

## RASSEGNA DELLA LETTERATURA RECENTE

a cura di A. Guarnieri

### “È più facile dializzare le donne degli uomini?”

F. Maduell, A. Caridad, F. Siguenza, F. Miralles,  
F. Serrato

*Nephron* 1994; 67: 146-9

In accordo ai risultati del National Cooperative Dialysis Study, è possibile stabilire l'efficacia di un determinato trattamento emodialitico utilizzando il Kt/V.

Evidentemente se un paziente mantiene un valore di Kt/V elevato sarà possibile ridurre la durata della seduta emodialitica con notevoli vantaggi sia per il paziente che per il centro.

La determinazione mensile di tale parametro per oltre 5 anni ha permesso agli Autori di ridurre la durata della dialisi a 3 ore in oltre 100 pazienti, più facilmente nelle donne che negli uomini.

Scopo dello studio è stato quello di confermare questa differenza e di evidenziare i motivi che ne sono alla base.

Sono stati valutati 42 pazienti (25 maschi e 17 femmine) in trattamento emodialitico settimanale dializzati con la stessa metodica (bicarbonato dialisi con filtro in cuprophane di 1,5 m<sup>2</sup> di superficie, QB 350 ml/min ed ultrafiltrazione 1,5 l/h). Sono stati calcolati il volume di distribuzione dell'urea, mediante misurazione diretta della concentrazione della stessa nel dialisato, la clearance del filtro, il protein catabolic rate ed il Kt/V.

Il Kt/V è risultato significativamente più elevato nelle donne rispetto agli uomini; il volume di distribuzione dell'urea maggiore negli uomini che nelle donne; non sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda peso corporeo, clearance del filtro e protein catabolic rate.

La maggiore efficacia dialitica riscontrata nel sesso femminile è quindi riconducibile ad un minor volume di distribuzione dell'urea; tale considerazione, in realtà piuttosto evidente, è tuttavia interessante se si

considera come normalmente il Kt/V venga calcolato assimilando il valore di V al 58% del peso corporeo mentre, come già riportato da numerosi Autori, la sua variabilità è notevole.

Per raggiungere gli indici di efficienza dialitica delle donne, gli uomini hanno quindi bisogno di flussi ematici più elevati, filtri con clearance maggiori e/o tempi di dialisi più lunghi.

### “Cateteri per emodialisi nella vena succlavia: vantaggi e svantaggi”

B. De Moor, R. Vanholder, S. Ringoir  
*Artificial Organs* 1994; 18 (4): 293-7

L'incannulamento della vena succlavia per l'emodialisi rappresenta una metodica estremamente utile sia in pazienti acuti che in cronici nei quali non sia possibile utilizzare un accesso vascolare permanente (fistola artero-venosa o protesi).

La metodica d'inserzione è attualmente ben collaudata e non presenta particolari difficoltà; il flusso ematico ottenibile è in genere sufficiente a garantire una dialisi adeguata ed il catetere è normalmente ben tollerato dal paziente.

D'altra parte le complicanze settiche ed ostruttive sono piuttosto frequenti ed attualmente numerosi Autori suggeriscono l'incannulamento della vena giugulare come metodica elettiva in quanto relativamente esente da complicanze trombotiche.

I vantaggi dell'incannulamento della vena succlavia sono numerosi: il vaso mantiene una notevole capacità in condizioni di vasocostrizione generalizzata; il catetere preserva la possibilità di movimento del paziente (al contrario di quanto avviene con i cateteri femorali) e può essere più facilmente assicurato alla cute, al contrario dei cateteri in giugulare che possono muoversi con i movimenti del collo.

Gli svantaggi sono comunque non trascurabili: l'inserzione del catetere non sempre è agevole e può determinare complicanze quali il malposizionamento, lo pneumotorace, la puntura accidentale dell'arteria succlavia, l'embolia d'aria, la perforazione dell'atrio destro o della vena cava superiore, la comparsa di aritmie.

Le complicanze tardive sono essenzialmente la presenza di un flusso inadeguato, la colonizzazione batterica del catetere con la possibilità di setticemia e la

stenosi della vena che si manifesta in un'alta percentuale di pazienti (dal 19 al 53% a seconda delle casistiche).

Alla luce dei dati esposti gli Autori ritengono che la cateterizzazione della vena succlavia debba essere riservata in caso di insufficienza renale acuta o per metodiche quali la plasmateresi e l'emoperfusione. Nei pazienti in trattamento emodialitico cronico dovrebbe essere preferibilmente utilizzata la vena giugulare.