

DALLA MAILING LIST SOCI SIN (ML-SIN). RUOLO DEL NEFROLOGO NELLA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI

M. D'Amico, M. Fraticelli, S. Mangano, G. Bonforte

U.O. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale S. Anna, Como

The role of the nephrologist in the management of vascular access for hemodialysis

The role of the nephrologist in the management of vascular access for hemodialysis has recently been the subject of intense debate on the SIN mailing list. In the present issue, the topic is commented on in view of some literature data.

The DOPPS Study has provided information about vascular access practice patterns in different countries. The use of arteriovenous fistula (AVF) is much more frequent in Europe than in the USA (80% vs 24%), where grafts are the most frequent vascular access (58%). In Europe, AVF is most common in Italy (90%), where nephrologists are largely in charge of vascular access surgery. AVF survival has been demonstrated to be longer than graft survival. Vascular access is also associated with patient survival, as the mortality and hospitalization risks are higher in patients with central venous catheters (CVC) and lower in those with AVF. Independent of who is in charge of vascular access surgery, nephrologists play a pivotal role as the main actors of patient care. Nephrological follow-up before dialysis initiation has been independently associated with permanent vascular access and improved patient survival. The Canadian experience, where CVC use is high due to the lag between patient referral and vascular access surgery, has taught that it is mandatory to give vascular access surgery sufficient room and time. In this respect, the nephrologist has an important role to play in the organization of vascular access surgery to fulfill patients' needs in real time. (G Ital Nefrol 2007; 24: 605-8)

KEY WORDS:

Vascular access,
Hemodialysis,
Arteriovenous
fistula,
Nephrologist,
Predialysis care

PAROLE CHIAVE:

Accessi vascolari,
Emodialisi,
Fistola artero-
venosa,
Nefrologo,
Pre-dialisi

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Marco D'Amico
U.O. di Nefrologia e Dialisi
Ospedale S. Anna
Via Napoleona, 60
22100 Como
e-mail: marco.damico@hsacomio.org

Recentemente, la Mailing List (ML) Soci SIN ha registrato un dibattito molto partecipato sul ruolo del Nefrologo nella gestione degli accessi vascolari per emodialisi, sollevato da un messaggio in cui veniva richiesto ai Colleghi un confronto su quale fosse la figura professionale incaricata di realizzare gli accessi vascolari (Nefrologo o Chirurgo) e sulle modalità organizzative con cui le procedure inerenti gli accessi vascolari vengono effettuate (sala operatoria sterile o saletta di medicazione avanzata).

A tale messaggio hanno risposto 35 Colleghi.

Per quanto riguarda la figura professionale che ha in carico la gestione degli accessi vascolari per emodialisi, le risposte della ML confermano quanto già noto nella realtà Nefrologica Italiana: il Nefrologo si fa carico in prima persona dell'aspetto interventistico. Infatti,

solo in 2 casi l'atto chirurgico è affidato al Chirurgo Vascolare; in altri 2 casi viene effettuato dal Nefrologo in collaborazione con il Chirurgo; nei rimanenti casi viene autonomamente effettuato dall'equipe nefrologica. Alcuni Colleghi hanno segnalato di avvalersi della consulenza/collaborazione di Chirurghi Vascolari per le fistole più difficili o per le protesi vascolari. Riguardo i cateteri venosi centrali (CVC), solo in 2 casi viene riportato il posizionamento da parte dell'Anestesista, in 1 caso da parte del Radiologo e in 1 caso da parte del Chirurgo limitatamente all'isolamento dei vasi a cielo aperto; nei rimanenti casi l'intervento di posizionamento dei CVC è effettuato autonomamente dai Nefrologi, i quali si avvalgono della collaborazione dei Radiologi interventisti in casi selezionati.

Il risultato della mini-inchiesta nell'ambito della ML, è

in accordo con i dati dello studio DOPPS (1), secondo cui in Italia l'80% degli accessi vascolari permanenti viene allestito dal Nefrologo, e con i precedenti dati di Bonucchi et al. (2). Il ruolo attivo del Nefrologo nella gestione degli accessi vascolari ha fatto sì che nella casistica DOPPS l'utilizzo della fistola artero-venosa (FAV), nell'ambito Europeo, è risultato massimo in Italia (90% degli accessi vascolari), ove addirittura costituisce il 100% degli accessi vascolari nel 25% dei centri dialisi.

Questi dati sono confortanti se si pensa all'associazione tra tipologia dell'accesso vascolare per emodialisi e morbilità/mortalità dei pazienti, segnalata inizialmente da Dhingra et al. (3), quindi confermata nello studio CHOICE (4) in una *coorte* di 616 emodializzati incidenti: il tasso di mortalità annuale è risultato 11.7% nei pazienti con FAV, 14.2% nei pazienti con protesi e 16.1% in quelli con CVC. All'analisi multivariata, i pazienti con CVC presentavano un incremento del rischio di morte del 50% rispetto a quelli con FAV, i portatori di protesi vascolare avevano un rischio incrementato del 20%. Inoltre, nei portatori di CVC risultava incrementato del 39% il rischio di morte dovuta a infezione rispetto ai pazienti con FAV.

Riguardo il contesto operativo (sala operatoria sterile o saletta di medicazione avanzata), nel 60% dei casi i Colleghi della ML hanno affermato di eseguire gli interventi chirurgici di FAV e protesi in sala operatoria sterile. I CVC vengono inseriti pressoché parimenti in sala operatoria sterile (10 casi) o in saletta di medicazione avanzata (9 casi). In 2 casi viene riportato che l'inserimento dei cateteri non tunnellizzati viene effettuato direttamente in corsia.

Al di là della variabilità degli aspetti organizzativi locali dei vari Centri, nella ML è stato da alcuni Colleghi sottolineato come il ruolo del Nefrologo quale protagonista attivo nella gestione degli accessi vascolari costituisca un aspetto qualificante della nostra Specialità, che contribuisce a preservarne la specificità in un contesto storico in cui la Nefrologia sembra a taluni entrare in crisi.

Di converso, il rischio che si corre a delegare completamente la problematica degli accessi vascolari ad altre figure specialistiche emerge con chiarezza nello studio DOPPS II (5), i cui dati sono stati raccolti nel periodo 2002-2004: l'incidenza di utilizzo di CVC in Canada è risultata sorprendentemente elevata (33% nei pazienti prevalenti, 70% nei pazienti incidenti), significativamente superiore rispetto all'Europa (18% nei pazienti prevalenti, 46% nei pazienti incidenti) e lievemente superiore rispetto agli Stati Uniti (25% nei pazienti prevalenti, 66% nei pazienti incidenti). Ciò a fronte del fatto che il *follow-up* Nefrologico predialitico non fosse certo deficitario (l'85% dei pazienti Canadesi erano stati sottoposti a valutazione nefrolo-

gica oltre 1 mese prima dell'inizio della dialisi, il 79% oltre 4 mesi prima dell'inizio della dialisi) e che i Direttori dei Centri dialisi e i Chirurghi vascolari Canadesi fossero concordi nel pronunciarsi a favore della FAV come accesso vascolare di prima scelta (ad escludere un problema di formazione culturale nel personale clinico o chirurgico). L'anello debole della catena in Canada è risultato risiedere nel lungo tempo tra l'indicazione clinica all'allestimento dell'accesso vascolare permanente e l'atto chirurgico, associato al basso numero % di Chirurghi vascolari ed al basso numero % di ore alla settimana che i Chirurghi vascolari dedicano alla chirurgia degli accessi vascolari per emodialisi. In altri termini, la lezione dell'esperienza Canadese è la seguente: per ridurre l'utilizzo dei CVC non è sufficiente il *follow-up* clinico predialitico, ma è necessario che all'attività di chirurgia degli accessi vascolari per emodialisi venga conferita dignità (ossia adeguati tempi e spazi operatori) nel panorama delle attività chirurgiche. In questo senso, l'attività Nefrologica è di primaria importanza nel non permettere che la chirurgia degli accessi vascolari per emodialisi venga relegata a fanalino di coda, bensì sia organizzata per rispondere alle reali esigenze operative; ciò sembra più facile avvenire nei contesti in cui il Nefrologo assume in prima persona la responsabilità della chirurgia degli accessi vascolari, come avviene in Italia.

In relazione al dibattito sugli accessi vascolari in seno alla ML, sembra opportuno riportare direttamente il commento indirizzato alla ML dal Gruppo di studio per gli accessi vascolari della SIN (firmato: G. Bonforte, Como; F. Galli, Pavia; F. Cavatorta, Imperia):

«La domanda "Chi fa, cosa fa e come fa?", riferita agli accessi vascolari, rappresenta una "*vexata quaestio*" che, ogni tanto, agita gli animi di alcuni irriducibili. Il problema è da sempre noto al Gruppo di Studio degli Accessi Vascolari che in occasione delle varie iniziative scientifiche promosse (Corsi, Congresso) ha registrato, sul tema, qualche scaramuccia che, come era prevedibile, non ha fatto cambiare opinione ai contendenti più accaniti. Fortunatamente gli irriducibili stanno scomparendo a favore di un numero sempre crescente di fautori del buon senso. Così, ancor prima di soddisfare la legittima curiosità di Amedeo De Vecchi sull'organizzazione dei rispettivi Centri, riteniamo utile qualche breve considerazione, volutamente provocatoria, al fine di stimolare un ulteriore, costruttivo scambio di opinioni. Se una Direzione Medica si pone il problema di chi deve essere l'esecutore degli accessi per dialisi, evidentemente non ha capito bene come funziona una Unità Operativa di Nefrologia o, forse, chi avrebbe dovuto farlo, non gli ha sufficientemente spiegato che l'attività di gestione degli accessi è parte integrante dei compiti del Nefrologo-dializzato-

re. Per contro, quando il Chirurgo soprattutto vascolare, rivendica a sé tale attività e lo fa con insistenza, facendo magari pressioni sulla Direzione Medica, dimostra, con evidenza, quanto il suo primo pensiero sia rivolto al DRG più che al paziente. Crediamo allora che sia importante rimarcare il significato di "gestione" dell'accesso vascolare, così come ha cercato di fare il Gruppo di Studio soprattutto durante il Congresso di Imperia. Gestire l'accesso significa conoscere il paziente, conoscere le sue aspettative di trattamento e, (a volte) di vita, progettare le soluzioni immediate e quelle che potrebbero seguire, sorvegliare i risultati ottenuti e adire, infine, a tutti gli strumenti utili per la sua realizzazione. Se si condivide questa politica, non è difficile capire come la mera confezione dell'accesso possa, paradossalmente, apparire come l'atto meno importante di tutto il processo di gestione. Chiedersi quindi chi debba confezionare l'accesso vascolare non è così importante quanto l'identificare chi debba farsi carico dell'intero problema e, alla luce di quanto detto, crediamo non sia difficile concordare che la sola figura "naturalmente" titolata a farlo è il Nefrologo, unico regista dell'accesso. Se il regista sa anche essere attore, sia il benvenuto ma se non sa recitare, sappia comunque far muovere adeguatamente i vari attori. Per venire al pratico: se un centro dialisi non è in grado di provvedere autonomamente all'allestimento degli accessi cronici, è giusto che i pazienti di tale centro afferiscano ai vari confezionatori competenti ma questo non esclude che il nefrologo di quel centro non debba partecipare direttamente anche alla progettazione degli accessi. In altri termini: il paziente non va mai semplicemente "inviato" ma va "accompagnato" al confezionatore per concordare con lui le tappe di un percorso che deve essere il più lungo possibile. È scontato, vorremmo sperarlo, che chi si occupa di dialisi abbia competenza completa sulla tematica degli accessi (senza obbligatoriamente saperli confezionare) e qui torna alla ribalta il problema dell'insegnamento di tale materia nelle scuole di specialità; ma questa è un'altra storia.

Per rispondere alla mini inchiesta di A. De Vecchi: nei Centri degli scriventi gli accessi vengono confezionati dai Nefrologi in sale operatorie dedicate. La nostra condizione fortunata non ci impedisce però di avere la massima stima e ammirazione per i Colleghi che, lavorando in situazioni meno "dedicate", fanno cose egregie con grande soddisfazione dei loro pazienti».

In un ulteriore messaggio il Collega Franco Galli scrive che «non a caso i Colleghi Americani ed Europei osservano con grande attenzione questo comportamento (ossia il ruolo da protagonista del Nefrologo Italiano nella pianificazione/realizzazione/gestione clinica degli accessi per dialisi, ndr) - si potrebbe

quasi dire "modello" - Italiano. È un vero peccato però che sullo specifico tema degli accessi emerga la differenza importante fra noi e gli stranieri: noi lavoriamo certamente di più e, ne sono convinto, meglio ma scriviamo poco; gli altri fanno il contrario». Il che rappresenta un monito non solo a non disperdere, ma anche a tradurre in letteratura scientifica il patrimonio Italiano nella materia degli accessi vascolari.

In conclusione, citiamo un messaggio indirizzato alla ML da un Collega che, a nostro giudizio, bene riassume le tematiche emerse nel presente report: «I risultati dell'esperienza Europea, in particolare quella Italiana, mostrano che il Nefrologo ha acquisito un patrimonio di conoscenze ed abilità chirurgiche, almeno negli interventi di primo livello, che hanno portato alla massima implementazione dell'utilizzo delle FAV e al minimo ricorso ai CVC. Pertanto, tali competenze andrebbero preservate come elemento caratterizzante la nostra specialità e fatte oggetto di insegnamento nell'ambito del *training specialistico*».

RIASSUNTO

Il ruolo del Nefrologo nella gestione degli accessi vascolari per emodialisi è stato recentemente dibattuto nella Mailing List SIN. Nel presente numero viene commentato alla luce della letteratura.

Lo studio DOPPS ha fornito informazioni riguardo alle pratiche degli accessi vascolari in diverse nazioni. L'utilizzo della fistola artero-venosa (FAV) è molto superiore in Europa rispetto agli USA (80% vs 24%), ove le protesi rappresentano l'accesso vascolare predominante (58%); l'utilizzo della FAV, nell'ambito Europeo, è risultato massimo in Italia (90% degli accessi vascolari), ove il Nefrologo ha in carico gran parte della chirurgia per gli accessi vascolari; la sopravvivenza della FAV è superiore a quella delle protesi. L'accesso vascolare per emodialisi è correlato alla sopravvivenza dei pazienti, essendo il rischio di morte e l'ospedalizzazione maggiore nei portatori di catetere venoso centrale (CVC) e minore nei pazienti con FAV. Indipendentemente da chi realizza gli accessi vascolari, il Nefrologo esercita un ruolo insostituibile quale protagonista delle cure e del follow-up dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica. Il follow-up nefrologico pre-dialitico è indipendentemente associato all'uso di un accesso vascolare permanente e a migliore sopravvivenza. L'esperienza Canadese, ove è elevato l'utilizzo del CVC come primo accesso vascolare dovuto ai lunghi tempi di attesa per l'allestimento dell'accesso vascolare permanente, insegna che è necessario che all'attività di chirurgia degli accessi vascolari vengano conferiti adeguati tempi e spazi operatori. In questo senso, il Nefrologo è di primaria importanza nell'organizzare la chirurgia degli accessi in modo da rispondere in tempo utile alle reali esigenze operative.

BIBLIOGRAFIA

1. Pisoni RL, Young EW, Dykstra DM, et al. Vascular access use in Europe and the United States: results from the DOPPS. *Kidney Int* 2002; 61: 305-16.
2. Bonucchi D, D'Amelio A, Capelli G, et al. Management of vascular access for dialysis: an Italian survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 2116-8.
3. Dhingra RK, Young EW, Hulbert-Shearon TE, et al. Type of vascular access and mortality in US hemodialysis patients. *Kidney Int* 2001; 60: 1443-51.
4. Astor BC, Eustace JA, Powe NR, et al. Type of vascular access and survival among incident hemodialysis patients: the choices for healthy outcomes in caring for ESRD (CHOICE) study. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 1449-55.
5. Mendelssohn DC, Ethier JE, Elder SJ, Saran R, Port FK, Pisoni R. Haemodialysis vascular access problems in Canada: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS II). *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 721-8.