

IPOENSIONE INTRADIALITICA? CONTROLLIAMO ANCHE LA FISTOLA!



Dr. Gianluca Marchi

S.C. di Nefrologia
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
Università di Pavia
Pavia
e-mail: gianluca.marchi@gmail.com

L'ipotensione intradialitica (IDH) è una complicanza comune della dialisi extracorporea. È definita come una riduzione della pressione arteriosa sistolica ≥ 20 mmHg o della pressione arteriosa media di almeno 10 mmHg associata a una sintomatologia aspecifica (crampi agli arti inferiori o addominali, nausea, vomito, vertigini, sbadigliamento, ecc.). L'incidenza di episodi ipotensivi nel corso di una seduta dialitica varia tra il 5 e il 40% a seconda delle statistiche. Non costituisce solo un problema soggettivo per il paziente, ma incide significativamente su morbilità e mortalità dei pazienti emodializzati (1). Infatti,

l'IDH determina una riduzione rilevante dell'efficienza dialitica (1) e aumenta il rischio cardiovascolare. Gli episodi di ipotensione intradialitica possono determinare ischemie miocardiche subcliniche frequenti che, a lungo andare, portano alla disfunzione ventricolare sinistra e all'insufficienza cardiaca. Recentemente, l'elenco dei problemi causati da IDH si è ulteriormente allungato per l'aggiunta della trombosi dell'accesso vascolare (2).

L'accesso ipofunzionante o trombizzato rende impossibile il trattamento e richiede ospedalizzazione e interventi chirurgici. Chang T et al., utilizzando un sottogruppo di 1426 pazienti arruolati per lo studio HEMO (3), hanno dimostrato che esiste una significativa associazione tra ipotensione intradialitica e trombosi dell'accesso vascolare sia esso una fistola artero-venosa o un *graft*. Lo studio di Chang dimostra che un episodio di ipotensione intradialitica si verificava nel 12.5% delle sedute emodialitiche. I soggetti con ipotensioni più frequenti erano più anziani e di sesso femminile e avevano una maggiore prevalenza di diabete mellito, cardiopatia ischemica cronica, scompenso cardiaco cronico e vasculopatia periferica. Inoltre, tendevano ad avere una pressione predialitica diastolica inferiore e una pressione sistolo-diastolica postdialitica inferiore. In effetti, i pazienti portatori di fistola artero-venosa più prone a episodi ipotensivi intradialitici presentavano un rischio di trombosi dell'accesso vascolare aumentato di 2.45 volte rispetto a quello dei soggetti con episodi di ipotensione meno frequenti. Anche i pazienti portatori di *graft* con più frequenti episodi ipotensivi mostravano un tasso di trombosi aumentato del 26%. Tuttavia, quando i dati erano aggiustati per diverse variabili (età, sesso, etnia, tabagismo, diabete mellito, cardiopatia ischemica, vasculopatia periferica, albumina sierica, pressione arteriosa sistolica predialitica, ematocrito, ecc.) non erano statisticamente significativi nei pazienti portatori di *graft*. Probabilmente, il *graft* è già sede frequente di apposizioni trombotiche e difficilmente fattori esterni possono avere un peso significativo nell'insorgenza di tale complicanza.

Benché vi fosse una debole correlazione tra volume di ultrafiltrazione e ipotensione intradialitica, non è stata dimostrata un'associazione significativa tra volume di ultrafiltrazione e rischio di trombosi dell'accesso vascolare.

Come è intuibile, il rischio di trombosi variava in modo inversamente proporzionale rispetto ai valori di pressione sistolica pre- e postdialitica. Tuttavia, non è al momento giustificabile, a nostro parere, modificare i *target* di pressione arteriosa nel paziente emodializzato, sulla base di tali reperti.

Come si vede, l'IDH rimane un problema estremamente importante e non ancora risolto. Alla lunga lista di complicanze acute e croniche causate da tale fenomeno va aggiunto il rischio di trombosi della fistola artero-venosa. L'analisi di Chang è stata eseguita su dati ricavati dallo studio HEMO che aveva scopi differenti; sarebbe necessario confermarne i risultati disegnando un lavoro *ad hoc*.

Malgrado ciò, alla luce dei dati elaborati da Chang, uno stretto monitoraggio della percentuale di ricircolo e della *performance* della fistola in pazienti prone all'IDH è, senza dubbio alcuno, raccomandabile.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Sulowicz W, Radziszewski A. Dialysis induced hypotension – a serious clinical problem in renal replacement therapy. *Med Pregl* 2007; 60: S14-20.
2. Chang TI, Paik J, Greene T, et al. Intradialytic hypotension and vascular access thrombosis. *J Am Soc Nephrol* 2011; 22: 1526-33.
3. Eknoyan G, Beck GJ, Cheung AK, et al. Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. *N Engl J Med* 2002; 347: 2010-9.