

2° Convegno Regionale Calabria Infermieri di area Nefrologica

Le Competenze infermieristiche in Nefrologia: un traguardo per il riconoscimento professionale

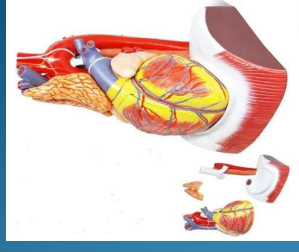


Il Leakage Pleuroperitoneale

Dott. Domenico Tramontana

U.O. Nefrologia e Dialisi P.O. G.Jazzolino Vibo Valentia

presenza di un versamento pleurico senza altri segni di insufficienza cardiaca o di edema periferico, a sede prevalentemente destra.
Pazienti con deficit di ultrafiltrazione peritoneale
Congenito o Acquisito



- **Congenito** : si verifica all'inizio della terapia dialitica peritoneale e non è correlato al volume di dialisato somministrato. E' stato ipotizzato che le comunicazioni tra pleura e peritoneo siano la causa.

Ad es. le ernie diaframmatiche, possono consentire passaggio di fluido attraverso difetti intorno ai vasi principali ed all'esofago o attraverso i forami diaframmatici. Inoltre la P intratoracica negativa combinata con l'aumento della P idrostatica intraddominale ,causata dall'instillazione del dialisato, può aprire piccoli difetti nel diaframma e promuovere il passaggio di fluido

- **Difetti acquisiti** possono determinare lo sviluppo di idrotorace

Epidemiologia: l'incidenza varia da 1.6 al 10%

Sesso Femminile

ADPKD: ridotta capacità addominale, marcato incremento della P idrostatica intraddominale .

Clinica: dispnea, inadeguata ultrafiltrazione peritoneale. Asintomatico (26%). La sede abituale è l'emitorace destro(50-90%). Molti casi si evidenzia all'inizio del trattamento DP; il 50% dopo circa 30 gg, il 20% dopo un anno di terapia

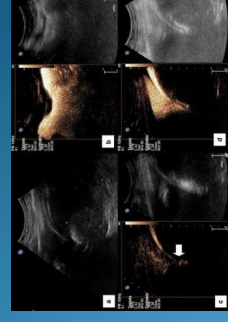


Diagnosi: stabilire che il fluido nello spazio pleurico sia dialisato peritoneale

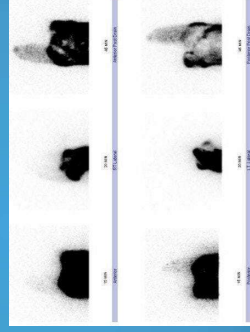
Rx Torace



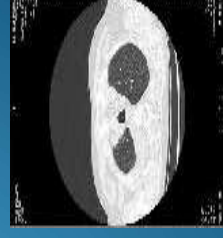
CEUS



Scintigrafia peritoneale



Tc o RM con mdc



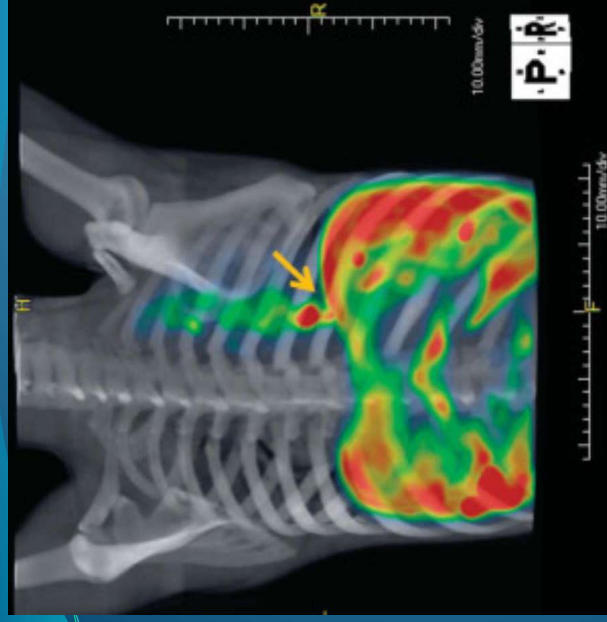
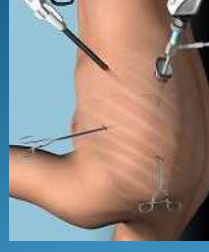


Immagine ricostruita tridimensionale di Tc con mdc e scintigrafia con albumina marcata con Tc99m dimostra il passaggio del dialisato

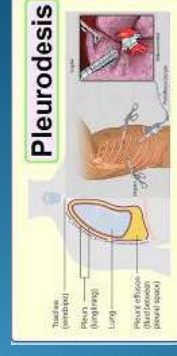
Management:

Approccio Conservativo:cessazione della dialisi peritoneale; raramente è indispensabile una toracentesi, nel 40% dei casi dopo 4-8 settimane si può risolvere spontaneamente



VATS :(Chirurgia toracica video-assistita);
identificare il difetto; riparare utilizzando maglie,
sutura di sovrapposizione, colla o agenti sclerosanti.
Tasso di successo 80%

Pleurodesi:consiste nel posizionamento di un tubo di toracostomia in anestesia locale e la successiva infusione di un agente sclerosante (sangue autologo, talco, tetraciclina). L'efficacia è condizionata dall'applicazione alla cieca dell'agente chimico. Gli studi riportano un tasso di successo del 50%.



Caso Clinico

Donna di 59 aa

Anamnesi: MRC stadio terminale , secondaria a nefropatia diabetica, ipertensione arteriosa, in trattamento con CAPD da febbraio 2019

Sintomi: tosse e dispnea

Rx Torace: abbondante versamento pleurico destro

Toracentesi: trasudato (1.2 l); glucosio l.p. 577 mg/dl con glicemia 157 mg/dl.

Tc Toraco-addominale: L'esame mostra la presenza di mdc dopo scambio dialisi peritoneale con aggiunta di gastrografin e successivo posizionamento della pz in trendeleburg per due ore. La Tc mostra la presenza di versamento pleurico con mdc.

Management:

Sospensione della dialisi peritoneale e switch in Hd per 4 settimane; ripresa dialisi peritoneale in APD con piccoli volumi di scambio (Tidal 8 litri divisi in sette cicli ; tempo di sosta 50 min). L'adeguatezza dialitica è stata mantenuta grazie anche alla funzione renale residua (diuresi circa 1500 ml/die).
Regression dei sintomi e ad un Rx di controllo esile falda di liquido a destra.

