

MINI EDITORIALI

Ultrafiltrazione nello scompenso cardiaco in fase acuta: sul viale del tramonto?



Enrico Fiaccadori

Unità di Fisiopatologia dell'insufficienza Renale Acuta e Cronica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Parma

L'ultrafiltrazione isolata (UFI) è stata suggerita come efficace alternativa alla terapia convenzionale, basata prevalentemente sui diuretici, con l'obiettivo di risolvere rapidamente, e a lungo termine, la congestione nel paziente con scompenso cardiaco. Su queste basi sono state proposte in campo cardiologico procedure che, seppur da tempo entrate nell'uso comune in nefrologia, non risultano del tutto prive di complicanze, e che comunque potrebbero avere un impatto logistico ed economico non trascurabile; inoltre, le indicazioni ed il rapporto costo/beneficio dell'ultrafiltrazione isolata (UFI) nel paziente cardiologico risultano ancora scarsamente definiti, per l'effettiva scarsità di forti evidenze scientifiche sull'argomento [1]. Dati recenti da trial randomizzati controllati hanno invece documentato l'efficacia e la sicurezza della terapia diuretica, anche ad alto dosaggio, nello scompenso cardiaco [2] ([full text](#))

Due studi recenti hanno confermato la necessità di un approccio particolarmente prudente all'utilizzazione dell'UFI nello scompenso cardiaco in fase acuta, sottolineandone i rischi già noti [2] ([full text](#)), [3], e rafforzando la centralità del ruolo di un trattamento diuretico adeguatamente condotto [4]. Un primo studio [3] ha considerato una coorte prospettica di 63 pazienti ricoverati per una condizione di scompenso acuto "refrattario" al trattamento convenzionale, oliguria e peggioramento della funzione renale (creatininemia 1.9 ± 0.8 mg/dL), che richiedeva monitoraggio emodinamico per guidare la terapia; in questi pazienti veniva avviato un trattamento di UFI lenta (SCUF) della durata media di 3 giorni, con velocità di ultrafiltrazione di 100-400 ml/ora; all'inizio della SCUF i pazienti avevano una diuresi mediana di 1350 ml/24 (IQR 605-2025 ml), ed erano stati trattati con dosi giornaliere di furosemide pari a 480 mg/die negli 8 giorni che separavano il ricovero in terapia intensiva dall'inizio della SCUF. Complessivamente a 48 ore il calo ponderale ottenuto era di 6 Kg, con modesto miglioramento di alcuni indici emodinamici di riempimento, i dati rilevanti erano inoltre rappresentati dalla necessità di passaggio ad un trattamento depurativo vero e proprio (CVVHD) in 37 pazienti su 63 (59%), e dal fatto che in 9 pazienti sui 40 sopravvissuti (22.5%) si rendeva necessario un programma di emodialisi cronica dopo la dimissione. In un secondo studio, questa volta un trial multicentrico randomizzato e controllato (CARRESS-HF) [4], 188 pazienti con scompenso in fase acuta, peggioramento della funzione renale (che rispondeva ai criteri per una Acute Kidney Injury) e congestione giudicata persistente, erano randomizzati a ricevere un trattamento farmacologico (diuretici dell'ansa e tiazidici, con dosi e modalità di somministrazione adeguate), e tale da garantire 3-5 L di diuresi giornaliera, oppure l'UFI (200 ml/h). Quest'ultima è risultata essere inferiore alla terapia convenzionale per quanto riguardava l'outcome primario (variazioni combinate di creatinina

e peso corporeo a 96 ore dalla randomizzazione) [3]; in particolare, l'andamento dei valori di creatininemia nei pazienti sottoposti a UFI era peggiore a parità di calo ponderale, ed inoltre questo gruppo era gravato da una maggiore incidenza di eventi avversi, essenzialmente legati alla presenza del catetere venoso centrale ed al trattamento anticoagulante. Seppur con limiti metodologici importanti legati soprattutto a sottrazioni di volume eccessivamente aggressive (ad es. obiettivi di diuresi giornaliere di 3-5 L nei pazienti in trattamento diuretico nel caso del CARRESS-HF, oppure calo ponderale di 6 Kg in ultrafiltrazione in 48 ore nell'altro studio) ed una scelta dei pazienti opinabile (pazienti con funzione renale in fase di grave instabilità e/o AKI), entrambi i lavori suggeriscono la necessità di un approccio equilibrato rispetto all'utilizzazione di protocolli eccessivamente aggressivi per il problema della congestione nello scompenso in fase acuta, confermando altresì efficacia e la sicurezza di "vecchi" farmaci, quando siano correttamente utilizzati.

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Bibliografia

[1] Fiaccadori E, Regolisti G, Maggiore U et al. Ultrafiltration in heart failure. *American heart journal* 2011 Mar;161(3):439-49

[2] Felker GM, Lee KL, Bull DA et al. Diuretic strategies in patients with acute decompensated heart failure. *The New England journal of medicine* 2011 Mar 3;364(9):797-805 (full text)

[3] Patarroyo M, Wehbe E, Hanna M et al. Cardiorenal outcomes after slow continuous ultrafiltration therapy in refractory patients with advanced decompensated heart failure. *Journal of the American College of Cardiology* 2012 Nov 6;60(19):1906-12

[4] Bart BA, Goldsmith SR, Lee KL et al. Ultrafiltration in decompensated heart failure with cardiorenal syndrome. *The New England journal of medicine* 2012 Dec 13;367(24):2296-304