

LUCI E OMBRE DEL TRATTAMENTO EMODIALITICO "QUOTIDIANO"

**Dr. Fabrizio Grosjean**

Division of Experimental Diabetes and Aging
Mount Sinai School of Medicine
New York
e-mail: fabrizio.grosjean@gmail.com

Nonostante i progressi delle tecniche dialitiche, i pazienti sottoposti alla dialisi extracorporea presentano un'elevata mortalità che è scarsamente influenzata dall'incremento delle dose dialitica per una singola seduta, come evidenziato dallo studio HEMO (1). È stato proposto che l'aumento della frequenza delle sedute dialitiche, in virtù di una migliore eliminazione dei soluti e del controllo dei fluidi (2, 3), potrebbe conferire un vantaggio in termini di sopravvivenza. Tale approccio è stato recentemente valutato in uno studio multicentrico randomizzato (4). Lo studio ha incluso 378 pazienti di cui

solamente 245 randomizzati; di questi, 125 sono stati sottoposti a un'emodialisi frequente (con una media di 5.2 sedute/settimana) e 120 a un trattamento convenzionale trisettimanale (2.9 sedute/settimana). Al termine dello studio, i pazienti sottoposti a un'emodialisi frequente presentavano una maggiore Kt/Vurea settimanale (3.54) rispetto ai pazienti in trattamento convenzionale (2.5). Mostravano, inoltre, un outcome composito favorevole, definito come rischio di morte o incremento della massa del ventricolo sinistro, valutata mediante MRI, e rischio di morte o peggioramento della condizione fisico-mentale valutata mediante uno specifico questionario somministrato ai pazienti telefonicamente. I pazienti sottoposti a un'emodialisi frequente presentavano, inoltre, un migliore controllo della pressione arteriosa e della fosfatemia. Sebbene apparentemente questi risultati dimostrino una certa superiorità del trattamento emodialitico frequente rispetto a quello convenzionale, alcuni aspetti dello studio meritano di essere sottolineati. La popolazione di dializzati arruolata nello studio non è rappresentativa di quella generalmente sottoposta alla dialisi negli Stati Uniti, visto che la mortalità è di molto inferiore rispetto a quella generale. I pazienti, quindi, sono in migliori condizioni cliniche e, forse, sono più giovani della popolazione dialitica generale. I pazienti sottoposti al trattamento emodialitico intensivo presentavano un numero maggiore di ricoveri legati a problemi di accesso vascolare. Addirittura, uno dei pazienti è deceduto per emorragia. Questo dato assume una notevole importanza considerando il ridotto *follow-up* (12 mesi). Infatti, data la primaria importanza della qualità dell'accesso vascolare in termini di efficienza del trattamento dialitico è lecito pensare che, estendendo il *follow-up*, tali pazienti possano, in realtà, mostrare un outcome peggiore. Inoltre, nel gruppo trattato in maniera convenzionale, il numero dei pazienti con neoplasie era significativamente maggiore, anche se non con segni di secondarismi al momento dell'inclusione. Non è chiaro se questo possa aver determinato il maggiore numero di decessi riscontrato in questo gruppo, ma almeno uno di questi era legato chiaramente alla neoplasia. Infine, gli Autori non chiariscono le motivazioni che hanno ridotto il numero dei pazienti dai 378 iniziali ai 245 randomizzati. Uno dei motivi potrebbe essere il rifiuto di molti pazienti posti di fronte all'eventualità di aumentare la frequenza delle sedute emodialitiche. Questo avrebbe, di fatto, selezionato pazienti maggiormente motivati e, quindi, in grado di offrire una risposta migliore dal punto di vista della *compliance* a dei questionari somministrati. Alla luce di queste considerazioni è d'obbligo, quindi, pesare con attenzione i risultati di questo studio. L'aumento della frequenza delle sedute dialitiche rappresenta un notevole carico non solo per la qualità di vita dei pazienti, ma anche per i centri di dialisi, specialmente nel caso in cui questi debbano anche fare fronte al trattamento di pazienti acuti.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Eknoyan G, Beck GJ, Cheung AK, et al. Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. *N Engl J Med* 2002; 347 (25): 2010-9.
2. Depner TA. Daily hemodialysis efficiency: an analysis of solute kinetics. *Adv Ren Replace Ther* 2001; 8 (4): 227-35.
3. Ayus JC, Mizani MR, Achinger SG, Thadhani R, Go AS, Lee S. Effects of short daily versus conventional hemodialysis on left ventricular hypertrophy and inflammatory markers: a prospective, controlled study. *J AM Soc Nephrol* 2005; 16 (9): 2778-88.
4. FHN Trial Group, Chertow GM, Levin NW, et al. In-center hemodialysis six times per week versus three times per week. *N Engl J Med* 2010; 363 (24): 2287-300.