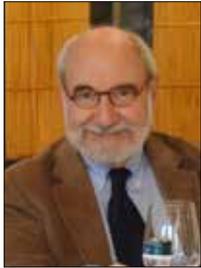




Vitamina D in Nefrologia Clinica: nuove evidenze e nuovi dubbi



Diego Brancaccio

Caro Direttore,

ho letto con grande interesse i 2 recenti lavori sulla vitamina D apparsi sul Vol. 26 del tuo Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche.

Del 1° lavoro, firmato da Adriana Dusso e da Viki Arcidiacono, ho apprezzato molto la chiarezza espositiva e la "scaletta logica" del loro pensiero. Certo non sono numerosi i pazienti in dialisi che assumono carbamazepina, tuttavia il caso clinico che discutono è interessante perché consente di aprire una finestra sull'interferenza che questo farmaco, così come altri farmaci anti-epilettici, può avere sulla modulazione del PTH, e dunque è adatto per rivisitare più ampiamente il problema dell'iperparatiroidismo secondario e del suo migliore approccio farmacologico.

Al di là della discussione su carbamazepina e citocromo P450 e CYP24A1, la parte finale del loro manoscritto dedica alcune riflessioni all'uso combinato di Colecalciferolo e Paracalcitolo. Perché dunque 2 attivatori dei VDR? Ma uno dei due non è superfluo?

In effetti l'uso combinato di Calcitriolo o di Paracalcitolo mette in grado di far riesprimere la megalina e quindi permette di indurre una maggiore concentrazione intracellulare di 25OHD3 sia a livello renale (ma ciò è di scarsa importanza nei soggetti uremici) che a livello paratiroideo, portando dunque a una maggiore sintesi locale di Calcitriolo.

Ma un altro punto importante è l'associazione strategica del Cinacalcet, che ha avuto un ruolo ulteriore (in questo specifico caso) nel controllo del PTH, ma anche nel controllo dei livelli di calcio e fosfato sierico, condizione utile per proseguire la terapia con attivatori VDR.

In realtà, ben sappiamo come l'impiego di qualsivoglia Attivatore VDR debba essere considerato già dalle prime fasi dell'Insufficienza Renale. Diviene dunque chiaro come debba sempre essere misurato il livello sierico di 25OHD3, oltre al profilo sierico di Ca, P, PTH, già nelle prime fasi dell'IRC, per orientare da subito il nefrologo nella supplementazione di Vitamina D.

Il 2° manoscritto, firmato da Roberto Russo, è anch'esso di grande interesse, poiché viene superato il concetto che l'attivazione dei VDR sia da focalizzare solo sul controllo del PTH (indicazione peraltro primaria).

Gli effetti pleiotropici dell'attivazione dei VDR sono davvero molteplici e ciò può essere ben spiegato dalla presenza ubiquitaria dei VDR.

Ma in corso di dialisi peritoneale diviene interessante l'osservazione che l'attivazione dei VDR si associa a un migliore controllo della peritonite sclerosante, anche per l'effetto battericida (peraltro già noto per l'effetto favorevole per i pazienti affetti da TBC, che soggiornavano a lungo nei sanatori in alta montagna, per esporsi al sole).

Infine di grande rilievo è l'effetto che Analoghi della Vitamina D hanno dimostrato nel controllo della perdita proteica con la dialisi peritoneale.

Nel loro insieme, questi 2 lavori hanno portato nuova luce nell'assistenza dei nostri pazienti uremici:

- dobbiamo trattare indiscriminatamente tutti i pazienti con IRC, a partire dallo stadio 2 o 3 di IRC?
- dobbiamo dunque considerare che la Vitamina D sia una terapia ormonale sostitutiva fondamentale, così come accade per l'ipotiroidismo, il diabete od ogni altra forma di insufficienza endocrina?

Disclosures

Financial support: No financial support was received for this submission.
Conflict of interest: The author has no conflict of interest.

Diego Brancaccio

Nefrologo, Milano

Indirizzo per la corrispondenza:

Prof. Diego Brancaccio
Nefrologo
20100 Milano
diego.brancaccio@tiscali.it

Published online: February 27, 2015