



Intervista al Professor Giuseppe Paolo Segoloni condotta dal Dottor Alfonso Pacitti

Alfonso Pacitti

*Nefrologo UAODU Nefrologia Dialisi e Trapianto
Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino, Torino*

L'attività che riguarda gli accessi vascolari nell'ambito di un Centro Nefrologico e Dialitico, è senz'altro tra quelle fondamentali, anche se si tratta talvolta di un'area un po' sommersa che fa riferimento al lavoro di un gruppo esiguo di colleghi, dotati di una capacità specifica e di una dedizione e passione particolari, i quali inoltre, preso in carico il problema emergente, il più delle volte sembra lo risolvano senza evidenti difficoltà. Per contro, la stessa attività si evidenzia in senso negativo, nei Centri dove quest'esperienza è carente, oppure, in ogni caso, nell'emergenza, quando un paziente giunge con la fistola ferma o, peggio ancora, con una protesi infetta. Mettendosi "dal lato" dei pazienti, certamente poche esperienze possono essere più traumatizzanti o problematiche di quelle che riguardano l'accesso vascolare, dalla creazione allo sviluppo e infine alla utilizzazione di tutti i giorni, ma d'altra parte in molti Centri questa carica di stress

latente è spesso perfettamente controllata da una sorveglianza costante e silenziosa in grado di rilevare la minima difficoltà, dalla prima serie di punture "bianche" o di collabimenti, sino ai segni dell'infezione o dell'edema.

Pertanto, che l'argomento degli accessi vascolari non compaia spesso tra le conversazioni di un Centro può tutto sommato essere un buon segno dal momento che è invece inevitabile parlarne quando le cose vanno male. In realtà, una routine tranquilla è il frutto di una lunga conquista, di un know-how assimilato e lungamente sperimentato sulla base di un addestramento continuo: e sempre, a perno di questa organizzazione silenziosa ed efficiente deve esservi una persona a cui far capo, in ogni fase dell'iter spesso complesso dei nostri pazienti, dall'ingresso in dialisi al trapianto renale. Nel nostro Centro, è il Prof. Beppe Segoloni che ha rappresentato, da sempre, il jolly del sistema "accesso vascolare" sobbarcandosi l'onere quotidiano della funzione "di riferi-

mento", sia nella valutazione e nell'intervento sui casi più problematici, sia nell'affrontare e dipanare i problemi dell'addestramento e dell'affiancamento ai colleghi più giovani. Ho accolto con piacere l'invito a costringerlo a esprimere le sue idee al riguardo. Ma, ben conoscendo il livello di dettaglio a cui spesso trascina l'interlocutore sulle problematiche più squisitamente tecniche e chirurgiche, rimando i lettori al suo recente libro sull'argomento (*La chirurgia degli accessi vascolari per emodialisi*). Mi è sembrato invece più interessante scegliere per lui in quest'occasione alcune questioni di tipo più generale e gestionale che tocchiamo raramente, anche discutendo tra noi dell'argomento. Molte sono, infatti, le problematiche appena, o ancora aperte, su decisioni di base, che riguardano aspetti organizzativi sempre in evoluzione, ma anche aspetti di formazione e di indirizzo generale in tema di scelta delle soluzioni chirurgiche e terapeutiche...

Chi deve eseguire l'accesso vascolare? Un chirurgo o un nefrologo, e se un nefrologo, uno qualunque o un nefrologo che segue il paziente?

La prima risposta che viene in mente è "... *chi lo sa fare in modo appropriato*". È qualcosa di più di un semplice *saperlo fare*: significa essere in grado di creare un accesso che sia agevole nella quotidianità dialitica da parte di chi deve incannulare i vasi, che rispetti al meglio le esigenze di *comfort* intradialitico del paziente, che garantisca una depurazione efficace e che tenga conto di una strategia di impiego, a lungo termine, della rete vascolare disponibile.

Credo che l'eventualità più felice sarebbe quella di un chirurgo, esperto, che partecipi routinariamente alla vita della sala dialisi e che si faccia carico da solo o con collaboratori degli accessi vascolari. Solo così, infatti, è possibile rendersi conto che l'accesso vascolare anche se sotto l'aspetto chirurgico rappresenta un gesto minore rispetto ad altri interventi sotto l'aspetto pratico costituisce un elemento cruciale per tutta la gestione del dializzato.

In pratica, tuttavia, è inconsueto che un chirurgo esperto possa dedicare per molti anni, una parte del suo tempo a interventi con queste caratteristiche e sarebbe un grave errore, a mio giudizio, considerare questo tipo di attività come un'area di training vascolare per i chirurghi alle prime armi.

Ne deriva che l'affidamento di questo compito a un nefrologo, dotato di una spontanea manualità chirurgica, fornito di un adeguato back-ground tecnico e in possesso di una buona conoscenza anatomico-chirurgica dei distretti interessati, può rappresentare una valida alternativa alla prima opzione. Questa situazione diviene ottimale se un tale nefrologo può disporre di un referente chirurgico esperto e disponibile, al quale ricorrere per aiuto nei casi complessi e con il quale discutere gli eventuali problemi.

È possibile pensare a Centri specializzati nella realizzazione dell'accesso vascolare o è preferibile che ogni Centro abbia il suo specialista?

Mi sembra più fisiologico e gratificante per il nefrologo che si occupa della dialisi e più rassicurante per il paziente che tutti i problemi relativi alla gestione clinica del dializzato trovino una risposta nel Centro dialisi di appartenenza.

Può essere razionale, tuttavia, disporre di uno o più Centri di riferimento per situazioni particolarmente complesse.

In questo caso sarebbe formativo se, quando se ne verifici la necessità, l'operatore del Centro inviante potesse partecipare alla risoluzione del problema con l'operatore del Centro di riferimento.

Nella formazione del nefrologo "specializzando" come pensi vada affrontato il problema dell'insegnamento sulla confezione degli accessi?

È un problema che viene teoricamente preso in considerazione, ma ancora non sufficientemente sviluppato. L'esperienza raccolta fino a oggi dimostra che non è sufficiente una partecipazione in ruolo di "secondo" a un certo numero di interventi per conseguire una reale capacità di eseguirli. È necessario prevedere un programma teorico pratico, eventualmente anche mediante minicorsi, come abbiamo iniziato a sviluppare presso la Scuola di Specializzazione di Nefrologia a Torino. È indispensabile inoltre predisporre un metodo di verifica dell'avvenuto apprendimento e la registrazione dell'attività pratica eseguita.

Al termine del corso di Specialità dovrebbe essere documentato il numero di interventi ai quali lo specialista ha partecipato, il suo grado di partecipazione e una certificazione di autovalutazione.

Ritieni che una sala operatoria per accessi vascolari debba essere ne-

cessariamente una sala chirurgica standard o si possa utilizzare una saletta di piccola chirurgia? Utilizzi la profilassi antibiotica (mai, sempre, se il caso) e/o una copertura antibiotica?

Nel caso sia disponibile, con cadenza giornaliera, uno spazio chirurgico utilizzabile per questo tipo di chirurgia in una sala di un blocco operatorio attivo almeno su 12 ore, come ho avuto modo di incontrare in alcune mie esperienze in alcuni ospedali italiani, questa soluzione è ideale per sicurezza ed efficienza.

In realtà, nella maggior parte dei Centri si utilizzano salette chirurgiche dedicate, che tuttavia è necessario verificare siano in regola con la normativa corrispondente.

Utilizzo una profilassi antibiotica solo in casi selezionati: per i pazienti diabetici e per interventi che superino i 120 minuti.

Quale pensi sia la gestione ottimale dell'accesso vascolare in una sala dialisi: autopuntura, puntura affidata alle Infermiere, o ai Medici, o solo a qualche medico in particolare, rotazione dei punti di infissione, modalità di tamponamento, uso del premifistola, misure igieniche pre- postdialisi?

La gestione dell'incannulamento dovrebbe essere a mio parere affidata a qualsiasi operatore (incluso il paziente) che esegua questa mansione con continuità, impegnandosi a garantire la rotazione dei punti di infissione.

Per quanto riguarda gli altri protocolli gestionali, a differenza del passato, ritengo che qualsiasi protocollo che dia dei buoni risultati può andare bene. L'importante è che vi sia in qualche modo, un "Controllore" di alcuni parametri di qualità (n. degli ematomi in chiusura, durata media delle fistole, n. delle punture bianche, n. delle infezioni, n. delle chiusure di fistola post dialisi, rapporti fra incremento dell'ematocrito e chiusura delle fistole, stato delle fistole ecc.).

Pensi che l'approccio alla diagnosi del malfunzionamento e all'eventuale correzione chirurgica di un accesso "problematico" possa avvalersi nella routine di un protocollo standard di studio (come in molti Centri d'oltre Oceano): a esempio semeiotica, protocollo strumentale (ecodoppler con eventuale stenting, flebografia)?

Sì, ma con una distinzione fra protocolli di sorveglianza e di diagnosi. La semeiotica clinica dello stato della fistola, il suo comportamento intradialitico e la valutazione dell'efficienza dovrebbero costituire, a mio parere, gli strumenti semplici e poco costosi con i quali sorvegliare lo stato dell'accesso vascolare. La valutazione del ricircolo può rappresentare un criterio di sorveglianza aggiuntivo. Le metodiche strumentali dovrebbero invece costituire gli strumenti per la definizione ed eventualmente la risoluzione del problema diagnosticato.

Cosa ne pensi dei cateterismi venosi permanenti come primo accesso soprattutto per chi ha una attesa di dialisi breve, anziani e trapiantandi?

Se la brevità dell'attesa di dialisi è conseguenza di una ridotta aspettativa di vita, il cateterismo venoso come soluzione elettiva, mi trova d'accordo nel caso l'esecuzione dell'accesso si presenti complessa. Se ciò non è, preferirei rispettare la decisione del paziente dopo un consenso informato relativo alle due metodiche.

Se invece si prevede una ridotta permanenza in dialisi per la realizzazione di un trapianto a breve scadenza (vale a dire è in programma un trapianto da donatore vivente) occorre tenere conto che il posizionamento di un catetere venoso presenta dei vantaggi comprensibili, ma espone a un rischio infettivo che può riflettersi negativamente (almeno in senso cronologico) sull'esecuzione del trapianto stesso. Anche in questo caso utilizzerai un consenso informato.

Nel post-trapianto, come immagini la gestione della fistola a graft ben funzionante?

Indipendentemente dal suo grado di funzionalità, ritengo consigliabile che ogni fistola artero-venosa dopo i primi 12-18 mesi da trapianto renale, se la creatinina è inferiore a 1.5 mg/dl, venga chiusa.

Nel caso di fistole che dimostrino un incremento del flusso arterioso e/o un aumento delle dimensioni letto vascolare effluente la chiusura è assolutamente necessaria anche prima di questi intervalli, se il rene trapiantato è ben funzionante.

apacitti@molinette.piemonte.it