



EDITORIAL

Acesso trans-hepático para hemodiálise: avanço ou retrocesso?

Transhepatic access for hemodialysis: progress or regression?

Ricardo Wagner da Costa Moreira¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Em 2014, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia em seu Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, 112.004 pacientes necessitavam de diálise crônica no país, número que representa um aumento de 20.000 pacientes em relação aos quatro anos anteriores. Desse total de pacientes, 91,4% fazem tratamento por hemodiálise e 8,6% por diálise peritoneal. Outro dado importante é que 29,0% dos pacientes estão em fila de espera por um transplante renal.¹

Para os pacientes que estão em hemodiálise, esta terapia necessita o acesso ao sistema vascular do paciente. O acesso vascular pode ser através do uso de cateteres venosos ou da criação de uma comunicação entre o sistema arterial e o venoso, nomeadamente a fístula arteriovenosa. No caso da fístula arteriovenosa, uma artéria e uma veia periférica de calibre adequado são escolhidas e uma comunicação entre as duas é criada cirurgicamente. No caso dos cateteres venosos, um cateter é inserido em uma veia de grosso calibre. Posteriormente, através de uma das vias, o sangue venoso é retirado pela máquina de hemodiálise e, após passar por filtração na máquina, é devolvido para a circulação venosa. As veias nas quais de rotina é possível inserir um cateter para hemodiálise são as veias jugulares internas, subclávias e femorais.²

O acesso vascular ideal é a fístula arteriovenosa (FAV), pois esta apresenta menor morbidade e mortalidade quando comparada a cateteres. Porém, devido à falta de artérias e veias de calibre adequados, muitos pacientes não conseguem a criação de uma FAV efetiva. Tais pacientes deverão, portanto, permanecer em hemodiálise por cateter. No entanto, o uso crônico de cateteres traz dois problemas graves a médio e longo prazos: o surgimento de infecções graves associadas ao cateter e a falência de acesso vascular.²

As punções repetitivas das veias de grosso calibre levarão à oclusão das mesmas. Sendo assim, os pacientes que antes não dispunham da possibilidade de criação de

uma FAV agora também não terão mais à disposição as veias normalmente utilizadas para acesso vascular. Nessa situação, o paciente pode então ser classificado como apresentando uma falência do acesso vascular, e outros tipos de acesso são utilizados: punção da veia ilíaca externa guiada por ultrassonografia, punção da veia cava inferior infra-renal (acesso trans-lombar) e o acesso trans-hepático. Nesse caso, o transplante renal deve sempre ser priorizado.

Destes acessos não-usuais, o acesso trans-hepático constitui a última possibilidade de acesso vascular viável para que o paciente possa se manter em hemodiálise. O acesso trans-hepático consiste na punção do fígado através da parede abdominal, ganhando acesso à veia hepática e desta ao átrio direito, onde a extremidade do cateter deverá permanecer posicionada.^{3,4} A realização do procedimento de implante de cateter trans-hepático, inicialmente descrita em 1994, requer profissionais muito bem treinados na área de radiologia intervencionista, geralmente com vasta experiência prévia em implantes de cateteres de hemodiálise e também em intervenções hepáticas portais e biliares.^{3,4,5}

A criação da técnica do cateter trans-hepático constitui um grande avanço, pois permitiu aumentar a possibilidade de acesso vascular para os pacientes com falência de acesso.⁵ Atualmente, as publicações científicas mundiais relacionadas ao acesso trans-hepático mostram ainda pouco número de casos quando comparados a outros procedimentos de acesso vascular, com casuísticas ao redor de trinta casos em cada experiência institucional. No entanto, essa experiência vem crescendo cada vez mais, estando este crescimento relacionado ao grande aumento no número de casos de pacientes com falência de acesso vascular.

Por outro lado, o aumento significativo de casos que necessitam do acesso trans-hepático pode ser, em certo aspecto, considerado um sinal de que o sistema de saúde do país não funciona de forma adequada. Ocorre que, ao existirem mais pacientes que precisam deste tipo de acesso, significa também dizer que mais pacientes estão chegando à última possibilidade de acesso vascular para hemodiálise. Estes pacientes apresentaram falha de todos os tipos possíveis de FAV e de cateteres convencionais e agora estão na última linha de tratamento. Se não conseguirem um transplante de rim, podem acabar falecendo.

*** Correspondência:**

Avenida Avenida Hermes Fonseca - s/n
Natal - RN - CEP: 59084-100
e-mail: ricardowcm@yahoo.com.br

doi: 10.21876/rcsfmit.v8i1.738

Em um sistema de saúde que funciona de forma adequada, os pacientes conseguiriam permanecer em hemodiálise usando uma FAV, sem nunca ter usado um cateter ou tendo usado um número bem reduzido de cateteres. Nunca chegariam com alta frequência a um quadro de falência de acesso vascular e, conseqüentemente, necessitando de um implante de cateter pela via trans-hepática.

É claro que os médicos que executam procedimentos de acesso vascular para hemodiálise precisam saber executar procedimentos avançados como o cateter trans-hepático, pois isso ajudará os pacientes que necessitam do procedimento. Mas quando o número de pacientes para

este procedimento começa a aumentar de forma significativa, deve-se olhar atentamente o que está acontecendo com as etapas anteriores de cuidado com o paciente. Nesse caso, todo o sistema de referenciamento para a confecção de FAV deve ser revisto, bem como deverá ser descoberta a razão de os pacientes utilizarem tantos cateteres e não conseguirem a criação de uma FAV.

Toda evolução tecnológica é bem-vinda no avanço constante da medicina. Entretanto, o olhar crítico deve sempre estar presente. Isso porque afinal aquilo com que mais devemos nos importar é o bem-estar final do paciente.

Referências

1. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014. *J Bras Nefrol.* 2016;38(1):54-61.
2. National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy, 2000. *Am J Kidney Dis.* 2001;37(suppl 1):S137-81.
3. Po CL, Koolpe HA, Allen S, Alvez LD, Raja RM. Transhepatic perm-cath for hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 1994;24:590-1.
4. Stavropoulos SW, Pan JJ, Clark TWI, Soulen MC, Shlansky-Goldberg RD, Itkin M, *et al.* Percutaneous transhepatic venous access for hemodialysis. *J Vasc Interv Radiol* 2003;14(9 Pt 1):1187-90.
5. Smith TP, Ryan JM, Reddan DN. Transhepatic catheter access for hemodialysis. *Radiology.* 2004;232(1):246-51.