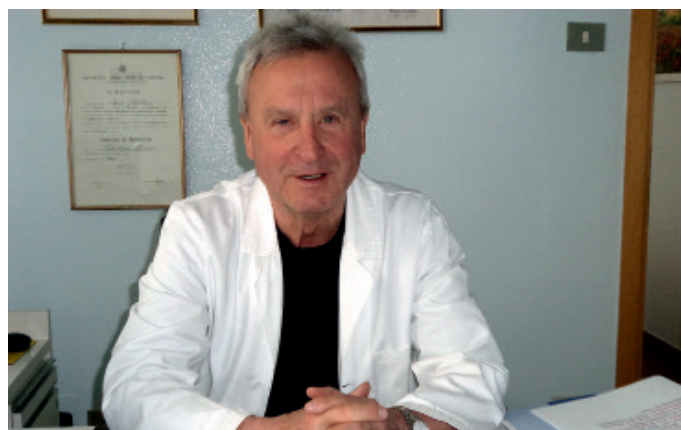
Avviato con successo il centro a Bolzano, il dr. Stablum mise la sua esperienza a disposizione degli ospedali periferici e sotto la sua guida poco dopo iniziarono l'attività i reparti dialisi di Brunico e di Cavalese. Negli anni '80 inaugurò a Riva del Garda il primo centro dialisi per turisti, per offrire soprattutto ai pazienti giovani l'opportunità di una breve vacanza. Di quel decennio di pendolarismo, in cui ancora non c'erano i cellulari ad assicurare ovunque la reperibilità, il dr. Stablum ricorda le soste obbligate lungo il tragitto per mantenersi costantemente in

contatto con il suo team attraverso i telefoni pubblici o a gettone. Ripeté poi l'esperienza a Lana, allestendo un centro per turisti che è rimasto in funzione fino a dieci anni fa. Oggi la situazione è cambiata. I centri dialisi sono diffusi sul territorio, tecnologia e medicina hanno compiuto progressi inimmaginabili, rendendo il trattamento meno pesante ed a basso rischio per i pazienti. I trapianti di rene sono interventi di routine che non hanno quasi più controindicazioni e la stragrande maggioranza dei dializzati viene messa in lista di attesa. Il problema oggi – come ha sottolineato il dr. Stablum – è costituito dalla carenza di personale, in particolare di quello specializzato nell'as-

sistenza alla dialisi. Del team originario dopo tanti anni è rimasta solo la caposala Maria, ormai anche lei sulla soglia della pensione. Per il futuro il dr. Stablum auspica nell'interesse dei pazienti l'impegno da parte dell'amministra-

zione locale per salvaguardare il buon livello di assistenza offerto oggi agli emodializzati della nostra provincia.

40 anni dedicati a rendere più accettabile anche la vita legata ad una macchina avrebbero meritato un riconoscimento ufficiale, che non è mai arrivato. Il dr. Stablum si è assicurato però la stima incondizionata dei pazienti e della comunità.



40 anni fa la dialisi era una terapia pesante: i macchinari in dotazione allora non garantivano l'efficienza di quelli moderni, i pazienti andavano incontro a collassi, crampi, perdita di sangue.

Dialyse und Essen

Sich zu einem schmackhaften Essen an den Tisch zu setzen, gehört mit Sicherheit zu einer der Freuden des Lebens. Diese Freude kann mitunter durch die Einschränkungen einer Diät verdorben werden, wenn aus gesundheitlichen Gründen ausgerechnet die Lieblingsgerichte verboten sind. Wer an einer Niereninsuffizienz leidet und noch nicht zur Dialyse muss, sieht sich Verboten und Einschränkungen in der Ernährung gegenüber gestellt, weil diese ihm dabei helfen, seine kranken Nieren länger funktionstüchtig zu halten. Wenn dann die Nierenersatztherapie (Dialyse) unvermeidbar wird, nimmt die Einhaltung der Diät dieselbe Wichtigkeit ein wie die Medikamenteneinnahme. Aber auch ein Feinschmecker-Dialysepatient kann sich weiterhin den Genüssen bei Tisch hingeben, ohne seine Ernährungsgewohnheiten allzu sehr über den Haufen zu werfen und bestimmte Lebensmittel zu verteufeln, wenn er nur lernt, die verschiedenen Nahrungsmittel unter Berück-

mit Freunden, der Verdauungstrunk nach dem Essen. Sie alle erhöhen die Flüssigkeitszufuhr, die im Laufe eines Tages maximal 600/700 ml betragen sollte.

Salz

Auch besonders salzreiche Ernährung führt zu Flüssigkeitsretention. Bei der Zubereitung der Speisen sollte die Salzzufuhr nicht mehr als 3 Gramm am Tag betragen. Speisen, die bereits Salz enthalten, wie Fertigsaucen oder Majonäse, Ketchup, Senf, Sojasauce, aber auch Konservenprodukte, Wurstwaren, Käse, müssen nicht vom Teller verbannt werden, aber man sollte sie nur in geringen Mengen zu sich nehmen. Als Alternative zum Salz bieten sich Kräuter und Gewürze an, wie Knoblauch, Zwiebeln, Basilikum, Petersilie, Rosmarin, Paprikaschoten, die, in Maßen verwendet, die Speisen ebenso schmackhaft machen.

Zahlreiche Studien bestätigen mittlerweile, dass Patienten in Nierenersatztherapie, die einen guten Ernährungszustand beibehalten, durchschnittlich eine höhere Überlebenszeit und weniger Komplikationen aufweisen.

sichtigung der zulässigen Menge und Häufigkeit richtig zu dosieren. Zahlreiche Studien bestätigen mittlerweile, dass Patienten in Nierenersatztherapie, die einen guten Ernährungszustand beibehalten, durchschnittlich eine höhere Überlebenszeit und weniger Komplikationen aufweisen. **Welches sind die Grundsätze für eine Diät, durch die die Dialyse wirksam unterstützt werden kann?** Die Diät sollte abwechslungsreich und ausgeglichen sein. Die Kalorienzufuhr sollte angemessen sein, damit Mangelernährung und Übergewicht vorgebeugt werden bzw. korrigierend darauf eingewirkt werden kann.

Flüssigkeiten

Die Nieren scheiden die zugeführten Flüssigkeiten nicht mehr aus und auch trotz Dialyse bleibt die ständige Gefahr einer Flüssigkeitsretention, welche für die Steigerung des Blutdrucks, für Herz- und Atmungsprobleme und im schlimmsten Fall für ein Lungenödem verantwortlich ist. Die Flüssigkeitszufuhr ist daher insgesamt einzuschränken, sowohl bei Getränken als auch bei flüssigkeitsreichen Speisen, wie Suppen, wasserhaltigem Obst, Speiseeis. Das Gläschen Wein zum Essen sollte nicht mehr als 100 ml ausmachen. Nicht zu vergessen ist dabei der Kaffee in der Pause, der nachmittägliche Tee, der Aperitif oder das Bier

Kalium

Kalium kann dem Dialysepatienten zum Verhängnis werden. Wenn es in zu hoher Dosis aufgenommen wird, verursacht es eine lebensgefährliche Hyperkaliämie, d. h. einen Kaliumüberschuss im Blut.

Die Dialyse allein ist nicht imstande, das gesamte Kalium aus dem Körper zu filtern, das durch kaliumreiche Nahrungsmittel wie Gemüse (hauptsächlich Spinat, Pilze, Kürbis) oder getrocknetes bzw. frisches Obst, Schokolade, Hülsenfrüchte und einige Fischarten (Brasse, Sardinen, Drachenkopf, Seearbe) aufgenommen wird. Diese Nahrungsmittel müssen nicht völlig eliminiert werden, denn außer Kalium enthalten sie auch Ballaststoffe, die unser Organismus benötigt. Man sollte jedoch am selben Tag nur eines davon auf dem Speiseplan stehen haben, aber auch nicht öfter als ein paar Mal in der Woche. Um das Kalium zu reduzieren sollte man Gemüse und Hülsenfrüchte mindestens 2-3 mal in Wasser kochen.

Die Nieren scheiden die zugeführten Flüssigkeiten nicht mehr aus und auch trotz Dialyse bleibt die ständige Gefahr einer Flüssigkeitsretention.

Phosphor

Ein weiterer Killer auf dem Teller des Dialysepatienten versteckt sich im Käse, hauptsächlich im gereiften Käse. Gemeint ist Phosphor, und Phosphorüberschuss (Hyperphosphatämie) verursacht Herz- und Gefäßschäden. Phosphor ist allgemein in den Milchprodukten enthalten, in größeren Mengen jedoch in den gereiften Produkten (Parmesan, Grana, Provolone, Fon-

Auf den Teller des Dialysepatienten gehören Nahrungsmittel, die einen angemessenen Eiweiß- und Kaloriengehalt besitzen, die zusammen mit regelmäßiger körperlicher Betätigung beitragen, die Muskelmasse zu erhalten oder, wenn möglich, zu erhöhen.

tina, Pecorino, Gruyère, Emmentaler, Sottilette und Schmelzkäse) sowie im Stockfisch und im Dosenfisch, die zudem noch durstig machen und folglich zu mehr Flüssigkeitsaufnahme führen.

Kalorien und Eiweiß

Auf den Teller des Dialysepatienten gehören Nahrungsmittel, die einen angemessenen Eiweiß- und Kaloriengehalt besitzen, die zusammen mit regelmäßiger körperlicher Betätigung beitragen, die Muskelmasse zu erhalten oder, wenn möglich, zu erhöhen. Das Verhältnis Kalorien/Eiweiß und die empfohlenen Mengen sind je nach körperlicher Verfassung des Patienten verschieden und betragen von maximal 35–40 Kcal/kg des idealen Körpergewichts und 1–1,5 g Eiweiß/kg des idealen Körpergewichts/Tag bis minimal <25 Kcal/kg des idealen Körpergewichts und 1–15 g Eiweiß/kg des idealen Körpergewichts/Tag.

Die Ernährungspyramide des Dialysepatienten

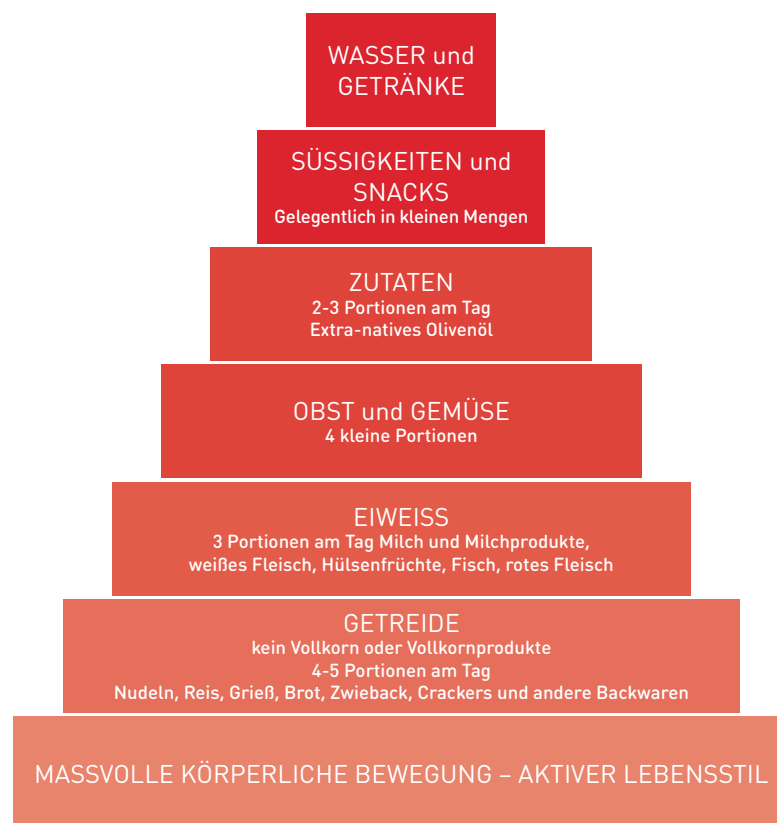
Die Ernährungspyramide liefert die Leitlinien für die tägliche Zubereitung von angemessenen und abwechslungsreichen Speisen. Sie gliedert sich in Ebenen, die stufenweise von den verschiedenen Nahrungsmittelgruppen besetzt sind, die jeweils einen anderen Nährstoffinhalt haben und daher unterschiedlich oft gegessen werden.

Das Fundament der Pyramide ist die körperliche Aktivität. Sie ist zwar keine Ernährungskomponente, spielt aber eine wichtige Rolle für das Erreichen oder für die Aufrechterhaltung des körperlichen Gleichgewichts des Dialysepatienten. Wie beim gesunden Menschen wird auch beim Dialysepatienten eine mäßige Bewegung für die Dauer von mindestens 30 Minuten am Tag, sieben Tage in der Woche empfohlen. Aber angesichts der geringeren Fähigkeit zur körperlichen Betätigung des Dialysepatienten, hauptsächlich am Tag der Dialyse, und des Herz-Kreislauf-Risikos empfiehlt sich als Mindestziel zur Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Muskelmasse eine leichte Betätigung, wie ein 15-minütiger Spaziergang, wenn möglich schnellen Schrittes und wenn möglich täglich.

Auf der ersten Stufe der Pyramide befinden sich die Kohlenhydrate wie Brot, Reis, Nudeln und Getreide (kein Vollkorn, denn dieses hat einen hohen Kaliumgehalt). Sie liefern die notwendigen Kalorien und das Eiweiß und sind in den empfohlenen Mengen zu konsumieren. Nicht zu vergessen ist das Eiweiß (2. Stufe), das für die Aufrechterhaltung einer guten Zellmasse unersetzlich ist. Ebenso ist es unerlässlich, um einer Mangel-

ernährung vorzubeugen. Die Auswahl ist groß: Fleisch, Milch, Fisch, Eier und Hülsenfrüchte. Aber Vorsicht! Hülsenfrüchte in Kombination mit Getreide liefern hochwertiges Eiweiß. Wenn man also einen schmackhaften Teller Nudeln mit Bohnen oder Reis mit Erbsen essen möchte, so sollte man zugleich auf Nahrungsmittel derselben Gruppe verzichten.

Auf den oberen Stufen der Pyramide befinden sich die energiereichen Nahrungsmittel, und die Einschränkungen werden immer strikter bis zum Erreichen der Spitze der Pyramide, wo wir die Flüssigkeiten vorfinden, die in einer streng kontrollierten Menge aufgenommen werden sollen.



Portionen

Die Angaben in der Ernährungspyramide beziehen sich auf die erlaubten Tagesmengen. Der Begriff „Portion“ ist sehr subjektiv und wird auch in den Restaurants verschieden gehandhabt. Es kommt mancherorts vor, dass zum Beispiel eine Portion Nudeln fast über den Tellerrand quillt, während woanders der Tellerboden gerade noch bedeckt ist. In beiden Fällen spricht man von einer Portion. Wie soll man sich also verhalten?

Chi soffre di insufficienza renale, prima ancora di ricorrere alla dialisi, si trova ad affrontare divieti e limitazioni alimentari che aiutano a prolungare la funzionalità del rene malato

Die nachstehende Tabelle der „Fondazione italiana del rene“ liefert praktische Ratschläge.

Tagesportionen und Häufigkeit des Verzehrs der Nahrungsmittel für Dialysepatienten

Nahrungsmittel	Haushaltsmaß	Portion	Anzahl Port./Tag
Milch	1 Glas	125 g	1
Jogurt	1 kl. Becher	125 g	1
Frischfleisch	1 mittelgroße Scheibe	100-120 g	1-2
Fisch	1 mittelgroßer Fisch, 1 Scheibe, 2 kleine Filets	130-150 g	1-2
Eier	2 Eier	100 g	0-1
Frischkäse	1 mittelgroße Scheibe	70 g	0-1
Gereifter Käse	1 kleine Scheibe	50 g	
Mozzarella oder	3 Bällchen oder	80-100 g	0-1
Fiordilatte	1 mittelgroße Scheibe		
Magertopfen oder	1 flachen Tellerboden	120-140 g	
Cottagecheese	bedeckt		
Gekochter Schinken oder Rohschinken Truthahnschinken	3 dünne Scheiben	50-60 g	0-1
Gekochte und abgetropfte Hülsenfrüchte	1 flachen Teller - Tellerboden bedeckt	130-150 g	0-1
Brot	1 + 1 Brötchen	100 g	2
Backwaren	6 St. Zwieback 6 Cracker	45 g	1-2
Nudeln oder Reis, Grieß oder Polenta	1 tiefen Teller etwas über dem Tellerboden	100-130 g	1
Gemüse	½ flachen Teller - Tellerboden	80-100 g	2
Rohes Gemüse, Salat	1 flachen Teller - Tellerboden	50 g	2
Kartoffeln	½ mittelgroße Kartoffel	50 g	2
Frisches Obst: Apfel, Birne, Orange, Nesseln, Mandarine, Zwetschgen, Kirschen, Erdbeeren	1 kleines Stück 2 kleine Stück 8-10 Stück	100 g	2
Öl	1 Esslöffel	20 g	2-3

Zum Dosieren der Portionen kommt man anfangs nicht drum herum, eine Waage zu benutzen, aber sehr bald bekommt man ein gutes Auge dafür. Wenn dann zudem der Dialysepatient eine erfahrene Hausfrau oder ein erfahrener Hausmann ist, dann funktioniert das Dosieren ganz von alleine.

Mit Hilfe des Diätologen und unter der Kontrolle des Nephrologen kann der Dialysepatient seine Ernährungsgewohnheiten beibehalten und ist nicht unbedingt dazu gezwungen, auf seine Vorlieben und seine Geschmäcker zu verzichten. Die Kombi-

nation der verschiedenen Lebensmittel gemäß den Leitlinien ermöglicht es, jeden Tag ein Menü mit abwechslungsreichen und schmackhaften Speisen zuzubereiten, die man mit Freude und ohne großen Verzicht essen kann.

Ein Rezept

Gelegentlich kann man sich den Luxus einer Süßspeise gönnen. Hier eine Empfehlung für diese Jahreszeit, um den Weihnachtsschmaus oder das Neujahrsmenü zu verfeinern.

Orangen-Ingwer-Kuchen

Zutaten für 4 Personen: 140 g Zucker, 130 g Butter, 200 g Mehl, 1 Briefchen Backpulver, 3 Eier, 12 Esslöffel frisch gepresster Orangensaft, 2 geriebene Orangenschalen, etwas geriebener Ingwer.

Zubereitung: Eidotter mit Zucker vermengen, dann Butter, Mehl, Backpulver und schließlich den Orangensaft und die geriebenen Orangenschalen beimengen. Das zu Schnee geschlagene Eiweiß vorsichtig unterheben und dann den Teig in eine gebutterte Form geben. Bei ca. 160° C ca. 40 Minuten backen.

Für die Orangenglasur: 100 g Zucker in 4 Esslöffel Orangensaft in einer Pfanne auflösen, ohne ihn zum Kochen zu bringen. Etwas geriebenen Ingwer hinzufügen und die Torte mit der Glasur bedecken.

Nährwert pro Portion: Eiweiß 19 g, Fette 35 g, Kohlenhydrate 77 g, Kalorien 688, Phosphor (P) 223 mg, Kalium (K) 340 mg.

Die Meinung der Diätistin: Dieser Kuchen ist aufgrund seiner charakteristischen Zutat, der Orange, für die Wintersaison ideal. Man kann eine kleine Portion zum Nachtisch essen. Um die zusätzliche Zufuhr von Kohlenhydraten und Kalium auszugleichen und innerhalb der vorgeschriebenen Kalorienzufuhr zu bleiben, muss man aber beim Essen Brot und Obst oder einen halben Teller Nudeln und Obst weglassen.

(Copyright: [Unità di Dietetica e Nutrizione Clinica-Spedali Civili di Brescia](#) und [International Chef Supervisor Luca Barbieri - italia.inforenal.com](#))

Il dializzato a tavola

Sedersi a tavola davanti ad un pranzetto succulento è certamente uno dei piaceri della vita, un piacere che può essere rovinato dalle restrizioni di una dieta che per motivi di salute proibisce proprio i piatti preferiti. Chi soffre di insufficienza renale, prima ancora di ricorrere alla dialisi, si trova ad affrontare divieti e limitazioni alimentari che aiutano a prolungare la funzionalità del rene malato. Quando poi la terapia sostitutiva diventa ineluttabile,

Anche un dializzato buongustaio può continuare a concedersi i piaceri della tavola senza stravolgere troppo le sue abitudini alimentari, senza demonizzare alcun cibo se impara a dosare i vari alimenti

l'osservanza della dieta assume un'importanza pari a quella dell'assunzione dei medicinali. Anche un dializzato buongustaio può continuare a concedersi i piaceri della tavola senza stravolgere troppo le sue abitudini alimentari, senza demonizzare alcun cibo se impara a dosare i vari alimenti con la consapevolezza della quantità e della frequenza con cui ciascuno può essere consumato. Numerosi studi ormai confermano che il soggetto in terapia sostitutiva, se mantiene un buono stato nutrizionale, ha una sopravvivenza migliore e un numero inferiore di complicazioni rispetto alla media.

Quali sono i principi su cui si deve basare la dieta per offrire un valido supporto alla dialisi?

La dieta deve essere varia, completa ed equilibrata, con un adeguato apporto di calorie che possa prevenire o correggere la malnutrizione e l'obesità. Sono però necessarie delle precauzioni.

I liquidi

Il rene non elimina più i liquidi introdotti e, malgrado la dialisi, la ritenzione idrica è sempre in agguato e può provocare l'aumento della pressione arteriosa, problemi cardiaci e respiratori, in casi gravi anche la comparsa dell'edema polmonare. Sono perciò da limitare le bevande in genere ed i cibi ad alto contenuto di liquidi, come minestre e minestrone, frutta molto acquosa, ghiaccioli, gelati. Il bicchiere di vino ai pasti non dovrebbe superare i 100 cc. Non bisogna dimenticare che anche il caffè nella pausa lavoro, il tè di metà pomeriggio, l'aperitivo o la birra con gli amici al bar, il digestivo o il superalcolico del dopo pasto concorrono ad aumentare il

volume dei liquidi ingeriti, che nell'arco della giornata dovrebbe essere contenuto entro i 600/700 cc.

Il sale

Anche le diete particolarmente ricche di sale sono responsabili della ritenzione idrica. Nella preparazione dei cibi il sale aggiunto non dovrebbe superare i 3 grammi al giorno e si deve ridurre il consumo degli alimenti che ne sono già ricchi, come sughi pronti, salse varie (maionese, ketchup, senape, salsa di soia), prodotti conservati e trasformati, insaccati, salumi, formaggi: tutti cibi che non vanno banditi dalla tavola, ma devono comparirvi con frequenza controllata. In alternativa al

sale si possono utilizzare spezie ed aromi naturali come aglio, cipolla, basilico, prezzemolo, rosmarino, peperoncino, che, senza eccedere, rendono le pietanze altrettanto gustose al palato del buongustaio.

Il potassio

Il potassio, se assunto in dosi inadeguate, rischia di rendere indigesto il pranzo del dializzato causando l'iperpotassiemia. La dialisi non è in grado di eliminare tutto quello che viene assunto con gli alimenti di origine vegetale come le verdure (specialmente spinaci, funghi, zucca) o la frutta fresca e secca, la cioccolata, i farinacei, i legumi ed alcuni tipi di pesce (pagello, sarda, scorfano, triglia). Questi cibi non vanno aboliti, perchè oltre al potassio contengono le fibre necessarie al nostro corpo, ma non devono essere associati nel menù della stessa giornata né devono esservi inseriti più volte alla settimana. Per ridurre il potassio le verdure e i legumi possono essere bolliti per almeno 2-3 volte.

Il fosforo

Un altro killer nel piatto del dializzato si nasconde nei formaggi, specialmente in quelli più saporiti. E' il fosforo, il

Il rene non elimina più i liquidi introdotti e, malgrado la dialisi, la ritenzione idrica è sempre in agguato

cui eccesso (iperfosforemia) provoca danni a livello cardiovascolare. Il fosforo è contenuto nei latticini, in dosi più elevate in quelli stagionati (grana, provolone, fontina, pecorino, groviera, emmenthal, sottilette e formaggini)

Sulla tavola del dializzato devono comparire alimenti con una quota adeguata di proteine e calorie che, contemporaneamente ad una regolare attività fisica di intensità moderata, servono a preservare o, se possibile, accrescere la massa muscolare

che inoltre stimolano la sete inducendo a bere di più, e ancora nel baccalà e nel pesce sott'olio e sotto sale.

Calorie e proteine

Sulla tavola del dializzato devono comparire alimenti con una quota adeguata di proteine e calorie che, contemporaneamente ad una regolare attività fisica di intensità moderata, servono a preservare o, se possibile, accrescere la massa muscolare. La quantità ed il rapporto calorie/proteine variano, secondo le condizioni fisiche del paziente, da un massimo di 35–40 Kcal/peso corporeo ideale con 1-1.5 gr proteine/Kg peso corporeo ideale/die ad un minimo di <25 Kcal/peso corporeo ideale con 1-1.5 gr proteine/Kg peso corporeo ideale/die.

La piramide alimentare del dializzato

Fornisce le linee guida alla preparazione quotidiana di pasti adeguati e variati. La piramide si articola in piani occupati in modo scalare dai diversi gruppi di alimenti, ciascuno con un differente contenuto di nutrienti e pertanto con differenti frequenze di consumo.

Alla base è inserita l'attività fisica, che pur non essendo un componente alimentare riveste un ruolo importante nel raggiungimento o nel mantenimento dell'equilibrio fisico del dializzato. Sarebbe consigliabile un'attività moderata per almeno 30 minuti al giorno, possibilmente tutti i giorni della settimana come per le persone sane, ma nel paziente in dialisi, considerati la ridotta capacità di svolgere l'esercizio fisico in particolare nel giorno della terapia ed il rischio cardiovascolare, si pone come obiettivo minimo per il mantenimento o il miglioramento della massa muscolare un'attività leggera, anche solo una passeggiata, magari a passo svelto e preferibilmente ogni giorno, per almeno 15 minuti.

Al 1° piano della piramide si trovano i carboidrati, pane, riso, pasta e cereali non integrali (negli integrali il contenuto di potassio è più elevato), che forniscono le calorie e le proteine necessarie e sono da consumarsi secondo la frequenza e le quantità consigliate.

Non si devono dimenticare le proteine (2° piano), indispensabili per il mantenimento di una buona massa cellulare e fondamentali per la prevenzione e la correzione della malnutrizione. La scelta è varia: carni, latte, pesce, uova e legumi. Attenzione però che i legumi combinati

con i cereali si completano, fornendo proteine ad alto valore biologico, perciò se ci si vuole gustare un piatto di pasta e fagioli o di riso e piselli bisogna escludere dal menù di quel pasto il consumo di altri cibi dello stesso gruppo. I piani superiori della piramide ospitano gli alimenti a maggiore densità energetica e le restrizioni diventano sempre più rigide, fino all'apice dove troviamo i liquidi a dosare in quantità strettamente controllata.



Le porzioni

Le indicazioni della piramide alimentare per ciascuna tipologia di cibo fanno riferimento alle porzioni giornaliere ammesse. Il concetto di porzione è soggettivo e varia anche nei ristoranti, dove capita che, per esempio, in un locale la portata di pasta quasi trabocca dal piatto mentre in un altro ne occupa poco più che il fondo. In entrambi i casi si tratta di una singola porzione. Come regolarsi allora?

La tabella proposta dalla Fondazione italiana del rene fornisce informazioni pratiche.

Porzioni e frequenze di consumo giornaliero degli alimenti in dialisi

alimenti	misure casalinghe	porzione	n. porz./die
Latte	1 bicchiere	g 125	1
Yogurt	1 vasetto	g 125	1
Carni fresche	1 fetta media	g 100-120	1-2
Pesce	1 pesce medio, 1 trancio, 2 filetti piccoli	g 130-150	1-2
Uova	2 uova	g 100	0-1
Formaggio fresco	1 fetta media	g 70	0-1
Formaggio stagionato	1 fetta piccola	g 50	
Mozzarella o fiordilatte	3 bocconcini o 1 fetta media	g 80-100	0-1
Ricotta o focchi di latte magro	1 piatto piano al fondo del piatto	g 120-140	
Prosciutto cotto o crudo	3 fette sottili	g 50-60	0-1
Affettati di pollo o tacchino			
Legumi bolliti e scolati	1 piatto piano, al fondo del piatto	g 130-150	0-1
Pane	1+ 1 panino	g 100	2
Prodotti da forno	6 fette biscottate 6 crackers	g 45	1-2
Pasta o riso o semola o polenta	1 piatto fondo oltre la fondina del piatto	g 100-130	1
Verdure e Ortaggi	½ piatto piano al fondo del piatto	g 80-100	2
Insalate crude	1 piatto piano al fondo del piatto	g 50	2
Patate	Mezza patata media	g 50	2
Frutta fresca: mela, pera, arancia, loto mandarini, prugna ciliegie, fragole	1 frutto piccolo	g 100	2
Olio	1 cucchiaino grande da minestra	g 20	2-3

Per dosare le porzioni sarà inevitabile inizialmente ricorrere alla bilancia, ma presto ci si farà l'occhio. Se poi il dializzato è un'esperta massaia o un cuoco provetto non avrà neanche bisogno di farselo. Con l'aiuto del dietologo e sotto il controllo del nefrologo il paziente in dialisi può mantenere le sue abitudini alimentari e non deve essere necessariamente costretto a rinunciare ai suoi gusti in fatto di cibo. La combinazione dei diversi alimenti se-

condo le linee guida gli permette di allestire ogni giorno menù con piatti vari e gustosi, davanti ai quali si può sedere senza grandi rimpianti.

La ricetta

Occasionalmente ci si può concedere lo sfizio di un dolcetto. Ecco un suggerimento adatto a questo periodo, per dare un tocco di festa al pranzo di Natale o di Capodanno.

Piccola delizia di arancia e zenzero

Ingredienti per 4 persone: 140 gr zucchero, 130 gr burro, 200 gr farina, 1 bustina lievito vanigliato, 3 uova intere, 12 cucchiaini succo d'arancia, 2 bucce di arance, 1 piccola grattugiata zenzero.

Procedimento: Frullare i tuorli e lo zucchero ed unire il burro, la farina, il lievito vanigliato ed infine il succo e la buccia d'arancia grattugiata. Amalgamare dolcemente gli albumi precedentemente montati a neve. Versare il composto in una tortiera imburrata ed infornare per circa 40 minuti a 160°. Preparare nel frattempo uno sciroppo con 4 cucchiaini di succo d'arancia e gr 100 di zucchero sciolti in un tegame senza farli bollire troppo, aggiungere alla fine la grattugiata di zenzero. Versare lo sciroppo tiepido sulla torta e livellarlo con la lama di un coltello.

Valori nutrizionali per porzione (a crudo e al netto degli scarti): proteine g 19, lipidi g 35, carboidrati g 77, calorie 688, fosforo (P) mg 223, potassio (K) mg 340.

Il parere della dietista: Questo dolce è adatto alla stagione invernale per il suo caratteristico ingrediente: l'arancia. In piccola porzione si può assumere a fine pasto, togliendo il pane e la frutta o metà 1° piatto asciutto e la frutta, per compensare l'apporto maggiore di carboidrati e di potassio e se si vuole restare nella quota calorica prefissata.

(Copyright: Unità di Dietetica e Nutrizione Clinica-Spedali Civili di Brescia e International Chef Supervisor Luca Barbieri - italia.infoforenal.com)

Per dosare le porzioni sarà inevitabile inizialmente ricorrere alla bilancia, ma presto ci si farà l'occhio.

„Heimlich, still und leise - Nierenschwäche, das unbemerkte Leiden“

Vortrag von **Univ.Prof. Dr. Alexander Rosenkranz** bei der Herbsttagung der ARGE-Niere Österreich in Graz
Zusammenfassung des Vortrags von **Mag. Luisa Sammer** (Schriftführerin der ANÖ)

Im Vortrag geht es um die Definition des Faches Nephrologie, um Risikofaktoren und Ursachen für eine chronische Niereninsuffizienz (CKD = chronic kidney disease) sowie Überlegungen zum optimalen Disease Management. Das Fach Nephrologie oder die Arbeit eines Nephrologen umfasst Folgendes: Die Früherkennung, die Diagnostik sowie die Therapie und nachsorgende Betreuung von PatientInnen mit Nieren- und Hochdruckkrankheiten. Die Durchführung von Nierenersatzverfahren (wie Hämo-, Peritonealdialyse etc.), die Vor- und Nachsorge zur Nierentransplantation sowie die Durchführung extrakorporaler Therapieverfahren bei nicht primär nierenkranken PatientInnen (z. B. Apherese).

Das Erkennen der Erkrankung und deren Problematik:

Die sicher schon bekannten Risikofaktoren bzw. Hauptursachen für CKD sind:

- Diabetes/Zuckerkrankheit,
- Hypertonie/Bluthochdruck,
- Adipositas/Übergewicht und
- Nierenerkrankung in der Familie oder selbst.

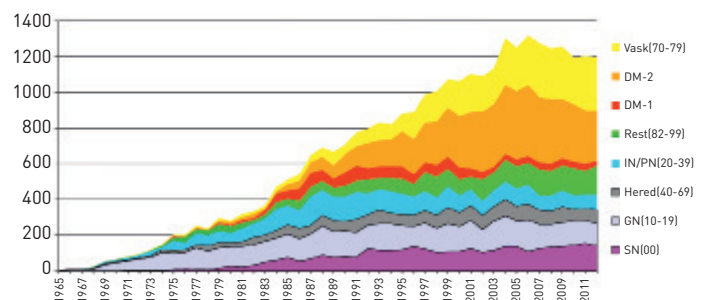
Diabetes/Zuckerkrankheit: Die Diabetesprävalenz für Österreich beträgt laut Statistik Austria 2006/07 mehr als 6%. Das bedeutet, dass mehr als 6% der Österreicher, also ca. 300.000 Personen, an Diabetes mellitus erkrankt sind. Eine der Folgeerkrankungen des Diabetes ist das Nierenversagen.

Hypertonie/Bluthochdruck: Nach Rieder, J Hum, *Hypertens*, 2004, gibt es in Österreich 2,4 Mio. Menschen mit nicht bekannter Hypertonie. Davon die Hälfte, also 1,2 Mio. Menschen, wissen, dass sie eine Hypertonie haben. 1/3 davon, das sind 800.000, sind regelmäßig behandelte Hypertoniker, d.h. sie bekommen ein Rezept, aber nur 10% davon, also 80.000 Menschen, sind ausreichend behandelt, d.h. sie schlucken Medikamente, kontrollieren den Blutdruck und halten ihn unter 140 mmHg systolisch.

Adipositas/Übergewicht ist definiert als BMI ≥ 30 kg/m², d.h. sie sind massiv übergewichtig bzw. fettleibig und der Body-Mass-Index (BMI) liegt bei 30 und darüber. Nach Flegal,

JAMA, 2012, hatten im Jahr 1970 in den USA ca. 14% der Erwachsenen massives Übergewicht (Alter zwischen 20 und 74 Jahren) - im Jahr 2010 haben bereits 35,7% eine manifeste Adipositas, d.h. im Jahr 2010 hat mehr als 1/3 der Menschen massives Übergewicht! Die Österreichische Gesellschaft für Nephrologie gibt in Zusammenarbeit mit Austrotransplant das Dialyse- und Transplantationsregister, kurz ÖDTR-Register, jährlich heraus. Darin wird bestätigt und dargestellt, dass durch die Zunahme von Diabetes- und Hypertoniekranken diese mittlerweile ca. 50% der Patienten mit Nierenersatztherapie (NET) betragen.

Neue Patienten an chronischer Nierenersatztherapie von 1965-2012
Primäre renale Diagnose



ÖDTR-Register, 2012, Seite 30, zeigt, dass die roten, orangen und gelben Felder Diabetes und vaskuläre Erkrankungen umfassen und die Hälfte aller Menschen mit NET darstellen.

Laut *ÖROK/Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, 2004*, weiß man, dass die Bevölkerung immer älter wird. Sind im

Es gibt in der Gesundenuntersuchung Österreichs kein Screening für unsere Nieren!

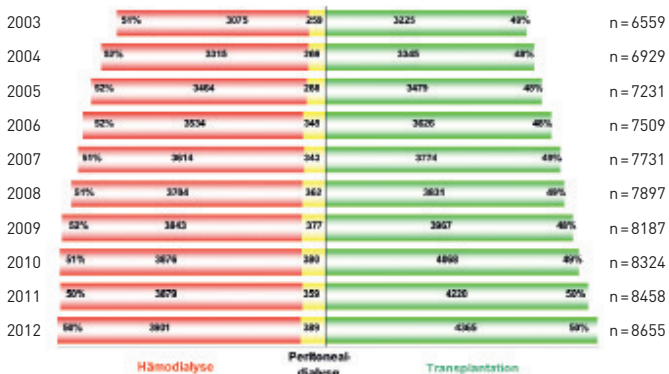
Jahr 2000 noch ca. 15% der Menschen über 65 Jahre, werden es 2030 ca. 25% sein. Man weiß, dass die Nierenfunktion bei Menschen ab dem 50. Lebensjahr im Normalfall um 1-2% jährlich sinkt, mit zunehmendem Alter steigt damit die Wahrscheinlichkeit für eine CKD an, und so findet man bei Menschen über 70 schon ca. 40% mit einer eingeschränkten Nierenfunktion. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, es wird eine substantielle Anzahl von älteren Patienten (>65a) als CKD3 (Nierenfunktion <60%) klassifiziert werden, ohne unbedingte klinisch relevante Abnormität, d.h. ohne nierenkrank zu sein. Es kommt durch die Zunahme der Lebenserwartung aber auch zu einer Zunahme der Patienten mit einer

Es ist wichtig für die Zukunft, das Risiko herauszufinden, wer rasch eine Nierenfunktionsstörung bekommt.

Nierenfunktion <60%, die eine medizinische Versorgung brauchen. Es ist besonders auffällig, dass weniger Frauen, im Vergleich zum Überschuss von Männern, im Dialysestadium erkrankt sind. Wichtig wird in Zukunft sein, diejenigen Patienten zu identifizieren, deren Nierenfunktion rasch abnimmt, *Glasscock, Clin J Am Soc Nephrol, 2008*.

Es gibt in der Gesundenuntersuchung Österreichs kein Screening für unsere Nieren! Seit vielen Jahren bemüht sich die ANÖ, besonders der verstorbene Präsident Gerold Schackl, in die Gesundenuntersuchung eine Möglichkeit der Früherkennung von Nierenkrankheiten (CKD) zu implementieren. Die Bestimmung des Blutwertes Kreatinin kostet nur wenige Cent, daraus wäre die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate zu errechnen und die Bestimmung von Eiweiß (oder Mikroalbuminurie) im Harn. Gemeinsam mit einem gut geführten explorativen Gespräch wären dies relativ gute Parameter für die Früherkennung von CKD. Die ANÖ scheiterte beim Hauptverband der Sozialversicherungen Österreichs mehrmals kläglich mit solchen Vorschlägen. Dank der günstigen österreichischen Gesetzeslage haben wir Verbesserungen in der Nierenersatztherapie, was auch zu besserem Überleben und zu einer guten Zahl an Spenderorganen führt. So sind derzeit 50% der Menschen mit NET in Österreich transplantiert und 50% erhalten eine andere Nierenersatztherapie. Der größte Teil der Patienten erfährt die Hämodialyse in Zentren, und das ist teuer. Gegensätzlich dazu spart Amerika oder England, es gibt viel mehr Heimverfahren, beispielsweise eine „registrierte Nurse“ (Dialyseschwester) für 30-40 Patienten. Innerhalb von sechs Wochen werden die Patienten eingeschult und dann machen sie alles selbst, die Dialyseschwester überwacht und unterstützt.

Patienten an Nierenersatztherapie 2003-2012



Prof. Dr. Rosenkranz erläuterte: Junge Menschen sind an der Dialyse „eher sehr unzufrieden“, sie wollen unterwegs, frei und unabhängig sein – alte Menschen sind „eher zufrieden“ an der Dialyse. Sie meinen: „Wenn die Zeit verrinnt und ich kann die Zeit mit meinen Enkeln verbringen, Zeit mit meinem Partner erleben, dann kann ich glücklich sein.“ Andererseits kann man Menschen mit Nierenersatztherapie wieder Lebensqualität schenken, wenn diese vorher eine schlechte hatten. Es ist wichtig für die Zukunft, das Risiko herauszufinden, wer rasch eine Nierenfunktionsstörung bekommt. Neben den vielen interessanten Fakten lieferte Prof. Rosenkranz u. a. eine Studie die belegt, dass Nierenpatienten länger leben, länger ohne NET auskommen und gesünder bleiben, wenn sie öfter einen Nephrologen aufsuchen bzw. sich gewissenhaft an die Nachsorgeuntersuchungen halten. Unseren Hausärzten, den ersten Ansprechpartnern, kommt die besondere Bedeutung des Erkennens der ersten Erkrankungszeichen und der Risikofaktoren zu, um ein Ansteigen von Nierenerkrankungen zu vermeiden.

Präventiv bzw. gesundheitsförderlich für jeden von uns sind:

DIE ACHT GOLDENEN REGELN DER NIERENGESUNDHEIT:

- **Fit und aktiv bleiben, d.h. Bewegung, Bewegung, Bewegung!**
- **Eine optimale Kontrolle des Blutzuckers**
- **Kontrolle und Monitoring des Blutdruckes**
- **Gesunde Ernährung praktizieren sowie das Körpergewicht unter Kontrolle halten**
- **Aufrechterhaltung einer gesunden Flüssigkeitszufuhr**
- **Nicht rauchen!**
- **Schmerzpräparate so wenig als möglich!**
- **Überprüfung der Nierenfunktion, wenn mindestens einer der Hochrisikofaktoren vorhanden ist**

Es gibt keine Lobby für Nierenerkrankungen, obwohl diese Erkrankung ähnlich einer Krebserkrankung verläuft. Die Therapie, welche eine Organfunktion ersetzt (z. B. Häm- oder Peritonealdialyse) oder ein ersetztes Organ durch eine Transplantation, das sind Therapien, die den Menschen Überwindung kosten.

< OEDTR-Register, 2012, Seite 24 zeigt das Verhältnis der NET, in rot Zahlen der Hämodialyse, in gelb Peritonealdialyse und in grün die Zahlen und Prozente der Menschen mit Transplantation.

L'insufficienza renale, malattia silenziosa.

Relazione del **Prof. Dr. Alexander Rosenkranz** all'assemblea autunnale della Federazione Austriaca delle Associazioni Nefropatici a Graz.

Riassunto elaborato dalla segretaria dell'ANÖ, **Luisa Sammer**, tradotto da **Annalisa Marin**

Nella relazione si trattano la definizione di nefrologia, i fattori di rischio, le cause dell'insufficienza renale cronica (CKD = chronic kidney disease) e la gestione ottimale della patologia.

La nefrologia, o il lavoro del nefrologo, comprende:

- la diagnosi precoce
- la diagnostica
- la terapia e l'assistenza dei pazienti con malattie renali e ipertensione
- l'applicazione di procedimenti sostitutivi, come l'emodialisi, la dialisi peritoneale ecc.
- l'assistenza pre e post trapianto di rene
- l'applicazione di terapie extracorporee in pazienti con malattie renali non primarie (p.es. aferesi).

La diagnosi della malattia e le sue problematiche

I fattori di rischio certi e conosciuti e le cause principali dell'insufficienza renale cronica sono:

- diabete
- ipertensione
- obesità
- malattie renali familiari o individuali

Diabete

Secondo una statistica del 2006/2007 in Austria l'incidenza del diabete è più del 6%, ciò significa che oltre il 6% degli austriaci, circa 300.000 persone, sono affetti da diabete mellito. Una delle complicanze del diabete è l'insufficienza renale.

Ipertensione

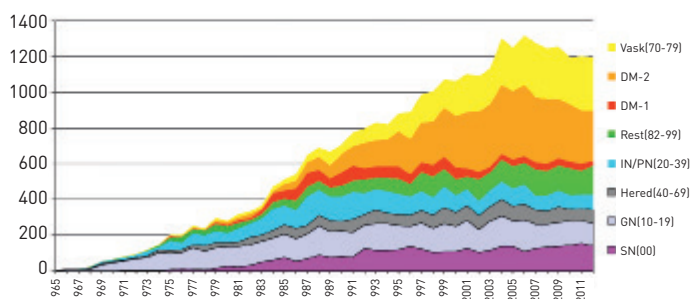
Secondo lo studio di *Rieder, J Hum, Hypertens, 2004*, in Austria 2,4 milioni di persone soffrono di ipertensione non riconosciuta. La metà di esse, 1,2 milioni, sa di avere l'ipertensione. Un terzo, 800.000 persone, riceve una regolare prescrizione medica, ma solo il 10% di essi si curano sufficientemente, cioè assumono farmaci, controllano la pressione sistolica e la mantengono sotto i 140 mmHg.

Obesità

Si è in presenza di obesità quando l'indice di massa corporea (IBM) è uguale o maggiore di 30 kg/m², cioè quando la persona è sovrappeso. Secondo lo studio di *Flegal, JAMA, 2012* nel 1970 negli USA circa il 14% degli adulti tra i 20 ed i 74 anni era pesantemente sovrappeso. Nel 2010 già il 35,7% aveva un'obesità manifesta, ciò significa che nel 2010 più di 1/3 delle persone era abbondantemente sovrappeso.

La Società austriaca di Nefrologia in collaborazione con l'Austrotransplant pubblica annualmente il registro dialisi e trapianto (Registro ÖDTR), da cui risulta che diabetici ed ipertesi costituiscono circa il 50% dei dializzati.

Neue Patienten an chronischer Nierensetztherapie von 1965-2012
Primäre renale Diagnose



Registro ODTR 2012, pag. 30: Nuovi pazienti cronici in Dialisi dal 1965 al 2012, Diagnosi renale primaria

I campi rosso, arancione e giallo comprendono diabete e malattie vascolari e costituiscono la metà di tutti i pazienti in dialisi.

La statistica di ÖROK 2004 prevede che se nel 2000 ca. il 15% degli austriaci era sopra i 65 anni, nel 2030, con il progressivo invecchiamento della popolazione, saranno ca. il 25%. Si sa che dopo i 50 anni la funzionalità renale normalmente diminuisce dell'1-2% ogni anno e che con l'aumentare dell'età cresce la probabilità di insufficienza renale cronica. Fra gli ultrasessantenni già il 40% ha una funzione renale limitata. In linea di massima ne deriva che un cospicuo numero di pazienti sopra i 65 anni vengono classificati come nefropatici cronici (funzionalità renale inferiore al 60%) senza manifestare necessariamente rilevanti anomalie cliniche, cioè senza risultare malati di rene. Aumenta l'aspettativa di vita, ma aumentano anche i pazienti con funzionalità renale inferiore al 60% che hanno

In futuro, quando insorge rapidamente un disturbo della funzionalità renale, è importante individuare il rischio.

bisogno di un trattamento medico. E' singolare che in confronto ad un gran numero di uomini meno donne siano costrette alla dialisi. Secondo *Glasscock, Clin J Am Soc Nephrol, 2008* in futuro sarà importante identificare i pazienti la cui funzione renale diminuisce rapidamente.

In Austria nell'indagine sulla salute non c'è uno screening per i nostri reni. Da molti anni la Federazione Austriaca delle Associazioni Nefropatici (ANÖ), in particolare il defunto presidente Gerold Schackl, si impegna per inserire nello screening sulla salute la possibilità della diagnosi precoce dell'insufficienza renale cronica. La determinazione del valore della creatinina nel sangue costa pochi centesimi e permetterebbe di calcolare il livello di filtrazione glomerulare e di albumina (o microalbuminuria) nell'urina. Insieme ad un corretto colloquio esplorativo questi sarebbero buoni parametri per riconoscere tempestivamente l'insufficienza renale cronica (CKD). Ma questa proposta dell'ANÖ presentata più volte alla Principale Associazione delle assicurazioni sociali non è stata accolta. Grazie alla buona legislazione in Austria è migliorata la terapia sostitutiva renale, cosa che produce anche una migliore sopravvivenza ed un buon numero di organi trapiantati. Attualmente in Austria 50% dei pazienti con insufficienza renale terminale vengono trapiantati e 50% ricevono un'altra terapia sostitutiva. La maggior parte dei pazienti fa la terapia in centri dialisi e questo è costoso. Al contrario in America e in Inghilterra si risparmia in questo settore. Ci sono molti più procedimenti domiciliari, per esempio una "nurse registrata", un'infermiera di dialisi per 30-40 pazienti. In sei settimane i pazienti vengono istruiti e sono in grado di gestirsi da soli, l'infermiera controlla ed aiuta.

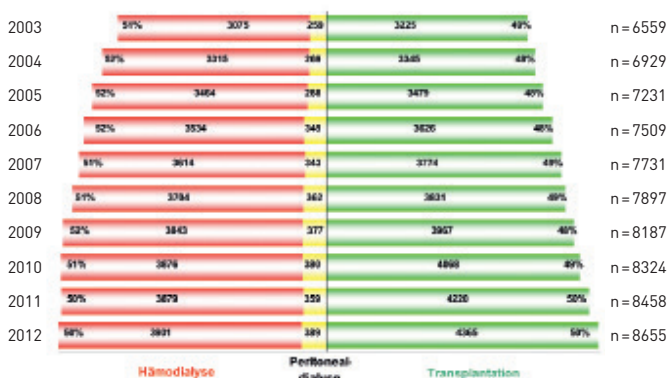
Secondo il Prof. Dr. Rosenkranz i giovani sono "prevalentemente molto insoddisfatti" della dialisi, vogliono andare in giro, essere liberi ed indipendenti. Gli anziani sono "prevalentemente soddisfatti" e dicono: "Quando il tempo passa ed io lo posso trascorrere con i miei nipoti e con il mio partner, allora sono felice". D'altra parte alle persone in terapia sostitutiva renale si può nuovamente donare una qualità di vita migliore di quella che avevano. In futuro, quando insorge rapidamente un disturbo della funzionalità renale, è importante individuare il rischio. Accanto a molti fatti interessanti il Prof. Rosenkranz ha riferito di uno studio secondo cui i nefropatici vivono più a lungo, più a lungo evitano la dialisi e rimangono più sani se si rivolgono più spesso ad un nefrologo o rispettano scrupolosamente le visite di controllo. Ai nostri medici di famiglia, che sono i primi interlocutori, spetta il compito particolarmente importante di riconoscere i primi segnali della malattia ed i fattori di rischio, per evitare l'insorgere della nefropatia.

Per ciascuno di noi valgono con funzione preventiva le

OTTO REGOLE D'ORO PER LA SALUTE DEI RENI:

1. Tenersi in forma ed attivi, cioè: movimento, movimento, movimento!
2. Controllo ottimale della glicemia!
3. Controllo e monitoraggio della pressione del sangue!
4. Seguire un'alimentazione sana e tenere sotto controllo il peso!
5. Mantenere un sano apporto di liquidi!
6. Non fumare!
7. Assumere meno possibile antidolorifici!
8. Controllare la funzione renale se è presente almeno uno dei fattori di alto rischio!

Patienten an Nierenersatztherapie 2003-2012



Non c'è una lobby delle malattie renali, sebbene questa patologia decorra analogamente ad un cancro. Sostituire la funzione di un organo, p. es. con l'emodialisi o con la dialisi peritoneale, o sostituire l' organo con il trapianto, sono terapie che richiedono all'uomo il superamento di se stesso.

< Registro ÖDTR, 2012, pag. 24, Pazienti in dialisi 2003-2012

In rosso i numeri dell'emodialisi, in giallo quelli della dialisi peritoneale e in verde i numeri e le percentuali dei trapiantati.



ANÖ TAGTE IN GRAZ/ ASSEMBLEA DELL'ANÖ A GRAZ

Zur Herbsttagung der Arge Niere Österreich (ANÖ) hatte die 1. Steirische IG der Dialysepatienten und Nierentransplantierten nach Graz geladen. Das Treffen fand am 4. und 5. Oktober statt, Tagungsort war der Gasthof „Dokterbauer“ am Rand der Stadt. Geleitet wurde es von Präs. Erich Längle, die Organisation lag in den Händen des steirischen Obmanns Rolf Klinger und der Schriftführerin Mag. Luisa Sammer. Im Anschluss an den sehr interessanten Vortrag, in dem viele Zusammenhänge erklärt wurden, stellte sich der Nieren-Selbsthilfe-Dachverband Sloweniens (ZDLBS) vor. Herr Milan Osterc, dessen Vizepräsident, informierte über die slowenischen Gegebenheiten und berichtete über seine Tätigkeit. Dieser Besuch betonte die gutnachbarlichen Beziehungen der Steiermark zum Nachbarland Slowenien, bzw. die EU-weiten Kontakte durch CEAPIR. Max Kunkel, Vorsitzender der IG der Dialysepatienten und Nierentransplantierten in Bayern, berichtete über die Situation in Deutschland und überbrachte die Grüße seiner Interessensgemeinschaft. Er nahm aktiv an der gesamten Tagung teil. Unser Verein wurde vom Vorsitzenden Dietrich Oberdörfer vertreten.

Der arbeitsreiche Samstag klang mit einem gemeinsamen Abendessen in der nahegelegenen Mostschenke aus, wo alle Tagungsteilnehmer mit ihren Partnern gemütlich plaudernd bis etwa 22 Uhr beisammen saßen. Der gesunde Humor, der auch in der ANÖ trotz aller Arbeit ebenfalls seinen Platz hat, stellte einen guten Ausgleich zu den ansonsten ernstesten Themen der Tagung dar.

Su invito dell'Associazione dei dializzati e trapiantati della Stiria l'assemblea autunnale dell' Arge Niere Österreich (ANÖ) si è svolta a Graz. L'incontro ha avuto luogo il 4 ed 5 ottobre alla trattoria „Dokterbauer“ alla periferia della città, organizzato dal presidente dell'Associazione della Stiria Rolf Klinger e dalla segretaria dr. Luisa Sammer, sotto la direzione del presidente della Federazione Austriaca Nefropatici Erich Längle. Di seguito alla conferenza molto interessante, in cui sono stati illustrati

molti contatti, è stata presentata la Federazione di mutuo aiuto dei nefropatici della Slovenia (ZDLBS), il cui vicepresidente, Milan Osterc, ha parlato della situazione locale e dell'attività svolta. L'intervento ha sottolineato i rapporti di buon vicinato fra la regione della Stiria e la confinante Slovenia e gli ampi contatti in ambito europeo tramite il CEAPIR.

Max Kunkel, presidente dell'Associazione dializzati e trapiantati bavaresi che ha partecipato attivamente all'assemblea, ha illustrato la situazione in Germania e portato i saluti del suo gruppo. La nostra associazione era rappresentata dal presidente Dietrich Oberdörfer.

Il sabato di intenso lavoro si è concluso con una cena sociale nel vicino Mostschenke, dove i partecipanti ed i loro partner si sono intrattenuti in piacevole conversazione fino alle 22. Il buonumore, che trova comunque spazio nell' ANÖ malgrado il gran lavoro, è servito a compensare la serietà degli argomenti trattati nell'assemblea.

FEST DER SOLIDARITÄT / FESTA DELLA SOLIDARIETÀ

Anlässlich des Bozner Radtages 2013 wurde am 22. September das Fest der Solidarität von den Selbsthilfegruppen organisiert. Beim Stand von Nierene auf dem Gerichtsplatz in Bozen wurden Informationsbroschüren verteilt.

In occasione della Bolzano in bici 2013 il 22 settembre 2013 è stata organizzata dalle associazioni di volontariato la Festa della solidarietà. Allo stand di Nierene in piazza del Tribunale a Bolzano sono stati distribuiti ai visitatori opuscoli per l'informazione e la prevenzione.

FRÖHLICHES GRILLFEST DER NIERENKRANKEN - VINSCHGAU / ALLEGRA GRIGLIATA DEI SOCI DELLA VENOSTA

Von / di **Egon Blaas**

Am 14.07.2013 organisierte das Vorstandsmitglied des Südtiroler Nierenkrankenvereins Gustav Kofler unter tatkräftiger Mitwirkung des Vereinsmitglieds Egon Blaas ein Grillfest. Eingeladen waren die Nierenkranken aus dem Vinschgau, deren Familienangehörige und das Personal der Dialysestation des Krankenhauses Schlanders.

Es nahmen 48 Personen an der Feier teil, wobei der älteste Teilnehmer 83 und der Jüngste 3 Jahre alt war. Da der Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmern groß geschrieben wurde, war es eine richtig familiäre Grillfeier, die um 11.00 Uhr vormittags begann und bis abends um 20.00 Uhr andauerte. Am Nachmittag schaute auch Hochw. Stefan Hainz, der Dekan von Mals, vorbei. Allen Teilnehmern hat das Treffen gefallen und es war eine gelungene Grillfeier. Die Kosten der Grillfeier wurden teils vom Nierenkrankenverein und teils von Spendern getragen.

Da der Vinschgau verkehrstechnisch für die Veranstaltungen, die der Nierenkrankenverein organisiert, weit entfernt ist, kam die Idee, den Verein in den Vinschgau zu bringen. Auf Initiative von Gustav Kofler treffen sich die Vinschger Nierenkranken daher seit Februar 2013 monatlich zu einem regen Gedankenaustausch und gemütlichen Beisammensein bei einem Stammtisch. Durch das Organisieren dieser Treffen konnten schon einige neue Mitglieder für den Südtiroler Nierenkrankenverein gewonnen werden.

Il 14 luglio i nefropatici della Venosta hanno organizzato una grigliata, a cui sono stati invitati i pazienti, i familiari ed il personale del Centro dialisi di Silandro. La festa, cominciata alle 11 del mattino e proseguita fino a sera in un'atmosfera familiare, ha costituito un'importante occasione per lo scambio di esperienze fra gli intervenuti, un'allegria brigata di 48 persone dai 3 agli 83 anni. Nel pomeriggio è intervenuto anche il decano di Malles Hainz Stefan. La grigliata, che ha riscosso gran successo fra i partecipanti, è stata organizzata da Gustav Kofler, di Matsch, membro del direttivo dell'Associazione Altoatesina Nefropatici. I costi sono stati coperti in parte da Nierene ed in parte dalle offerte.

Dal febbraio 2013, su iniziativa di Gustav Kofler, i nefropatici della Venosta si riuniscono ogni mese per uno scambio di idee e questi piacevoli incontri sono stati anche occasione per nuove adesioni all'Associazione Nefropatici. Per motivi logistici è difficile per i pazienti della Venosta partecipare alle manifestazioni organizzate dall'Associazione Nefropatici. Da qui l'idea di portare l'associazione nella valle.



Die Lebendspende / Trapianto da donatore vivente

Dr. Maria Grazia Tabbi (Verantwortliche der Transplantationsambulanz der Abteilung Nephrologie des Krankenhauses Bozen)

Es gibt zwei Arten von Nierentransplantationen: die **Kadavernierentransplantation** und die **Lebendnierentransplantation**. Leider ist die Nachfrage von Spenderorganen bei weitem höher als das Angebot von Nieren toter Spender, und die einzige Alternative dazu ist die Lebendnierenspende. Eine Lebendspende verringert den Aufenthalt in der Dialyse oder kann ihn sogar gänzlich vermeiden: Nur eine Transplantation von einem lebenden Spender kann noch vor dem Beginn der Dialysebehandlung erfolgen (Preemptive Transplantation). Patienten, die eine Lebendspende erhalten haben, haben eine längere Überlebenszeit sowohl in Bezug auf das transplantierte Organ als auch insgesamt auf die Lebenserwartung im Vergleich zu Patienten, die ein Organ von einem toten Spender erhalten haben.

In Italien ist das Informationsangebot zu diesem Thema sehr gering und die Lebendspende betrifft daher nur 12% sämtli-

Patienten, die eine Lebendspende erhalten haben, haben eine längere Überlebenszeit sowohl in Bezug auf das transplantierte Organ als auch insgesamt auf die Lebenserwartung

cher Nierentransplantationen, während in vielen Ländern in Nordeuropa, in den USA und in Japan die Kultur der Organspende gut verwurzelt ist und der Prozentsatz von Lebendnierenspenden bereits die Kadavernierenspende übertrifft. Dabei ist es wichtig hervorzuheben, dass die Ärzte in erster Linie auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Spenders achten müssen und daher sowohl vor als auch nach der Organspende eingehende Untersuchungen durchführen müssen, wobei der Grundsatz vorzuherrschen hat, dass dem Lebendspender nicht geschadet werden darf. Der potentielle Organspender kann ein Familienmitglied sein (Blutsverwandter oder nicht) oder auch eine nicht verwandte Person, die Organspende darf jedoch in keinem Fall finanzielle Vorteile oder sonstige Vergütungen für den Spender beinhalten. Der Spender muss sich einer Reihe von eingehenden Untersuchungen unterziehen, angefangen bei Labor- und Röntgenuntersuchungen bis hin zu fachärztlichen Untersuchungen, welche einen guten Gesundheitszustand bescheinigen müssen; und der Spender muss dem Akt der Organspende aus freien Stücken,

bewusst und unbeeinflusst zustimmen. Organspender und -empfänger müssen schließlich noch von der zuständigen Justizbehörde geprüft werden, die laut italienischem Gesetz zum Schutz des Spenders fungiert. Im Allgemeinen ist eine Blutgruppenverträglichkeit erforderlich. Seit kurzem ist es jedoch auch dank der wissenschaftlichen Forschung möglich, Lebendnierenspenden auch bei immunologischer Inkompatibilität durchzuführen, und zwar mit zwei Methoden:

Die **Cross-over-Lebendnierenspende** oder **Überkreuz-Lebendspende**: hierbei handelt es sich um ein staatsweites vom Nationalen Transplantationszentrum (Centro Nazionale Trapianti) koordiniertes Programm, bei dem verschiedene Spender-Empfänger-Paare aus ganz Italien in ein einheitliches Register eingetragen werden, um somit ein kompatibles Paar zum Austausch zu finden (der Lebendspender des ersten Paares spendet dem Empfänger des zweiten Paares und umgekehrt).

Die ABO-inkompatible Spende (bei Blutgruppenunverträglichkeit): Sie ist nur möglich, wenn beim Organempfänger ein Monat vor der Transplantation durch die Gabe eines Medikaments die Blutgruppen-Antikörper unterdrückt werden und die wenigen verbliebenen Antikörper wenige Tage vor der Operation durch Plasmapherese aus dem Blut entfernt werden. Die klinische Untersuchung des

Spenders erfolgt sehr gründlich, damit festgestellt und ausgeschlossen werden kann, dass ein Spender eine Krankheit hat oder sich sonst wie in Umständen befindet, die mit einer Organspende nicht kompatibel sind, wie z. B. eine Nierenerkrankung, eine vorhandene Tumorerkrankung oder eine überwundene Tumorerkrankung mit einer Beobachtungsperiode, die noch nicht ausreichend lang ist, um sicher zu sein, dass eine Heilung stattgefunden hat, psychische Störungen, Drogenmissbrauch, Atemwegs- oder Herzkreislaufkrankungen, Bluthochdruck mit Beschädigung von anderen Organen, Diabetes Mellitus, Übergewicht, Nicht-Vollendung des 18.

Seit kurzem ist es jedoch auch dank der wissenschaftlichen Forschung möglich, Lebendnierenspenden auch bei immunologischer Inkompatibilität durchzuführen

Lebensjahres, Schwangerschaft, Systemerkrankungen mit Nierenbeteiligung, Neigung zu Thrombosen, aktive Infektionen, Hepatitis B, Hepatitis C oder HIV-Infektion, offensichtlicher Zwang (der Spender fühlt sich gezwungen und es liegt keine

I pazienti con rene trapiantato da donatore vivente mostrano una sopravvivenza migliore sia in termini di durata dell' organo che di spettanza di vita rispetto ai pazienti che hanno ricevuto un organo da cadavere.

freie Überzeugung zur Organspende vor). Große Bedeutung hat die Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance) des Spenders, die nicht unter 80 ml/Minute liegen darf, die Proteinurie, die nicht über 300 mg/24 Stunden liegen darf, die Analyse des Harnsediments, welches keine pathologischen Veränderungen aufweisen darf. Die Bewertung des Lebendspenders ist eine kollegiale Bewertung. Im Kollegium befinden sich folgende Berufsbilder: ein Nephrologe, ein Transplantationschirurg, ein Psychologe, und eine unabhängige Kommission bestehend aus einem Rechtsmediziner, einem Psychologen, einem Ethikexperten, einem Richter. Der potentielle Lebendspender kann zu jedem Zeitpunkt während des Bewertungsprozesses ohne Furcht und ohne Konsequenzen seinen Spenderwillen frei zurückziehen. Dem Lebendspender wird bei der Organentnahme die schwächere Niere entnommen (wir alle haben eine Niere, die physiologisch schwächer als die andere ist), und zwar mit dem Ziel, dem Spender eine optimale Restfunktion zu belassen. Der chirurgische Eingriff der Organentnahme nennt sich Nephrektomie. Dieser Eingriff findet unter Allgemeinnarkose statt und kann mittels einer Lumbotomie (einem seitlichen Schnitt unterhalb der 11. Rippe) oder einer Laparoskopie oder Schlüsselloch-Chirurgie (chirurgischer Eingriff ohne Öffnung der Bauchdecke, wobei über kleine Einstiche in der Bauchdecke chirurgische Spezialinstrumente mit einer Videokamera versehen in den Bauchraum zur Operation eingeführt werden) erfolgen. Der Krankenhausaufenthalt nach der Operation dauert ungefähr eine Woche. Der Lebendspender kann mit einer einzigen Niere – wenn diese gut arbeitet – ein völlig normales Leben führen. Die mit dem Eingriff verbundenen Risiken sind gering und vergleichbar mit jedem anderen chirurgischen Eingriff bei einem Menschen in guter gesundheitlicher Verfassung. Die Lebendspender haben eine mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbare, wenn nicht sogar bessere Lebenserwartung.

Der Spender wird nach der Nephrektomie jährlichen Kontrollen unterzogen: Arztvisiten, Laboruntersuchungen (Kreatininämie, Harnsäure im Blut, Kreatinin-Clearance, Harnuntersuchungen, Proteiunurie 24 Stunden Harn), Instrumentaluntersuchungen (Nierenultraschall). Nach der Nierenspende gibt es keine Einschränkungen in Bezug auf die Berufstätigkeit oder auf die körperlichen Tätigkeiten oder sexuellen Aktivitäten. Die Lebensqualität der Organspender ist, verglichen mit jener der Allgemeinbevölkerung, höher oder gleich, einige Studien sprechen sogar von einer besseren Lebensqualität: Organspenden tut dem Herzen und der Gesundheit gut!

Dr. Maria Grazia Tabbi (Responsabile dell'ambulatorio per trapiantati di rene Reparto di Nefrologia dell' Ospedale Centrale di Bolzano)

Esistono due tipi di trapianto renale: **da donatore cadavere** e **da donatore vivente**. Purtroppo la richiesta di organi è di gran lunga superiore all'offerta di reni da donatore cadavere e l'unica alternativa è rappresentata dalla donazione da vivente. La disponibilità di un trapianto da vivente può ridurre la permanenza in dialisi o addirittura evitarla: infatti solo il trapianto da donatore vivente può essere effettuato prima dell'inizio del trattamento dialitico (trapianto pre-emptive). I pazienti con rene trapiantato da donatore vivente mostrano una sopravvivenza migliore sia in termini di durata dell'organo che di spettanza di vita rispetto ai pazienti che hanno ricevuto un organo da cadavere.

In Italia c'è scarsa informazione relativa a questo argomento e quindi il trapianto di rene da donatore vivente riguarda solo il 12% di tutti i trapianti di rene mentre in molti paesi del Nord Europa, negli USA, in Giappone, la cultura della donazione è ben radicata e la percentuale del trapianto da donatore vivente ha superato quella da donatore deceduto. E' importante puntualizzare che i medici sono tenuti a garantire lo stato di salute e di benessere del donatore con indagini approfondite sia prima che dopo la donazione, osservando e perseguendo il principio di non nuocere al donatore vivente. Il potenziale donatore può essere un familiare (consanguineo e non) oppure una persona non parente, ma la donazione non deve comportare benefici economici o compensi di alcun genere per il donatore. Il donatore deve sottoporsi ad una serie di accertamenti approfonditi che comprendono esami di laboratorio, radiologici e consulenze specialistiche che ne provino il buono stato di salute; deve essere disponibile all'atto della donazione spontaneamente, consapevolmente e liberamente.

È possibile effettuare trapianti di rene anche in presenza di incompatibilità immunologica

Il donatore ed il ricevente devono infine essere valutati dall'autorità giudiziaria competente che, secondo la legge italiana, si pone a tutela del donatore. In generale vi deve essere compatibilità di gruppo sanguigno. Tuttavia, recen-

La valutazione clinica del donatore è molto accurata allo scopo di individuare ed escludere soggetti portatori di malattie o condizioni che lo rendano incompatibile con la donazione

temente, grazie alla ricerca scientifica, per aumentare ulteriormente la possibilità di donazioni da donatore vivente, è possibile effettuare trapianti di rene anche in presenza di incompatibilità immunologica attraverso due modalità:

trapianto cross over o “incrociato”: si tratta di un programma nazionale coordinato dal Centro Nazionale Trapianti che prevede l’inserimento di diverse coppie, provenienti da tutta Italia, in un unico registro al fine di trovare una coppia compatibile di scambio (il donatore della prima coppia donerà al ricevente della seconda coppia e il donatore della seconda coppia donerà al ricevente della prima coppia).

trapianto ABO incompatibile (coppia con gruppo sanguigno incompatibile): viene effettuato trattando il ricevente con una terapia desensibilizzante che inizia con farmaci circa un mese prima del trapianto e comprende pochi giorni prima anche la plasmateresi, al fine di rimuovere gli anticorpi diretti contro il donatore.

La valutazione clinica del donatore è molto accurata allo scopo di individuare ed escludere soggetti portatori di malattie o condizioni che lo rendano incompatibile con la donazione, quali ad esempio malattie renali, tumori in atto o già curati, ma con un periodo di osservazione non abbastanza lungo e quindi rassicurante sul fatto che vi sia stata guarigione, disturbi psichici del comportamento, uso di droghe, malattie respiratorie o cardiovascolari, ipertensione arteriosa che abbia danneggiato altri organi, diabete mellito, obesità, età inferiore a 18 anni, gravidanza, malattie sistemiche con interessamento renale, tendenza alla trombosi, infezioni attive, epatite B, epatite C e infezione da HIV, evidente coercizione (il donatore si sente obbligato e non vi è libera convinzione a donare). Grande importanza rivestono: la funzionalità renale (clearance della creatinina) del donatore che non deve essere inferiore a 80 ml/minuto, la proteinuria che non deve essere maggiore di 300 mg/24 ore, l’analisi del sedimento urinario che non deve mostrare alterazioni patologiche.

La valutazione del donatore è collegiale e comprende le seguenti figure professionali: un Nefrologo, un Chirurgo trapiantatore, uno Psicologo, una commissione detta di “Parte Terza” composta da un Medico legale, uno Psicologo, un Esperto di Etica, un Magistrato. Il poten-

ziale donatore può, in qualsiasi momento dell’iter di valutazione, ritirarsi liberamente dal proposito di donare senza alcun timore e senza alcuna conseguenza. Il donatore viene sottoposto ad espianto del rene scegliendo, per la donazione, il rene meno funzionante (tutti noi abbiamo un rene che fisiologicamente funziona un po’ meno dell’altro); questo per mantenere al donatore stesso una buona funzionalità renale residua.

L’intervento di donazione si chiama nefrectomia. Tale intervento viene eseguito in anestesia generale e può avvenire per via lombotomica (attraverso una incisione sul fianco, al di sotto della XI costa) o per via videolaparoscopica (intervento chirurgico addominale senza apertura della parete addominale, effettuato utilizzando una telecamera collegata ad un monitor e sottili strumenti chirurgici introdotti in cavità addominale attraverso piccoli fori effettuati nella parete stessa). La degenza post-operatoria è di circa una settimana. Un solo rene, se ben funzionante, consente una vita del tutto normale al donatore. I rischi legati all’intervento per il donatore di rene sono modesti e simili a quelli di un qualsiasi intervento chirurgico in una persona in generale benessere.

I donatori presentano una sopravvivenza comparabile, se non migliore, a quella della popolazione generale. Il donatore in seguito alla nefrectomia verrà seguito con controlli annuali, con visite ambulatoriali, esami bioumorali (creatinemia, uricemia, clearance della creatinina, esame urine, proteinuria 24 ore), esami strumentali (ecografia renale). Dopo la donazione non sono state evidenziate limitazioni riguardanti l’attività lavorativa o fisica, la vita di relazione o di coppia. La qualità di vita dei donatori è superiore o uguale a quella della popolazione generale, alcuni studi riportano addirittura una sopravvivenza migliore : donare fa bene al cuore e alla salute!

Il potenziale donatore può, in qualsiasi momento dell’iter di valutazione, ritirarsi liberamente dal proposito di donare senza alcun timore e senza alcuna conseguenza.

WIE KANN MAN DIE KALIUMZUFUHR EINSCHRÄNKEN? / COME POSSO CONTROLLARE L'INTRODUZIONE DI POTASSIO?

Die Eliminierung des Kaliums aus dem Blut ist trotz Restauscheidung und Dialyse begrenzt: Man sollte daher eine kaliumarme Diät befolgen, denn der Kaliumüberschuss im Blut (Hyperkaliämie) ist für Dialysepatienten lebensgefährlich. Kaliumüberschuss äußert sich in einer starken Muskelschwäche (man hat das Gefühl, die Beine seien aus Gummi, sie halten nicht mehr) und verursacht Herzrhythmusstörungen, die bis zum Herzstillstand führen können.

Es sollen daher zwischen den Dialysesitzungen maximal 2.500 – 3.000 mg Kalium (1.500 mg/Tag in der kurzen Dialysepause, 1.000 mg/Tag in der langen Dialysepause) durch die Nahrung aufgenommen werden. Kaliumreiche Nahrungsmittel sind hauptsächlich Trockenobst, Gemüse und Kakao. Fruchtsäfte, frisch gepresste Säfte, bestimmte Obstorten (Bananen, Aprikosen, Feigen, Kiwi, Melonen,...), bestimmte Gemüsesorten (Bohnen, Erbsen, Pilze, Spinat,...), Gemüsesuppen, Pudding, Schokolade sind zu vermeiden, ebenso Diätsalz. Gekochtes Gemüse sollte in jedem Fall zuerst klein geschnitten werden und dann noch zwei Mal in Wasser gekocht werden, damit das (wasserlösliche) Kalium ausgeschwemmt wird.

Natürlich muss das Kochwasser dann weggeschüttet werden. In der langen Dialysepause oder bei gelegentlicher übermäßiger Kaliumzufuhr bietet sich das Medikament KAYEXALATE an, ein Kunstharz, das zwar nicht besonders gut schmeckt, jedoch dem Organismus hilft, das Kalium teilweise zu binden und zu eliminieren.

GETRÄNKE: KALIUMGEHALT (mg je 100 ml)

Aprikosensaft	70
Aranciata	18
Traubensaft	127
Bier	32
Orangensaft	177
Schwarzer Kaffee ohne Zucker	17
Mandarinensaft	178
Coca Cola	1
Karottensaft	214
Gazzosa	1
Tomatensaft	246
Himbeersaft	153
Grapefruitsaft	139
Sekt	57
Ananassaft	138
Schwarztee ohne Zucker	17
Schwarzer Johannisbeersaft	98
Vermouth dry	40
Apfelsaft	116
Weißer Tafelwein	72
Zitronensaft	134
Roter Tafelwein	98

Kaliumüberschuss im Blut (Hyperkaliämie) ist für Dialysepatienten lebensgefährlich.

Anche l'eliminazione del potassio, con la diuresi residua e con la seduta dialitica, è limitata: è necessario attenersi ad una dieta a basso contenuto di potassio, perché l'iperpotassiemia può mettere in pericolo la vita dell'emodializzato. L'iperpotassiemia si manifesta con forte debolezza muscolare (sensazione di muscoli di "gomma", gambe che non reggono), provoca aritmie cardiache fino all'arresto cardiaco. È consigliabile che tra una dialisi e l'altra siano introdotti max. 2.500 – 3.000 mg di potassio (= 1.500 mg/die nel periodo breve, 1.000 mg/die nel periodo lungo). Sono ricchi di potassio: la frutta soprattutto secca, la verdura, il cacao. Vanno quindi evitati: succhi di frutta, spre-

È necessario attenersi ad una dieta a basso contenuto di potassio, perché l'iperpotassiemia può mettere in pericolo la vita dell'emodializzato.

mute, particolari tipi di frutta (banane, albicocche, fichi, kiwi, melone, ...) di verdura (fagioli, piselli, funghi, spinaci, ...), minestrone, budini, cioccolato, sali dietetici. Quando si prepara la verdura cotta è utile spezzettarla e cuocerla in due acque per favorire la perdita del potassio nell'acqua di cottura (ovviamente poi quest'acqua va buttata). Nel periodo lungo, o negli occasionali eccessi di introduzione di potassio è indicato l'uso di una RESINA (KAYEXALATE) che pur essendo sgradevole al palato consente all'organismo di eliminare in parte il potassio.

BEVANDE: CONTENUTO DI POTASSIO (mg ogni 100 ml di bevanda)

Succo di albicocca	70
Aranciata	18
Succo d'uva	127
Birra	32
Succo d'arancia	177
Caffè senza zucchero	17
Succo di mandarino	178
Coca Cola	1
Succo di carota	214
Gazzosa	1
Succo di pomodoro	246
Succo di lampone	153
Succo di pompelmo	139
Spumante	57
Succo di ananas	138
Thè senza zucchero	17
Succo di ribes nero	98
Vermouth secco	40
Succo di mela	116
Vino bianco da tavola	72
Succo di limone	134
Vino rosso da tavola	98

Haben Sie Fragen an uns, wollen Sie uns Vorschläge unterbreiten, über Probleme im Krankenhaus, in der Dialyse, mit den Behörden berichten, schreiben Sie uns an: Südtiroler Nierenkrankenverein, Duca-D'Aosta-Allee 82, 39100 Bozen oder an info@nierene.org

A questa rubrica potrete inviare domande e suggerimenti, segnalare problemi, fare proposte, indirizzando le vostre lettere alla nostra sede in viale Duca D'Aosta 82, 39100 Bolzano. Chi ha più dimestichezza con il computer, può scriverci all'indirizzo e.mail@nierene.org

DURCHSCHNITTliche Wartezeiten der Patienten auf der Transplantationsliste in Italien / I TEMPI MEDI DI ATTESA DEI PAZIENTI IN LISTA PER TRAPIANTO IN ITALIA

Rene/Niere	3,12 anni/Jahre
Fegato/Leber	2,05 anni/Jahre
Cuore/Herz	2,47 anni/Jahre
Polmone/Lunge	1,95 anni/Jahre
Pancreas/Bauchspeicheldrüse	2,87 anni/Jahre

(Fonte AIDO Nazionale/Quelle Nationaler Verein der Organ-, Zellen- und Gewebespendler)

IMPRESSUM

NIERENE

Zeitschrift des Südtiroler Nierenkrankenvereins
Mitglied des Dachverbandes für Soziales und Gesundheit
Mitglied der ARGE Niere Österreich
Herausgeber und Eigentümer

Südtiroler Nierenkrankenverein,
Duca-D'Aosta-Allee 82, 39100 Bozen, Tel. 331 761 26 23
E-Mail: info@nierene.org

www.nierene.org

Verantwortlicher Direktor

Renate Gamper

Redaktion und Mitarbeiter

Annalisa Marin, Gertrud Zöschg

Grafik und Layout

Gudi Schwienbacher www.gudischwienbacher.com

Druck: UnionDruck, Meran

Eintragung beim Landesgericht Bozen

Nr. 6/2011 Registro Stampa

Mit freundlicher Unterstützung des Amtes für Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol.

Spendenkonto: Südtiroler Sparkasse, Zweigstelle Romstr., Bozen

IBAN: IT 10 F 06045 11603 00000 1785400

Spende deine 5 Promille: Steuernr.: 80021120219

NIERENE

Periodico dell'Associazione Altoatesina Nefropatici
Iscritta alla Federazione per il Sociale e la Sanità della Provincia di Bolzano, e all'Arge Niere Österreich

Proprietario:

Associazione Altoatesina Nefropatici,

Viale Duca d'Aosta 82, 39100 Bolzano, Tel. 331 761 26 23

E-Mail: info@nierene.org

www.nierene.org

Direttore Responsabile:

Renate Gamper

Redazione e collaboratori:

Annalisa Marin, Gertrud Zöschg

Grafica e Layout:

Gudi Schwienbacher, www.gudischwienbacher.com

Stampa: UnionDruck, Merano

Registrazione al Tribunale di Bolzano

N. 6/2011 Registro Stampa

Con il sostegno dell'Ufficio Ospedali della Provincia Autonoma di Bolzano.

Per eventuali donazioni: Cassa di Risparmio, Ag. via Roma, Bolzano

IBAN: IT 10 F 06045 11603 00000 1785400

Dona il tuo cinque per mille: Cod. fisc.:80021120219