

Emodialisi o dialisi peritoneale?

Carmelita Marcantoni, Rosa Giunta

UOSD di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico-San Marco", Catania - Italy

La malattia policistica renale autosomica dominante (ADPKD) rappresenta la quarta causa di insufficienza renale cronica avanzata con necessità di terapia sostitutiva (ESRD) negli Stati Uniti e in Europa, attestandosi su una prevalenza stabile negli anni pari a circa il 9-10% in Italia e nella maggior parte dei Paesi europei (Fig. 1).

Mentre molti aspetti della gestione dell'ESRD sono sovrapponibili ai pazienti non-ADPKD, ce ne sono alcuni specificamente rilevanti per i pazienti affetti da rene policistico.

Il trapianto è da considerare la scelta ottimale nei pazienti ADPKD candidabili. Quando il trapianto non è un'opzione, o per i pazienti in attesa di trapianto, sia l'emodialisi che la dialisi peritoneale sono modalità entrambe idonee di terapia sostitutiva.

Nel passato, la condizione di ADPKD rappresentava una controindicazione relativa alla dialisi peritoneale: l'ingombro addominale dovuto a reni o fegato policistici di grandi dimensioni poteva, infatti, rendere meno tollerabile il carico di liquido dello scambio peritoneale ed essere ritenuto responsabile di complicanze, per esempio della parete addominale, cosiddette "pressure driven". In effetti, diversi case report hanno segnalato nei pazienti policistici una minore sopravvivenza della metodica dialitica peritoneale a causa del più alto rischio di complicanze meccaniche secondarie all'aumentata pressione intra-addominale: ernie della parete, leakage pericateretere, idrotorace per comunicazione pleuro-peritoneale, reflusso gastroesofageo.

Tuttavia, benché la restrizione dello spazio intra-addominale, il rischio maggiore di ernie della parete addominale e la diverticolosi del colon possano rappresentare limitazioni specifiche del paziente policistico, l'ADPKD non è una controindicazione alla dialisi peritoneale. Studi condotti su casistiche più ampie non hanno dimostrato un aumentato rischio di fallimento della metodica; i case report descrivevano complicanze osservate prevalentemente in pazienti in dialisi peritoneale con tecnica manuale (CAPD) e non automatizzata (APD), quest'ultima maggiormente tollerata perché condotta in paziente supino con pressione intra-addominale minore.

In realtà, sono pochi e datati gli studi che hanno messo a confronto gli outcome di mortalità e morbidità dei pazienti in trattamento dialitico peritoneale ADPKD vs non-ADPKD oppure gli stessi outcome nei pazienti ADPKD in emodialisi vs dialisi peritoneale. In generale, si possono trarre alcune considerazioni:

- 1) la durata della metodica peritoneale non è differente tra i pazienti affetti da ADPKD e i non-ADPKD;
- 2) mortalità e morbidità risultano inferiori nei pazienti ADPKD in dialisi peritoneale che nei pazienti in dialisi peritoneale per altre cause, non-ADPKD;
- 3) mortalità e morbidità risultano inferiori nei pazienti ADPKD in dialisi peritoneale che nei pazienti ADPKD in emodialisi;

Questi dati possono essere giustificati dalla ridotta incidenza in questa popolazione di eventi cardiovascolari, dal momento che, nelle casistiche di registro, i pazienti ADPKD sono più giovani, non diabetici e non late referral con una storia di lunga terapia conservativa; ciò si traduce in un'attenzione maggiore nei confronti della prevenzione della progressione non solo della malattia renale ma anche di quella cardio-vascolare.

Sulla base delle evidenze scientifiche pubblicate, le recenti Linee Guida KDIGO raccomandano che la scelta della metodica sostitutiva, emodialisi o dialisi peritoneale, nei pazienti affetti da ADPKD, debba essere frutto di condivisione tra il medico nefrologo e il paziente, basata su criteri clinici, tenendo in considerazione le priorità del paziente (qualità della vita, grado di autonomia) e i fattori sociali/familiari (presenza del caregiver).

La dialisi peritoneale è un'opzione terapeutica valida come l'emodialisi; quando il nefrologo ne suggerisce l'indicazione, è necessario considerare con attenzione, se presenti, le controindicazioni standard alla dialisi peritoneale o se esiste un ingombro addominale a causa delle dimensioni aumentate dei reni o del fegato policistici. Bisogna però considerare che la possibilità di personalizzare la prescrizione dialitica, agendo, per esempio, sulla riduzione dei volumi di scambio o sulla tecnica (APD vs CAPD), permette al paziente affetto da ADPKD di non rinunciare a una metodica "domiciliare" efficace.

Disclosures

Conflitto di interessi: Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

Finanziamenti: Gli Autori dichiarano che questo lavoro non ha ricevuto finanziamenti specifici da qualsiasi ente nei settori pubblico, privato o senza fini di lucro.

Keywords: Dialisi peritoneale, Emodialisi

Indirizzo per la corrispondenza:

Carmelita Marcantoni
email: marcantoni.carmelita@gmail.com

Bibliografia

1. Registry ERA. Leading European Nephrology. [Online](#) (Accessed February 2026)
2. Khan S, Giuliani A, Crepaldi C, Ronco C, Rosner MH. Peritoneal dialysis for patients with autosomal dominant polycystic kidney disease. *Perit Dial Int.* 2017;37(4):384-388. [CrossRef PubMed](#)
3. Spithoven EM, Kramer A, Meijer E, et al; ERA-EDTA Registry; EuroCYST Consortium; WGIKD. Renal replacement therapy for autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) in Europe: prevalence and survival analysis of data from the ERA-EDTA Registry. *Nephrol Dial Transplant.* 2014;29(Suppl 4):iv15-iv25 [CrossRef PubMed](#)
4. Devuyst O, Ahn C, Barten TRM, et al; Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) ADPKD Work Group. KDIGO 2025 Clinical practice guideline for the evaluation, management, and treatment of Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD). *Kidney Int.* 2025;107(2)(2S):S1-S239. [CrossRef PubMed](#)

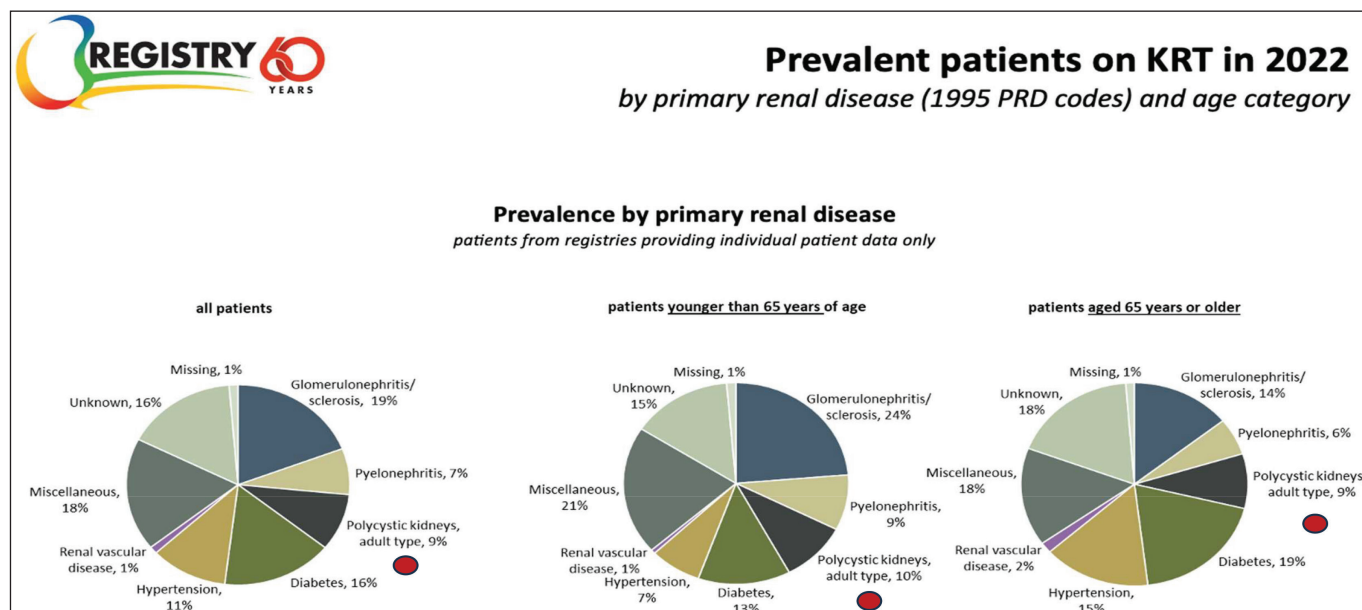


FIGURA 1 - Prevalenza dei pazienti in dialisi per causa di malattia renale. Registro europeo di dialisi e trapianto, dati 2022.