

RASSEGNA DELLA LETTERATURA RECENTE

a cura di A. Guarnieri

Trattamento extracorporeo dell'ipercolesterolemia

CJ Olbricht

Nephrol Dial Transplant 1993; 8: 814-20

L'ipercolesterolemia è uno dei maggiori responsabili della cardiopatia ischemica; il rischio cardiovascolare è collegato ai livelli di colesterolo LDL: valori inferiori ai 130 mg/dl sono associati ad una minore incidenza di episodi ischemici coronarici in mancanza di altri fattori di rischio (fumo di sigaretta, ipertensione arteriosa, diabete, obesità ecc.).

Nella maggioranza dei pazienti l'ipercolesterolemia è riconducibile ad abitudini alimentari scorrette, l'approccio terapeutico deve quindi essere indirizzato verso una educazione alimentare che porti ad un minore introito di calorie e lipidi nella dieta.

Tuttavia nei pazienti che presentano un quadro di ipercolesterolemia familiare la dieta e spesso il trattamento con farmaci ipolipidemizzanti non riescono a riportare i livelli ematici di colesterolo entro livelli accettabili con conseguente alta incidenza di aterosclerosi coronarica. In questi casi l'utilizzo di metodiche depurative in grado di ridurre le LDL portano ad una diminuzione della mortalità cardiovascolare. Attualmente vengono utilizzati 5 metodi di rimozione delle LDL: i cosiddetti non selettivi (plasma exchange e filtrazione a cascata) rimuovono anche notevoli quantità di colesterolo HDL e di proteine; le metodiche selettive (immunoassorbimento, assorbimento su destrano e precipitazione extracorporea delle LDL indotta dall'eparina) non determinano rilevanti modifiche di altri componenti del plasma.

Tutte le metodiche riducono i livelli ematici di LDL del 60-70%; l'obiettivo deve essere quello di ottenere concentrazioni al di sotto dei 130 mg/dl nei pazienti senza coronaropatia e inferiori a 110 mg/dl in presenza di cardiopatia ischemica. Evidentemente il trattamento deve essere continuato indefinitamente con una cadenza in genere settimanale.

Il risultato clinico più evidente è un aumento dell'aspettativa di vita nei pazienti con ipercolesterolemia familiare omozigote trattati per periodi compresi tra 6 e 9 anni con cadenza bisettimanale. La necessità del trattamento depurativo delle LDL nei pazienti

eterozigoti è meno certa: probabilmente dovrebbe essere riservata a individui affetti da vasculopatia aterosclerotica nei quali la terapia dietetica e farmacologica non riescono a ridurre il colesterolo LDL a livelli inferiori a 200 mg/dl.

Modificazioni biochimiche post-paratiroidectomia

PKG Chandran, TJ Ulahannan, M Skiles

Intern J Artif Organs 1993; 16-10: 700-3

L'iperparatiroidismo secondario rappresenta sicuramente una delle complicanze più frequenti nel paziente uremico. Il trattamento medico, con Vitamina D e chelanti del fosforo, non sempre fornisce risultati accettabili; in casi selezionati è quindi indicata la paratiroidectomia totale o parziale (non esiste in effetti un'univocità di pareri sul tipo di intervento). Immediatamente dopo l'asportazione delle paratiroidi si verifica un aumento nei livelli sierici di fosfatasi alcalina ed una riduzione delle concentrazioni di calcio, fosforo e PTH.

Obiettivo di questo studio è stato quello di esaminare e valutare l'andamento delle concentrazioni di calcio, fosforo, fosfatasi alcalina e PTH dopo paratiroidectomia e correlare il volume delle paratiroidi con le concentrazioni pre-operatorie di fosfatasi alcalina.

Sono stati valutati 26 pazienti in trattamento sostitutivo emodialitico da almeno 5 anni con indicazione alla paratiroidectomia basata su dati clinici, radiologici e biochimici.

I dati ottenuti hanno confermato l'andamento dei vari parametri come descritto in altri lavori precedentemente; gli Autori mettono inoltre in evidenza alcune considerazioni: la riduzione dei livelli di calcio si accompagna ad una riduzione della fosforemia più prolungata, verosimilmente per un'aumentata attività osteoblastica accompagnata ad una riduzione dell'attivazione osteoclastica.

C'è una notevole correlazione tra il grado di ipocalcemia, ipofosforemia e l'aumento della fosfatasi alcalina post-intervento, mentre non sono state osservate associazioni tra i livelli di calcio e fosforo e i

valori pre e post-intervento di fosfatasi alcalina. In conclusione, il grado di ipocalcemia e ipofosforemia può essere correlato con l'aumento della fosfatasi alcalina; l'aumento post-operatorio della fosfatasi alcalina è correlato ai valori pre-intervento. Non c'è invece una correlazione tra il volume delle paratiroidi e gli indici valutati dopo l'intervento, probabilmente perché le dimensioni della ghiandola non sono in grado di predire il grado di sintesi e di secrezione del paratormone.

L'influenza della geometria del filtro sulla coagulazione e sulla biocompatibilità

*LE Lins, U Boberg, SH Jacobson, C Kjellstrand; B Ljungberg, R Skroder
Clinical Nephrology 1993; 40-5: 281-5*

Durante l'emodialisi si verificano numerose interazioni tra il paziente ed il circuito extracorporeo con attivazione dei fattori della coagulazione e del complemento.

Esistono in letteratura numerosi studi che mettono in relazione la geometria del filtro con parametri quali la riduzione del numero delle piastrine, la loro attivazione, l'innescò della cascata coagulativa.

Scopo di questo lavoro è quello di valutare l'influenza della geometria del filtro, capillare o a piastre, su numero delle piastrine, formazione della fibrina (misurata indirettamente mediante determinazione dei livelli plasmatici di fibrinopeptide A), residuo ematico e livello di attivazione del complemento.

14 pazienti in emodialisi cronica sono stati dializzati successivamente con due diversi filtri in Cuprophane®: un capillare (GF 120.M Gambro) ed un filtro a piastre (Lundia IC5N Gambro).

L'analisi dei risultati non ha mostrato differenze significative nei livelli di fibrinopeptide A con entrambi i filtri, indice di una eparinizzazione efficace e quindi prerequisito essenziale per uno studio degli effetti del filtro sui parametri emocoagulativi e sulla funzione piastrinica.

La riduzione del numero delle piastrine, osservata con entrambi i trattamenti, non è risultata significativamente diversa tra i due filtri. La dose di eparina richiesta per una scoagulazione efficace, misurata come prolungamento del tempo di coagulazione attivato dopo una identica dose di eparina, è risultata la stessa con il capillare ed il filtro a piastre.

Non sono state inoltre osservate differenze significative tra i due trattamenti per quanto riguarda l'entità del residuo ematico al termine della seduta dialitica

ed il livello di attivazione del complemento.

In conclusione, i risultati ottenuti in questo studio sembrano indicare come la geometria del filtro non influenzi significativamente i parametri emocoagulativi del paziente; non tutti gli studi precedenti sono tuttavia in accordo con questa ipotesi, lasciando perciò spazio a ulteriori trials.

pH, umidità cutanea e prurito nei pazienti in emodialisi

G Iosipovitch, E Tur, G Morduchowicz and G Boner

Nephrol Dial Transplant 1993; 8: 1129-32

Il prurito è uno dei disturbi più frequenti nel paziente uremico; la patogenesi non è ben conosciuta, anche se sono state formulate numerose ipotesi tra cui una eccessiva secchezza della pelle ed un'alterazione del pH cutaneo.

Questo studio ha valutato il grado di umidità e di acidità cutanea in 41 pazienti in trattamento sostitutivo emodialitico ed in 40 soggetti sani.

Il pH è stato misurato con un elettrodo cutaneo, mentre il livello di umidità è stato valutato mediante un corneometro che registra la capacitanza elettrica come indice del grado di umidità dello strato corneo.

Il pH cutaneo è risultato più elevato nei pazienti rispetto ai controlli (ad eccezione delle misurazioni rilevate a livello del cavo ascellare); tali valori non si sono modificati dopo la seduta emodialitica e non hanno mostrato alcuna correlazione significativa con il pH ematico, la concentrazione plasmatica di bicarbonati, sodio e cloro. L'umidità della cute è risultata minore nei pazienti emodializzati.

Non sono state dimostrate correlazioni tra le variabili valutate e la presenza di prurito: i dati suggeriscono quindi che la xerosi non può essere considerata una delle cause del prurito nei pazienti uremici. Gli Autori suggeriscono che il pH elevato può avere una qualche rilevanza clinica: l'acidità cutanea è infatti una delle difese aspecifiche contro le infezioni; la notevole incidenza di infezioni cutanee negli emodializzati (specie micotiche) potrebbe almeno in parte dipendere dall'aumento del pH cutaneo.