

ASPETTI CLINICI

F. Quarello

S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino

DISCUSSIONE 4

QUARELLO: La sopravvivenza globale in dialisi peritoneale e in HD è uguale?

La maggioranza dei Centri risponde di sì.

CASALE MONFERRATO: Non c'è un solo tipo di emodialisi, dipende come si fa: l'importante comunque è farla bene. Per esempio in emodiafiltrazione (HDF) è riportata una mortalità del 35%, inferiore rispetto all'emodialisi standard (HD). Non so se la dialisi peritoneale manuale (CAPD) e quella automatizzata (APD) differiscano, ma i trattamenti extracorporei differiscono: per esempio per la biocompatibilità, che influisce sull'infiammazione. Quindi bisogna capire a quale tipo di emodialisi fanno riferimento le curve di sopravvivenza.

PINEROLO: Anche per la dialisi peritoneale negli studi ci si riferisce certamente a modalità standard, senza bicarbonato, senza icodestrina.

QUARELLO: Probabilmente uno dei motivi per cui in dialisi peritoneale la sopravvivenza è migliore è la diuresi residua più conservata. Anche in emodialisi i pazienti con diuresi residua hanno una sopravvivenza migliore.

Cosa pensiamo di fare nei nostri pazienti diabetici: li mettiamo in dialisi peritoneale ad ogni età? Solo gli anziani? Solo i giovani?

CIRIÈ: Nel paziente giovane diabetico il rischio è più alto ma non molto. Il rischio diventa maggiore quando il paziente ha più di 70 anni. La differenza di sopravvivenza tra emodialisi e dialisi peritoneale però quanto è? Perché se la differenza fosse solo 5-6 mesi, allora potrei comunque scegliere la dialisi peritoneale, che ha una sopravvivenza inferiore ma garantisce una qualità di vita migliore. Se la differenza fosse 10 anni, va bene, ma visto che nelle curve di sopravvivenza su grandi popolazioni anche una differenza di qualche settimana diventa significativa, allora è diverso.

TORINO GIOVANNI BOSCO: Il paziente diabetico non ha una gestione più difficile del paziente non diabetico, anche grazie alla valida collaborazione che abbiamo con la diabetologia, che ci aiuta nel raggiungimento di un buon compenso glicemico. L'unica preclusione, secondo me, è per il paziente diabetico, obeso, con un BMI molto alto, superiore a 35.

CASALE MONFERRATO: La differente mortalità nel paziente diabetico è legata al controllo glicemico: livelli elevati di emoglobina glicata rappresentano un fattore di rischio molto importante.

TORINO GIOVANNI BOSCO: E poi è importante sottolineare che negli Stati Uniti non usano l'icodestrina, mentre da noi l'uso di sacche alternative, con icodestrina e aminoacidi, rappresenta una valida alternativa.

SEGOLONI: Stiamo parlando di diabetici tipo 2.

BORGOMANERO: Mantenere un buon controllo glicemico in dialisi peritoneale è certamente più difficile che in emodialisi. Inoltre il rischio di eventi cardiovascolari è molto amplificato dall'insufficienza renale. Quindi è ovvio che il rischio nel paziente diabetico in dialisi peritoneale è maggiore, perché non riusciamo a controllare bene glicemia e dislipidemia. La gestione è certamente più facile nel caso di un paziente diabetico non obeso e senza dislipidemia.

PINEROLO: Sono d'accordo. Nella nostra esperienza nel paziente diabetico va posta molta più attenzione al momento in cui bisogna passare alla emodialisi, prima che la diuresi residua sia esaurita.

QUARELLO: Ritenete che la dialisi peritoneale sia vantaggiosa o svantaggiosa in caso di pazienti con scompenso cardiaco o grave cardiopatia (all'inizio della dialisi)?

TORINO MAURIZIANO: In generale in un paziente così, con frazione di eiezione inferiore al 20-25% evito di fare una fistola prossimale, preferisco la dialisi peritoneale o l'emodialisi con un CVC di Tesio. Comunque, se lo scompenso cardiaco è in stadio IV New York Heart Association (NYHA), noi preferiamo l'emodialisi, per la rapidità di ultrafiltrazione in caso di urgenza.

CHIVASSO: Alcune piccole casistiche, inclusa la nostra esperienza alle Molinette, hanno riportato che la dialisi peritoneale in pazienti in stadio IV NYHA è accompagnata da un notevole recupero, perché l'insufficienza renale in quel caso ha un'importante componente pre-renale, con oliguria, e con la dialisi peritoneale i pazienti vanno molto bene.

VIGLINO: Nella nostra esperienza anche i pazienti in III-IV stadio NYHA beneficiano molto della dialisi peritoneale, dal punto di vista della dispnea, anche se la mortalità non cambia.

BORGOMANERO: Noi abbiamo un'esperienza di 45 pazienti (provenienti dal Centro di riabilitazione post-cardiochirurgica di Veruno), in IV classe NYHA, trattati in 9 anni. Noi scegliamo i pazienti da trattare, in base alla frazione di eiezione (sotto il 15% non li trattiamo perché muoiono comunque a breve), al fatto che siano "valvolari" o no (i "valvolari" non li trattiamo perché muoiono), in base alle resistenze polmonari (se sono troppo alte non bisogna trattarli perché muoiono rapidamente). Abbiamo visto che il 50% ha superato la fase di scompenso dopo una prima fase di trattamento con metodiche dialitiche extracorporee continue poi seguita da una ripresa della risposta al diuretico. Quelli che sono rimasti in dialisi sono rimasti in dialisi peritoneale. Metà dei pazienti aveva già un'insufficienza renale preesistente.

VIGLINO: È molto importante che il paziente sia compliant, educato sul peso corporeo per evitare il rischio di sovraccarico polmonare.

QUARELLO: Quindi noi pensiamo che la dialisi peritoneale possa rappresentare una valida alternativa alla emodialisi nei pazienti cardiopatici. Le casistiche Americane sono differenti dalle nostre, quindi non generalizzabili alla realtà del nostro Paese.

VIGLINO: I dati Italiani, del registro nazionale e regionale, sono buoni.

QUARELLO: In un paziente cardiopatico in dialisi peritoneale confezionate comunque la fistola, oppure in caso di passaggio urgente ad emodialisi ricorrete ad un CVC?

CIRIÈ: Io non faccio mai la fistola. Se è giovane perché credo verrà trapiantato, se è anziano perché non è detto che poi serva. Se deve passare in emodialisi in urgenza metto un CVC che, per brevi periodi, non crea problemi particolari.

QUARELLO: Sono d'accordo. Tutti sono sostanzialmente d'accordo su questa prassi.

Siete tutti favorevoli alla cura integrata, con inizio in dialisi peritoneale e passaggio in emodialisi non appena necessario?

PINEROLO: Sono d'accordo, bisogna mettere tanti pazienti in dialisi peritoneale, stando attenti a passare all'emodialisi in modo tempestivo.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Francesco Quarello
S.C. Nefrologia e Dialisi
Ospedale San Giovanni Bosco
P.zza Donatore di Sangue, 3 - 10154 Torino
e-mail: chief@tin.it