

Abords vasculaires pour hémodialyse le coin des débutants

**Information aux patients et à leur famille avant
création d'un abord vasculaire**

*Albert Mouton
Clinique de l'Archette
AIX 12,13,14 Juin 2014*

Fiche d'information au malade 1

Vous êtes en insuffisance rénale terminale.

L'évolution de votre maladie nécessite d'envisager un traitement de suppléance par une machine extra-corporelle appelée rein artificiel.

Votre sang doit être épuré 3 fois par semaine par cette machine à laquelle vous devez être raccordé par une tubulure qui va transporter votre sang pour y être filtré. Il est reconduit épuré dans votre organisme par une autre tubulure .

Pour réaliser cette filtration il faut créer une communication permanente « **fistule artérioveineuse** » entre une artère et une veine superficielle de l'avant-bras qui va grâce à la dilatation de la veine «artérialisée » permettre de mettre en place deux aiguilles, l'une « artérielle » et l'autre « veineuse » raccordée aux tubulures.

Fiche d'information au malade 2

L'examen clinique des vaisseaux est parfois suffisant pour choisir le siège de votre fistule mais il faut souvent le confirmer par des examens complémentaires :

Echographie doppler non douloureux.

Radio avec injection d'Iode si vous êtes dialysé.

Radio avec injection de gaz carbonique si n'êtes pas dialysé pour préserver ce qui reste de fonction rénale en attendant que la fistule soit utilisable en général au bout d'un mois.

En fonction du développement de la fistule apprécié par l'examen clinique +/- EDC Doppler à un mois vous pourrez avoir besoin d'une dilatation des vaisseaux en radiologie interventionnelle sans anesthésie ou d'un deuxième temps opératoire sous anesthésie locale si la veine est jugée trop profonde

Information aux patients 3

Préparation à l'intervention :

Lettre de votre néphrologue

Double de l'ordonnance de vos traitements : **anticoagulants+**

Bilan cardiologique récent

Consultation anesthésique obligatoire au moins 2 jours, au plus 2 mois avant l'intervention prévue

Entrée en **hospitalisation** courte ou **chirurgie ambulatoire** fonction de votre âge et de votre éloignement du centre de soins

Information aux patients 4

Au bloc opératoire :

Prémédication en chambre

Anesthésie loco-régionale permettant d'insensibiliser le membre par repérage précis et anesthésie de chaque nerf améliorée par l'utilisation de l'échographie, complétée si insuffisante par une sédation légère et rarement par une anesthésie générale toujours possible.

Information aux patients 5

Au bloc opératoire :

Intervention sous garrot posé à la racine du membre qui peut entraîner des douleurs obligeant à compléter l'anesthésie.

Intervention sous microscope opératoire.

Durée pour une fistule simple : 30' à 45'

Pas de risque hémorragique

Information aux patients 6

Suites opératoires :

Levée de l'anesthésie selon les produits utilisés au bout de 5 à 10 heures.

Drain éventuel à retirer avant la sortie.

Le plus souvent : fils de suture résorbable intra-dermique, rarement non résorbable à enlever au 10^{ème} jour.

Contrôle du frémissement et du souffle

Information aux patients 7

Contrôle à un mois :

Cicatrisation complète, veine bien repérée, frémissement et souffle stéthacoustique.

Soins locaux à poursuivre : diabète, artérite.

Conseil d'examen échographique et Doppler pour un bon repérage du trajet de la veine, et une mesure de débit.

Si la veine est trop profonde : superficialisation chirurgicale.

Si le débit est insuffisant : exploration radiologique précédant un geste endovasculaire sans anesthésie.

Information aux patients 8

Autocontrôle par le patient et l'entourage :

Tous les jours : vérifier le frémissement et le souffle, acquérir un stéthoscope.

Alerter l'équipe médicale :

Si la fistule devient « battante ».

Si frémissement et souffle diminuent ou disparaissent.

Si saignement sur point de ponctions.

Si apparaît une croûte extensive +++ Risque hémorragique.

Information aux patients 9

Votre fistule vieillit et peut justifier des explorations avec geste de traitement endo-vasculaire ou chirurgical.

Endo-vasculaire : fistule bouchée, rétrécie, de débit faible...

Chirurgical : dilatations, certains rétrécissements, débits élevés, troubles de la vascularisation de la main entraînant douleurs en séance de dialyse ou permanente.

Conclusions 10

Vous êtes essoufflé au moindre effort.

Vous avez mal au ventre.

Vous êtes épuisé, déprimé.

Vous êtes mal dialysé.

Pensez à contrôler votre fistule +++