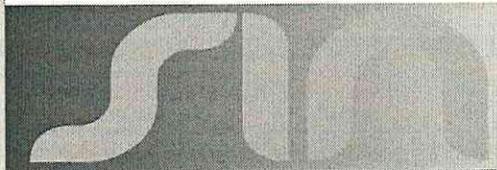
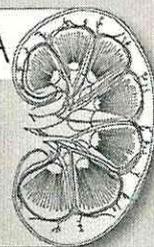


SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA



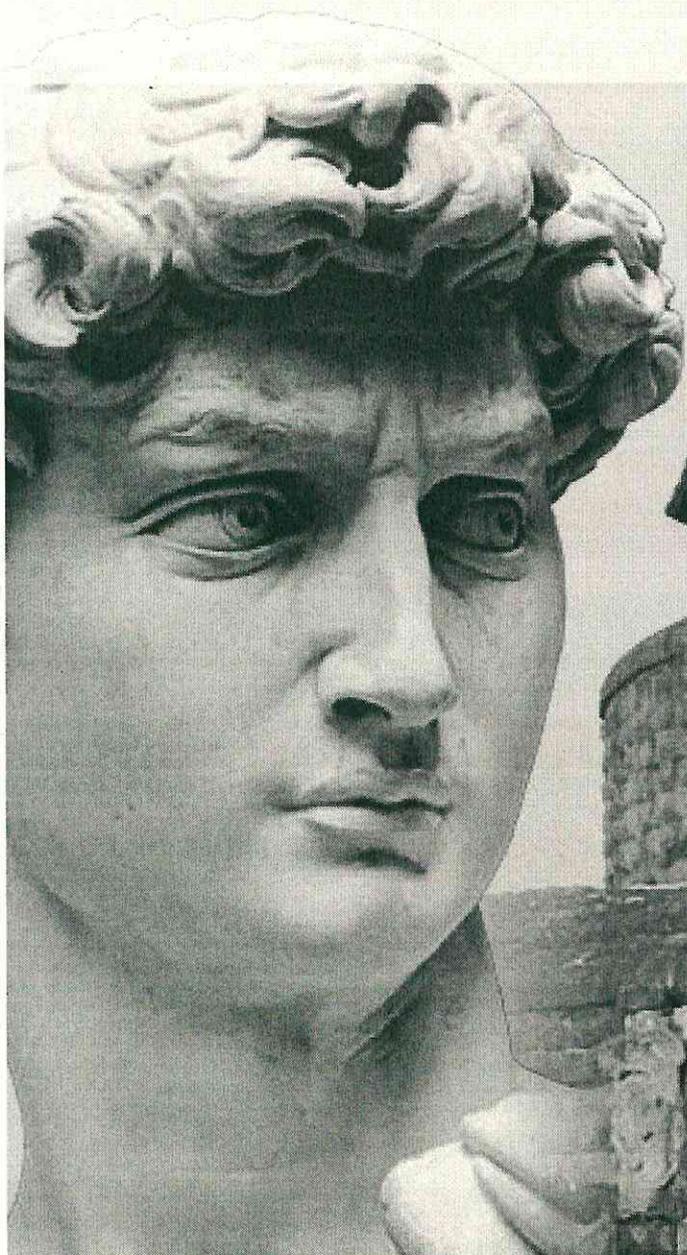
54^o

FIRENZE

CONGRESSO
NATIONALE

FORTEZZA DA BASSO
25-28 SETTEMBRE 2013

Libro degli Abstract



4 POA

L' ACCESSO VASCOLARE NEI PAZIENTI EMODIALIZZATI OVER 70 ANNI

Capurro F, Conti N, David P, Brustia M, De Mauri A, Chiarinotti D, De Leo M.

S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Maggiore della Carità, Novara

RAZIONALE. Negli ultimi anni, l'incidenza della popolazione anziana in dialisi è drammaticamente aumentata. Il confezionamento della fistola arterovenosa (FAV) in questi pazienti (pz) è spesso indaginoso per le multiple comorbidità. Scopo del nostro studio retrospettivo è valutare l'accesso vascolare (AV) nei dializzati.

CASISTICA E METODI. Abbiamo revisionato gli AV confezionati in dializzati > 70 anni incidenti dal gennaio 2007 al dicembre 2011. Abbiamo valutato il fallimento primario (FP) e la pervietà cumulativa degli AV nativi (distali D, Middle-arm MA, e prossimali P) a 12, 48 e 60 mesi; abbiamo confrontato la tipologia di AV, l'utilizzo di catetere venoso centrale (CVC) e la mortalità nei 3 sottogruppi: A 70-75 aa, B 76-80 aa, C > 80 anni.

RISULTATI. Sono stati arruolati 88 pz (61 M) > 70 aa, A 39 (44%), B 28 (32%) e C 21 (24%). Abbiamo confezionato 103 AV: 2 grafts e 101 FAV native (47% D, 48% MA e 6% P). A 12, 48 e 60 mesi la pervietà cumulativa era del 76, 65, e 53% per le FAV D, 77, 63 e 52% per le MA (p=NS); a 12 e 24 mesi l'80% per le FAV P. Il FP era del 10, 14 e 16% rispettivamente per le D, MA e P (p ns). Nessuna differenza significativa tra le tipologie di AV nei 3 gruppi. La percentuale di CVC a permanenza era del 12, 9 e 8% nei 3 gruppi; un CVC temporaneo è stato il primo AV per il 23, 43 e 38% dei pz dei 3 gruppi. Al termine del follow up nei 3 gruppi la mortalità è stata del 36, 43 e 33% (p NS).

CONCLUSIONI. Nella nostra esperienza l'età non dovrebbe essere considerata un limite per il confezionamento di una FAV, e la politica del "fistula first" dovrebbe quindi essere raccomandata anche per la popolazione anziana.

5 POA

ACCESSO VASCOLARE PER EMODIALISI: "EARLY" VERSUS "LATE" REFERRAL

N. Conti, F. Capurro, P. David, M. Brustia, A. De Mauri, D. Chiarinotti, M. De Leo

S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Italy.

RAZIONALE. Una tardiva valutazione nefrologica è correlata ad un peggiore outcome nei pazienti (pz) con CKD. Abbiamo valutato l'impatto dei tempi di valutazione sulla sopravvivenza dell'accesso vascolare (AV) e del pz.

CASISTICA E METODI. Abbiamo studiato 153 pz incidenti, da gennaio 2007 a Dicembre 2011. Abbiamo definito la tempistica di referral come precoce (early, ER), o tardiva (late, LR), a seconda che tra la valutazione nefrologica e l'inizio della dialisi fossero trascorsi più o meno di tre mesi. Sono state studiate la sopravvivenza dei pz e il numero di trapianti renali in ciascun gruppo. Per ogni tipologia di FAV è stata valutata l'incidenza del fallimento primario e la pervietà cumulativa.

RISULTATI. Dei 153 pazienti in studio, vi erano 116 ER (67% M, 57% F, età 68 ±13.3 anni) e 37 LR (57% M, 43% F, 68 ±13.9 anni), sostanzialmente omogenei quanto a terapia assunta e comorbidità. Abbiamo confezionato 183 FAV native (87 distali, 85 mid-arm, 11 prossimali) e 2 protesi. L'incidenza di primary failure era del 10% per gli ER vs il 9% dei LR. A 12, 24 e 48 mesi la pervietà cumulativa era dell' 82, 74 e 62% degli ER vs il 50, 50 e 30% dei LR (p=0,0012). Tra i LR le FAV middle-arm avevano un sopravvivenza maggiore rispetto alle distali. Il 22% degli ER vs il 73% dei LR (p<0,001) ha iniziato la dialisi con un CVC. Il 3% degli ER e il 5% dei LR ha posizionato un CVC permanente come primo AV. La mortalità si è dimostrata significativa-

mente maggiore nei LR (54% vs 28%), mentre non c'era differenza nel numero di trapianti eseguiti nei 2 gruppi (4 vs 3%, p NS).

CONCLUSIONI. Una tardiva valutazione nefrologica si associa ad una minor sopravvivenza sia dell'accesso vascolare, sia del paziente. I CVC sono ancora troppo spesso utilizzati come primo AV.

6 POA

LA SOPRAVVIVENZA DELL'ACCESSO VASCOLARE: RISULTATI DI UNO STUDIO IN CENTRI DEL LAZIO

C. De Cicco¹, G. Firmi², A. Franeta², A. Pipicelli², A. Di Napoli³

1) Nefrologia e Dialisi, CdC Ars Medica, Roma 2) Nefrologia e Dialisi, CdC Guarnieri, Roma 3) Comitato Scientifico RIDT, Roma

RAZIONALE. L'accesso vascolare è fondamentale per l'adeguatezza del trattamento emodialitico. Le complicanze della pervietà possono causare aumentata morbilità e mortalità. Lo scopo era valutare per diverse tipologie di fistola artero-venosa (FAV) probabilità e determinanti della sopravvivenza.

CASISTICA E METODI. Studio di coorte retrospettivo (2000-2011) su 1034 accessi vascolari (838 soggetti): prima FAV distale 37,8%, rifacimento FAV distale 18,9%, FAV prossimalizzata 23,6%, FAV prossimale 7,2%, FAV con vena basilica superficializzata 3,9%, FAV protesica 1,6%, catetere venoso 3,4%, altro 3,7%. Probabilità di sopravvivenza dell'accesso analizzata col metodo di Kaplan-Meier (tempo tra confezionamento e perdita, considerando troncati deceduti, trapiantati o persi al follow-up con accesso funzionante), determinanti della sopravvivenza con regressione di Cox (aggiustata per fattori demografici e clinici).

RISULTATI. Sopravvivenza di prima FAV distale: 1 mese = 92,0%, 1 anno = 63,9%, 5 anni = 46,3%, mediana = 44 mesi. Sopravvivenza di rifacimento FAV distale: 1 mese = 93,3%, 1 anno = 76,9%, 5 anni = 62,8%. Sopravvivenza di FAV prossimalizzata: 1 mese = 96,3%, 1 anno = 80,1%, 5 anni = 53,9%, mediana = 76 mesi. Sopravvivenza di FAV prossimale: 1 mese = 98,7%, 1 anno = 78,8%, 5 anni = 44,3%, mediana = 49 mesi. Sopravvivenza di FAV con vena basilica superficializzata: 1 mese = 97,5%, 1 anno = 76,0%, 5 anni = 55,3%, mediana = 98 mesi. Rispetto alla prima FAV distale, minor rischio di fallimento per rifacimento FAV distale (HR=0.59; IC95%: 0.43-0.80) e FAV prossimalizzata (HR=0.68; IC95%: 0.52-0.90) e, sia pur non statisticamente significativo, per FAV prossimale (HR=0.71; IC95%: 0.46-1.11) e FAV con vena basilica superficializzata (HR=0.64; IC95%: 0.36-1.14).

CONCLUSIONI. La prima FAV distale presentava una maggiore early failure (8,0%), rispetto a rifacimento FAV distale (6,7%) e FAV prossimalizzata (3,7%) e un maggior rischio di fallimento. Si ipotizza che rifacimenti e prossimalizzate abbiano maggiore sopravvivenza poiché confezionate con vasi già sviluppati dalla precedente fistola e, comunque, di maggior calibro. La FAV distale va comunque tentata, al limite "in preparazione" del successivo riabocco. Da rilevare come fattori potenzialmente associati alla sopravvivenza di una fistola, come età, sesso, diabete, non siano risultati tali nello studio.

7 POA

SOPRAVVIVENZA DELLA PERSONA IN DIALISI CRONICA PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI PRIMO ACCESSO VASCOLARE

A. Di Napoli¹, L. Tazza², S. Chicca¹, C. De Cicco³, D. Di Lallo¹, G. Guasticchi¹

per il Registro Regionale Dialisi e Trapianto del Lazio - 1) Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica, Roma ; 2) Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma ; 3) Ars Medica, Roma

RAZIONALE. Entrare in emodialisi con fistola artero-venosa (FAV) nativa invece di catetere venoso (CV) si associa ad esiti migliori. Tra le FAV native all'arto superiore si differenziano prime distali, successive distali, prossimali, mentre tra i CV si distinguono temporanei e tunnelizzati; vanno considerate a parte le fistole protesiche.

Nell'ipotesi che iniziare l'emodialisi con uno specifico accesso vascolare rappresenti un proxy di condizioni cliniche predittive di esiti differenti, è stato condotto uno studio per valutare la sopravvivenza delle persone tenendo conto della tipologia di accesso vascolare iniziale.

CASISTICA E METODI. Studio retrospettivo su una coorte di 7.861 pazienti incidenti (2002-2011) in emodialisi, notificati al Registro Regionale Dialisi e Trapianto del Lazio. La valutazione della probabilità di sopravvivenza e del rischio di morte è stata effettuata utilizzando, rispettivamente, il metodo di Kaplan-Meier e quello della regressione multivariata di Cox, tenendo conto di variabili demografiche, cliniche e assistenziali.

RISULTATI. La probabilità di sopravvivenza mediana delle persone è risultata essere 94 mesi per chi aveva iniziato la dialisi con una FAV distale, 69 mesi con una FAV prossimale, 52 mesi con una FAV protesica, 55 mesi con un CV temporaneo e 35 mesi con un CV tunnelizzato. Rispetto a chi iniziava con una prima FAV all'arto superiore distale, non si sono osservate differenze di mortalità con FAV successiva distale (HR=1.00; IC95%: 0.83-1.21), mentre un rischio più elevato, sia pure non statisticamente significativo, si è osservato tra soggetti con FAV prossimale (HR=1.12; IC95%: 0.96-1.31) o FAV protesica (HR=1.36; IC95%: 0.91-2.04). Un rischio significativamente più elevato si è osservato per chi iniziava con CV temporaneo (HR=1.35; IC95%: 1.21-1.50) o con CV tunnelizzato (HR=1.50; IC95%: 1.37-1.66).

CONCLUSIONI. Lo studio, oltre a confermare il già noto maggior rischio di decesso per persone entrate in dialisi con un CV, suggerisce che FAV prossimale e FAV protesica si associno a condizioni cliniche predittive di esiti più sfavorevoli.

8 POA

L'Esame Ecocolor Doppler e la stenosi della fistola artero-venosa nativa: confronto con angiografia e determinazione di una gerarchia di predittività dei parametri ultrasonografici.

P. Di Nicolò, A. Boneschi, C. Fantinati, S. Fiorenza, M. Mandreoli, R.M. Rapanà

UOC Nefrologia e Dialisi Ospedale S. Maria della Scaletta, Imola (Bo)

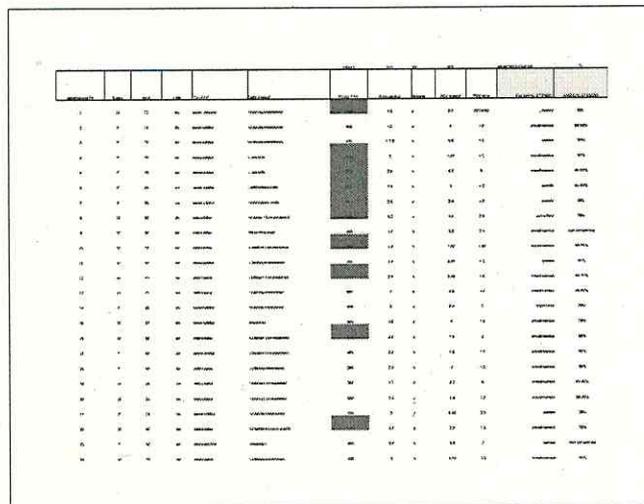
RAZIONALE. L'ultrasonografia doppler (USD) nel monitoraggio dell'accesso vascolare (AV) è considerata come tecnica altamente predittiva nel riconoscimento di eventuali stenosi. Esistono in letteratura alcuni parametri ultrasonografici considerati affidabili per la diagnosi di stenosi. Scopo del lavoro è stato individuare una gerarchia di predittività per questi parametri così da riconoscere con maggiore accuratezza la presenza di stenosi in fistole artero venose native (FAVn).

CASISTICA E METODI. Studio su una popolazione di 24 emodializzati (13 M, 11 F) di età compresa tra 42-93 anni inviati a studio angiografico per sospetta stenosi emodinamica della FAVn sulla base dell'esame USD. L'angiografia è stata considerata come "gold standard". I parametri USD studiati sono stati il flusso misurato in arteria omerale, il diametro residuo vasale, la presenza del fenomeno dell'aliasing all'USD, la velocità di picco sistolico (VPS) misurata nella sede della stenosi ed il VPS-ratio (VPSR) cioè il rapporto tra VPS nella stenosi e nel tratto adiacente indenne.

RISULTATI. L'angiografia ha confermato la stenosi in 22 su 24 (90%) dei pazienti studiati con USD. In 10/24 il flusso misurato risultava al di sopra dei range considerati accettabili (400-650 ml/min secondo Q-DOQI), ed in 9 di essi (90%) la sede della stenosi distava più di 3 cm dall'anastomosi. Il diametro residuo vasale <3 cm e la presenza di aliasing erano predittivo di stenosi in tutti i pazienti studiati. VPS e VPS ratio presentavano variabilità troppo elevata per risultare predittivi.

CONCLUSIONI. Nella nostra esperienza il diametro residuo vasale (cut-off 3 mm) e la presenza di aliasing sono risultati i parametri più affidabili nel predire una stenosi della FAVn.

Benchè la misura di flusso sia generalmente considerata un dato di notevole significato diagnostico, nella nostra casistica il suo potere predittivo è apparso limitato nelle stenosi distanti dall'anastomosi. VPS e VPS ratio non si sono dimostrati parametri sufficientemente affidabili.



9 POD

Accessi vascolari inusuali per emodialisi, un importante risorsa.

D. Ferrara¹, S. Scamarda¹, F. Valenza², F. D'Amato², L. Bernardino¹, L. Amico¹, M.C. Lorito¹, F. Incalcaterra², L. Visconti¹, G. Visconti¹
¹ U.O.C. di Nefrologia e Dialisi, ² U.O.C. di Radiologia, A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia-Cervello", Palermo, Sicilia (Italia)

RAZIONALE. L'accesso vascolare in emodialisi può presentare complicanze da influenzare funzionamento e pervietà, che negli anni sono aumentate. A questo concorre l'aumento dell'età media e dialitica della popolazione in emodialisi, col conseguente esaurimento delle sedi più comuni degli accessi vascolari. In questi casi si opta per sedi di inserzione di CVC "definitivi" poco familiari al nefrologo come le vene iliache, la vena cava inferiore.

CASISTICA E METODI. Negli ultimi 2 anni alcuni pazienti afferenti al nostro centro hanno esaurito, per varie cause (trombosi intra-accesso, prossimali-vena cava superiore e suoi rami, vena femorale, trombosi del CVC) l'accesso vascolare.

In tali condizioni, valutata l'impossibilità allo switch alla dialisi peritoneale ed al confezionamento di accessi venosi più comuni, abbiamo optato per sedi di incannulamento come le vene di grosso calibro addominali, inusuali per i nefrologi.

Tra il 2011 e 2012 è stato necessario l'impianto in quattro pazienti di cateteri tunnelizzati addominali nella vena iliaca esterna e nella vena cava inferiore via trans-lombare poiché era stata esaurita la possibilità di confezionare accessi venosi afferenti la circolazione della vena cava superiore.

RISULTATI. L'età media era 70±11 anni, l'età dialitica media era 3,4 anni, la distribuzione delle sedi è stata: vena iliaca destra nel 75%, vena cava inferiore via trans-lombare destra nel 25%.

Incannulamento e tunnelizzazione si eseguivano in sala angiografica con l'aiuto dei radiologi interventisti, più avvezzi a reperire grossi vasi venosi addominali.

I quattro casi presentano follow-up medio di 10±4 mesi nel corso del quale non si sono presentate complicanze intrinseche (trombosi totali e/o parziali, fibrin-sleeve) ed estrinseche (infezioni).

CONCLUSIONI. Questi dati ci inducono a confermare che in casi particolari la scelta di sedi inusuali per il cateterismo "definitivo", vena iliaca - vena cava inferiore, è una importante risorsa. Tali sedi alla