

Gli accessi vascolari: il punto di vista di un giovane nefrologo

Carlo Jovane

Unità Operativa di Nefrologia-Dialisi, Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate", Gallarate (VA)

VASCULAR ACCESS: THE POINT OF VIEW OF A YOUNG NEPHROLOGIST

ABSTRACT. The new millennium's scenario is more complex than in the past. Patients are older and more critical than 30 years ago; therefore, I suggest a different approach: taking advantage of the new protagonists of our field to improve our practice. It becomes thus necessary a close collaboration with all relevant colleagues, among whom:

- experienced nephrologists that believe in us, in our potential, and in our preparation;
- radiologists and anesthesiologists eager to pursue a continuous education;
- surgeons for the decision of the kind of vascular access: arteriovenous fistula (AVF), native or prosthetic, distal or proximal.

I believe that nephrologists can create an AVF, since they have a working knowledge of AVF's use in hemodialysis patients. However, the best choice is still the complete collaboration with surgeons that are available to share their technical experience with young nephrologists. Moreover, it would be ideal to establish an effective collaboration for the preparation of prosthetic AVFs for which surgical skills are fundamental.

Key words: Arteriovenous fistula (AVF), Central venous catheters (CVC), Dialysis

Conflict of interest: None.

Ricevuto: 15 Ottobre 2013; Accettato: 18 Ottobre 2013



L'esperienza di un giovane nefrologo

Mi occupo di accessi vascolari da almeno cinque anni; Perché ho iniziato? È banale, ma semplice: perché mi piace. Sento di essere portato per la nefrologia interventistica.

Le basi le ho poste circa dieci anni fa con il diploma della Scuola SIUMB di Ecografia di base presso la "Seconda Università" di Napoli; da lì, ho fatto circa 18 mesi di pratica ecografica in vari centri

convenzionati dove eseguivo ecografie addominali con un altro collega. Con il trasferimento in Lombardia, ho iniziato con CVC eco guidati e, in sala operatoria, ho cominciato a posizionare CVC eco guidati e, in sala operatoria, ho iniziato a confezionare FAV native coi chirurghi.

In questi pochi anni, ho posizionato un discreto numero di CVC temporanei e/o permanenti e, come in molte altre situazioni, l'esperienza è la migliore amica, in quei momenti. Eseguo eco-color-Doppler A/V delle braccia per pianificare gli accessi vascolari e sono in sala operatoria con i chirurghi per il loro confezionamento. Seguendo Linee Guida e suggerimenti della SIN, sto completando con altri colleghi un protocollo di sorveglianza (clinico-ecografico) delle FAV in collaborazione con gli infermieri. I pazienti portatori di CVC permanenti

sono selezionati per cercare un impianto di FAV protesica, per assicurare il miglior accesso vascolare con la più lunga sopravvivenza.

Tale approccio autonomo è molto utile per pianificare accessi definitivi senza dipendere da nessuno.

Problemi & Proposte

Esistono diverse problematiche per i giovani che si affacciano al mondo degli accessi vascolari.

I cateteri venosi centrali (CVC) sono "croce e delizia" per i pazienti dializzati. I CVC temporanei causano molto spesso stenosi iatrogene delle vene centrali, se lasciati in sede per tempi inadeguati. La tunnellizzazione sottocutanea nella loggia pettorale destra per i CVC permanenti rimane una tecnica chirurgica che molti specialisti non conoscono. Dover dipendere dalle tempistiche delle sale operatorie e/o angiografiche e dalla disponibilità dei colleghi non è proponibile. I giovani nefrologi devono imparare tali tecniche, diventare autonomi e, se necessario, collaborare con tutti.

È possibile che il cambio generazionale freni l'entusiasmo dei giovani specialisti. Esisteva una generazione di nefrologi degli anni '80-'90 che doveva sapersela "cavare"; l'approccio agli accessi vascolari era la quotidianità. Si imparavano sul campo il confezionamento di una fistola artero-venosa (FAV) nativa e il posizionamento di un CVC urgente. Sono cambiati i tempi, le responsabilità sono aumentate e i pazienti sono sempre più

anziani e critici e sono gestiti da nefrologi, chirurghi, anestesisti e radiologi per una serie di problematiche che richiedono necessariamente la presenza di diverse figure professionali. Suggerisco un approccio diverso. Sfruttare i nuovi protagonisti per migliorare noi stessi. Non tutti i giovani nefrologi hanno quel pizzico di coraggio “prudente” per gli accessi vascolari; chi ne ha deve essere coprotagonista:

- con i nefrologi d’esperienza, in modo che credano nei giovani, nelle loro potenzialità e nella loro preparazione;
- con i radiologi e gli anestesisti, con la giusta dose di “dotta umiltà”;
- con i chirurghi, per decidere il tipo di FAV nativa o protesica, distale o prossimale.

Si può e si deve saper imparare da tutti.

La Società Italiana di Nefrologia (SIN) ha creato un gruppo di studio dedicato agli accessi vascolari, ma non ha organizzato corsi di formazione per giovani nefrologi che vogliono approcciarsi alla nefrologia interventistica. Esistono singoli eventi, molto interessanti, proposti da alcuni centri di nefrologia e incentrati soprattutto sui CVC, ma è raro trovare corsi di formazione sul confezionamento o sulla preparazione di FAV native/protesiche. La sensazione, al momento, è che rimangono ancora piccoli eventi di nicchia e molto costosi. La SIN potrebbe investire sui giovani nefrologi, organizzando corsi di perfezionamento direttamente in sala operatoria e/o in sala angiografica.

Conclusioni

Il confezionamento di una FAV e il posizionamento di un CVC devono, assolutamente, essere competenza del nefrologo, che conosce il paziente dializzato e i problemi vascolari sia delle FAV che delle vene centrali.

Un nefrologo può avere conoscenze di anatomia e di ecografia topografica per incannulare vene centrali eco guidate e per pianificare il confezionamento di una FAV, con uno studio ecografico completo dell’asse arterioso e di quello venoso del braccio scelto. La scelta migliore rimane la piena collaborazione con il chirurgo, che può mettere la sua perizia tecnica al servizio dei giovani nefrologi. Lasciando la scelta completa al chirurgo, si potrebbe, talvolta, avere un’anastomosi tecnicamente perfetta ma non utile per i pazienti.

Auspico una fattiva collaborazione per la creazione di FAV protesiche, in cui la “mano” e la pazienza di un chirurgo appassionato sono fondamentali. Nel caso che giovani siano sia il nefrologo che il chirurgo, credo che le potenzialità per lavorare in sinergia siano veramente enormi.

Riassunto

Col nuovo millennio, lo scenario è diventato più complesso. Rispetto a 30 anni fa, i pazienti sono sempre più anziani e critici. Suggerisco un approccio diverso. Dobbiamo trarre vantaggio dai nuovi protagonisti, per migliorare noi stessi. È necessaria una completa collaborazione con tutti:

- nefrologi d’esperienza, che credano in noi, nelle nostre potenzialità e nella nostra preparazione
- radiologi e anestesisti, con la giusta dose di “dotta umiltà”
- chirurghi per decidere sul tipo di FAV nativa/protesica, distale /prossimale.

Ritengo che il nefrologo possa confezionare una FAV, perché conosce il paziente dializzato. La scelta migliore rimane la piena collaborazione con il chirurgo, che può mettere la sua perizia tecnica al servizio di noi giovani nefrologi. Nel caso che giovani siano il nefrologo ed il chirurgo, le potenzialità per lavorare in sinergia sarebbero veramente enormi.

Parole chiave: Fistola artero-venosa (FAV), Cateteri Venosi Centrale (CVC), Dialisi

Dichiarazione di conflitto di interessi: L’Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

Indirizzo degli Autori:

Dr. Carlo Jovane

Unità Operativa di Nefrologia-Dialisi

Azienda Ospedaliera “S. Antonio Abate”

Via Pastori 4

21013 Gallarate (VA)

nefrologia@aogallarate.it