

Fig. 1

Fig. 2



Fig.3 a.Normale morfologia origine arteria succlavia; b:arteria Lusoria

ACCESSI VASCOLARI

PO016 – CHIUSURA PERCUTANEA DI FISTOLE ARTEROVENOSE PER EMODIALISI “COMPLICATE” CON OCCLUSORI “AMPLATZER VASCULAR PLUG” (AVP): CASI CLINICI

Autori: Germana Daidola (1), Luigi Leotta (2), Alberto Balderi (3), Antonio Marciello4, Daniele Savio5, Davide Diena1, Enrico Peano3, Simone Bongiovanni3, , Davide Castiglione3, Maria Rita Loi1, Paola Inguaggiato1, Graziella Gigliola 1, Luca Besso1 **Affiliazioni:** 1. S.C. Nefrologia e Dialisi, ASO S. Croce e Carle, Cuneo 2. S.C. Chirurgia Vascolare, ASO S. Croce e Carle, Cuneo 3. S.C. Radiologia, ASO S. Croce e Carle, Cuneo 4. Nefrologia e Dialisi Ospedale “E. Agnelli” Pinerolo ASLTO3 5. Radiologia Interventistica Ospedale “San Giovanni Bosco” ASL Città di Torino

Introduzione La Sindrome (S.) da ipertensione venosa e la S. da furto sono possibili complicanze delle fistole arterovenose per emodialisi (FAV) e spesso richiedono l'intervento chirurgico. Riportiamo 3 casi di FAV “complicate” trattate con occlusori AVP (Abbott). **Caso 1:** F, 88 aa, portatrice di protesi omero-basilica

sn. 7/2020 ostruzione della vena basilica e deflusso venoso distale. Tentativi infruttuosi di ricanalizzazione del vaso e comparsa di S. da ipertensione venosa. 10/2020 embolizzazione della FAV con rilascio di occlusore AVP di 12 mm e spirali metalliche. **Caso 2:** M, 72 aa, portatore di FAV distale sn, PM a dx. 2/2021 riscontro di stenosi serrata della v. succlavia omolaterale con S. del braccio grosso senza possibilità di ricanalizzazione. 3/2021 embolizzazione della FAV con rilascio di occlusore AVP di 10 mm e spirale metallica. **Caso 3:** F, 58 aa, portatrice di FAV radiocefalica distale sn. Cirrosi criptogenetica con grave piastrinopenia ed ipersplenismo. 10/2017 comparsa di lesioni necrotiche in prossimità della tabacchiera anatomica in seguito a trauma con evoluzione in escare necrotiche per ipoperfusione distale. Esclusione endovascolare della FAV con occlusori AVP 16 e 20 mm. **Risultati** Nei casi trattati nessuna complicanza peri-procedurale e rapida regressione della sintomatologia clinica. **Conclusioni** La chiusura percutanea delle FAV “complicate” con AVP può rappresentare un'alternativa alla chirurgia tradizionale, in particolare in presenza di difficoltà tecniche ed elevato rischio operatorio.

ACCESSI VASCOLARI

PO017 – STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO SULL'IMPATTO DEL MONITORAGGIO CONTINUO DELL'ACCESSO VASCOLARE SULLA SOPRAVVIVENZA E QUALITÀ DELLA VITA DEL PAZIENTE IN DIALISI.

Autori: E.Satta (1),C.Romano, (2),F. Lo Iacono(2), C.Alfarone(2), L. Scarpati(2), G. Latte(2), L. Giordano(3), D.Russo(4), **Affiliazioni:** (1)CNP, Centro nefrologico Polispecialistico, Nefrocenter srl, e (2)Nefrocenter research.,(3) Emodial Center Nefrocenter, (4) Istituto di Nefrologia, Dip. di Sanità Pubblica, Università Federico II.

Background L'accesso vascolare (AV) è life-line del paziente con emodialisi. L'obiettivo universale del monitoraggio degli AV è identificare eventi precoci quali la stenosi ed l'intervento prima della trombosi, massimizzando così la longevità degli accessi e riducendo al minimo la morbilità. **Obiettivi.** Questo studio sfrutta l'opportunità di utilizzare i dati di 19 centri di emodialisi e circa 1000 pazienti e di correlare ed esaminare le variabili che comunemente vengono riportate ad ogni trattamento, le tendenze nell'uso dell'AV, le tendenze nelle caratteristiche del paziente e la pratica associata all'AV. I dati sono stati raccolti per ogni trattamento. I dati sono collezionati dagli infermieri ed inserita in apposita sezione del database gestionale per 5 anni. Sono stati valutati le tendenze e gli andamenti all'inizio ed alla fine dello studio, ed è stata effettuata delle curve di kaplan maier riguardanti la sopravvivenza dell'AV e correlate alla sopravvivenza dei pazienti. L'età media di 801 pazienti arruolati era di 73,5 anni. L'AVF nativo è stato utilizzato dal 79%, AVG del 2% e CVC del 19%. Con l'aumentare dell'età e l'uso del CVC

passa dal 6% (15-39 anni) al 50,5% nei pazienti con più di 85 anni. Le complicanze più frequenti sono state: Trombosi 16,5 %, Infezioni 5,5%. I giorni di ricovero in VA correlati sono il 28,7 % dei giorni totali. Gli obiettivi medi di dialisi raggiunti sono stati: QB 290 ml/Min; sangue lavorato 69,7 L; KT/V:1,35. Conclusioni Interpretando la raccolta di dati per specifiche misure di performance utilizzando report accurati, gli operatori sanitari possono evidenziare le prestazioni/inefficienze dell'AV e fornire informazioni corrette al personale clinico per supportarli nella loro pratica clinica quotidiana e nel processo decisionale.

ACCESSI VASCOLARI

PO018 – HP E CKRT IN PARALLELO DA UNICO ACCESSO VASCOLARE: PROTOCOLLO APPLICATIVO.

Autori: Nalesso F (1), Cattarin L (1), Baldini Anastasio P (1), Giacomo S (1), Gobbi L (1), Calò L A (1) **Affiliazioni:** (1) UOC di Nefrologia, Dipartimento di Medicina (DIMED), Azienda Ospedale – Università di Padova

Il problema del posizionamento dell'accesso vascolare per la depurazione extracorporea in Terapia Intensiva è di vitale importanza, infatti in caso di necessità di personalizzazione dei trattamenti, con scarsità di accessi, è obbligatorio procedere con trattamenti in parallelo da un unico catetere venoso centrale (CVC). Il nostro protocollo per tali trattamenti prevede l'utilizzo di un singolo CVC per l'esecuzione di CKRT in sodio citrato e di emoperfusione (HP) senza la necessità di discontinuazione della CKRT tra un trattamento HP e l'altro. Previo raggiungimento del flusso ematico massimo (Fmax) in CKRT, tale flusso viene mantenuto per almeno 60 minuti per testare le pressioni di esercizio del CVC. Al termine di tale periodo di osservazione vengono posizionate 2 Y sulle 2 branche del CVC per sdoppiare l'accesso venoso ed arterioso del catetere. A questo punto si collega l'HP alla quale si garantisce la precedenza sul flusso ematico: in linea pratica si assegna ad HP un flusso pari a $F_{max}-100$ ml/min. 100 ml/min vengono utilizzati per garantire la CVVHDF in sodio citrato. L'HP nella nostra esperienza ottiene un range di flussi da 200 a 100 ml/min, a seconda però delle minori richieste in HP si può aumentare il flusso ematico in CKRT. La nostra esperienza comprende già il trattamento di oltre 8 pazienti nei quali non era possibile posizionare il secondo CVC. Dai nostri dati il protocollo risulta efficace nell'ottenimento delle due circolazioni extracorporee in parallelo.

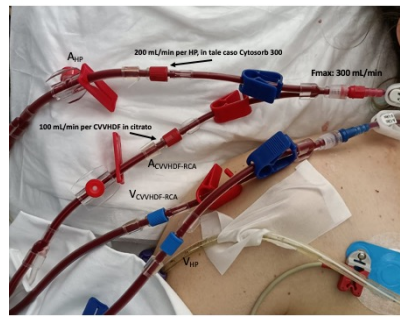


Figura 1: caso specifico di uso di unico CVC per 2 trattamenti in parallelo secondo protocollo. CVC standar per HD in vena giugulare interna destra.

- ESECUZIONE DI HP con Cytosorb 300**
- Flusso sangue 200 mL/min
 - Cicli di 12 ore per 2 giorni
 - A_{HP}= Accesso arterioso, V_{HP}=Rientro venoso
- ESECUZIONE DI CVVHDF in RCA**
- Filtro oXiris
 - Flusso sangue 100 mL/min
 - Flusso PBP 1000 mL/min (stratemia 3,0 mmol/L con compensazione calcio 90%)
 - Dialisato 1000 mL/min
 - Reinfusione in post 1000 mL/min
 - A_{CVVHDF-RCA}= Accesso arterioso, V_{CVVHDF-RCA}=Rientro venoso

Dose totale corretta per fattore di diluizione e dose time: 30 mL/kg/h
Anticoagulazione sistemica con eparina sodica per clinica e per HP con Cytosorb.



ACCESSI VASCOLARI

PO019 – COVID-19 E ACCESSI VASCOLARI: COS'È CAMBIATO NEL NOSTRO CENTRO DIALISI. L'ESPERIENZA COMASCA

Autori: Magatti Maria Giulia (1), Peiti Silvia (1), Missaglia Elena (1), Jovane Carlo(1), Luisetto Elena(1), Fumagalli Giordano(1), Melfa Gianvicenzo(1) **Affiliazioni:** (1) UO Nefrologia e Dialisi, Ospedale Sant'Anna, ASST Lariana, Como

Accanto alle sfide terapeutiche e organizzative, la pandemia da SARS-CoV2 ha presentato il suo conto anche nei pazienti non direttamente toccati dall'infezione. Abbiamo confrontato i dati di prevalenza degli accessi vascolari degli anni 2019, 2020 e 2021 rispetto alle variazioni della popolazione in emodialisi. Nel 2019 il nostro Centro contava 330 pazienti, che sono saliti a 360 alla fine del primo semestre del 2021, nonostante un aumento della mortalità legata al COVID. L'aumento può essere dovuto in parte al ridimensionamento del percorso pre-dialisi (riduzione delle visite di follow-up dei pazienti uremici; mancata intercettazione dei casi di peggioramento di funzione renale potenzialmente reversibili). Sono aumentati gli ingressi in dialisi in regime d'urgenza con CVC short term: 23% nel 2019, 28% nel 2020, 31% nel 2021. La riorganizzazione aziendale in risposta all'emergenza COVID ha determinato la pressoché completa soppressione dell'attività chirurgica specialistica (34 FAV allestite nel 2019 vs 19 nel 2020 vs 3 nei primi 5 mesi del 2021), con una riduzione dal 64% (2019) al 48% (2021) della percentuale di pazienti con fistole AV (native e protesiche). All'inverso è aumentato il posizionamento di CVC long term (prevalenza del 36% nel 2019, 52% al 31 maggio 2021).