

III SESSIONE POSTER

COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI NELLA MALATTIA RENALE CRONICA

Giovedì, 9 Ottobre 2008 – ore 14.15-15.20

PROGRESSIONE DELL'IPERTROFIA VENTRICOLARE SINISTRA NEI PAZIENTI EMODIALIZZATI

Donadio C, Elshahawi Y, Kamel H

Dipartimento di Medicina Interna, Nefrologia, Università di Pisa, Pisa

Introduzione. La patologia cardiovascolare è frequente ed è rilevante per la prognosi a lungo termine dei pazienti emodializzati.

Scopo. Valutare prospettivamente durante un periodo di 5 anni l'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) e altri indici morfo-funzionali ecocardiografici in pazienti in trattamento emodialitico cronico.

Pazienti e metodi. 29 pazienti adulti (19 M e 10 F, età media 68.2 anni) in trattamento emodialitico trisettimanale (14 bicarbonato dialisi standard e 15 tecniche miste); durata della dialisi 4 ore; età media di dialisi 4.2 anni. Ogni 2 mesi venivano eseguiti i controlli ematochimici per valutare efficienza della dialisi, stato nutrizionale, infiammazione, metabolismo glicidico, lipidico e minerale e anemia. L'ecocardiogramma è stato eseguito con cadenza annuale. È stato misurato lo spessore del setto interventricolare, della parete posteriore in diastole (PWTd) ed il diametro della cavità ventricolare sinistra in diastole (LVIDd). Sono stati calcolati i valori di massa ventricolare sinistra (LVM). L'IVS è stata caratterizzata sulla base dello spessore relativo della parete (RWT) calcolato come $[(2 \times \text{PWTd})/\text{LVIDd}]$. L'IVS è stata definita concentrica se RWT era > 0.45 o eccentrica se RWT < 0.45 .

Risultati. Durante i 5 anni di osservazione non sono state riscontrate variazioni significative di Kt/V, protein catabolic rate, calcemia, fosforemia, PTH, albuminemia, pre-albuminemia, proteina C-reattiva, ematocrito ed emoglobina. Dopo il primo anno di dialisi i valori di colesterolemia totale aumentavano da 151 ± 44 a 172 ± 48 mg/dl ($p < 0.05$). Nei successivi 4 anni la colesterolemia è rimasta stabile. Non sono state osservate variazioni significative di trigliceridemia, colesterolemia HDL e LDL. Nei 5 anni di osservazione abbiamo rilevato un progressivo e significativo decremento della pressione arteriosa sistolica (da 134 ± 21 a 104 ± 26 mmHg), diastolica (da 74 ± 13 a 61 ± 16 mmHg) e differenziale (da 61 ± 20 a 45 ± 19). L'ecocardiogramma all'inizio del trattamento emodialitico ha dimostrato in tutti i pazienti un grado variabile di IVS (LVM 285 ± 124 g); ipertrofia concentrica in 13 pazienti ed eccentrica nei rimanenti 16. La frazione di eiezione (EF) era $56 \pm 13\%$. Nei 5 anni di osservazione non sono state riscontrate variazioni significative di LVM e EF, mentre PWTd aumentava progressivamente (da 1.16 ± 0.13 a 1.23 ± 0.17 cm), RWT (da 0.46 ± 0.13 a 0.51 ± 0.8), il diametro del bulbo aortico da 3.38 ± 0.32 a 3.5 ± 0.28 cm), e si riscontrava un aumento delle calcificazioni mitraliche ed aortiche ($p < 0.05$).

Conclusioni. L'ipertrofia ventricolare sinistra, spesso eccentrica, è frequente all'inizio del trattamento emodialitico. Successivamente l'IVS diviene più spesso concentrica e aumentano le calcificazioni valvolari. La riduzione rilevante della pressione arteriosa, la dose adeguata di dialisi, il buon controllo dell'anemia e dei metabolismi glucidico, lipidico e minerale non influenzano la progressione di queste alterazioni ecocardiografiche.

31

L'ARTERIOPATIA DEGLI ARTI INFERIORI: COMPLICANZA FREQUENTE NEI PAZIENTI IN EMODIALISI. EVOLUZIONE DELL'ESPERIENZA CHIRURGICA DAL 2000 A OGGI

Del Vecchio L¹, Rossi G², Corti MM¹, Bigi MC¹, Casartelli D¹, La Milia V¹, Cavalli A¹, Lorenzi G², Locatelli F¹¹Divisione di Nefrologia e Dialisi, Ospedale "A. Manzoni", Lecco; ²Divisione di Chirurgia Vascolare, Ospedale "A. Manzoni", Lecco

Introduzione. Sebbene la patologia cardiovascolare sia la principale causa di morte nei pazienti in emodialisi, sorprendentemente l'epidemiologia ed il trattamento dell'arteriopatia obliterante agli arti inferiori è stata relativamente poco studiata. Inoltre si conosce poco dell'outcome delle diverse tecniche chirurgiche in questi pazienti.

Scopi. Valutazione retrospettiva del trattamento dell'arteriopatia obliterante agli arti inferiori nei pazienti emodializzati dal settembre 2000 al maggio 2008.

Pazienti e metodi. 47 pazienti emodializzati (M/F: 34/13, età media 67.8 ± 9.8) sono stati sottoposti a 110 interventi di chirurgia vascolare. I loro dati antropometrici, di laboratorio e dialitici e di sopravvivenza sono stati confrontati con una popolazione di controllo di pazienti in emodialisi cronica prevalenti al 1/1/2000 ($n = 101$; M/F: 62/39, età media 66.3 ± 12.3).

È stata valutata infine l'evoluzione della tecnica chirurgica in questi anni.

Risultati. In questi 8 anni sono stati effettuati 24 interventi di by-pass/tromboendoarteriectomia (TEA) (7 prossimali, 11 femoro-poplitei, 6 femorali-distali) e 32 angioplastiche (6 prossimali, 26 poplitee/tibiali), 3 interventi di rivascularizzazione indiretta e 11 impianti di elettrostimolatori midollari (SCS). Nonostante ciò sono state effettuate 41 amputazioni (24 maggiori, 13 minori).

Nel tempo abbiamo osservato una progressiva riduzione dell'utilizzo della rivascularizzazione chirurgica, a favore di un aumento dell'angioplastica e della rivascularizzazione indiretta. L'evoluzione nella modalità di trattamento è stata influenzata dall'introduzione ad un approccio più precoce ed aggressivo della vasculopatia agli arti inferiori mediante un ambulatorio dedicato.

La mortalità a 12 mesi dal 1° intervento è risultata del 46% (11 pz; 7 cardiaca, 1 no correlata, 3 cachessia), a 24 mesi del 54% (13 pz; 5 cardiaca, cachessia 8).

Rispetto al gruppo di "controllo" senza arteriopatia questi pazienti non presentano differenze significative in termine di età, sesso, mesi in dialisi, depurazione dialitica, valori di emoglobina, colesterolo totale, PTH; la frequenza di diabete è significativamente superiore (51.2% nei pazienti con arteriopatia rispetto al 12.8% nel gruppo di controllo). Infine i pazienti con arteriopatia agli arti inferiori presentano una sopravvivenza inferiore dall'inizio del trattamento dialitico rispetto al gruppo di controllo (sopravvivenza mediana di 4.5 e 8.5 anni, rispettivamente; Log rank 12.24, $p = 0.06$).

Conclusioni. L'arteriopatia obliterante agli arti inferiori condiziona negativamente la prognosi dei pazienti in dialisi. Nonostante l'istituzione di un ambulatorio dedicato, che ha consentito un approccio più precoce ed aggressivo alla patologia, una percentuale importante di soggetti è andata incontro comunque ad amputazione di uno o entrambi gli arti.

32

MALATTIA ATROSCLEROTICA RENOVASCOLARE NEI PAZIENTI ANZIANI IN DIALISI: ESPERIENZA DI 10 ANNI

Scarpioni R¹, Pavone L¹, Gandolfi S², Michieletti E³¹U.O. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale "Guglielmo da Saliceto", Piacenza; ²Dipartimento degli Staff Ospedale "Guglielmo da Saliceto", Piacenza; ³Radiologia Vascolare ed Interventistica Ospedale "Guglielmo da Saliceto", Piacenza

Introduzione. La malattia aterosclerotica renovascolare (MRV), causa di ipertensione ed insufficienza renale, è frequente nella popolazione anziana generale ed è associata ad aumentato rischio cardio-vascolare (C-V), ma esistono pochi dati in letteratura sulla popolazione anziana in dialisi.

Obiettivi. Obiettivo primario di questo studio retrospettivo è di valutare se la diagnosi di MRV nella popolazione dialitica anziana sia un fattore di rischio indipendente di mortalità e obiettivo secondario il tasso di ospedalizzazione.

Pazienti e metodi. Su un totale di 452 pazienti consecutivi che hanno iniziato trattamento dialitico cronico nella nostra provincia dal Gennaio 1997 al Giugno 2007 abbiamo valutato tutti i pazienti di età > 65 anni che erano stati sottoposti ad arteriografia renale e nei quali era stata diagnosticata ($n=34$), o esclusa ($n=34$), presenza di MRV.

Risultati. La prevalenza di MRV nei pazienti > 65 anni è stata del 7.5%.

All'inizio della dialisi i pazienti affetti da MRV (età media 74.6 ± 6.6 anni) erano significativamente più anziani ($p=0.042$) di quelli senza MRV (età media 71.6 ± 4.9 anni) e non vi erano differenze significative tra i due gruppi per altre caratteristiche (sesso, tipo di dialisi e di accesso vascolare, presenza di ipertrofia ventricolare sinistra, diabete, valori di albuminemia, Hb, Ca, P, PTH e PCR).

I pazienti con MVR hanno presentato lungo il follow-up un maggior numero di ricoveri (media 1.4 vs 1 /paziente) e di giorni di degenza complessiva (media 15 vs 8.6 /paziente), seppur non significativi ($p = 0.584$ e $p=0.548$, rispettivamente).

La mediana di sopravvivenza dell'intera popolazione studiata è stata di 63 mesi (I.C. 95%, 52-74 mesi). Tutti i parametri sono stati testati nell'analisi univariata e per i valori di $p < 0.30$ è stata eseguita l'analisi multivariata. Vedi (Tab.).

Associazione tra parametri clinico-laboratoristici e rischio di morte: analisi di Cox uni- e multi-variata.

n=68	Uni-variata			Multi-variata		
	p value	HR	95% C. I.	p value	HR	95% C. I.
età ≤ 75 anni	0.035	2.25	0.21-0.94	0.006	4.1	1.50-11.38
emoglobina < 10.5 g/dl	0.08	2.09	0.92-4.72	0.19	1.08	0.74-4.56
albuminemia < 3.5 g/dl	0.28	1.60	0.67-3.79	0.050	2.7	1.00-7.52
ARVD	0.17	1.67	0.29-1.24	0.88	1.07	0.42-2.76

È risultata una ridotta sopravvivenza a 2 e 5 anni nel gruppo con MVR (76% e 42% rispettivamente) rispetto a quello senza MVR (79% e 65% rispettivamente), seppur non significativa ($p=0.166$), nonostante il gruppo MVR avesse maggiori età e fattori di comorbidità (angina 59%, scompenso 73%, ictus 35%, arteriopatia periferica 62%) rispetto al non-MVR (41, 44, 26 e 50%, rispettivamente).

All'analisi multivariata solo l'età > 75 anni e l'albuminemia < 3.5 g/dl sono risultate essere fattori di rischio indipendenti di mortalità ($p=0.006$ e 0.05, rispettivamente).

Conclusioni. Seppur con i limiti di un'analisi retrospettiva con relativamente pochi pazienti, il primo studio, con lungo follow-up, di confronto tra pazienti anziani in dialisi con o senza MRV diagnosticata con arteriografia.

I nostri dati confermano l'elevata mortalità C-V dei pazienti anziani in dialisi, seppur con differenza non significativa tra gruppo con o senza MRV.

Inoltre dei pazienti con MRV, nonostante le maggiori età e fattori di comorbidità, la mortalità è molto minore di quanto riportato in letteratura, rendendo ipotizzabile un differente outcome nei pazienti anziani con MRV in dialisi rispetto a quelli non in dialisi.

Ampi studi prospettici sono necessari per confermare i nostri dati.

(segue)

33

VALUTAZIONE DELL'ESTENSIONE DELL'ATEROSCLEROSI IN UN GRUPPO DI EMODIALIZZATI E DI TRAPIANTATI RENALI MEDIANTE ESAME DOPPLER

Grignetti M¹, Pascazio L², Enzmann G¹, Artero M¹, Ianche M¹, Galli G¹, Bianco F¹, Vianello S¹, Sirch C¹, Gerini U¹, Panzetta G¹
¹S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedali Riuniti di Trieste, Trieste; ²Dipartimento di Scienze Cliniche Morfologiche e Tecnologiche, Università di Trieste, Trieste

Introduzione. L'IRC rappresenta un fattore noto di rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare che persiste ed anzi si aggrava con il progressivo declino della funzione renale. In dialisi gli eventi cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte, con una frequenza molto più alta di quella delle popolazioni di controllo. Anche il trapianto renale è gravato da un maggior rischio cardiovascolare per una moltitudine di fattori legati alla terapia antirigetto e alla presenza di più o meno pronunciata insufficienza renale. Vi è, tuttavia, qualche evidenza che le complicanze cardiovascolari siano meno frequenti tra i pazienti trapiantati che tra quelli dializzati.

Scopo. Valutare l'estensione dell'aterosclerosi tramite Doppler duplex scanning nei distretti arteriosi carotidi e degli arti inferiori in un gruppo di pazienti dializzati ed in un gruppo comparabile di pazienti trapiantati.

Pazienti e metodi. Sono stati confrontati 63 pazienti emodializzati (HD) con 63 pazienti trapiantati renali (Tx) selezionati per avere la stessa età (54+/- 2 anni) e lo stesso periodo medio di dialisi (4 anni) e con etiologia simile della nefropatia di base (in entrambi i gruppi sono state escluse le nefropatie vascolari).

Risultati. La percentuale di pazienti affetti da cardiopatia ischemica era del 28.6% nel gruppo HD e del 12.6% nel gruppo Tx (p=0.030). I pazienti dislipidemici erano pari al 39.6% (HD) vs il 41.2% in Tx (p=0.85). La percentuale dei fumatori era analoga nei 2 gruppi (31.7%) (p=1). Nel gruppo HD vi era una più alta prevalenza di diabetici (33.3% vs 15.8%) (p=0.029). L'analisi Doppler delle carotidi dimostrava che la percentuale di territorio vasale carotideo coinvolto da placche era pari al 25% in HD e all'11% in Tx (p=0.0167) e che il livello di stenosi determinato dalle placche era in media pari al 18% del lume in HD e al 7.8% in Tx (p=0.0167). A carico degli arti inferiori si osservava un'arteriopatia obliterante iniziale in 51 pazienti in HD vs 21 pazienti in Tx (p=0.001).

Conclusioni. Pur avendo considerato una casistica composta da pazienti d'età relativamente giovane e di età dialitica breve (il gruppo HD, almeno in partenza, costituiva un gruppo selezionabile per il trapianto), si osservava una più precoce e maggiore estensione del processo aterosclerotico nei dializzati rispetto ai trapiantati. A nostro avviso la maggior prevalenza di diabetici nel gruppo dei dializzati non è sufficiente per spiegare tali differenze. La gravità delle lesioni aterosclerotiche riscontrate nei pazienti dializzati e la relativa benignità del quadro tra i trapiantati possono costituire da un lato la base della diversa incidenza di complicanze tra dializzati e trapiantati e dall'altro un incentivo ad avviare i pazienti precocemente al trapianto, possibilmente ancor prima di iniziare il trattamento emodialitico. Si potrebbe inoltre ipotizzare di valutare se lo "score ateromascio" rivesta significato prognostico.

34

Dicinnove (95%) pz presentavano un valore di CS <50 HU, mentre solo un pz (5%) presentava un valore elevato di CS (1074 HU). PWV e IMT risultavano invece alterate in tutti i pz. Non venivano osservate alterazioni dell'assetto lipidico e dell'HOMA index.

Conclusioni. Sebbene il campione studiato sia di piccole dimensioni il presente lavoro permette di fare alcune considerazioni sull'evoluitività del danno vascolare dei pz con CKD. Il danno sembra realizzarsi step-by-step: nelle fasi iniziali compare l'AS (ed è quello che noi abbiamo riscontrato con aumenti della PWV e dell'IMT). Più tardivamente si assiste ad un processo di calcificazione vascolare (Russo D, *AJKD* 2004). Questo potrebbe avere dei risvolti terapeutici, come l'impiego di statine in una prima fase da integrare successivamente con chelanti del fosforo e altri presidi (analoghi vit.D, calcimimetici, ecc) in grado di normalizzare le alterazioni del bilancio Ca/PO₄.

Sono necessari studi in campioni più numerosi per confermare i nostri risultati, per vedere gli effetti di eventuali precoci interventi terapeutici e per capire in quale momento della evoluzione dell'IRC, o per l'intervento di quali fattori, si verifica l'instaurarsi del quadro di calcificazione vascolare descritto nelle fasi avanzate di CKD.

35

ARTERIAL STIFFNESS E SCORE DI CALCIFICAZIONE VASCOLARE IN PAZIENTI CON STADIO PRECOCE DI MALATTIA RENALE CRONICA IN ASSENZA DI DIABETE

Ferramosca E¹, Sestigiani E¹, Mandreoli M¹, Pasquali S¹, Fattori R², Santoro A¹
¹UOC Nefrologia Dialisi e Iperensione; ²Istituto di Radiologia III, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione. Nei pazienti (pz) con malattia renale cronica avanzata le calcificazioni vascolari sono un reperto di frequente riscontro, mentre ben poco si sa circa il grado compromissione vascolare, espresso in termini di arterial stiffness (AS) e calcificazioni vascolari, nelle fasi precoci di malattia renale cronica (chronic kidney disease, CKD).

Scopo. Valutare, in pz con CKD 3, le alterazioni vascolari attraverso la misurazione dell'AS e dello score di calcificazione coronarica.

Pazienti e metodi. Sono stati valutati 20 pz (13M, 7F, età media 64±7 anni) affetti da insufficienza renale cronica (IRC) lieve-moderata (VFG 30-59 ml/min). Venivano deliberatamente esclusi dallo studio i pz affetti da diabete mellito e/o da cardiopatia nota per evitare l'interferenza di altre condizioni patologiche, a parte l'IRC, nella genesi del danno vascolare. Le nefropatie di base erano nefroangiosclerosi (70%), glomerulonefrite membranosa (21%) e nefrite interstiziale (9%).

Ciascun pz è stato sottoposto alla valutazione dei seguenti parametri: score di calcificazione coronarica mediante multi-detector CT [espresso come calcium score (CS) secondo l'Agatston score], AS mediante la misurazione della pulse wave velocity (PWV), intima-media thickness della carotide comune (cclMT) mediante ecografia bidimensionale e indice di massa ventricolare sinistra (LVMi) mediante ecocardiografia. Per la valutazione della funzione renale residua è stata utilizzata la formula di Cockcroft e Gault. Sono stati inoltre valutati: profilo lipidico, profilo glicidico, elettroliti, HOMA index, etc.

Risultati. La seguente tabella riassume i principali risultati.

VARIABILE	media ± DS
VFG (ml/min)	40.6 ± 10
Colesterolo totale (mg/dl)	198 ± 35
Colesterolo LDL (mg/dl)	111 ± 29
Colesterolo HDL (mg/dl)	53 ± 16
Trigliceridi (mg/dl)	183 ± 93
HOMA index (%)	1.9 ± 1.5
PWV (m/sec)	10.5 ± 1.6
cclMT (mm)	0.8 ± 1.2
LVMi (g/m ²)	110 ± 41

(segue)

LA MALATTIA RENALE CRONICA È ASSOCIATA AD AUMENTATO RISCHIO CARDIOVASCOLARE NEL DIABETE TIPO 2

Re M¹, Ravera M¹, Noberasco G², Filippi A², Cricelli C², Gallina AM³, Weiss U¹, Cannavò R¹, De Micheli A⁴, Deferrari G¹

¹Nefrologia, Dialisi e Trapianto, DiMI, Università di Genova, Genova; ²Area cardiovascolare, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG); ³Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università di Genova, Genova; ⁴Diabetologia, Ospedale San Martino, Genova

Introduzione. La malattia renale cronica (CKD) si associa a significativo aumento del rischio cardiovascolare (CV). Tuttavia le Carte del Rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità per il calcolo di tale rischio non prendono in considerazione la funzione renale o l'eventuale presenza di CKD sia nella popolazione generale, sia in quella diabetica.

Scopo. Scopo di questo studio è stato pertanto valutare la prevalenza di CKD e l'eventuale relazione tra danno renale e rischio CV nella popolazione affetta da diabete mellito tipo 2 (DM).

Metodi. Nell'ambito di un progetto italiano di collaborazione tra la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e la Società Italiana di Nefrologia sono stati studiati i soggetti ipertesi affetti da DM tipo 2. Nei 7582 pazienti estratti dal database di Health Search della SIMG sono stati analizzati il sesso, l'età, i valori di pressione arteriosa (PA), la prevalenza di dislipidemia, di ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) all'ECG, di abitudine al fumo e il dato anamnestico di pregressi eventi CV maggiori quali infarto miocardico, angina e ictus. In ogni paziente è stato calcolato il filtrato glomerulare (GFR) stimato a partire dal valore di creatinemia plasmatica, in accordo con la formula modificata desunta dallo studio MDRD. I soggetti sono stati inoltre categorizzati in due gruppi in base ai valori di GFR: ≥60 ml/min e <60 ml/min.

Risultati. Sono stati studiati 3543 maschi e 4039 femmine di età compresa tra 25 e 89 anni. I valori medi di PA erano 142±15/81±8 mmHg, quelli di GFR 73±21 ml/min. La prevalenza di dislipidemia era 49.5%, quella di IVS 8%, quella di fumatori attivi 14%. Il 26% dei soggetti aveva un GFR <60 ml/min e il 6% aveva già sofferto di almeno un evento CV maggiore.

I soggetti con GFR<60 ml/min erano più anziani (p<0.001), prevalentemente femmine (p<0.001), con valori di pressione differenziale più elevati (p<0.001) e presentavano una maggiore prevalenza di IVS (p<0.001) e di eventi CV maggiori pregressi (p<0.001). L'analisi di regressione logistica multipla dimostrava che la presenza di GFR<60 ml/min era significativamente associata a eventi CV maggiori e alla presenza di IVS (RR=1.497; p<0.001) in modo addirittura più potente rispetto a fattori di rischio ben noti quali l'ipertensione (RR=1.019; p=0.001) e l'obesità (RR=1.021; p=0.009).

Conclusioni. La disfunzione renale si associa a un significativo aumento del profilo di rischio CV nella popolazione affetta da DM. Pertanto l'identificazione dell'eventuale interessamento renale appare una tappa fondamentale nella strategia della prevenzione CV nel paziente diabetico.

36

IPERTENSIONE POLMONARE ED INDICI DI PERFORMANCE MIOCARDICA VENTRICOLARE DESTRA, VALUTATI MEDIANTE TISSUE DOPPLER IMAGING (TDI), IN UNA COORTE DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO DIALITICO SOSTITUTIVO

Principe F¹, Luciani R¹, Ciavarella M², Fazzari L¹, Menè P¹, Domenici A¹

¹U.O. di Nefrologia, Ospedale Sant'Andrea, Il Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università La Sapienza, Roma; ²U.O. di Cardiologia, Ospedale Sant'Andrea, Il Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università La Sapienza, Roma

Negli ultimi anni alcuni studi hanno evidenziato la presenza di una elevata incidenza di ipertensione polmonare primitiva (HP) nei pazienti in trattamento emodialitico sostitutivo mediante fistola artero-venosa nativa e/o catetere venoso centrale.

Diversi meccanismi patogenetici sono stati proposti come causali o aggravanti l'ipertensione polmonare (HP) nei pazienti emodializzati, alcuni dei quali agiscono alterando le resistenze vascolari polmonari e la risposta vasodilatatoria compensativa all'aumentato volume ematico.

Lo scopo del nostro studio è valutare l'incidenza dell'HP nella nostra popolazione emodialitica e le probabili correlazioni con vari parametri clinico-laboratoristici caratteristici dei pazienti sottoposti a trattamento emodialitico sostitutivo. Inoltre, questo studio si propone di analizzare la presenza di probabili quadri di disfunzione miocardica del ventricolo destro in relazione alle rilevanti variazioni del volume ematico ed alla presenza di alterazioni vascolari peculiari dello stato uremico in cui versano i pazienti affetti da insufficienza renale terminale sottoposti a trattamento dialitico sostitutivo.

L'incidenza dell'ipertensione arteriosa ed i parametri ecocardiografici sono stati valutati mediante analisi ecocolor Doppler TDI (Tissue Doppler Imaging) su di un campione di 40 pazienti (36 uomini e 14 donne; età media 57.8 anni; età dialitica 6.07 aa; KT/V medio 1.22 con ESRD sottoposti a diverse modalità di trattamento emodialitico (32 pazienti in HD standard, 8 pazienti in HDF) mediante fistola A-V o CVC; 8 pazienti in trattamento dialitico peritoneale ed un gruppo di controllo di 11 pazienti affetti da ESRD in 4° stadio K/DOQI. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base al valore di PAPs > o < a 35 mmHg ed i parametri inerenti l'analisi ecocardiografica TDI del ventricolo destro (ratio E/A; ratio Sm; Miocardial Performance Index MPI; ratio E/Em) sono stati rilevati. Parametri clinici e laboratoristici quali: PTHi, calcemia, fosforemia, prodotto CaxP, dati emocromocitometrici, assetto marziale, variabili nutrizionali e varie tipologie di terapia eritropoietica.

Risultati. Il confronto fra i gruppi non ha evidenziato differenze significative per calcemia, fosforemia, prodotto CaxP, dati emocromocitometrici, assetto marziale, variabili nutrizionali e varie tipologie di terapia eritropoietica. Si è evidenziata una differenza in termini medi dei livelli di PTHi 577 pg/ml vs 388 pg/ml non statisticamente significativa.

Conclusioni. La stretta correlazione tra l'HP e l'aumento sia della morbilità che della mortalità, nella popolazione generale, sottolinea l'esigenza di ricercare valide strategie diagnostico-terapeutiche volte ad una più chiara comprensione di questa entità patologica, spesso indebitamente trascurata.