



Buttonhole sì o no? Forse, con cautela...

Decenzio Bonucchi, Francesca Damiano, Claudia Pivetti

Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale (Dir. Prof. G. Cappelli), Azienda O.U. Policlinico di Modena, Modena

BUTTONHOLE YES OR NO? MAYBE, CAUTIOUSLY...

Abstract. Arteriovenous (AV) fistula cannulation plays a key role in the management of dialysis sessions, and is crucial for the reinforcement of the patient-to-staff relationship. Compliant patients prefer the buttonhole technique (BH); however, this “funnel” shows a high risk of infections. It is like a short catheter and, therefore, carries an increased risk of infectious complications. The BH cannulation should therefore be considered as a part of the complex planning of VA utilization, including rope-ladder cannulation as the standard of care, and should be reserved to selected patients. Also, prostheses cannulation should be taught and practiced in order to reduce the use of central venous catheters (CVC). In addition, cannulation should be considered as a part of the complete managing process of VA, together with the phases of creation, monitoring, and repair of the vascular access. The dialysis nurse must be considered both as the primary caregiver and the manager of this life-warranting pipeline.

Key words: Buttonhole, Prostheses, Cannulation, AV fistula, Dialysis, Management

Conflict of interest: None.

Financial support: None.

Accettato: 20 Gennaio 2014



Decenzio Bonucchi

La puntura dell'accesso vascolare (AV) per emodialisi riveste un importante ruolo simbolico per paziente e operatore ed è da sempre lo skill di eccellenza nell'attività di assistenza alla dialisi. Spesso sulla capacità di incannulare la fistola artero-venosa (FAV) si basa gran parte del rapporto di fiducia tra paziente e personale. Sono esperienze comuni l'arresto, in caso di ematoma, di una FAV punta troppo precocemente oppure la formazione di uno pseudoaneurisma dell'arteria omerale nel caso di puntura profonda sulla piega del gomito in zona mediale. Capita ancora di essere chiamati a constatare una trombosi non recente, dopo diversi tentativi infruttuosi di puntura. Esiste, in termini generali, un problema culturale riguardo alla puntura dell'accesso vascolare, favorito anche da carenze strutturali che ostacolano, a volte, la stretta collaborazione tra infermiere e medico di dialisi; in ogni caso, la puntura deve essere personalizzata in base ad alcune caratteristiche dell'accesso e del paziente e dovrebbe, quindi, essere formulato un “piano di utilizzo” della FAV. Questo piano di utilizzo dovrebbe scaturire dalla condivisione delle scelte dello staff con quei pazienti che mostrano di gradire il proprio coinvolgimento nelle scelte cliniche. È possibile che la puntura “buttonhole” (BH) risponda ad alcune esigenze che nascono principalmente dal paziente (autoge-

stione della puntura, self-empowerment riguardo al trattamento, riduzione potenziale del dolore). Questa tecnica si adatta bene a situazioni in cui lo spazio di puntura è molto ridotto e non consentirebbe rotazioni efficaci. La puntura BH, inoltre, è senz'altro superiore alle altre dal punto di vista estetico (1). È vero, però, che la BH assomiglia pericolosamente a un CVC, come intuito in modo originale da Napoli (2), e le segnalazioni di complicanze infettive, anche gravi, non mancano (3). E, davvero, ciò di cui non abbiamo bisogno sono cateteri e infezioni: i dati USRDS 2013 mostrano l'aumento parallelo di CVC, sepsi e polmoniti nell'emodializzato (4). Il “vantaggio evolutivo” della FAV è sempre stato costituito dal basso tasso di infezioni e sarà, quindi, interessante, in futuro, verificare se la puntura BH è in grado di influenzare la longevità della FAV, così come le punture localizzate sono in grado di favorire la trombosi attraverso la formazione di stenosi alternate ad aneurismi. La stessa attenzione non è stata dedicata al momento a un altro tipo di puntura, quella delle protesi vascolari sintetiche, puntura che è, comunque, un momento molto delicato, in grado di condizionare la longevità e la morbilità di un accesso di seconda scelta (il graft), ma pur sempre di scelta prioritaria rispetto al CVC (5). In alcuni centri, l'abbandono temporaneo o la scarsa presenza di FAV protesiche hanno determinato la perdita di un know-how prezioso per infermieri e medici. La scarsa familiarità con questa puntura “speciale” (disinfezione accurata, puntura in due tempi con cambio di inclinazione dell'ago, emostasi delicata e prolungata) e con la sorveglianza



specifica per il funzionamento della protesi può ostacolare una nuova diffusione di questo tipo di accesso. Ed è un peccato, perché il ricorso alla FAV protesica può dare un contributo, anche se limitato, al controllo della proliferazione dei CVC. La puntura a rotazione “rope ladder” (a scalare, ben distribuita lungo tutto lo spazio che l’accesso ci consente, evitando le zone di maggiore usura o infiammate) rimane il gold standard a cui paragonare le altre tecniche, tenendo conto, di volta in volta, delle caratteristiche anatomiche locali (aneurismi, zone di flogosi, scarsità di siti di puntura, zone particolarmente dolenti). E non bisogna dimenticare il potenziale ruolo plastico e terapeutico della puntura, che, con il suo contributo in tessuto neofornato, può prevenire o correggere la formazione di tratti stenotici. Ciò che, a nostro parere, emerge con forza da questa utile discussione è la necessità di mettere in primo piano la gestione quotidiana della FAV come tramite essenziale per una buona gestione dell’intero trattamento dialitico. La pianificazione della puntura costituisce il momento su cui basare il monitoraggio dell’AV e la sua salvaguardia a lungo termine. L’esame fisico dell’AV in occasione della puntura, a braccio completamente scoperto, insieme alla registrazione dei parametri operazionali (monitor) e a poche manovre dinamiche (Q_b stress test e test di Depner), sarebbe un notevole passo avanti per una gestione “moderna” ed efficiente della FAV. Anche senza ricorrere a metodi sofisticati, la sorveglianza degli AV può essere migliorata in modo sostanziale; lo stetoscopio dovrebbe ritornare in sala dialisi e l’infermiere dovrebbe riappropriarsene gelosamente.

Riassunto

La puntura della fistola arterovenosa (FAV) riveste un notevole valore clinico e simbolico nell’alleanza terapeutica fra paziente e personale di dialisi. In tal senso, la puntura

buttonhole (BH) dovrebbe essere vista come un elemento aggiuntivo del ben più complesso sistema di gestione dell’accesso vascolare, insieme alla puntura a scalare, che rimane lo standard di incannulamento della FAV. La BH offre vantaggi estetici e di comfort, oltre a rafforzare l’autonomia del paziente, ma comporta un aumentato rischio infettivo anche grave. Come scrive Napoli, la BH assomiglia pericolosamente, con la sua forma a imbuto, a un piccolo catetere. Ci sembra, quindi, opportuno riservare la BH a pazienti selezionati. L’infermiere di dialisi, manager del sistema di utilizzo degli accessi vascolari (AV), dovrebbe recuperare le competenze sulla puntura delle protesi vascolari e presidiare per intero il percorso degli AV, dalla confezione al monitoraggio e alla manutenzione.

Parole chiave: Puntura, Fistola arterovenosa, Occhiello, Imbuto, Infermiere, Manager

Dichiarazione di conflitto di interessi: Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interesse.

Contributi economici agli Autori: Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto sponsorizzazioni economiche per la preparazione dell’articolo.

Indirizzo degli Autori:

Dr. Decenzio Bonucchi
Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale
Azienda O.U. Policlinico di Modena
Via del Pozzo 71
41124 Modena
bonucchi.decenzio@policlinico.mo.it

Bibliografia

1. Junglee N, Owen A, Jibani M, Williams D. A Holistic approach to vascular access in hemodialysis. InTech 2013; CCLicence <http://dx.doi.org/10.5772/53146>.
2. Napoli M. Il Buttonhole: come trasformare una fistola in un catetere. *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche* 2013;
3. O’Brien F, Kok HKT, O’Kane C, et al. Arterio-venous fistula buttonhole cannulation technique: a retrospective analysis of infectious complications. *Clin Kidney J* 2012; 5: 526-9.
4. U.S. Renal Data System, USRDS 2013, Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States 2013; 3ii: 242.
5. Ravani P, Palmer SC, Oliver MJ, et al. Association between hemodialysis access type and clinical outcomes: a systematic review. *J Am Soc Nephrol* 2013; 24 (3): 465-73.