

Anno 27 n. S51 Settembre-Ottobre 2010

Giornale italiano di Nefrologia

Organo della Società Italiana di Nefrologia
on-line: www.sfn-italy.org

Numero speciale S51 dedicato agli:
**ABSTRACT DEL 51°
CONGRESSO NAZIONALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA**

**Rimini
6-9 Ottobre 2010**



ISSN 0393-5590

17%); 4) AOCAI stadio III-IV (N=8; 10%); 5) Aritmia cardiaca (N=13; 17%); 6) Neoplasia maligna attiva (N=10; 8%); 7) Disturbo comportamentale severo (N=3; 0,5%); 8) Dipendenza totale per il trasporto in dialisi (N=15; 19%); 9) Inizio non pianificato della dialisi (N=22; 28%).

Risultati. La mortalità a 6 mesi dall'ingresso in dialisi è risultata pari al 19% (N=15). Stratificando in risk score i Pazienti si evidenziano i seguenti tassi di mortalità a 6 mesi: 1 fattore (N=3): 16%; 2 fattori (N=3): 21%; 3-4 fattori (N=9): 50% mortalità. Nessun Paziente ha 0 o più di 4 fattori di rischio.

Conclusioni. 1) la mortalità a 6 mesi rilevata è pari a quella del modello di riferimento (19%); 2) anche nei nostri Pazienti la mortalità a 6 mesi incrementa in relazione alla categoria di rischio; 3) non sono invece presenti Pazienti con risk score > 4 fattori. Riteniamo quindi che il clinical score in studio può essere utilizzato nel nostro ambito clinico per predire la prognosi a 6 mesi di Pazienti anziani (≥ 75 anni) con ESRD all'ingresso in dialisi e per facilitare le decisioni cliniche sulle opzioni di trattamento.

135 PO

IL METODO BUTTONHOLE: QUALI I VANTAGGI E I POSSIBILI RISCHI NELLA PRATICA DELLA VENIPUNTURA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA PER EMODIALISI

Esposito M.P., Pisano G., Atzeni A., Contu R., Bolasco P. Nefrologia e Dialisi, S.C. Territoriale Nefrologia e Dialisi ASL Cagliari, Isili (CA)

Introduzione. Lo scarso patrimonio vascolare che possiede l'attuale popolazione dialitica sia incidente che prevalente è la causa di un non soddisfacente sviluppo della fistola arterovenosa, con difficoltà alla venipuntura, rendendo così necessario l'utilizzo di metodiche alternative.

Materiali e Metodi. Il nostro è uno studio prospettico di 12 mesi di follow-up che ha coinvolto 24 pazienti distinti in due gruppi di 12 pazienti differenti per modalità di puntura della fistola arterovenosa.

Al gruppo A si è applicato il metodo *buttonhole*: infissione con aghi smussi sugli stessi punti di cannulamento della FAV grazie alla creazione di un piccolo tunnel sottocutaneo, mentre al gruppo B si è mantenuta la classica puntura a scala di corda.

Si è voluto verificare se la metodica di puntura con la tecnica *buttonhole* avesse più o meno benefici e/o complicanze rispetto alla tecnica classica cosiddetta a scala di corda.

Risultati. Su 3.295 cannulamenti *buttonhole* abbiamo evidenziato un minor numero di formazione di ematomi (A 36% vs B 71%), di formazione aneurismatiche (A 0% vs B 21%) e stenosi (A 0% vs B 14%) con minor necessità di angioplastica (A 0% vs B 14%), minor necessità di incannulamento dei vasi centrali (A 0% vs B 7%), minor tempo di emostasi con riduzione del sanguinamento post-dialisi che nei pazienti portatori di infezioni virali (HIV, HBV, HCV) e nei pazienti in terapia anticoagulante orale riveste particolare importanza. Inoltre, soggettivamente, i pazienti riferiscono minor dolore alla venipuntura e maggiore compliance alla procedura.

Di contro, se non ci si attiene strettamente al protocollo, si può incorrere in un maggior rischio di infezione, con quadri modesti di localizzato interessamento cutaneo o erosione del piano cutaneo con possibile emorragia.

Conclusioni. Gli scarsi rischi, la facilità della metodica, il gradimento del paziente ci inducono ad estendere la metodica *buttonhole* ad un più vasto numero di pazienti, soprattutto a quelli che presentano FAV scarsamente sviluppate e/o con brevi e/o tortuosi tratti di cannulamento.

136 PO

UNA NUOVA ESPRESSIONE DELLA DOSE DI DIALISI IN CRRT

Casino F.G.¹, Morabito S.², Pistolesi V.², Cibelli L.², Ambrosino M.², Schievenin M.G.³, Di Carlo M.¹, Adduci D.³, Lopez T.¹

¹Nefrologia e Dialisi, Ospedale "Madonna delle Grazie", Matera; ²Dipartimento Nefro-Urologia, Umberto I, Policlinico di Roma, Roma; ³UTI-Matera, Matera

Introduzione. La dose di dialisi in CRRT (D_{CRRT}), comunemente espressa in termini di effluente orario per kg di peso iniziale (PI) del paziente (pz), non tiene conto di un'eventuale prediluzione (preD), né dei tempi interdialitici (Tid) o delle variazioni di peso (ΔV) del pz durante l'intero periodo di trattamento (TT, dall'inizio della prima seduta alla fine dell'ultima).

Scopo. Presentare una nuova espressione della dose di dialisi in CRRT che risolva i problemi sopra elencati.

Metodi. Sono state studiate 159 sedute di CRRT in 29 pz (età 65.7 ± 14.4 aa. e PI 81.8 ± 20.5 kg). L'effluente medio (EM) è stato calcolato dal rapporto tra effluente totale (ET) e tempo totale in dialisi (TDT). Assumendo che la clearance dell'urea (K) coincide con l'effluente, la correzione per preD si ottiene moltiplicando K per $Q_{bw}/(Q_{bw}+Q_{preD})$, dove Q_{bw} =flusso dell'acqua ematica e Q_{preD} =flusso infusione in preD. La K media (TAK) è stata calcolata dal rapporto $\sum(K \times t)/TT$, dove $\sum(K \times t)$ =somma dei prodotti Kt per seduta. La variazione totale di volume (ΔV) è stata calcolata dalla somma dei singoli bilanci giornalieri. Assumendo un volume basale (VO) pari al 65% di PI, il volume medio del trattamento (V_m)= $VO+\Delta V/2$. Dividendo TAK per V_m e moltiplicando per un V tipico di 40 L, si ottiene una stima della Clearance equivalente (EKRC) dell'urea.

Risultati. I parametri medi relativi alle 159 sedute (3 CVVHD, 91 CVVHDF-post, 40 CVVHDF-pre, 23 CVVH-pre+post, 2 CVVH-post) sono stati: flusso ematico 142 ± 17 mL/min, dialisato 1256 ± 507 mL/h, ultrafiltrato 100 ± 16 mL/h, reinfusione 941 ± 425 mL/h. Ogni pz aveva ricevuto 5.5 ± 2.7 sedute, in un periodo (TT) di 11.6 ± 7.1 gg e con un tempo dialisi totale (TDT) pari all'80% di TT. L'effluente totale (ET) era 501 ± 340 L e la differenza tra EM e TAK era statisticamente significativa (39.5 ± 7.3 vs 29.4 ± 9.4 mL/min, $p < 0.000$) con EM/TAK=1.32. D_{CRRT} (EM/PI) ed EKRC erano 30.1 ± 7.1 mL/kg/h e 22.6 ± 9.3 mL/min, rispettivamente.

Conclusioni. L'effluente medio, riferito a TDT, sovrastimava la K media, riferita a TT, di circa il 32%. Il nuovo indice proposto, TAK/ $V_m \times 40000$, approssimando la EKRC, permette un confronto immediato con la dose di dialisi fornita da qualsiasi altro trattamento depurativo.

137 PO

UNA ANALISI CON IL PROPENSITY SCORE PER VALUTARE LA SCELTA DELLA MODALITÀ INIZIALE DI EMODIALISI CRONICA

Di Napoli A., Franco F., Di Lallo D., Chicca S., Guasticchi G. Dialisi, Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma

Introduzione. I determinanti della scelta di emodialisi bicarbonato (HD) o emodiafiltrazione (HDF) come prima modalità di dialisi cronica (CD) potrebbero esserlo anche degli esiti di salute, per il potenziale sbilanciamento tra i gruppi dovuto alla natura osservazionale degli studi. Per affrontare il problema e valutare i determinanti della scelta della prima modalità di CD, si è condotto uno studio con l'analisi *propensity score* che bilancia due gruppi non equivalenti per le covariate osservate.

Materiali e Metodi. Studio di coorte retrospettivo di 3957 pazienti entrati (2004-2008) in CD nel Lazio con HD o HDF. L'analisi *propensity score* ha valutato i fattori associati all'ingresso in CD con HD o HDF, tenendo conto delle seguenti variabili: età, sesso, titolo di studio, accesso vascolare, grado di autosufficienza, nefropatia di base, presenza di comorbidità (coronaropatia, scompenso cardiaco, ictus, vasculopatia, ipertensione, diabete, BPCO, epatopatia cronica, neoplasia), emoglobinemia, albuminemia, calcemia, creatininemia, tipologia di centro dialisi (pubblico o privato).

Risultati. La frequenza di HDF come prima modalità di CD era del 3,8%. Si è osservata una maggiore probabilità di iniziare con HDF rispetto all'HD per incrementi unitari di età (OR=1.04; IC95%:1.03-1.05), emoglobinemia (OR=1.19; IC95%:1.07-1.34), creatininemia (OR=1.06; IC95%:1.00-1.12), per pazienti con scompenso cardiaco (OR=1.89; IC95%:1.17-3.06), titolo di studio più elevato (OR=1.36; IC95%:0.97-1.91), catetere come primo accesso vascolare (OR=1.81; IC95%:1.13-2.91).

Conclusioni. Si è osservata una frequenza più bassa di HDF tra i pazienti incidenti rispetto ai prevalenti in CD (3,8% vs. 19,2%). Sembra che l'assegnazione a HD o HDF sia influenzata non solo da fattori clinici, ma anche da un proxy socio-economico (titolo di studio). È ipotizzabile che persone più istruite preferiscano l'HDF, modalità di trattamento associata secondo alcuni studi a una migliore qualità di vita, indipendentemente dall'effetto sulla sopravvivenza. Il ruolo di fattori non clinici è da approfondire per spiegare i frequenti passaggi da HD a HDF durante la CD, in una regione dove i centri privati (circa 50%) hanno una soglia di circa il 20% per trattare pazienti in HDF.

138 PO

EFFETTI SULL'ATTIVITÀ MIocardICA DELLA DIALISI PERITONEALE: ALTERAZIONI DELLA RIPOLARIZZAZIONE E DELLA CONTRATTILITÀ

Di Loreto P.¹, Martino F.¹, Ronco C.¹, Vescovo G.²

¹Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Ospedale San Bortolo, Vicenza; ²Medicina Interna, Ospedale San Bortolo, Vicenza

Introduzione. I pazienti in terapia dialitica peritoneale spesso presentano un allungamento dell'intervallo QT che può scatenare aritmie e che è compreso tra l'onda Q e la fine dell'onda T all'ECG, esprimendo la durata della ripolarizzazione ventricolare; con la formula di Bazett la durata del QT viene rapportata alla frequenza cardiaca: QT corretto o QTc che deve essere inferiore ai 440 msec negli uomini e 450 msec nelle donne.

Materiali e Metodi. Studio retrospettivo in 79 pazienti in dialisi peritoneale nei quali abbiamo misurato il QTc, registrato un ECG sec Holter, abbiamo correlato la durata del QTc e le aritmie con la fosforemia, la calcemia, la sodiemia, la magnesemia, il PTH, l'NT-proBNP.

Risultati. La durata media del QTc era 0.445 ± 0.04 sec; PTH 344 ± 25 pg/mL; NT-proBNP 6528 ± 93 pg/mL; Calcemia 9.27 ± 0.11 mg/dL; Fosforemia 5.48 ± 0.07 mg/dL; sodiemia 144.8 ± 2.1 mmol/L; potassiemia 4.30 ± 0.4 mg/dL; magnesemia 2.48 ± 0.45 mg/dL. Abbiamo registrato all'ECG sec Holter aritmie sopraventricolari (38 pz), extrasistoli ventricolari complesse (44 pz), extrasistoli ventricolari monomorfe (16 pz), tachicardie ventricolari non sostenute (NSTV) (10 pazienti). Abbiamo trovato le seguenti correlazioni statistiche: QTc / P $r = 0.045$ $p < 0.05$; QTc / PTH $r = 0.077$ $p < 0.02$; QTc / Ca $r = 0.076$ $p < 0.02$; BNP / Na $r = 0.057$ $p < 0.025$; 5 pz presentavano una morte improvvisa ed il loro QTc era 465 ± 0.03 msec, 11 pz appartenevano alla classe Low 4a o 4b ed il loro