

Novità in tema di dialisi peritoneale

Terapia dialitica

Gianfranca Cabiddu, Antonello Pani, Nicola Lepori

A.R.N.A.S. Brotzu- Ospedale San Michele
Department of Medical Science and Public Health; University of Cagliari; Italy

Corrispondenza a:

Gianfranca Cabiddu
UO Nefrologia e Dialisi, A.R.N.A.S. Brotzu-Ospedale San Michele
Piazzale Ricchi, 1
09134 Cagliari, Italia
Telefono: 070539496
E-mail: cabiddugianfranca@gmail.com

ABSTRACT

Tra le novità in tema di Dialisi Peritoneale di particolare rilevanza sono le linee guida sulla prevenzione e trattamento delle peritoniti pubblicate nel marzo 2022 dalla Società Internazionale di Dialisi Peritoneale (ISPD).

La ISPD aggiorna periodicamente tali Linee Guida, il precedente update risaliva al 2016.

La peritonite, la cui incidenza è sicuramente diminuita, rimane tuttavia una spina nel fianco della DP perché costituisce ancora una importante causa di morbilità, mortalità e di drop-out dalla metodica.

Le linee guida ISPD 2022 aggiornano le precedenti raccomandazioni e ne introducono delle nuove.

Queste raccomandazioni sono basate sull'evidenza laddove l'evidenza è disponibile.

PAROLE CHIAVE: linee guida, dialisi peritoneale, peritoniti

Una tra le novità in tema di Dialisi Peritoneale (DP) è rappresentata dalla pubblicazione delle raccomandazioni sulla prevenzione e trattamento delle peritoniti. Nel 2022 la Società Internazionale di Dialisi Peritoneale (ISPD) ha pubblicato l'aggiornamento di tali raccomandazioni (la precedente pubblicazione risaliva al 2016).

Benché infatti l'incidenza della peritonite in DP sia diminuita, questa rimane tuttora una 'spina nel fianco' della metodica perché costituisce una importante causa di morbilità, mortalità e di drop out.

Come ci dimostrano anche i dati del censimento 2022 del Gruppo di Progetto di Dialisi Peritoneale della SIN (Figura 1).

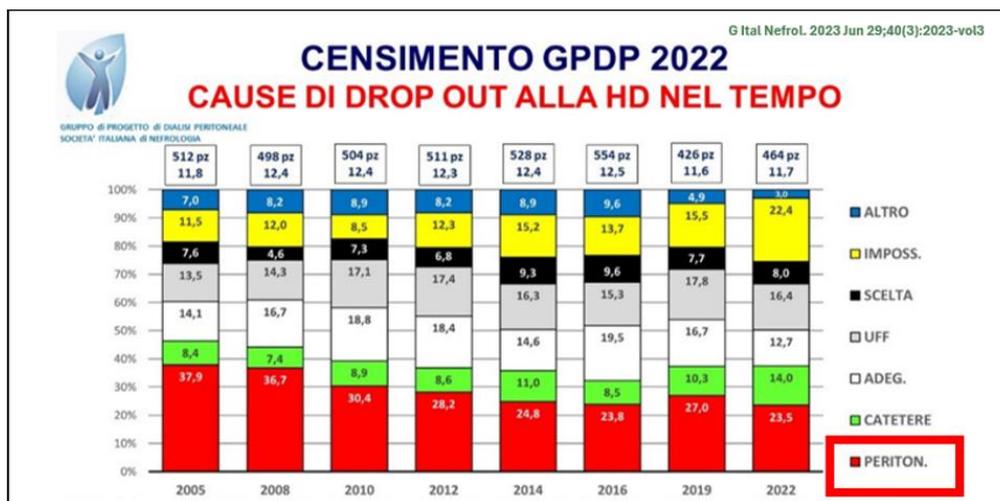


Figura 1

Novità con l'aggiornamento 2022 delle linee guida ISPD sulle peritoniti

Incidenza delle peritoniti. Vengono riviste ed aggiornate le raccomandazioni del 2016. L'incidenza di peritonite (riportata come episodi per paziente/anno) dovrebbe essere < 0,4 episodi per paziente/anno (1C). Si tratta di un miglioramento dello standard di 0,5 episodi/paziente/anno raccomandato nelle linee guida del 2016 (Figura 2).

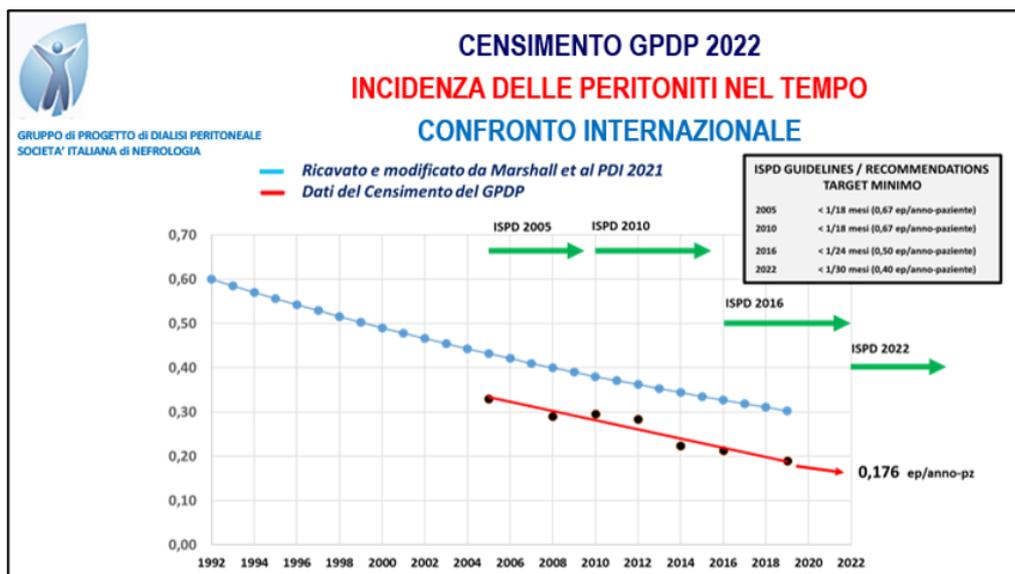


Figura 2

Peritoniti a coltura negativa. Nel 2016 si suggeriva di rivedere i metodi di campionamento e coltura se più del 15% degli episodi di peritonite erano coltura negativa (2C). Nel 2022 si raccomanda una percentuale di peritoniti con coltura negativa < al 15% di tutti gli episodi di peritonite (1C).

Prevenzione delle peritoniti. Oltre alle già note misure di prevenzione ne vengono riviste ed introdotte delle nuove.

Vengono riviste precedenti raccomandazioni:

1. *Gestione della contaminazione dei sistemi PD.* Viene suggerita la profilassi antibiotica dopo una *wet contamination*, riferito alla contaminazione con un sistema aperto (2D). Nel 2016 tale misura era *not graded*.
2. *Procedure invasive.* Viene confermato il suggerimento circa la profilassi antibiotica prima della colonscopia (2C) e delle procedure invasive ginecologiche (2D). Si introduce il suggerimento che tali procedure vengano effettuate ad addome vuoto (2D).
3. *Training alla DP.* Le linee guida del 2016 raccomandavano che il training fosse effettuato da personale infermieristico con adeguata esperienza (1C). Le nuove linee guida raccomandano che la tecnica di scambio e le conoscenze siano regolarmente rivalutate e aggiornate, con un' enfasi sull'ispezione diretta della pratica (1C).

Vengono introdotte nuove raccomandazioni:

1. *Animali domestici.* Si raccomanda ai pazienti che posseggono animali domestici, di adottare precauzioni aggiuntive per prevenire la peritonite (1C). Si suggerisce, inoltre, che gli animali non siano ammessi nella stanza in cui ha luogo lo scambio dialitico e dove è stoccato il materiale di dialisi (2A).
2. *Fattori di rischio modificabili di peritonite (ipokaliemia, antagonisti dei recettori dell'istamina-2).* Si suggerisce che evitare e trattare l'ipokaliemia possa ridurre il rischio di peritonite (2C). Si suggerisce che evitare o limitare l'uso degli antagonisti dei recettori dell'istamina-2 può prevenire la peritonite enterica (2C).

Terapia empirica delle peritoniti. Vengono aggiornate le raccomandazioni riguardanti la terapia antibiotica empirica. Si conferma la terapia empirica raccomandata nel 2016. Per i Gram-positivi: cefalosporina di prima generazione o vancomicina; per i Gram-negativi: cefalosporina di terza generazione o aminoglicosidi (1B). Le linee guida del 2022 introducono il suggerimento che la monoterapia con cefepime possa essere un'alternativa accettabile per i regimi antibiotici empirici (2B). A proposito di tale opzione è importante comunque sottolineare che si tratta ancora di un suggerimento con un grado di evidenza 2B.

N-acetilcisteina. Viene introdotto il suggerimento che l'aggiunta orale di N-acetilcisteina può aiutare a prevenire l'ototossicità degli aminoglicosidi (2B).

Successiva terapia delle peritoniti. Vengono aggiornate le raccomandazioni per il trattamento della peritonite da determinati microrganismi:

Corynebacterium. Si suggerisce che la peritonite da *Corynebacterium* sia trattata con antibiotici efficaci per 2 settimane (2D). Le linee guida del 2016 suggerivano tre settimane di trattamento. Si suggerisce, inoltre, che la peritonite dovuta a ceppi beta-lattamasi resistenti come il *Corynebacterium jeikeium* sia trattato con vancomicina (2C).

Enterococcus Species. Le Linee guida 2022 rivedono le precedenti raccomandazioni e suggeriscono di trattare la peritonite enterococcica per 3 settimane con amoxicillina orale (per enterococchi sensibili all'ampicillina) o vancomicina intraperitoneale (2C).

Pseudomonas. Rispetto alle precedenti raccomandazioni si suggerisce che, se non c'è risposta clinica

dopo 5 giorni di trattamento antibiotico appropriato, la peritonite da *Pseudomonas* deve essere trattata con la rimozione del catetere(2D).

Stenotrophomonas maltophilia. Vengono introdotte nuove indicazioni. Si suggerisce di trattare tale peritonite con due diverse classi di antibiotici, uno dei quali trimetoprim-sulfametossazolo, per almeno 3 settimane (2D).

Acinetobacter. Vengono introdotte nuove indicazioni. Si suggerisce che la peritonite da *Acinetobacter* resistente ai carbapenemi deve essere trattata con aminoglicosidi e un agente contenente sulbactam (2C).

Peritonite refrattaria. Viene rivista la raccomandazione riguardante la gestione della peritonite refrattaria (definita come mancata risposta dopo 5 giorni di terapia antibiotica appropriata). Rimane la raccomandazione che nella peritonite refrattaria il catetere sia rimosso (1D). Nelle precedenti linee guida il livello di evidenza era 1C. Si introduce infatti il suggerimento che un'osservazione più lunga di 5 giorni è appropriata se la conta dei globuli bianchi nell'effluente dialitico sta diminuendo verso la normalità (2C).

BIBLIOGRAFIA

1. Li PK, et al. ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int* 36: 481–508, 2016
2. Li PK, et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int.* 2022;42(2):110–53.