

CASE REPORT

ID 01 ALLESTIMENTO DI FISTOLA ARTEROVENOSA ENDOVASCOLARE PER EMODIALISI: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO E GESTIONE INFERMIERISTICA

*Grazia Caradonna¹, Anna Nocero¹, Romina De Martino¹, Serena De Candia¹, Maria Antonia Vannella¹, Marco Taurisano², Filomena D'Elia², Alessandro Mascò¹, Francesco Paganelli¹, Vincenzo Giancaspro.
1 UOSD Nefrologia e Dialisi P.O. Molfetta (BA) - Italy 2 UOC Nefrologia e Dialisi P.O. Bari Sud, ASL BA, Bari - Italy*

Introduzione: Gli uremici cronici in emodialisi (HD) necessitano di un adeguato accesso vascolare per uno svolgimento efficiente del trattamento depurativo. La fistola arterovenosa (FAV) è attualmente considerata il "gold standard". Infatti l'accesso arterovenoso ottenuto anastomizzando un'arteria e una vena nativa per creare una fistola arterovenosa (FAV) è la scelta preferita nel lungo termine poiché associata a un miglior tasso di pervietà a lungo termine e a un minor numero di complicanze (infezioni e trombosi) rispetto al catetere venoso centrale (CVC) o a una protesi vascolare. Le FAV vengono confezionate con tecnica "open surgery" principalmente sfruttando il patrimonio vascolare dell'avambraccio, suddividendosi, a seconda della localizzazione dell'anastomosi, in distali, middle-arm e prossimali. Oggi insieme al confezionamento tradizionale della FAV, si sta facendo spazio l'approccio chirurgico per via endovascolare, basato, cioè, su due sistemi innovativi di cateterismo endovascolare: il sistema WavelinQ™ 4F Endo-FAV (DB-Becton, Dickinson and Company, NJ, USA) e il sistema Ellipsys® (Avenu Medical, San Juan Capistrano, CA, USA). Riportiamo il caso di un paziente sottoposto a intervento di endoFAV con sistema Ellipsys che è un dispositivo di resistenza termica che consente l'anastomosi arterovenosa dell'arteria radiale prossimale e della vena perforante. L'approccio percutaneo (endo-FAV) permette di raggiungere il confezionamento dell'anastomosi evitando l'open surgery.

Metodologia: Per l'allestimento dell'endo-FAV mediante sistema Ellipsys, si eseguiva preliminarmente, previo posizionamento di laccio emostatico, lo studio morfologico e funzionale mediante Eco-color-Doppler dei vasi nativi dell'avambraccio sinistro del paziente, mediante sonda lineare 7.5 mHz, al fine di verificare i criteri di inclusione alla procedura endovascolare (Tab. 1). Il materiale necessario per l'esecuzione della endo-FAV: Ago introduttore 21 G x 7 cm, Filo Guida per accesso introduttore, Introduttore valvolato 6 Fr, Filo guida nitinol 0,014, Catetere Ellipsys, Power Controller (energia elettromagnetica, termo coagulazione), Balloon semi-compiante 5 mm x 20 mm, Indeflator.

Risultati - Caso Clinico: Il paziente maschio di 61 anni con End Stage Renal Disease (ESRD), eseguiva un primo allestimento di FAV Latero-Terminale Distale Avambraccio Destro con failure precoce. Pertanto il paziente veniva avviato a trattamento emodialitico con ritmo tri-settimanale mediante Catetere Venoso Centrale (CVC) definitivo con accesso in Vena Giugulare Interna destra. Al fine di migliorare l'efficienza dialitica e la qualità di vita del paziente veniva proposto nuovo confezionamento di FAV, ma alla valutazione EcoColorDoppler si riscontrava assenza di patrimonio venoso valido per eseguire FAV distale o midarm; a destra assenza di cefalica del braccio. Si proponeva pertanto endo-FAV mediante sistema Ellipsys®. Circa dopo 1 mese dall'intervento si riscontrava Portata: 613 mL/min, diam. v. basilica 0,63 cm e v. cefalica 0,57 cm, indice di resistenza 0,45. La venipuntura è avvenuta sotto guida ecografica prima da parte di un unico operatore infermieristico e successivamente da parte degli altri operatori con la supervisione dello stesso, in modo da ottenere addestramento dell'intero Team. Il CVC definitivo è stato quindi rimosso.

Conclusioni: Endo-FAV può essere una opzione in pazienti che rispondono a precisi criteri ecografici in caso di insuccesso di FAV distale. Tale procedura ha permesso: di minimizzare il trauma vascolare legato alla "Chirurgia Open" (iperplasia neo-intimale con conseguente stenosi venosa); di ottenere un ottimo risultato estetico, per l'assenza di cicatrici chirurgiche (importante soprattutto in pazienti giovani); di ridurre rischi infettivi rispetto al CVC giugulare tunnelizzato e complicanze cardiovascolari legati a FAV prossimali spesso ad alta portata. L'endoFAV rappresenta in casi selezionati una valida opzione terapeutica e va gestita da un team infermieristico dedicato con il supporto ecografico per garantire una venipuntura ottimale e una conseguente adeguata Performance Dialitica.