

## Ancora su Nefrologo Forte...



Massimo Lodi

Gentile Direttore,

aprofitto dell'ospitalità del GTND per partecipare alla discussione aperta da Franco Galli sul mondo degli accessi vascolari, croce per molti nefrologi e delizia per pochi altri. È capitato anche a me di essere in quel di Torino al corso sulla *Rescue FAV*. Confesso, purtroppo, di non aver portato a casa nulla di veramente utile al mio bagaglio culturale o che mi abbia indotto a cambiare radicalmente il mio modo di affrontare il problema degli accessi vascolari. Relazioni dei radiologi interventisti hanno mostrato brillanti procedure che mi hanno comunque lasciato molti dubbi. La conferma dei miei dubbi è venuta dalle parole di Luciano Carbonari (chirurgo vascolare anomalo), quando ha invocato la necessità di avere un nefrologo "FORTE" quale interlocutore. Il messaggio piuttosto eloquente mi è suonato come uno schiaffo, benevolo ma piuttosto efficace. L'invocazione di Luciano derivava, a mio avviso, dal fatto che i fuochi pirotecnici a cui si assisteva fossero il frutto, in realtà, di procedure fini a loro stesse. Per carità, ottimi numeri quelli sulle angioplastiche di stenosi anastomotiche di FAV distali. Tuttavia, mi chiedo: è corretto e risolutivo del problema sottoporre un paziente a ripetute PTA, magari con palloni medicati? Forse non era più conveniente per il paziente ed economicamente più vantaggioso effettuare un semplice riabbocco chirurgico della durata di 30 minuti e dal costo nemmeno paragonabile a una PTA? Tra l'altro, tra le domande degli ECM ce ne era una che, se non ricordo male, recitava così: il trattamento di scelta per una stenosi post anastomotica di una FAV distale è:

- 1) PTA
- 2) riabbocco chirurgico
- 3) PTA anche con palloni medicati

Confesso di non sapere se ho azzeccato la risposta. Il discorso si discostava di poco nella sessione dedicata alla discussione dei casi clinici. In effetti, la maggior parte delle procedure interventistiche effettuate era palesemente conseguente a scelte di confezionare accessi quantomeno discutibili. Un esempio su tutti: trattamento di stenosi venosa di loop protesico omero-cefalico all'avambraccio con ripetute PTA, cui conseguiva il ricorso ad uno stent viabahn per le numerose recidive. Bellissima procedura e anche efficace. Se, però, le immagini proiettate non avessero mostrato la presenza di una vena cefalica mediana di ottimo calibro e di una vena perforante grossa quanto un dito... non era forse più logico e sicuramente più indicato confezionare una FAV nativa magari omero-perforante? Probabilmente la richiesta di Luciano Carbonari era proprio conseguente a tutto ciò e anche alla sua relazione, che mostrava le complicanze relative alle FAV native e protesiche per la maggior parte conseguenti a cattive manutenzione e gestione degli accessi stessi. Credo, a questo punto, che il nocciolo duro del problema sia quello individuato da Franco

Galli: la formazione culturale del nefrologo sull'accesso vascolare. Questo per evitare che il gradino della famosa "scala dell'accesso di Galli", occupato da chi dovrebbe essere il regista, non sia, in realtà, presieduto da una semplice comparsa. A mio modesto parere chi pratica gli accessi, sia esso nefrologo o chirurgo o radiologo interventista, deve, e sottolineo DEVE, occuparsene a 360°: non esiste chi sa inserire solo i cateteri, chi confeziona solo fistole, chi impianta solo protesi, chi sa fare solo le angioplastiche. Ciò che è, a mio avviso, fondamentale può essere riassunto in 3 punti:

- 1) il progetto e la scelta dell'accesso condizionano in maniera pesante la sua evoluzione e la sua storia: troppo spesso da una scelta iniziale inidonea consegue il ricorso a successive procedure chirurgiche o radiologiche interventistiche di recupero, che creano disagio al paziente e un aggravio dei costi sociali ed economici;
- 2) il disinteressarsi da parte del nefrologo in merito alla gestione e al monitoraggio dell'accesso, demandando tutto all'infermiere delle sale dialisi, porta al generarsi di complicanze altrimenti evitabili e potenzialmente pericolose, soprattutto per gli accessi protesici;
- 3) delegare completamente al chirurgo o al radiologo interventista che non ha un *background* culturale riguardante l'accesso porta al generarsi di fallimenti o a soluzioni di ripiego utili nell'immediato, ma che, spesso, precludono soluzioni utili nel medio e nel lungo termine.

In conclusione: il Nefrologo è "FORTE" se conosce e "pratica" l'accesso vascolare.

Intendo dalla corretta infusione degli aghi fistola, al monitoraggio clinico e/o strumentale, per finire alla capacità di proporre soluzioni sia esse chirurgiche o radiologiche interventistiche adatte al singolo caso e sempre nell'interesse del paziente. Un valore aggiunto è quello dell'avere le capacità tecniche e la disponibilità dei *tool*, ma non è un valore necessario. La sicurezza e la padronanza del problema sono, invece, essenziali per stabilire un rapporto paritario di collaborazione con le figure del chirurgo e del radiologo interventista, con un continuo scambio e con un arricchimento reciproco. È tempo che la SIN e le Scuole di Specializzazione inizino seri programmi di formazione sull'argomento.

Massimo Lodi

*Indirizzo dell'Autore:*

Dr. Massimo Lodi  
U.O.C. Nefrologia e Dialisi  
Ospedale Spirito Santo  
65124 Pescara  
massimo-lodi@libero.it

Ricevuto: 8 Settembre 2013; Accettato: 10 Settembre 2013