

Il rischio cardiologico delle persone in dialisi rimane elevato

LA DIALISI E IL CUORE

Malgrado il continuo progresso scientifico ed il miglioramento dei materiali a disposizione



DOTT. EMILIANO STAFFOLANI

La dialisi è una terapia sostitutiva della funzionalità renale nei soggetti in cui questa risulta criticamente ridotta (sindrome uremica), condizione che rappresenta lo stadio più grave dell'insufficienza renale. Ogni anno sono circa 1000 le persone che iniziano la dialisi nel Lazio.

La terapia dialitica vicaria le principali funzioni del rene che sono: rimozione delle sostanze tossiche; riequilibrio elettrolitico; riequilibrio acido-base; rimozione dei liquidi.

Le metodiche sostitutive della funzione renale, oltre al trapianto renale, sono:

- **l'emodialisi**, terapia nella quale il sangue viene prelevato dal paziente ("circolazione extracorporea"), filtrato attraverso una membrana semipermeabile e reinfuso; il filtro consente, oltre alla rimozione di sostanze tossiche, anche il reintegro di radicali alcalini e di elettroliti, nonché l'ultrafiltrazione dei liquidi assunti attraverso l'alimentazione e non eliminati con la diuresi, che può essere estremamente ridotta o assente (anuria) nei soggetti nefropatici in fase terminale.

- **la dialisi peritoneale**, metodica che prevede l'immissione nella cavità peritoneale di un liquido di scambio e l'uso del peritoneo (sottile membrana che avvolge i visceri addominali) come membrana semipermeabile per eseguire i processi sopra citati.

Attualmente nella regione Lazio sono circa 4700 le persone che necessitano di terapia dialitica periodica (prevalenti); l'88% è in terapia extracorporea ed il restante 12% è in trattamento peritoneale. Secondo l'ultimo report prodotto dal Registro Regionale Dialisi e Trapianto del Lazio (RRDTL) si è registrato un incremento del tasso di prevalenza di persone in dialisi per milione di abitanti (pmp), passato da 807 a 810 ed un decremento del tasso di incidenza (da 167 a 161) pari a circa 930 nuovi ingressi in dialisi annui.

Malgrado il continuo progresso scientifico ed il miglioramento dei materiali a disposizione nella cura dei pazienti nefropatici, il rischio cardiologico rimane elevato.

La prevalenza delle complicanze cardiovascolari nei pazienti affetti da insufficienza renale grave è molto alta, soprattutto se confrontata con quella della popolazione generale. Anche la mortalità cardiovascolare è estremamente elevata in questa popolazione (nel 2011 ha riguardato il 51,1% dei decessi notificati) e particolarmente nelle fasce di età più giovani (Figura 1).

Questa differenza in mortalità si associa

sono di natura cardiologica.

In effetti nella popolazione uremica, oltre ai fattori di rischio coronarico tradizionali, già evidenziati nello studio di Framingham (ipertensione, proteinuria, dislipidemia, fumo di sigaretta, diabete, età avanzata, sesso maschile, inattività fisica e menopausa) concorrono altri fattori di rischio cardiovascolari legati all'uremia. Tra questi devono essere menzionati in special modo l'anemia uremica,

ulteriormente sottoposto ad altri rischi specifici: variazioni del volume plasmatico inter- ed intra-dialitiche, brusche variazioni elettrolitiche, bio-ed emo-incompatibilità dei materiali utilizzati, impurità del dialisato, sindrome ipercinetica nei pazienti sottoposti a confezionamento di fistola artero-venosa.

C'è da chiedersi quanto la terapia dialitica possa, di per se stessa, determinare alterazioni cardiologiche ed accelerarne l'evoluzione negativa. Pur potendo la dialisi attivare fenomeni cardiolesivi e/o esaltare rischi cardiologici preesistenti, oggi si ammette che il trattamento sostitutivo (in special modo quello peritoneale) eserciti un effetto positivo sul cuore, inseribile nel contesto del miglioramento di parametri biochimici ed emodinamici. Tuttavia per ottenere una proficua cardioprotezione si devono considerare, e controllare, le modificazioni indotte dalla dialisi nei pazienti con disfunzione cardiaca preesistente all'ingresso in dialisi (Figura 2).

Tutto questo si ottiene con uno stretto controllo della pressione arteriosa e la normalizzazione dell'equilibrio idro-salino, con la stabilità ponderale interdialitica ed adeguatezza del peso "secco" a fine dialisi, con il monitoraggio dell'accesso vascolare, con il mantenimento dell'apporto calorico-proteico attraverso una idonea dieta, con il trattamento della sindrome anemica, con la correzione farmacologica o chirurgica dell'iperparatiroidismo, con il controllo delle altre anomalie ormonali (iperattività adreno-simpatica, insulino-resistenza, iperattivazione del sistema renina-angiotensina, etc). Questi elementi bilanciano i fattori dialitici di rischio cardiovascolare che possono magnificare alterazioni predisponenti o acceleranti lo sviluppo di una cardiopatia. L'insufficienza renale di per sé costituisce dunque una variabile indipendente di rischio cardiovascolare, sia nella popolazione generale, sia nei soggetti con cardiopatie, pertanto è necessaria, a partire da una sempre più stretta collaborazione tra specialisti cardiologi e nefrologi, l'individuazione precoce e la correzione dei fattori di rischio che sono alla base da un lato della progressione del danno renale e dall'altro del danno cardiovascolare... Citando il professor De Zeeuw: "Treat the kidney to cure your heart!" ("tratta il rene per curare il tuo cuore!").

Dott. Emiliano Staffolani
UOC di Ipertensione e Nefrologia
Settore 06/D - Clinical Medica Specialistica
Policlinico Tor Vergata - Roma

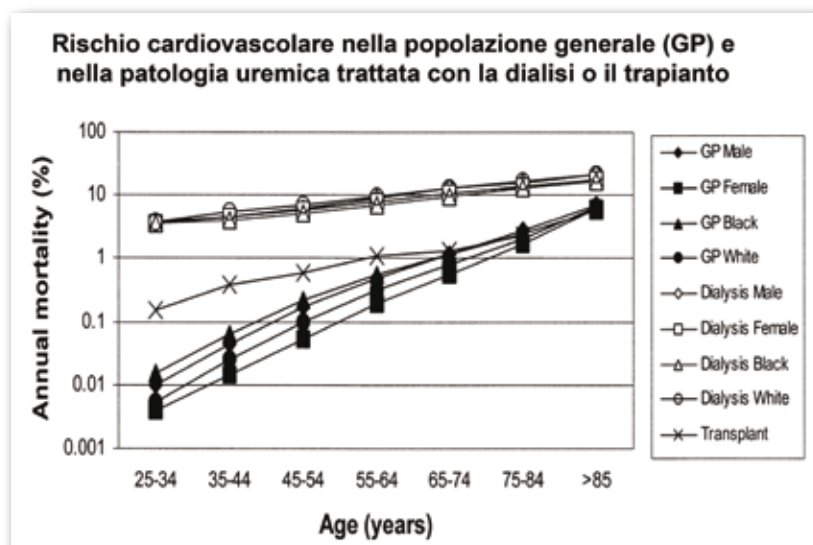


FIGURA 1

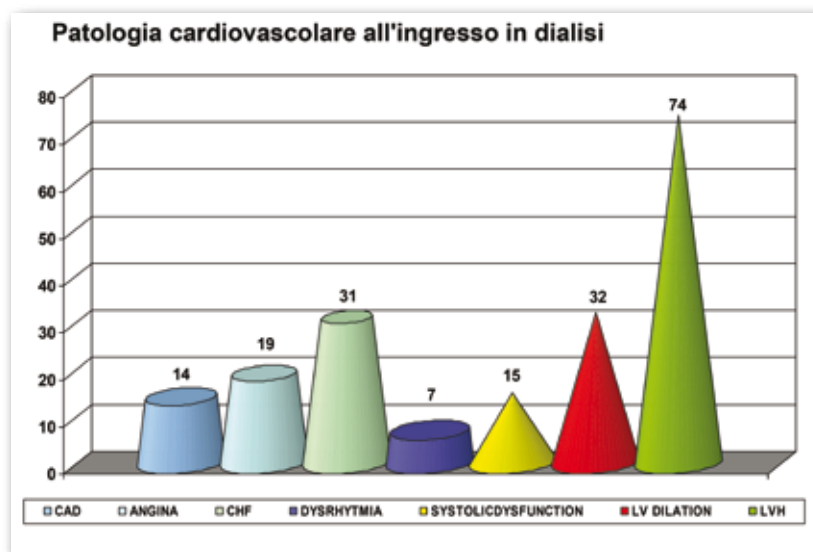


FIGURA 2

ad una elevata frequenza di cardiopatie aterosclerotiche, di infarto miocardico, di ipertrofia ventricolare sinistra e di scompenso cardiaco congestizio. Inoltre, l'ospedalizzazione è una evenienza estremamente frequente nel paziente in dialisi cronica, ed in almeno un terzo dei casi le condizioni morbose che ne sono responsabili

l'iperparatiroidismo secondario con le calcificazioni endovascolari, l'iperomocisteinemia, la sindrome MIA (Malnutrizione-Infiammazione-Aterosclerosi accelerata), le alterazioni dei fattori della coagulazione, lo stress ossidativo, l'ipertrigliceridemia e le alterazioni lipoproteiche. Inoltre il paziente dializzato è