

IL PUNTO DI VISTA DI TN&D

a cura di M. Lombardi

A partire dal primo numero del 1997 del Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche abbiamo deciso di introdurre una nuova Rubrica dal titolo "IL PUNTO DI VISTA DI TN&D" che sarà curata dal Dr. Marco Lombardi della U.O. di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale SM Annunziata di Firenze.

I brevi articoli che la caratterizzeranno hanno la finalità di occuparsi dei problemi più scottanti che stanno interessando la Sanità nazionale in generale e la Nefrologia in particolare, tentando di evidenziare contraddizioni e proponendo soluzioni aperte alla discussione dei lettori.

L'auspicio è proprio quello di aprire un dibattito tra coloro che giornalmente vivono la difficoltà nel mantenere standard elevati di assistenza sanitaria di tipo specialistico in rapporto alla crisi economica del paese, che operano con normative talora contraddittorie, che affrontano problemi analoghi spesso con soluzioni diverse.

Ci auguriamo che la "provocazione" dell'editoriale susciti commenti da parte dei lettori.

La Redazione

L'eventuale corrispondenza dovrà essere recapitata all'indirizzo della Redazione.

Il segreto di Tassin

Le malattie cardiovascolari (infarto miocardico, morte coronarica improvvisa, insufficienza cardiaca e stroke) sono divenute la principale causa di morbilità e mortalità nei pazienti in trattamento sostitutivo cronico (1,2). Attualmente infatti, tale patologia provoca la morte di circa il 50% dei pazienti che in era "pre-nefrologica" sarebbero morti per il decorso naturale dell'uremia (1). I pazienti in dialisi cronica se confrontati con una popolazione identica per età e sesso -ma senza insufficienza renale cronica- mostrano un rischio di ischemia cardiaca e d'infarto miocardico acuto circa diciotto volte superiore (3).

Poiché l'ipertensione arteriosa, per le alterazioni che provoca sia a livello cardiaco che vascolare, è il più importante fattore di rischio per le malattie cardiovascolari nei pazienti dializzati (Tab.I) (4-6), e poiché è dimostrato che valori elevati di pressione arteriosa sono strettamente ed indipendentemente correlati ad una maggiore mortalità cardiovascolare e ad una minor sopravvivenza (7-9), il suo adeguato trattamento è un'indispensabile tappa nella prevenzione della morbilità e mortalità cardiovascolare di questi pazienti (2,7).

In Europa, a Tassin (Francia), esiste un centro dialisi in cui il controllo della pressione arteriosa nei pazienti cronici è ottenuto in una percentuale veramente elevata (95-98%) e senza la prescrizione di farmaci anti-

ipertensivi (7,8,10). In quel centro i pazienti sono compliant sia a sedute dialitiche di lunga durata (8 ore) che alla limitazione di sodio e acqua con la dieta! Così, raggiungere e mantenere il giusto 'peso secco' è cosa facile, e poiché come afferma l'Autore (8), circa il 90% dei casi di ipertensione arteriosa in dialisi sono da ascrivere ad uno stato di sovra-idratazione, aver pazienti normotesi senza terapia farmacologica è la regola.

Cosa si intende a Tassin per 'peso secco'? Peso secco è quel peso corporeo raggiunto a fine dialisi, che permetterà al paziente di restare normoteso senza alcuna terapia anti-ipertensiva nonostante i liquidi accumulati nel periodo interdialitico. Ogni fine sessione il peso secco viene rivalutato e senza aspettare la comparsa di segni clinici tipici della sovra-idratazione viene variato di volta in volta (8).

La sopravvivenza a Tassin, a fronte di una popolazione dialitica meno anziana rispetto alla media, è maggiore di quella riportata in altri registri: 43% a 20 anni! (6). In sintesi, un'adeguata durata dialitica permetterebbe di spezzare quel ciclo 'vizioso' a cui tutti siamo abituati, e viceversa ne introdurrebbe uno 'virtuoso' (Fig.1).

Possibile che sia tutto qui? Probabilmente no, infatti in un recente studio (11) è stato raggiunto un significativo miglioramento del controllo della pressione arte-

TABELLA I - PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELLA POPOLAZIONE IN DIALISI

Iperensione arteriosa

Iperdislipidemia
 Intolleranza glicidica e diabete
 Iperfibrinogenemia ed aumentati livelli serici di lipoproteina-a
 Iperomocisteinemia
 Anemia, Iperparatiroidismo
 Fumo, Denutrizione

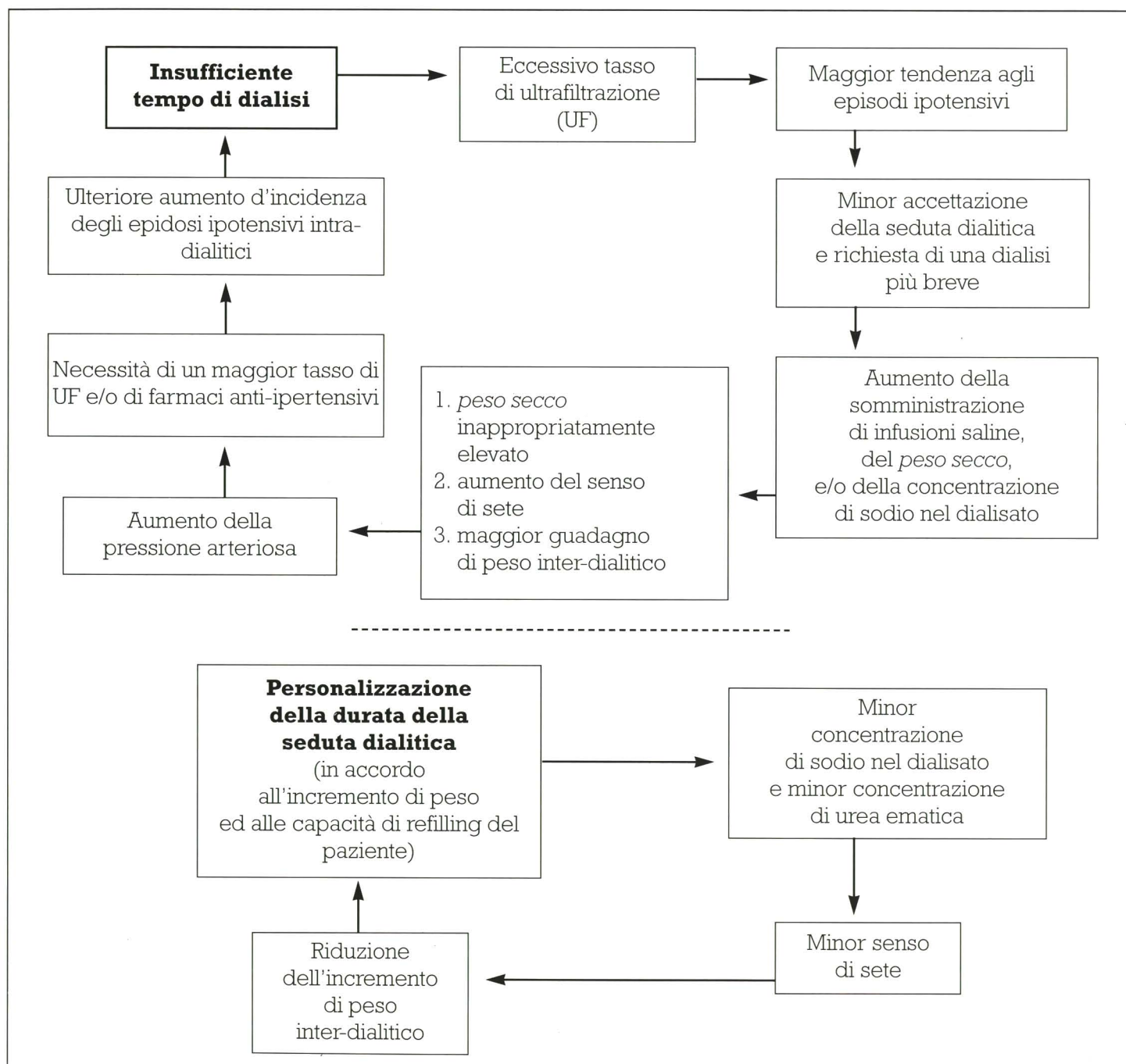


Fig. 1 - Cicli 'vizioso' e 'virtuoso' legati al tempo di dialisi.

riosa sia con la riduzione del peso secco -mantenendo un tempo di dialisi breve-, che con l'aumento della durata dialitica -mantenendo invariato il peso secco-. È possibile quindi, che il controllo della pressione arteriosa in pazienti sottoposti a 24 ore di dialisi la settimana possa anche derivare da altri fattori non ancora noti; ad esempio la rimozione di tossine uremiche implicate nell'iperattività del S.N. Autonomo Simpatico e/o Parasimpatico (2,12).

Quali sono i motivi perché il modello di Tassin non si è diffuso? Perché Tassin resta l'unico santuario della dialisi lunga?

Nell'attuale scenario, ancor più che nel decennio precedente non è pensabile avanzare delle proposte che producano notevoli aumenti della spesa sanitaria.

Sedute dialitiche di 8 ore comporterebbero maggiore consumo di materiali (ad esempio acqua preparata, concentrato per dialisi, eparina, ecc.), di energia elettrica (per le apparecchiature di dialisi, per l'illuminazione e la climatizzazione degli ambienti, ecc.), maggiore usura e manutenzione sia dei monitor che degli impianti idraulici e di depurazione dell'acqua.

Ma quel che più conta è che occorrerebbe o una ristrutturazione di molte realtà dialitiche per aumentare lo spazio all'interno delle strutture (una cosa impensabile), oppure l'istituzione di turni dialisi notturni (per i pazienti più giovani, più riabilitati, per quelli maggiormente inseriti in una vita sociale e lavorativa.. sicuramente la minoranza dei pazienti in dialisi).

Il problema maggiore, comunque, sarebbe quello dell'aumento del personale. Infatti per dializzare lo stesso numero pazienti occorrerebbe dal 30 al 50 % di personale infermieristico in più (pur pensando di ridurre il rapporto infermieri/pazienti). Ma occorrerebbero anche più medici e più ausiliari.

Notevoli sforzi infine, dovrebbero concentrarsi sulle abitudini ormai inveterate di pazienti e personale. Negli ultimi 15 anni la tendenza più comune è stata quella di cercar di ridurre il tempo di dialisi. Anzi la riduzione del tempo di dialisi, è stata vissuta -dai più- come un progresso tecnico-scientifico a cui oggi difficilmente si potrebbe rinunciare. È su questa base che spesso inizia il rapporto con i pazienti uremici giunti al trattamento emodialitico cronico: con la proposta iniziale di una dialisi inferiore alle 4 ore/seduta si cerca di alleviare l'impatto con una difficile realtà che in Italia per molti è *definitiva*. Ciò aumenta però la difficoltà di accettare in seguito la prescrizione di una dialisi più lunga (4 ore ad esempio).

Per concludere, lo schema dialitico più comune (3-4 ore per 3 volte la settimana) è anche quello migliore

per i pazienti in emodialisi ?

Ho girato il quesito al personale di una unità dialitica, domandando a 19 tra medici ed infermieri: *'a quante ore settimanali di emodialisi ti sottoporresti nella malagurata ipotesi che ne avessi necessità?'*

Ne è risultata una media di 16 ore/settimana con la maggior parte degli intervistati (14/19) che cercherebbero di fare dialisi di 4-5 ore l'una, al proprio domicilio, a giorni alterni, ovvero eliminando l'intervallo lungo.

Con i limiti insiti in una inchiesta così informale e minimale, resta il fatto che, forse, molti di noi pensano che 12 ore di dialisi la settimana siano sufficienti, ma che sarebbe meglio farne 15.

Quindici ore la settimana... è un ritmo proponibile senza rischiare di non entrare in Europa?



BIBLIOGRAFIA

1. Wheeler DC. Should hyperlipidaemia in dialysis patients be treated? *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12:19-21.
2. Luik AJ, Kooman JP, Leunissen KML. Hypertension in haemodialysis patients: is it only hypervolaemia? *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 1557-60.
3. Raine AEG. Report on management of renal failure in Europe XXII, 1991. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7[S2]: 7-35.
4. Ma KW, Greene EL, Raij L. Cardiovascular risk factors in chronic renal failure and hemodialysis populations. *Am J Kidney Dis* 1992; 19: 505-13.
5. Degoulet P, Legrain M, Reaich I, et al. Mortality risk factors in patients treated by chronic hemodialysis. *Nephron* 1982; 31: 103-10.
6. de Lima JJG, Abensur H, Bernardes-Silva H, et al. Role of arterial hypertension in left ventricular hypertrophy in hemodialysis patients: an echocardiographic study. *Cardiology* 1992; 80: 161-7.
7. Charra B, Calemard E, Ruffet M, et al. Survival as an index of adequacy of dialysis. *Kidney Int* 1992; 41: 1286-91.
8. Laurent G. How to keep the dialysis patients normotensive? What is the secret of Tassin? *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 1104.
9. Chazot C, Charra B, Laurent G, et al. Interdialysis blood pressure control by long hemodialysis sessions. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10: 831-7.
10. Charra B, Calemard E, Cuche M, Laurent G. Control of hypertension and prolonged survival on maintenance hemodialysis patients. *Nephron* 1983; 33: 96-9.
11. Luik AJ, van der Sande, Weideman P, et al. The influence of dry weight and dialysis treatment time on blood pressure control in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7: 1520.
12. Dual AE, Wang XL, Michel MM, et al. Arterial hypertension in chronic hemodialized patients. *Kidney Int* 1987; 32: 728-35.