

CON QUALI TRATTAMENTI EXTRACORPOREI: CONVEZIONE VERSUS DIFFUSIONE

M. Gonella

S.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale S. Spirito, Casale Monferrato (AL)

È stato segnalato che l'Emodiafiltrazione *online* (EDF OL) ad alta Ultrafiltrazione (UF) si associa ad un ridotto rischio di mortalità (circa il 35%) rispetto all'emodialisi a bassa e ad alta efficienza (1). Ciò è stato attribuito ad una più efficiente rimozione delle piccole molecole, in particolare del Fosforo, alla rimozione delle medie molecole, ad una migliore stabilità vascolare ed alla più elevata biocompatibilità (1-4).

Pertanto, sulla base di questi studi, l'EDF OL ad alta UF può essere considerata il "gold standard" della dialisi extracorporea. Ferma restando questa valutazione, tuttavia, il gradiente di mortalità associata alle diverse metodiche riportato nello studio di Canaud (1) dovrebbe tenere conto delle seguenti considerazioni:

- un'alta prevalenza di pazienti ipertesi (>70%) come riportata nello studio in oggetto (1), potrebbe essere indice di una ritenzione idrosodica cronica. Quest'ultimo fattore è, infatti, considerato come la causa più sicura di ipertensione arteriosa nei pazienti in dialisi cronica, ed il principale fattore di rischio cardiovascolare;
- l'esistenza di una ritenzione idrosodica cronica e la sua entità sono difficilmente quantificabili sul piano clinico e nessuna metodica strumentale è stata finora validata con sicurezza.

La terapia farmacologica antiipertensiva non solo non corregge la ritenzione idrosodica, ma la può addi-

rittura aggravare per la difficoltà a raggiungere il peso secco dovuta alla possibile ipotensione indotta dalla terapia nel corso della seduta dialitica.

Pertanto, tra i vantaggi clinici dell'EDF OL dovrebbe essere valutata anche la sua capacità di correggere la ritenzione idrosodica grazie alla migliore biocompatibilità del sistema (membrane sintetiche ad alta permeabilità, dialisato-reinfusato ultrapuro) ed al processo convettivo.

Il raggiungimento di tale obiettivo può essere facilmente verificato in base alla normalità della pressione arteriosa predialitica (<150/90 mmHg) ed al riscontro radiologico di un indice cardio-toracico normale, in assenza di importanti vizi valvolari.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. M. Gonella
S.O.C. Nefrologia e Dialisi
Ospedale S. Spirito
15033 Casale Monferrato (AL)
e-mail: calabrese.giovanni@asl21.piemonte.it

BIBLIOGRAFIA

1. Canaud B, Bragg-Grasham JL, Marshall MR, et al. Mortality risk for patients receiving hemodiafiltration versus hemodialysis: European results from the DOPPS. *Kidney Int* 2006; 69: 2087-93.
2. Cheung AK, Rocco MV, Leypoldt JK, et al. Serum β -2 Microglobulin levels predict mortality in dialysis patients: results from the HEMO STUDY. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 546-55.
3. Vaslaki L, Berta K, Karatson A, et al. On-line haemodiafiltration versus hemodialysis: stable haematocrit with less erythropoietin and improvement of other relevant blood parameters. *Blood Purif* 2006; 24: 163-73.
4. Lornoy W, De meester J, Beaus I, et al. Impact of convective flow on phosphorus removal in maintenance hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2006; 16: 47-53.