

LA DP INCREMENTALE - CONCLUSIONI

Giusto Viglino

S.O.C. Nefrologia, Dialisi e Nutrizione Clinica, Ospedale San Lazzaro, Alba (CN)

Riassunto

L'adeguatezza definita come somma della depurazione renale e di quella peritoneale avendo come target minimo un Kt/V totale di 1,70 implica la dialisi incrementale (Incr-DP), che quindi non va confusa in alcun modo con la dialisi precoce.

I dati dei Censimenti del GSDP mostrano come in Italia l'Incr-DP è ampiamente diffusa ed è aumentata negli anni fino a riguardare nel 2010 il 50% dei Centri che fanno DP (38,5% nel 2008 e 29,2% nel 2005). In questi Centri, rispetto a quelli che non utilizzano l'Incr-DP, è anche significativamente superiore l'utilizzo della DP (27,5% vs 21,4% - $p < 0,001$).

A fronte di questo largo impiego della Incr-DP, non esistono in letteratura evidenze che dimostrino risultati clinici significativamente diversi tra inizio incrementale o inizio a dose piena della DP. Tuttavia alcuni dati suggeriscono la possibilità di trarre vantaggio dall'Incr-DP relativamente alla scelta della DP e ad una miglior qualità di vita.

Questa metodica consente inoltre di superare agevolmente i target di adeguatezza dialitica ed ultrafiltrazione indicati dalle Linee Guida senza incorrere nel rischio di sottodialisi. Per adeguare la dose dialitica è necessario un adeguato e frequente monitoraggio della FRR in considerazione sia dei frequenti errori nella raccolta della diuresi sia della progressiva riduzione nel tempo della FRR. Inoltre l'adeguatezza dialitica va sempre misurata con la raccolta del dialisato.

Incremental peritoneal dialysis - Conclusions

Peritoneal dialysis (PD) adequacy, defined as the sum of renal clearance and peritoneal clearance with a minimum Kt/V target of 1.70, can be achieved with incremental dialysis (Incr-PD), which should therefore not be confused with early dialysis. The Peritoneal Dialysis Study Group census data show that the use of Incr-PD is widespread in Italy and has increased over the years. In 2010 Incr-PD was used in 50% of the centers performing peritoneal dialysis (PD), against 38.5% in 2008 and 29.2% in 2005. The use of PD is also significantly higher in these centers than in those not using Incr-PD (27.5% vs 21.4%; $p < 0.001$).

Despite the widespread use of Incr-PD, there is no evidence in the literature showing significantly different clinical results between starting PD incrementally or on full-dose. However, some data suggest a benefit of Incr-PD in that it favors the choice of PD and is associated with a better quality of life.

This method allows for the dialysis adequacy and ultrafiltration targets indicated by the current guidelines to be achieved easily without the risk of underdialysis. In view of the frequent errors in the collection of diuresis and of the progressive reduction over time of residual renal function (RRF), frequent RRF monitoring is necessary so that the dialysis dose can be adjusted. Furthermore, dialysis adequacy should always be measured by collection of the dialysate.

Conflict of interest: None

Indirizzo degli Autori:

Dr. Giusto Viglino
S.O.C. Nefrologia, Dialisi e Nutrizione Clinica
Ospedale San Lazzaro
Via P. Belli 26
12051 Alba (CN)
e-mail: gviglino@aslcn2.it

Parole chiave:

Dialisi a dose piena,
Dialisi peritoneale incrementale,
Scelta del trattamento dialitico,
Qualità della vita

Key words:

Full dose dialysis,
Incremental peritoneal dialysis,
Choice of dialysis modality,
Quality of life

Le linee guida definiscono come target di adeguata depurazione il raggiungimento di un Kt/V settimanale minimo di 1.70 Unità intese come somma della rimozione renale e dialitica di urea (1). Tale definizione giustifica l'utilizzo della DP incrementale (Incr-DP) come adeguamento della dose dialitica al ridursi della FRR nel tempo. Pertanto la Incr-DP non va in alcun modo confusa con la dialisi precoce per la quale non è stato dimostrato in letteratura alcun vantaggio. L'Incr-DP definita come CAPD 1-2 scambi al dì (Incr-CAPD) e APD 3-4 sedute alla settimana (Incr-APD) è una modalità sempre più utilizzata nei pazienti (pz) che iniziano la DP in Italia. Infatti il Censimento 2010 del GdSDP evidenzia che il 50% dei centri che fanno DP (103/206) utilizza la Incr-DP nel 43% dei pz incidenti. Inoltre l'utilizzo di questa modalità dialitica è aumentato rispetto ai Censimenti 2005 e 2008 (2) in cui l'Incr-DP interessava rispettivamente il 29.2% ed il 38.5% dei Centri. Come appare nella Figura 1 l'aumento della Incr-DP è stato determinato unicamente dall'aumento dell'Incr-CAPD rispetto all'Incr-APD rimasta costante negli anni. Infine il Censimento 2010 evidenzia che l'utilizzo della DP nei Centri che praticano l'Incr-DP è significativamente superiore rispetto a quelli che non la utilizzano (27.5% vs 21.4% - $p < 0,001$). A fronte di questo largo impiego della Incr-DP, verosimilmente non solo italiano (3), non esistono in letteratura evidenze che dimostrino risultati clinici significativamente diversi tra inizio incrementale o inizio a dose piena della DP. Pertanto a nostro avviso non è possi-

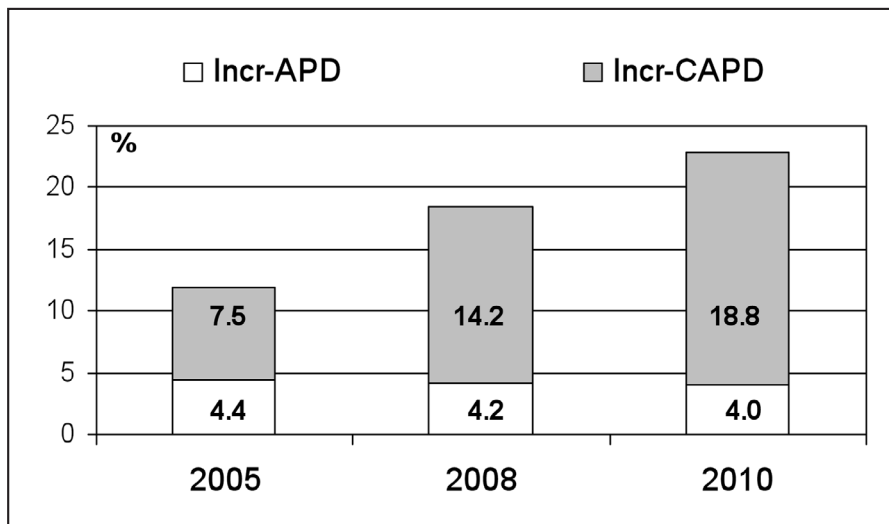


Fig. 1 - Percentuale di utilizzo della Incr-APD e della Incr-CAPD sul totale dei pazienti incidenti (1.443 pz nel 2005, 1.369 nel 2008 e 1.429 nel 2010) - Censimento GdSDP 2005, 2008 e 2010.

bile esprimere un giudizio definitivo sulla modalità con cui deve essere iniziata la DP anche se alcuni dati di letteratura suggeriscono la possibilità di trarre vantaggio dall'utilizzo della Incr-DP relativamente alla scelta della DP e ad una miglior qualità di vita. D'altra parte i vantaggi sul metabolismo, la permeabilità peritoneale e le peritoniti, anche se non sono stati dimostrati direttamente per l'Incr-DP, possono essere indirettamente desunti dai dati della letteratura che evidenziano una correlazione tra tali parametri ed il numero di scambi effettuati. Come sottolineato da entrambi gli Autori nessuna differenza tra Incr-DP e DP a dose piena è stata dimostrata per la conservazione della FRR. Per quanto riguarda il raggiungimento del target di Kt/V con l'Incr-DP, lo schema proposto dal Dott. Neri nella Tabella I, consente di rimanere sempre ampiamente al

di sopra del valore minimo di 1,70 Unità a settimana, evitando il rischio di sottodialisi. Inoltre mantenere l'addome sempre pieno evita il rischio connesso all'intermittenza del trattamento e migliora l'efficienza depurativa delle medie molecole. Infine l'utilizzo delle icodestrine consente un'adeguata UF evitando il ricorso alle soluzioni ipertoniche. Rimane valido il suggerimento riportato da entrambi gli Autori di un adeguato e frequente monitoraggio della FRR in considerazione sia dei frequenti errori nella raccolta della diuresi sia della progressiva riduzione nel tempo della FRR. Inoltre l'adeguatezza dialitica va sempre misurata con la raccolta del dialisato.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. NKF-DOQI clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy. National Kidney Foundation.

Am J Kidney Dis 1997; 30 (Suppl. 2): S67-136.

2. Marinangeli G, Cabiddu G, Neri L, Viglino G, Russo R, Teatini U. Old and new perspectives on peritoneal dialysis in Italy emerging from the Peritoneal

Dialysis Study Group Census. Perit Dial Int 2012. April 2. [Epub ahead of print]

3. Tzamaloukas AH. Incremental initiation of peritoneal dialysis: current practice. Adv Perit Dial 1999; 15: 175-8.