

RASSEGNA DELLA LETTERATURA RECENTE

a cura di G. Monaci, S. Brardi

La clearance della creatinina nella dialisi peritoneale continua: la dose di dialisi richiesta per un livello minimo accettabile

*Tzamaloukas AH, Murata GH, Malhotra D
Peritoneal Dialysis International January 1996 Vol. 16,
no. 1*

In questo studio gli Autori si sono proposti di individuare la formula più vantaggiosa, con cui calcolare la clearance della creatinina al fine di valutare l'efficienza della Dialisi Peritoneale Continua (CPD).

In 194 pazienti, rappresentanti quasi l'intera popolazione in CPD di Albuquerque sono state determinate le concentrazioni di creatinina ed urea nelle urine, siero e nel dialisato.

Sono state poi calcolate la clearance settimanale della creatinina, corretta con la sua escrezione tubulare e senza tale correzione nonché la clearance frazionaria (KT/V).

Quindi partendo dal fatto che il livello minimo accettabile di clearance frazionaria dell'urea per settimana comunemente utilizzato per la valutazione della CPD è pari ad 1.70, si è trovato che a tale dato di KT/V dell'urea corrispondono i valori di 52.0 L/1.73 m² per la clearance della creatinina corretta e di 54.4 L/1.73 m² per la clearance della creatinina calcolata senza la correzione.

Sono stati poi individuati come indici predittivi estremamente accurati di una bassa clearance della creatinina, calcolata sia con la correzione che senza, un basso volume giornaliero di urine ed un basso rapporto tra volume del dialisato, reso giornalmente, ed acqua corporea.

Un trasporto di soluto peritoneale basso o mediamente basso si è rivelato invece come parametro pre-

dittivo altrettanto preciso soltanto per la clearance della creatinina calcolata senza correzione, essendo l'unico a non essere condiviso dalla clearance frazionaria dell'urea e dalla clearance della creatinina calcolata con la correzione.

Pertanto la clearance della creatinina calcolata senza correzione, può essere utilizzata in modo complementare a quella dell'urea per la valutazione della CPD, visto che differiscono le loro caratteristiche di trasporto peritoneale ed inoltre risulta più vantaggiosa rispetto alla clearance della creatinina calcolata con la correzione, in quanto consente di includere il trasporto del soluto peritoneale nel calcolo del volume minimo di dialisato richiesto giornalmente.

L'etica medica ed il dilemma della dialisi

*Keller F, Sponholz G, Allert G
The International Journal of Artificial Organs, 1995, Vol.
18, no. 1*

L'oggetto di questo studio sono i molti problemi di carattere etico posti tutt'oggi dalla dialisi. Molte questioni restano aperte e nuove sono comparse infatti, pur essendo ormai superato, almeno nei paesi più industrializzati, il problema iniziale della scarsità di attrezzature per il trattamento sostitutivo della funzione renale, che aveva condotto addirittura alla costituzione di commissioni incaricate di scegliere chi ammettere a tale trattamento e chi no.

Il desiderio di autonomia del paziente rappresenta già una prima problematica in quanto si scontra con la necessità di lunghi tempi di dialisi, la cui importanza è chiaramente mostrata dal confronto tra gli Stati

Uniti, ove il tempo medio di dialisi è di sole tre ore con un tasso di sopravvivenza a 5 anni, per un paziente di 50 anni, del 40% e l'Europa, ove il tempo medio è di quattro ore con il suddetto indice che sale però al 60%.

Un secondo e non meno importante dilemma è quello proposto dall'aumento dell'età media di inizio del trattamento emodialitico, che sta crescendo dai 50 ai 70 anni, per il fatto che solo i pazienti più giovani sono trapiantabili, cosicché si ha un aumento della morbidità dei soggetti in trattamento, a volte di entità tale da rendere del tutto inutile la dialisi, come è ormai provato da molti studi.

L'interruzione volontaria della dialisi per condizioni che, in alcuni casi, non hanno obiettivamente un'importanza tale da giustificare questa decisione, costituisce un ultimo ma non meno grave problema, come mostrato da un recente studio che attribuisce a ciò la morte del 20% dei soggetti esaminati.

Da tutto questo emerge quindi la necessità di decidere caso per caso, in accordo con il paziente, i parenti e tutti quelli coinvolti nel trattamento e comunque soltanto dopo aver esaminato tutte le possibilità e dato ad ogni malato la chance di ricevere il trattamento, in modo diverso da quello consueto basato sulle precise regole scientifiche.

Efficacia di un trattamento di quattro anni in pazienti con severa iperlipidemia. Farmaci che abbassano i lipidi versus LDL-afèresi

Schiel R, Bambauer R, Muller UA

The International Journal of Artificial Organs 1995, vol. 18, n. 12, pp. 786-93.

Gli Autori hanno studiato 47 pazienti affetti da iperlipidemia eterozigote. 24 pazienti sono stati trattati con LDL-afèresi, gli altri 23 pazienti con farmaci che abbassano i lipidi. Sono state effettuate ($m \pm ds$) 23 ± 2.5 LDL-afèresi per anno per paziente (secondo le indicazioni della Società Europea per l'Aterosclerosi è opportuno effettuare una afèresi settimanale per le prime quattro settimane e successivamente una ogni tre settimane). Dopo un periodo di trattamento di 44.4 ± 14.3 mesi per il gruppo in afèresi e 33.5 ± 15.9 mesi per il gruppo trattato con farmaci, i risultati ottenuti mostravano differenze significative: una riduzione del colesterolo totale da 10.4 a 5.5 (LDL-afèresi) versus

9.9 a 8.7 mmol/L (farmaci), delle LDL da 7.4 a 3.9 (LDL-afèresi) versus 6.6 a 5.2 mmol/L (farmaci), dei trigliceridi da 5.8 a 3.7 (LDL-afèresi) versus 4.8 a 4.1 mmol/L (farmaci); il rapporto LDL/HDL diminuiva da 7.1 a 3.4 (LDL-afèresi) versus 6.7 a 5.8 (farmaci). Nel gruppo in afèresi un paziente è morto per infarto miocardico, mentre un infarto miocardico non fatale e manifestazioni di malattia coronarica in tre casi si sono verificate nel gruppo in trattamento farmacologico. Non si sono verificati effetti collaterali importanti in entrambi i gruppi.

Finora non è stato dimostrato un legame causale tra ipercolesterolemia e sviluppo e progressione dell'arterosclerosi, tuttavia il presente studio suggerisce che la riduzione delle concentrazioni sieriche dei lipidi può diminuire il rischio della malattia coronarica.

Effetti della postura sulla clearance della creatinina e sulla escrezione urinaria di proteine in pazienti con malattie renali varie

Wan LL, Yano S, Hiromura K, et al

Clinical Nephrology 1995; vol. 43, n. 5, pp. 312-7.

Gli Autori hanno studiato gli effetti della postura sulla clearance della creatinina e sulla escrezione urinaria di proteine, albumina, IgG e transferrina in 80 pazienti con nefropatie varie documentate con biopsia renale e in 9 controlli sani. Il gruppo dei pazienti con nefropatie includeva: 35 casi di nefropatia ad IgA, 6 di GN proliferativa mesangiale non IgA, 5 di nefropatia a lesioni minime, 13 di nefropatia membranosa, 8 di GN lupica, 8 di nefropatia diabetica non insulino dipendente e 5 di altre malattie renali. Pazienti e gruppo controllo sono stati studiati in clinostatismo per 60 minuti e dopo ortostatismo per 60 minuti. Quasi tutti i soggetti mostravano una riduzione della clearance della creatinina in ortostatismo: il decremento percentuale della Ccr era significativamente maggiore nei pazienti con nefropatie rispetto al gruppo di controllo. L'escrezione urinaria di proteine nei pazienti con nefropatia era significativamente aumentata dopo ortostatismo. La aumentata escrezione urinaria di albumina dopo ortostatismo era significativamente più elevata nella nefropatia membranosa rispetto alla nefropatia ad IgA; in questi due gruppi di pazienti le modificazioni della escrezione urinaria di IgG e transferrina dopo ortostatismo non risultavano significati-

ve. Questi risultati indicano che la postura ha effetti sia sulla clearance della creatinina, per stimolazione dell'ortosimpatico e/o attivazione del sistema renina-angiotensina, sia sulla escrezione urinaria di proteine, probabilmente per un aumento della pressione idrostatica glomerulare e/o per variazioni della permeabilità della parete capillare. Gli Autori ritengono infine che la comparazione delle posture dovrebbe essere valutata quando la proteinuria viene utilizzata nella diagnosi e nel monitoraggio del danno strutturale del glomerulo, particolarmente in pazienti con nefropatia membranosa.

Insufficienza renale acuta associata alla terapia con immunoglobuline

*Cantù T, Hoehn-Saric E, Burgess K, et al
American Journal of Kidney Diseases, 1995; vol. 25, n. 2, pp. 228-34.*

La terapia con immunoglobuline è attualmente utilizzata in molte malattie: per correggere l'immunodeficienza che accompagna la leucemia linfocitica cronica, per modulare il sistema immune come nel tratta-

mento della porpora trombocitopenica idiopatica, nella sindrome di Kawasaki, nella sindrome di Guillain-Barré, per profilassi di alcune infezioni, come quella da citomegalovirus in pazienti portatori di trapianto.

In questo lavoro gli Autori hanno presentato quattro casi di insufficienza renale acuta indotta dalla somministrazione di immunoglobuline per via endovenosa. Il decorso clinico varia dalla elevazione asintomatica della creatinina sierica alla insufficienza renale acuta con anuria insorta entro giorni dalla istituzione della terapia. Nei casi in cui la somministrazione di immunoglobuline venga prontamente interrotta, vi è un rapido recupero della funzione renale.

L'istologia renale ha dimostrato una severa vacuolizzazione tubulare con rigonfiamento cellulare e conservazione dell'orletto a spazzola. L'endotelio glomerulare, il mesangio e le cellule epiteliali possono inoltre mostrare rigonfiamento e vacuolizzazione, tuttavia nessuna biopsia ha dimostrato la presenza di depositi di immunoglobuline.

Il meccanismo dell'insulto renale rimane pertanto indeterminato; le immunoglobuline o i carboidrati aggiunti nelle preparazioni sembrano avere un effetto reversibile sulla funzione delle cellule glomerulari e tubulari.