

PROFESSIONE NEFROLOGO

Il Registro Nazionale degli Accessi Vascolari



Marcello Napoli¹, Luigi Tazza², Maurizio Postorino³, Decenzio Bonucchi⁴, Massimo Lodi⁴, Antonio Granata⁴, Carlo Lomonte⁴, Mario Meola⁴, Monica Spina⁴

(1) UOC Nefrologia e Dialisi, PO S. Caterina N., Galatina

(2) UOS Dialisi, Policlinico A. Gemelli, Roma

(3) UOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria e CNR-IBIM, Epidemiologia clinica e fisiopatologia delle malattie renali e della ipertensione, Reggio Calabria

(4) GdS Accessi Vascolari

Corrispondenza a: Marcello Napoli; UOC Nefrologia e Dialisi, Ospedale Santa Caterina Novella; via Roma; 73013 Galatina; mail: mar.napoli@hotmail.com

Un accesso vascolare (AV) ben funzionante è indispensabile per la continuità terapeutica del paziente emodializzato. Probabilmente ogni centro dialisi ha un archivio interno in cui registra il tipo di accesso che ciascun paziente utilizza, almeno per grandi linee, ed altri dati su di esso utilizzabili a fini clinici. I grandi studi epidemiologici [1] raccolgono dati anche sull'accesso, limitandosi però soltanto a classificare gli AV in fistole arterovenose con vasi nativi, fistole arterovenose protesiche e CVC. Nulla viene registrato sul tipo e la sede della AVF, su quali vasi sono interessati, sul numero di interventi subiti dal paziente ecc. Consideriamo, ad esempio due pazienti A e B, entrambi con un'anzianità dialitica di 5 anni: il pt A ha una FAV al polso sinistro allestita all'inizio del trattamento, il paziente B ha una FAV prossimale al braccio dominante ed in 5 anni ha subito 5 interventi. Per il DOPPS, ma anche per il nostro registro, i due pazienti, la cui prevalenza è frequente nella pratica clinica, sono considerati uguali, mentre sono in realtà diversi e richiedono attenzioni diverse. Il GdS degli Accessi Vascolari ha varato un progetto finalizzato, fra l'altro, alla creazione di un registro nazionale degli Accessi Vascolari possibilmente associato al Registro Italiano di Dialisi e Trapianto (RIDT) con l'obiettivo di arricchire il RIDT con dati specifici dell'accesso vascolare. L'esigenza di un registro con delle nuove modalità di classificazione degli AV nasce dai molteplici limiti degli attuali sistemi. Un moderno registro degli AV dovrà contenere altre informazioni, molte delle quali già doverosamente registrate alla fine di ogni intervento chirurgico, oltre la semplice classificazione in FAV, Graft e CVC. Infatti, l'operatore, dovrebbe già riportare nella cartella clinica una serie di dati quali la sede dell'intervento, il tipo di anastomosi, l'arto ed i vasi interessati, e, in caso di interventi successivi al primo, il motivo per cui essi vengono effettuati. Un'altra condizione, determinante per poter avviare il registro, è cercare di ottenere l'uniformità nella denominazione degli accessi vascolari. Nelle correnti nomenclature, molto variegata, in genere, ciascuna fistola viene identificata indicando il nome dei vasi utilizzati nell'anastomosi, il tipo di anastomosi (ad esempio se latero-laterale, latero-terminale o termino-terminale) ed il lato dell'arto interessato. Per quest'ultima indicazione, in luogo di destro o sinistro, molto più utile sarebbe l'identificazione se l'arto è il dominante o il non dominante. Da quando la fistola "mid arm" è divenuta una realtà [2] (full text) [3], ha preso piede una classificazione che tiene conto della sede dell'accesso, per cui si suddividono le FAV in distali, mid arm e prossimali, rispettivamente in caso di FAV al

polso, a metà avambraccio o al gomito. L'uso di questa terminologia, tuttavia non è costante ed in corsi e convegni frequentemente nomi differenti indicano uno stesso tipo di fistola. Ad esempio, un fistola al 1/3 medio dell'avambraccio, da alcuni, che usano la terminologia suggerita sopra, è definita mid arm, da altri, che usano terminologie non standard, FAV di secondo livello, o ancora fistola di recupero, o riabbocco, o fistola prossimalizzata. Al contrario, una stessa definizione può indicare fistole diverse, per cui col termine "FAV Proximale" spesso viene definita una FAV al gomito tra l'arteria brachiale e la vena perforante o tra la stessa vena e l'arteria radiale nel suo primo tratto al gomito, pur essendo due fistole diverse. Inoltre vi sono degli studi clinici, anche di recente pubblicazione in cui le fistole mid arm non sono considerate affatto, prevedendo solo due tipi di FAV, distali e prossimali [4] [5], o radio-cefaliche e braccio-cefaliche [6]. Per contro, alcuni autori hanno di recente suddiviso le fistole con l'arteria radiale in distali e prossimali [7]. In conclusione, volendo essere ottimisti, possiamo considerare il quadro discretamente confuso.

In questo scenario la creazione di un registro che renda uniformi i metodi di classificazione è altamente auspicabile, tuttavia questo si scontra con tre problemi fondamentali: uniformità delle informazioni, come raccogliere i dati senza gravare ulteriormente il lavoro quotidiano e problemi connessi alla privacy.

Nel tentativo di "uniformare", la proposta del GdS è di eliminare qualsiasi denominazione e di adottare un codice-sistema descrittivo, indicando la sede della FAV (1/3 distale, medio e prossimale dell'avambraccio, braccio o arto inferiore), l'arto (se dominante o non dominante), i vasi interessati ed infine il tipo di anastomosi. In questo modo uniformità ed universalità sono garantite. Ogni aspetto descritto sarà poi una cella di un data base che permetterà delle analisi per ciascun dato inserito. Un'ulteriore informazione è il numero di interventi che il paziente ha subito, compreso quello in questione, al fine di riuscire ad identificare facilmente, i pazienti ad alto rischio, che hanno subito un numero considerevole di interventi, dagli altri. Gli interventi successivi al primo verranno classificati in base alla tipologia in riabbocco per stenosi, trombosi o nuovo accesso per fallimento del precedente; questo dato permetterà a ciascun centro di valutare molto rapidamente il follow up di una fistola. Un ultimo dato sarà infine l'indicazione dell'equipe che ha allestito l'accesso vascolare, cioè se l'operatore è il nefrologo, il chirurgo, l'anestesista, il radiologo interventista o equipe miste. Quest'ultima opzione consentirà di comprendere quali professionalità sono coinvolte nel processo, dando pertanto continuità al questionario sulle attività delle nefrologie italiane nel campo degli accessi vascolari con una maggiore affidabilità.

Per poter archiviare tutte le suddette informazioni il GDS si è dotato di un software, denominato GEV@, che è basato su una SCHEDA INTERVENTO compilata alla fine di ogni procedura. La SCHEDA INTERVENTO sarà poi archiviata in formato digitale generando in tal modo automaticamente il data base. Il sistema di archiviazione degli AV potrà essere indipendente, e gestito a parte tramite il software GEV@, o potrà essere implementato nelle varie cartelle cliniche informatizzate già utilizzate. Per tale finalità sono stati già presi dei contatti con le aziende del settore che si sono mostrate particolarmente sensibili e disponibili. Il vantaggio del sistema, è rappresentato dalla possibilità di trasformare un atto medico routinario, cioè la registrazione di un atto operatorio, in un data base esportabile per la creazione del registro.

Per quanto riguarda, infine, il problema della privacy, il registro si baserà su un data base centralizzato, a cui tutti gli operatori potranno accedere, potendo riconoscere i propri dati ma non quelli degli altri. Sarà acquisito il consenso del paziente al trattamento dei dati ed essi saranno archiviati e gestiti secondo le normative vigenti in fatto di privacy.

Nella prima fase, per un iniziale popolamento del data base è necessario compilare le schede dei pazienti già in trattamento. In seguito si registreranno solo i nuovi ingressi in dialisi ed i nuovi interventi sui pazienti già in trattamento. Attualmente è previsto un periodo di collaudo del software, cui parteciperanno dei centri pilota con l'obiettivo di apportare dei miglioramenti e correggere i difetti, successivamente sarà messo a disposizione di ciascun centro nefro-dialitico italiano.

Invitiamo pertanto la SIN e tutti i centri di nefrologia e dialisi italiani, a partecipare al progetto "REGISTRO NAZIONALE DEGLI ACCESSI VASCOLARI" che permetterebbe alla nostra società scientifica di dotarsi di uno strumento capace di ottenere molteplici analisi nel settore dell'AV.

Bibliografia

[1] Pisoni RL, Arrington CJ, Albert JM et al. Facility hemodialysis vascular access use and mortality in countries participating in DOPPS: an instrumental variable analysis. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation* 2009 Mar;53(3):475-91

[2] Konner K, Hulbert-Shearon TE, Roys EC et al. Tailoring the initial vascular access for dialysis patients. *Kidney international* 2002 Jul;62(1):329-38 (full text)

[3] Bonforte G, Zerbi S, Surian M et al. The middle-arm fistula: A new native arteriovenous vascular access for hemodialysis patients. *Annals of vascular surgery* 2004 Jul;18(4):448-52

[4] Salahi H, Fazelzadeh A, Mehdizadeh A et al. Complications of arteriovenous fistula in dialysis patients. *Transplantation proceedings* 2006 Jun;38(5):1261-4

[5] Sultan S, Hynes N, Hamada N et al. Patients on hemodialysis are better served by a proximal arteriovenous fistula for long-term venous access. *Vascular and endovascular surgery* 2012 Nov;46(8):624-34

[6] Begin V, Ethier J, Dumont M et al. Prospective evaluation of the intra-access flow of recently created native arteriovenous fistulae. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation* 2002 Dec;40(6):1277-82

[7] Cawich SO, Brown H, Martin A et al. Arteriovenous fistulas as vascular access for hemodialysis: The preliminary experience at the University Hospital of the West Indies, Jamaica. *The International journal of angiology : official publication of the International College of Angiology, Inc* 2009 Spring;18(1):29-32