

Accessi vascolari di emodialisi (seguito): bypass arterovenosi, cateteri venosi centrali, strategia d'insieme

J. Marzelle, P. Bourquelot

L'emodialisi richiede un accesso vascolare che permetta delle connessioni ripetute al rene artificiale. La fistola arterovenosa nativa è il migliore accesso vascolare. I bypass arterovenosi protesici, indicati in caso di impossibilità di creare un accesso nativo, sono gravati da stenosi recidivanti dell'anastomosi venosa. I cateteri venosi centrali, insostituibili in caso di urgenza, consentono di attendere la maturazione degli accessi vascolari, ma si complicano con infezioni gravi e stenosi venose centrali che minacciano gli accessi vascolari futuri. Le procedure endovascolari permettono la gestione di un gran numero di complicanze, benché la chirurgia mantenga un ruolo certo nel trattamento delle stenosi juxta-anastomotiche all'avambraccio, degli iperflussi e delle ischemie.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Emodialisi; Insufficienza renale terminale; Accesso vascolare; Bypass; Angioplastica; Endoprotesi; Catetere

Struttura dell'articolo

| | |
|---|---|
| ■ Bypass arterovenoso | 1 |
| Materiali | 1 |
| Bypass arterovenoso all'arto superiore | 2 |
| Bypass arterovenosi all'arto inferiore | 3 |
| Bypass arterovenosi addominali e toracici | 3 |
| Complicanze dei bypass arterovenosi | 4 |
| Chiusura dei bypass arterovenosi | 4 |
| ■ Cateteri venosi centrali | 4 |
| Tecnica di posizionamento per via giugulare interna | 5 |
| Altre vie | 7 |
| Complicanze | 7 |
| ■ Strategia | 7 |
| Strategia d'insieme - algoritmo | 7 |
| Casi particolari | 8 |
| ■ Conclusioni | 9 |

■ Bypass arterovenoso

Materiali

Per i bypass arteroarteriosi, nessun materiale biologico o sintetico rivaleggia con la vena nativa in materia di biocompatibilità, di resistenza all'infezione, di trombogenicità, di durabilità e di congruenza con i vasi nativi. Al contrario, quale che sia il materiale utilizzato, i bypass arterovenosi (BAV) sono rapidamente complicati da un'ipertrofia intimale a livello dell'anastomosi venosa, fonte di stenosi e di trombosi.

Vene autologhe

Vena safena e vena femorale autologhe sono state proposte per degli accessi all'arto superiore, di regola al braccio. Un utilizzo «in sede», in quanto fistola autologa, è sicuramente di gran lunga preferibile. Noi abbiamo ricordato in precedenza le riserve avanzate per privilegiare la vena femorale alla safena. Occorre, inoltre, notare che il prelievo dell'una deve far evitare quello dell'altra, poiché, in caso contrario, si può aggravare il rischio di veder comparire una stasi venosa importante all'arto inferiore.

Altri materiali biologici

Le vene umane conservate non hanno dimostrato la loro superiorità al politetrafluoroetilene (PTFE) in termini di pervietà degli accessi^[1,2]. Il PTFE espone più all'infezione e la vena conservata all'evoluzione aneurismatica o, anche, alla rottura. L'utilizzo di allotrapianti arteriosi umani crioconservati sembra svilupparsi, ma, oltre all'assenza di studi sulla loro pervietà, si pone il problema del loro utilizzo su grande scala, che rischia di compromettere la loro disponibilità per il trattamento delle infezioni arteriose, settore dove essi si sono dimostrati efficaci.

La maggior parte degli xenotrapianti (vena ombelicale, carotide bovina, vena mesenterica bovina, uretere bovino, ecc.) non ha dimostrato alcuna efficacia, senza contare le restrizioni legali sul rischio di trasmissione virale. Essi hanno dei risultati sensibilmente identici a quelli delle protesi^[3].

Protesi in politetrafluoroetilene

Il PTFE espanso (ePTFE), stretch, a parete sottile o normale, 6 mm, è la protesi più utilizzata. Sono stati studiati diversi affinamenti, tra cui l'allargamento a padiglione (*cuff*) di una delle estremità allo scopo di aumentare il calibro dell'anastomosi

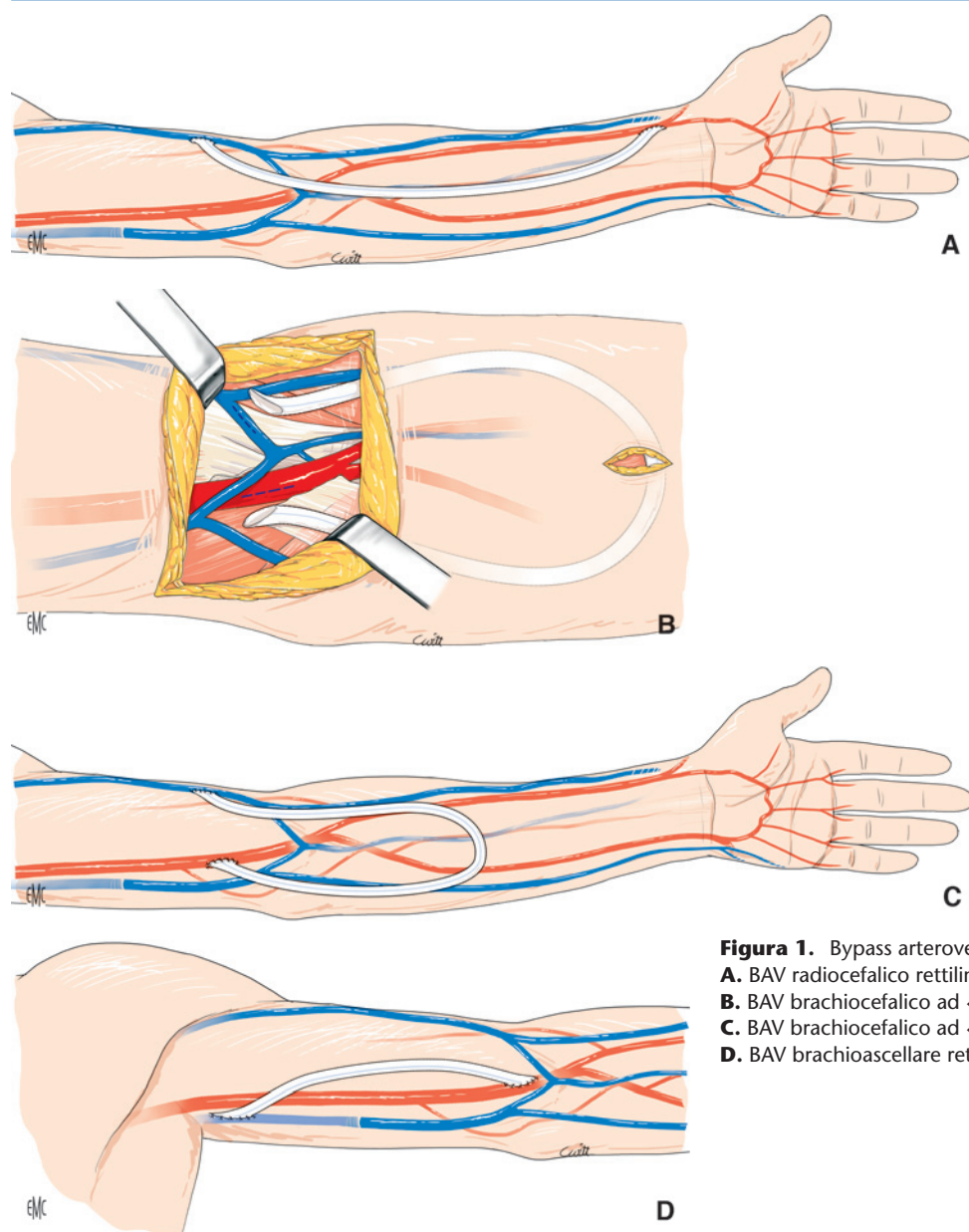


Figura 1. Bypass arterovenoso (BAV) all'arto superiore.

- A.** BAV radiocefalico rettilineo all'avambraccio.
- B.** BAV brachiocefalico ad «ansa» all'avambraccio: tunnellizzazione.
- C.** BAV brachiocefalico ad «ansa» all'avambraccio: anastomosi.
- D.** BAV brachioascellare rettilineo al braccio.

venosa per migliorare i tassi di pervietà^[4]. Le protesi in poliuretano con o senza poliestere e le protesi potenziate per abbreviare il ritardo di utilizzo non hanno dimostrato la loro superiorità.

Il dispositivo Hemodialysis Reliable Outflow (HeRO®)^[5] è recente. Esso è costituito da due segmenti. Il primo è una protesi in ePTFE di 6 mm di diametro destinata a essere impiantata sull'arteria brachiale al braccio, quindi a essere tunnellizzata fino al solco deltoideopettorale secondo un tragitto rettilineo sottocutaneo che sarà punto per le dialisi. Il secondo è un tubo in Silastic® rinforzato di nitinol introdotto da una vena prossimale il cui drenaggio venoso centrale viene ricanalizzato in modo endolumiale; la sua estremità è posta nell'atrio destro. I due segmenti sono connessi l'uno all'altro, nel solco deltoideopettorale, al termine della procedura.

Bypass arterovenoso all'arto superiore

Avambraccio

Rettilineo

Questi bypass (Fig. 1) collegano l'arteria radiale (o l'arteria ulnare), aggredita attraverso una breve incisione longitudinale, a una vena superficiale della piega del gomito, cefalica, basilica o

«M venosa». La tunnellizzazione sottocutanea è rettilinea, non troppo superficiale e non troppo profonda, iniziata con le forbici a partire dalle due incisioni. L'anastomosi venosa deve essere spatolata, sufficientemente lunga. Si utilizzano, per l'anastomosi venosa, del polipropilene 6/0 a doppio ago di 13 o, meglio, di 9 mm, in due emisopraggitti che iniziano al tallone, e dell'Ethilon® 8/0 per l'anastomosi arteriosa. Le anastomosi sono latero-terminali. La scelta della prima anastomosi importa poco; l'essenziale è clampare la protesi per evitare che essa si riempia di sangue; occorre anche evitare, prima dell'ultima manovra di purga, di riempire sotto pressione la protesi con della soluzione fisiologica eparinata, il che favorirebbe la comparsa di un sieroma. Al momento della chiusura, l'imbottitura sottocutanea con Vicryl® 3/0 è importante per isolare bene la protesi dell'incisione. Un drenaggio in aspirazione, lasciato nel tragitto di tunnellizzazione per 24-48 ore, evita la formazione secondaria di un ematoma.

Ansa

Si realizza un'incisione curvilinea od obliqua alla piega del gomito, centrata sulla doccia bicipitale e preparando le vene superficiali. La vena ricevente è isolata, ramo della «M venosa», cefalica, in alternativa basilica ed eccezionalmente una delle vene brachiali. L'arteria brachiale è, quindi, esposta mediante

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284810>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284810>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)