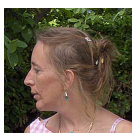


COMMENTARIO

# Le linee guida canadesi sull'avvio della dialisi: un "paradigm shift" per la rivincita del medico pratico



Giordina Piccoli

SS Nephrology ASOU san Luigi, Department of Clinical and Biological Sciences, University of Torino, Italy

Corrispondenza a: Giordina Piccoli; Tel: +39 3475514005; Mail: [gpiccoli@yahoo.it](mailto:gpiccoli@yahoo.it)

## Abstract

Le nuove linee guida per l'avvio della dialisi della Società Canadese di Nefrologia rappresentano un vero e proprio "paradigm shift" che, per citare la teoria di Kuhn, altro non è che un punto di vista differente.

La linea guida, che si basa su un'attenta analisi della letteratura, valuta essenzialmente la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti. In linea con una scelta qualitativa, le parole chiave sono qualitative: l'"intention-to-defer" sostituisce l'"intention-to-start-early" ed è qualitativo anche il processo decisionale; gli autori propongono, infatti, una lista volutamente concisa di segni e sintomi non riconducibili a numeri esatti, ad esempio la presenza di sintomi uremici.

Il Nefrologo Clinico ne emerge (per una volta) vittorioso; la decisione di avviare la dialisi torna nelle sue mani: non è un lavoro di gruppo né un frigidissimo algoritmo: è una scelta clinica.

Il giudizio del medico è l'unico criterio decisionale al di sopra di un GFR di 6 mL/min, limite al di sotto del quale, si dice, la dialisi va comunque avviata; tuttavia, gli Autori ricordano che la gestione ottimale dei pazienti che raggiungono questi livelli si basa su esperienze limitate. E così i numeri magici tornano a tormentarci; tuttavia, possiamo prendere il meglio di questo cambiamento di prospettiva: la decisione ritorna in mano nostra, la clinica è la nostra arma, la responsabilità non è ripiegabile in formuletta. Se non ci è più dato di nasconderci dietro allo schermo di un computer, e ci è richiesto di ritornare ad essere padroni della scelta, è anche perché, in fondo, siamo vivi.

Parole chiave: dialisi, gfr, linee guida canadesi, Società Canadese di Nefrologia

Le nuove linee guida Canadesi, di recentissima pubblicazione, riguardano un problema tanto cruciale quanto specifico, l'avvio della dialisi, e rappresentano una vera e propria rivoluzione, non solo per quanto riguarda l'argomento puntuale, ma anche per quanto concerne il ruolo del Nefrologo clinico nelle scelte decisionali di base [1]. Si tratta di un vero "paradigm shift", per dirla con un termine un po' abusato, che fa riferimento ad un gran libro di filosofia della scienza (The structure of scientific revolutions, 1962) di Thomas Kuhn [2]. Secondo la teoria di Kuhn, l'evoluzione della scienza è discontinua, e passa attraverso l'applicazione di un'ottica differente per interpretare gli eventi naturali; questo concetto di "evoluzione per rivoluzione" è entrato poi in uso anche in altri contesti, da quello filosofico a quello delle scienze applicate. In questo caso, una formidabile pulsione a cambiare punti di vista viene sia dal successo sia dalla crisi: il successo del prolungare la sopravvivenza,

che porta più pazienti a dovere avviare la dialisi, per malattie legate all'invecchiamento, alla vasculopatia ed al diabete e l'insuccesso clamoroso dei trattamenti dialitici precoci nel prolungare la sopravvivenza [1] [3] (full text) [4] (full text) [5]. La crisi economica globale costituisce, ovviamente, un acceleratore lineare in questa revisione delle indicazioni ad uno dei trattamenti più costosi e su più larga scala oggi disponibili in Medicina [6] (full text). In base ad una attenta revisione della letteratura, e tenendo conto di una scala di valori, che valuta al primo posto la sopravvivenza dei pazienti e la loro qualità di vita, gli Autori giungono ad una linea guida squisitamente qualitativa non solo nelle parole chiave (intention-to-defer, in luogo di intention-to-start-early), ma anche del processo di selezione dell'avvio della dialisi, fornendo un elenco volutamente conciso di segni e sintomi non immediatamente o facilmente riducibili ad un numero, quali la presenza di sintomatologia uremica. Il Nefrologo pratico ne esce vittorioso: è a lui (e non a team variamente costituiti quanto spesso deresponsabilizzanti) che spetta la decisione dell'avvio della dialisi, anche al di là, come esplicitato nel testo, dei numeri. Sui numeri, comprensibilmente e forse inevitabilmente, il testo è però ambiguo: la clinica è l'unica guida al di sopra di 6 di eGFR; pare di leggere tra le righe che sia con un certo rammarico che gli Autori pongono comunque un limite numerico: "The optimal management of patients with an eGFR of 6 mL/min per 1.73 m2 or less is based on limited data" [1]. Rammarico o meno, il numero perfetto ritorna a tormentarci; tuttavia, prendiamo il meglio di questo paradigm shift: la decisione è nelle nostre mani, la clinica è la nostra arma, la responsabilità clinica non è riducibile a numeri. Se non possiamo nasconderci dietro a un dito, allo schermo di un computer, a un team, abbiamo ragione di esistere, siamo vivi.

---

## Bibliografia

[1] Nesrallah GE, Mustafa RA, Clark WF et al. Canadian Society of Nephrology 2014 clinical practice guideline for timing the initiation of chronic dialysis. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2014 Feb 4;186(2):112-7

[2] Rashkis HA Somnambulating into a paradigm shift--World Changes: Thomas Kuhn and the Nature of Science. JAMA : the journal of the American Medical Association 1994 Aug 17;272(7):515-6

[3] Hutchinson TA The price and challenges of extraordinary success: treating end-stage renal failure in the next millennium. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 1999 Jun 1;160(11):1589-90 (full text)

[4] Cooper BA, Branley P, Bulfone L et al. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. The New England journal of medicine 2010 Aug 12;363(7):609-19 (full text)

[5] Susantitaphong P, Altamimi S, Ashkar M et al. GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a meta-analysis. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation 2012 Jun;59(6):829-40

[6] Berger A, Edelsberg J, Inglese GW et al. Cost comparison of peritoneal dialysis versus hemodialysis in end-stage renal disease. The American journal of managed care 2009 Aug;15(8):509-18 (full text)

COMMENTARIO

# The Canadian Society of Nephrology 2014 clinical practice guideline for timing the initiation of chronic dialysis: a paradigm shift and the return of the clinical nephrologist.



**Giorgina Piccoli**

*SS Nephrology ASOU san Luigi, Department of Clinical and Biological Sciences, University of Torino, Italy*

Corrispondenza a: Giorgina Piccoli; Tel: +39 3475514005; Mail: [gpiccoli@yahoo.it](mailto:gpiccoli@yahoo.it)

## Abstract

The recent guideline of the Canadian Society of Nephrology for timing the initiation of chronic dialysis may be seen as a "paradigm shift", meaning, according to the Kuhn's theory, the development of a different viewpoint.

The guideline is based on a careful review of the literature, with primary emphasis on patient survival and quality of life. Hence, the Authors choose qualitative keywords (intention -to-defer, in place of the intention-to-start-early), but also a qualitative process for deciding the start of dialysis, by providing an intentionally concise list of signs and symptoms not reducible to numbers, such as the presence of uremic symptoms.

The recent guideline of the Canadian Society of Nephrology, regarding the timing of the initiation of chronic dialysis, may be seen as a "paradigm shift", that means, according to Kuhn's theory, the development of a different viewpoint.

The guideline is based on a careful review of the literature, with primary emphasis on patient survival and quality of life. Hence, the Authors choose not only qualitative keywords (intention -to-defer, in place of intention-to-start-early), but also a qualitative process for deciding the start of dialysis, by providing an intentionally concise list of signs and symptoms not reducible to numbers, such as the presence of uremic symptoms.

The clinical Nephrologist emerges victorious; the decision to initiate dialysis is in his-her hands; it is not a team-work, or a numeric algorithm: it's a clinical choice.

The clinical judgment is the only guide above 6 mL/min of eGFR. Below this limit, dialysis has to be started; however, the Authors state that the optimal management of patients with an eGFR of 6 mL/min per 1.73 m<sup>2</sup> or less, it is based on limited data.

Hence, numbers are back to haunt us; nevertheless, we should take the best of this paradigm shift: the decision is again in our hands, the clinic is our weapon, the responsibility is not reducible to pretty formulae. If we cannot hide behind a computer screen, we have good reasons to exist, and we are alive.

Key words: gfr, Canadian Society of Nephrology, dialysis

The recent guideline of the Canadian Society of Nephrology for timing the initiation of chronic dialysis concerns a specific and crucial problem, and represents a true revolution, not only with regard to the specific matter of dialysis start, but also to the role of the

clinical Nephrologist in our key choices [1]. The guideline may be seen as a real "paradigm shift", to use a sometimes misused term, that refers to a great book of philosophy of science (The structure of scientific revolutions, 1962) of Thomas Kuhn [2]. According to the Kuhn's theory, the evolution of science is discontinuous, and passes through the development of different viewpoints to interpret natural events; this concept of "evolution by revolution" has also gained use in other contexts, such as humanities or applied sciences.

In this case, a remarkable drive to change point of view comes both from the success and from the crisis: the success of prolonging survival, that brings more patients to develop chronic kidney disease and to start dialysis, and the frustrating failure of early dialysis to prolong the survival of ESRD patients [1] [3] (full text) [4] (full text) [5]. The global economic crisis obviously constitutes a linear accelerator in the revision of the indications to dialysis, one of the most expensive and widespread medical treatment today available [6] (full text).

The guideline is based on a careful review of the literature, taking into account a set of values that places primary emphasis on patient survival and quality of life. Hence, the Authors arrive at a guideline with qualitative keywords (intention -to-defer, in place of the intention-to-start-early), and also defining a qualitative decision process for the start of dialysis. They provide an intentionally concise list of signs and symptoms not immediately reducible to numbers, such as the presence of uremic symptoms.

The clinical Nephrologist emerges victorious; the decision of initiating dialysis is in his-her hands; it is not a team-work, or the result of a numeric algorithm: it's a medical choice.

However, understandably and perhaps inevitably, the text is quite ambiguous on numbers; the clinical judgement is the only guide above 6 mL/min of eGFR. Below this limit, dialysis has to be started; it seems to read between the lines the authors' regret when they pose a numerical limit for dialysis start, as they state: "The optimal management of patients with an eGFR of 6 mL/min per 1.73 m<sup>2</sup> or less is based on limited data" [1].

Regret or not, the perfect number is back to haunt us; however, we should take the best of this paradigm shift: the decision is again in our hands, the clinic is our weapon, the responsibility is not reducible to pretty formulae. If we can not hide behind a finger, or a computer screen, we have good reasons to exist, and we are alive.

---

## References

[1] Nesrallah GE, Mustafa RA, Clark WF et al. Canadian Society of Nephrology 2014 clinical practice guideline for timing the initiation of chronic dialysis. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2014 Feb 4;186(2):112-7

[2] Rashkis HA Somnambulating into a paradigm shift--World Changes: Thomas Kuhn and the Nature of Science. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1994 Aug 17;272(7):515-6

[3] Hutchinson TA The price and challenges of extraordinary success: treating end-stage renal failure in the next millennium. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 1999 Jun 1;160(11):1589-90 (full text)

[4] Cooper BA, Branley P, Bulfone L et al. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *The New England journal of medicine* 2010 Aug 12;363(7):609-19 (full text)

[5] Susantitaphong P, Altamimi S, Ashkar M et al. GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a meta-analysis. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation* 2012 Jun;59(6):829-40

[6] Berger A, Edelsberg J, Inglese GW et al. Cost comparison of peritoneal dialysis versus hemodialysis in end-stage renal disease. *The American journal of managed care* 2009 Aug;15(8):509-18 (full text)