

## RASSEGNA DELLA LETTERATURA RECENTE

a cura di G. Monaci, S. Brardi

### Trapianto di pancreas per diabete mellito

Pirsch JD, Andrews C, Hricik DE

Commissione Rene-Pancreas della Società Americana delle unità di trapianto

*American Journal of Kidney Diseases*, 1996; Vol 27 - 3 (March), 444-450

Il trapianto di pancreas è divenuto una scelta vitale per il paziente con diabete mellito insulino dipendente affetto da insufficienza renale cronica.

Il più comune tipo di trapianto di pancreas è un trapianto simultaneo di pancreas e di rene eseguito da un singolo donatore cadavere (SPK).

L'altro tipo più comune è il trapianto di pancreas effettuato dopo che sia già stato eseguito con successo un trapianto renale (PAK).

Pochi centri invece, eseguono trapianti del solo pancreas (PTA) in pazienti diabetici senza malattia renale ma gravati da significative complicazioni del loro diabete.

Il trapianto di pancreas è associato con una più alta morbilità rispetto al trapianto renale.

La maggior parte dei centri di trapianto di pancreas riferisce un aumento significativo del rigetto acuto che può condurre ad una incrementata ospedalizzazione ed al rischio di infezioni opportunistiche.

Inoltre la prima generazione dei trapianti di pancreas era associata ad importanti complicazioni chirurgiche.

Attualmente però, con l'introduzione del drenaggio vescicale delle secrezioni pancreatiche esocrine, l'incidenza di complicazioni chirurgiche si è ridotta significativamente.

Tuttavia, nonostante le complicazioni mediche e chirurgiche, i risultati complessivi del trapianto di pancreas sono eccellenti con una sopravvivenza dell'innesto nel 75% dei casi per il trapianto di pancreas e rene da un unico donatore cadavere, e nel 48% dei casi per i trapianti di pancreas da solo o dopo trapianto separato di rene.

Gli effetti di un trapianto di pancreas sulle complicazioni secondarie del diabete sono stati studiati estensivamente.

La maggior parte degli studi ha mostrato un modesto

miglioramento nelle complicazioni secondarie con l'eccezione della retinopatia diabetica.

Il più grande vantaggio del trapianto di pancreas sembra risiedere comunque in una migliorata qualità di vita per i pazienti.

Per queste ragioni la Commissione rene-pancreas della società americana delle unità di trapianto ritiene che i risultati attuali del trapianto di rene-pancreas ne facciano una valida possibilità terapeutica per i diabetici insulino dipendenti con insufficienza renale cronica.

### Uno studio prospettico randomizzato di controllo sulla profilassi con nistatina orale delle peritoniti da candida in CAPD

Lo W, Chan C, Cheng S

Divisione di Nefrologia presso il Dipartimento di Medicina dell'ospedale Tung Wah, ospedale Queen Mary e centro dialisi Aberdeen, Università di Hong Kong, Hong Kong.

*American Journal of Kidney Diseases*, vol 28, n. 4 (October), 1996: 549-52

In questo studio prospettico randomizzato sulla prevenzione della peritonite da Candida nei pazienti in CAPD, mediante la somministrazione orale di Nistatina in associazione alla terapia antibiotica, i pazienti sono stati casualmente suddivisi in due gruppi.

Al primo gruppo di pazienti, ma non al secondo, tutte le volte che sono stati somministrati dagli antibiotici sono state date in associazione, 4 volte alla settimana, tavolette di Nistatina da 500.000 unità.

Nel primo gruppo sono stati raggruppati 199 pazienti, che poi sono stati seguiti in media per 18 mesi, nel secondo gruppo sono stati riuniti invece 198 pazienti, successivamente monitorizzati per 16 mesi e mezzo.

Le peritoniti e l'incidenza della somministrazione di antibiotici sono stati quindi comparate nei due gruppi con il risultato che ci sono stati 4 episodi di peritonite da Candida in 4 pazienti del primo gruppo e 12 episodi in 11 pazienti del secondo gruppo.

La probabilità di sopravvivenza senza peritonite da

Candida a 2 anni è risultata più alta nel primo gruppo rispetto al secondo (0,974 versus 0,915;  $p < 0,05$ ).

Gli autori ritengono quindi che la profilassi con Nistatina per via orale ogni volta che si effettua un trattamento antibiotico riduca l'incidenza di peritoniti da candida nei pazienti in CAPD indipendentemente dalla sua apparente correlazione temporale con la prescrizione antibiotica.

### **Una nuova metodica in intensificazione della dialisi peritoneale: la tecnica PD plus**

Diax-Buxo JA

*Metrolina Kidney Center, Charlotte, North Carolina, USA*

*American Journal of Kidney Disease, vol 27, n. 1 (January), 1996; 92-983*

Per rispondere alla necessità di una modalità di dialisi peritoneale capace di fornire clearances più alte dei piccoli soluti ad un costo competitivo con la CAPD è stata messa a punto dalla Fresenius USA una nuova modalità di terapia denominata PD Plus.

Questa nuova tecnica è basata sul principio di un tempo di permanenza ottimale e di grandi volumi di scambio, mentre il paziente è supino, attraverso la combinazione di cicli automatici notturni con uno scambio manuale diurno.

È noto infatti che, usando lo stesso volume di scambio, la costante di trasporto peritoneale è significativamente più alta in posizione supina che nella posizione eretta ambulatoriale ed inoltre che un più alto volume di scambio è meglio tollerato in posizione supina per il fatto che produce minori pressioni intra-addominali.

È risaputo infine che, dato il medesimo volume complessivo di soluzione dialitica, è più efficiente nell'aumentare la clearance dei piccoli soluti un incremento del volume del singolo scambio che non l'impiego di scambi più frequenti ciascuno di volume più piccolo.

Il sistema PD plus è infatti un ibrido tra CAPD e CCPD dato che prevede l'utilizzo di un cyclor, con cui effettuare tre scambi di grande volume (di 3 lt l'uno) alla sera, in aggiunta a due scambi durante il giorno (ciascuno di 2 lt).

In sette pazienti passando dalla CAPD alla tecnica PD Plus si è così potuto riscontrare che il Kt/Vurea peritoneale è passato da  $0,22 \pm 0,04$  a  $0,29 \pm 0,07$  ( $p < 0,002$ ); la clearance della creatinina da  $37,69 \pm 2,45$  a  $51,14 \pm 8,34$  lt/settimanali/1,73 m<sup>2</sup> ( $p < 0,005$ ), ed il

tasso di catabolismo proteico normalizzato (PCR) da  $0,74 \pm 0,14$  a  $0,80 \pm 0,15$  g/kg/die con un incremento medio nel volume della soluzione di dialisi di soli 2,76 litri.

In aggiunta a questi risultati un'analisi comparativa costo-efficacia della CAPD e della tecnica PD Plus ha mostrato che il significativo incremento dialitico ottenuto (il 57% in più in termini di Kt/Vurea) ha comportato un minimo incremento dei costi pari al 6%.