

# Cementoplastica di L4 in paziente emodializzato cronico

M. Lombardi<sup>1</sup>, S. Michelassi<sup>1</sup>, G. Simone<sup>1</sup>, R. Partescano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi

<sup>2</sup>Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia, Ospedale S.M. Annunziata, Azienda Sanitaria di Firenze

Il caso clinico riguarda un uomo di 79 anni, in emodialisi da 9 anni per glomerulopatia da depositi da IgA. Il paziente è un "tipico" esempio di *late referral*, essendo giunto alla nostra osservazione nel 1998, già in fase avanzata di insufficienza renale cronica (IRC). Ma al primo contatto si trattava anche di un paziente "tipico" proprio per la tipologia di pazienti che arrivano oggi nei reparti di dialisi: anziano, affetto da ipertensione arteriosa mal controllata, portatore di stenosi valvolare aortica calcifica lieve-moderata e con reperti ecocardiografici compatibili con cardiopatia ischemica (chiara ipocinesia apicale e della parete laterale del ventricolo sinistro). Nel corso degli accertamenti veniva diagnosticata stenosi serrata dell'arteria renale dx e il paziente era sottoposto a tentativo di angioplastica che però falliva e per la rapida progressione della IRC veniva presto avviato a trattamento emodialitico cronico. Le (tutto sommato) buone condizioni cliniche generali e il domicilio a circa 40 km dal nostro Centro di riferimento ci convincevano a considerarlo idoneo per eseguire la dialisi presso uno dei nostri Centri satelliti ad assistenza limitata. Nel 2004 comparivano acutamente sintomi di scompenso cardiaco sx e ischemia miocardica (dispnea, ortopnea, angore). Le indagini dimostravano malattia coronarica dei tre vasi e stenosi valvolare aortica severa per cui il paziente era sottoposto a complesso intervento (della durata di oltre 12 ore!) di bypass aorto-coronarico e sostituzione valvolare aortica. L'intervento era seguito da molteplici complicazioni (emopericardio ricorrente trattato chirurgicamente, endocardite acuta, versamento pleurico recidivante, pneumotorace, insufficienza respiratoria acuta da benzodiazepine, epi-

sodi convulsivi) che prolungavano la degenza per oltre cinque mesi e in tutto questo tempo il paziente era costretto all'immobilizzazione pressoché totale. Finalmente il paziente tornava al proprio domicilio ma con una peggiore qualità di vita e, soprattutto, con una diminuita autonomia che lo costringevano a una vita molto più sedentaria rispetto a prima. Il 3 novembre 2007, a seguito di caduta accidentale, il paziente si ricoverava al DEA con intenso dolore dorso-lombare e veniva diagnosticata una frattura medio anteriore del corpo vertebrale di L4 in quadro di intensa e diffusa porosi di tutti i metameri vertebrali (Figs. 1, 2). Veniva dimesso con prescrizione di riposo assoluto a letto per 60-90 giorni e terapia anticoagulante. Una immobilizzazione così prolungata avrebbe sicuramente aggravato lo stato di osteoporosi del paziente e ne avrebbe ridotta l'autonomia, aumentando significativamente il rischio di nuove cadute e di nuove fratture; avrebbe aumentato il rischio di complicazioni severe legate all'allettamento (trombosi venose o episodi emorragici da terapia anticoagulante "profilattica"); avrebbe potuto danneggiare psicologicamente il paziente, compromettendone la riabilitazione sociale; avrebbe certamente creato gravi problemi gestionali in merito all'organizzazione delle sedute dialitiche (difficoltà di spostare frequentemente il paziente dal domicilio all'ospedale con possibile prolungamento "improprio" del ricovero).

Viceversa, il 28 novembre il paziente era sottoposto a intervento di cementoplastica di L4. In lieve sedazione mediante premedicazione e in anestesia locale (con 6 cc di lidocaina) veniva creato accesso al corpo vertebrale attraverso una incisione cutanea di circa 1



Fig. 1 - Esame Rx pre-intervento: frattura a cuneo di L4.



Fig. 2 - Una TC pre-intervento conferma la recente frattura di L4.

cm, soprastante la regione. Quindi, sotto controllo amplioscopico, mediante trocar si introduceva per via transpeduncolare sinistra apposito palloncino per cifoplastica. Il gonfiaggio di detto palloncino permetteva di ridurre la frattura creando uno spazio all'interno del quale venivano successivamente immessi 3 cc di cemento (polimetilmetacrilato).

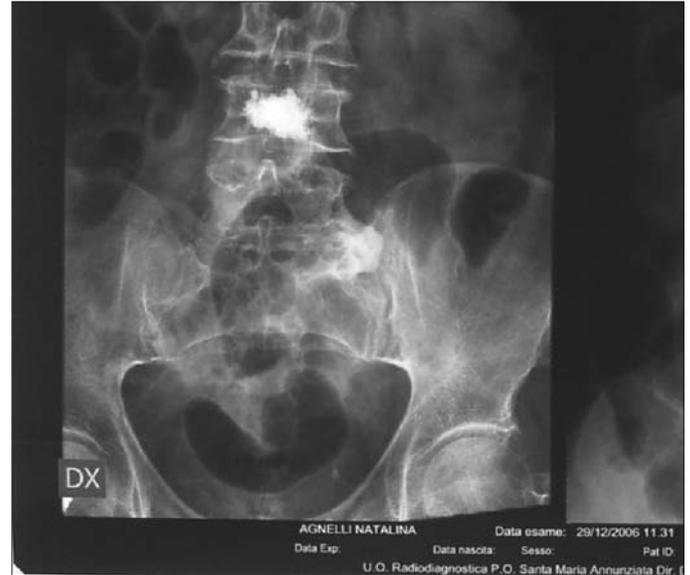


Fig. 3 - Controllo Rx post-operatorio: buona riduzione della frattura e buon riempimento del corpo vertebrale trattato.

Dopo il tempo necessario alla polimerizzazione del cemento il paziente veniva passato dalla posizione prona a quella supina e trascorso un tempo totale di circa 20 minuti il paziente era pronto al controllo radiografico (Fig. 3) dopo di che senza alcuna complicanza legata alla manovra operatoria per cutanea il paziente raggiungeva il reparto di degenza nefrologica.

Il giorno seguente, dopo aver eseguito regolare seduta emodialitica nel nostro Centro, il paziente veniva dimesso per tornare al proprio domicilio, con tanto di permesso degli specialisti ortopedici alla stazione eretta e alla deambulazione, e per continuare il trattamento dialitico presso il suo abituale Centro ad assistenza limitata.

A oggi (dicembre 2008) il paziente è ben orientato nel tempo e nello spazio, partecipativo alla vita sociale, si interessa della propria salute e di quella dei suoi compagni di sessione dialitica e continua ad andare in palestra per il programma fisioterapico.

*lombardim@tin.it*