

LA STENO-TROMBOSI DATATA DELLA VENA CEFALICA: NON SEMPRE TUTTO E' PERDUTO.

CASE REPORT

Porreca S, Napoli M.^, Cataldi G, Pallotta G.

UO Nefrologia PO Altamura, ^UO Nefrologia PO Galatina

La maturazione di una Fistola Artero-Venosa (FAV) per emodialisi è spesso condizionata da precedenti lesioni vascolari della parete venosa, dovute a venipunture per prelievi e terapie. Queste lesioni possono, infatti, generare delle stenosi che poi impediscono la normale maturazione della FAV. In altri casi le stenosi venose possono generarsi per effetti emodinamici. Proponiamo il caso di un paziente con insufficienza renale cronica in stadio avanzato, sottoposto ad intervento di allestimento di una classica FAV radio-cefalica latero-terminale per emodialisi al polso di sinistra. In sede intraoperatoria veniva repertata, a 4-5 cm dall'anastomosi, una vena collaterale della cefalica proveniente dal dorso della mano. Inizialmente la FAV risultava ben funzionante con graduale maturazione della vena cefalica all'avambraccio. In uno dei controlli, a pochi mesi dal confezionamento, tuttavia si rilevava assenza del flusso sulla cefalica all'avambraccio, con trill ben apprezzabile, ma con il flusso diretto esclusivamente verso la mano attraverso la collaterale esterna suddetta. L'ECD evidenziava un buona portata della FAV (circa 1000 ml/min), il primo tratto della vena cefalica era pervio fino ad un cm dopo la confluenza con la collaterale diretta verso la mano; la parte medio-prossimale della vena cefalica era trombizzata; al gomito, subito dopo la confluenza con la vena perforante, la vena cefalica era pervia e ben sviluppata. Il flusso della FAV era, pertanto, tutto diretto verso la mano, e non vi era alcuna possibilità di incannulamento per effettuare il trattamento emodialitico. Dopo un ragionevole periodo di attesa, nella speranza che si potessero sviluppare dei vasi sul lato della vena ulnare, cosa che invece non è avvenuta, e per la comparsa prevedibile di segni di iperafflusso alla mano, si è deciso di sottoporre il paziente ad intervento di revisione chirurgica della FAV.

Si è programmato un intervento di revisione con l'intento di ricanalizzare la vena cefalica, legando poi la collaterale esterna, interrompendo pertanto il flusso diretto verso la mano.

Intervento: si è isolata la vena cefalica subito a monte della precedente anastomosi, fino a 1 cm dopo la confluenza. Dopo clampaggio della cefalica subito dopo la FAV e della collaterale diretta verso la mano, si è incisa la vena cefalica. Successivamente, sotto guida ecografica, si è introdotto uno specillo nella vena cefalica, e con forzatura adeguata, si è ricanalizzata la vena fino al gomito. Quindi con Foargty 3 fr si è cercato di pulire la vena da eventuali trombi residui. Successivamente si è proceduto, sempre sotto ecoguida, con un angioplastica della vena cefalica dalla breccia fino al gomito, con un pallone da 3.5 mm di calibro ed 80 di lunghezza, insufflato fino ad 10 atm per 30 secondi. Successivamente si allestita una nuova anastomosi radio-cefalica latero-terminale, legando poi la collaterale esterna. Immediato il funzionamento della FAV. A distanza di 3 mesi regolare incannulamento della FAV con due aghi.

Il caso dimostra che le attuali tecniche endovascolari rendono possibile il recupero di vasi che in passato venivano considerati inutilizzabili.