

QUALE TARGET PRESSORIO PER I PAZIENTI UREMICI IN EMODIALISI PERIODICA?



Dr. Tiziano Lusenti

Struttura Semplice di Nefrologia Preventiva
S.C. di Nefrologia e Dialisi
Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova
Reggio Emilia
✉ e-mail: lusenti.tiziano@asmn.re.it

In un recente studio di Davenport et al. (1), condotto su 7980 sedute emodialitiche effettuate nell'arco di una settimana da 2630 pazienti dell'area della Grande Londra, poco più del 25% dei pazienti raggiunge i valori *target* di pressione arteriosa (PA) pre e post-dialitica indicati dall'*United Kingdom Renal Association Standards Committee*. I pazienti che più spesso raggiungono i valori *target* di PA post-dialitica (<130/80 mmHg) presentano più frequentemente ipotensione intradialitica.

Se non è ancora completamente definito il *target* pressorio nell'IRC in terapia conservativa, tanto più questo tema è discusso nei pazienti in dialisi. In uno studio su 2535 emodializzati negli USA, Agarwal et al. (2) segnalavano che l'86% dei pazienti era iperteso (PA sistolica (PAS) pre-dialisi >150 o PA diastolica (PAD) >85 mmHg o terapia anti-ipertensiva); solo il 30% aveva una PA controllata, e tra gli ipertesi con PA non controllata l'88% presentava ipertensione sistolica. In seguito le Linee Guida K/DOQI sulla malattia cardiovascolare (CV) nei dializzati hanno proposto il *target* di PA pre-dialisi <140/90 mmHg e post-dialisi <130/80 mmHg, sebbene a livello di opinione (3). Ad esse risultano allineate le Linee Guida Italiane sull'ipertensione in dialisi che ritengono proponibile la soglia di PA di 140/90 mmHg per minimizzare il rischio CV (evidenza B), mentre un *target* di 150-160 mmHg può risultare indicato in pazienti coronaropatici e di età >60 anni (evidenza C) (4). In aggiunta, uno studio di Tozawa et al. (5) condotto su 1243 pazienti seguiti per 9 anni, ha dimostrato che la pulse pressure (PP) è fattore predittivo indipendente di mortalità totale; ciò è stato recepito dalle Linee Guida K/DOQI che, successivamente, oltre a consigliare che tutti i pazienti abbiano una PP mensile misurata in pre-dialisi, hanno raccomandato l'uso della terapia anti-ipertensiva in quelli con PP >60 mmHg e PAS >135 mmHg dopo che sia stato raggiunto il peso secco ideale.

Kalanthar et al. (6) hanno poi introdotto la *reverse epidemiology* dell'ipertensione, segnalando maggiore rischio di morte CV nei pazienti dializzati con PAS <110 mmHg e PAD <50 mmHg ed una minore mortalità nei pazienti con PAS pre-dialitica tra 160 e 189 mmHg. Questi dati sono stati poi confermati da Li et al. (7) che, stratificando per differenti *range* pressori poco meno di 70000 emodializzati prevalenti, hanno riportato un rischio di morte più elevato in quelli con PAS pre-dialitica <120 mmHg (HR 2.63). In effetti questi studi, oltre a renderci ancor più incerti sul *target* pressorio da raggiungere, stressano il concetto che la mortalità CV a breve termine (il tempo di osservazione dei 2 trial sopra citati era rispettivamente di 15 e 12 mesi e di 3 anni solo per i pazienti incidenti) interessa maggiormente i pazienti affetti da cardiopatia, caratterizzata da *left ventricular systolic dysfunction*, associata a ridotte PP e *mean arterial pressure* (MAP), come segnalato recentemente da Stidley et al. in un *trial* condotto su oltre 16000 pazienti incidenti (8).

In conclusione, per cercare di definire valori ottimali di PA nei pazienti in emodialisi periodica potrebbero risultare proficui studi prospettici a più lungo termine, su un'ampia popolazione, stratificata per età e comorbidità, che confrontino la mortalità CV di pazienti con PA controllata in base al *cut-off* pressorio indicato a tutt'oggi nelle Linee Guida, con quella di altri gruppi di pazienti con *range* pressori differenti, considerati sino ad oggi non ottimali.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI: L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Davenport A, Cox C, Thuraisingham R. Achieving blood pressure targets during dialysis improves control but increases intradialytic hypotension. *Kidney Int* 2008; 73: 759-64. Epub 2007 Dec 26.
2. Agarwal R, Nissenson AR, Batlle D, Coyne DW, Trout JR, Warnock DG. Prevalence, treatment, and control of hypertension in chronic hemodialysis patients in United States. *Am J Med* 2003; 115: 291-7.
3. K/DOQI Workgroup. K/DOQI clinical practice guidelines for cardiovascular disease in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2005; 45 (Suppl. 3): S1-153.
4. Zoccali C, Panuccio V. Linee Guida sull'ipertensione nei pazienti in dialisi. *G Ital Nefrol* 2006; 1: 49-57.
5. Tozawa M, Iseki K, Iseki C, Takishita S. Pulse pressure and risk of total mortality and cardiovascular in patients on chronic hemodialysis. *Kidney Int* 2002; 61: 717-26.
6. Kalanchar-Zadeh K, Kilpatrick RD, McAllister CJ, Greenland S, Kopple JD. Reverse epidemiology of hypertension and cardiovascular death in the hemodialysis population: 58th annual fall conference and scientific sessions. *Hypertension* 2005; 45: 811-7. Epub 2005 Feb 7.
7. Li Z, Lacson E Jr, Lowrie EG, et al. The epidemiology of systolic blood pressure and death risk in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2006; 48: 606-15.
8. Stidley CA, Hunt WC, Tentori F, et al. Medical Directors of Dialysis Clinic Inc. Changing relationship of blood pressure with mortality over time among hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 513-20. Epub 2006 Jan 5.