

# TOXICITE SYSTEMIQUE des accès artério-veineux



SFAV  
Juin 2014  
Aix en Provence

LA FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE  
LE GOLD STANDARD POUR L'HÉMODIALYSE  
L'ACCÈS AV PRÉFÉRÉ

OUI

MAIS ...



# ACCÈS VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

TOXICITÉ CARDIAQUE

SYNDROME DE VOL VASCULAIRE

RECIRCULATION  
CARDIO PULMONAIRE

HYPO ET HYPERTENSION  
INTRA DIALYTIQUE

STÉNOSE VEINEUSE  
CENTRALE

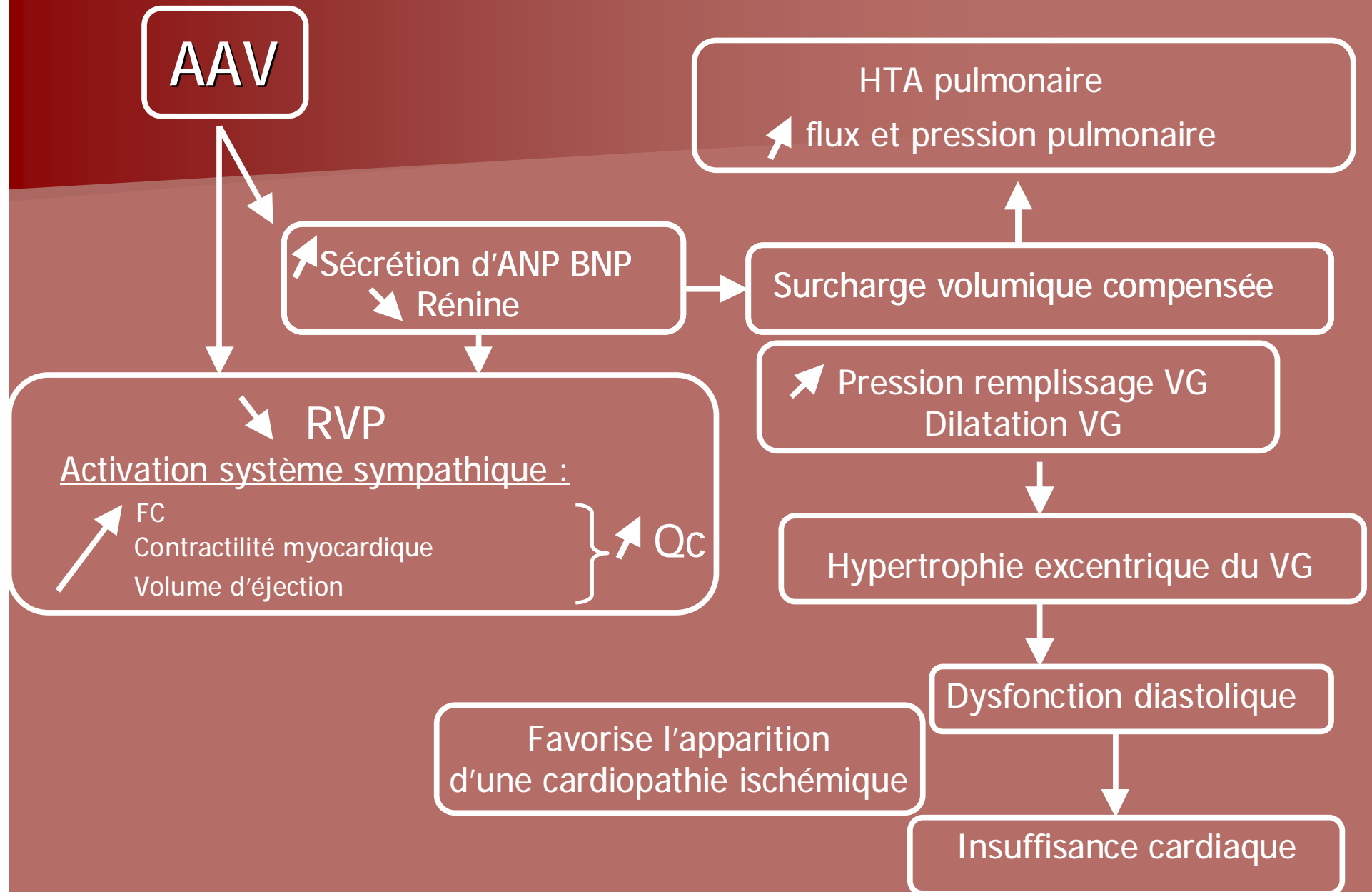
INSUFFISANCE DE DIALYSE  
DENUTRITION



LONGEVITE

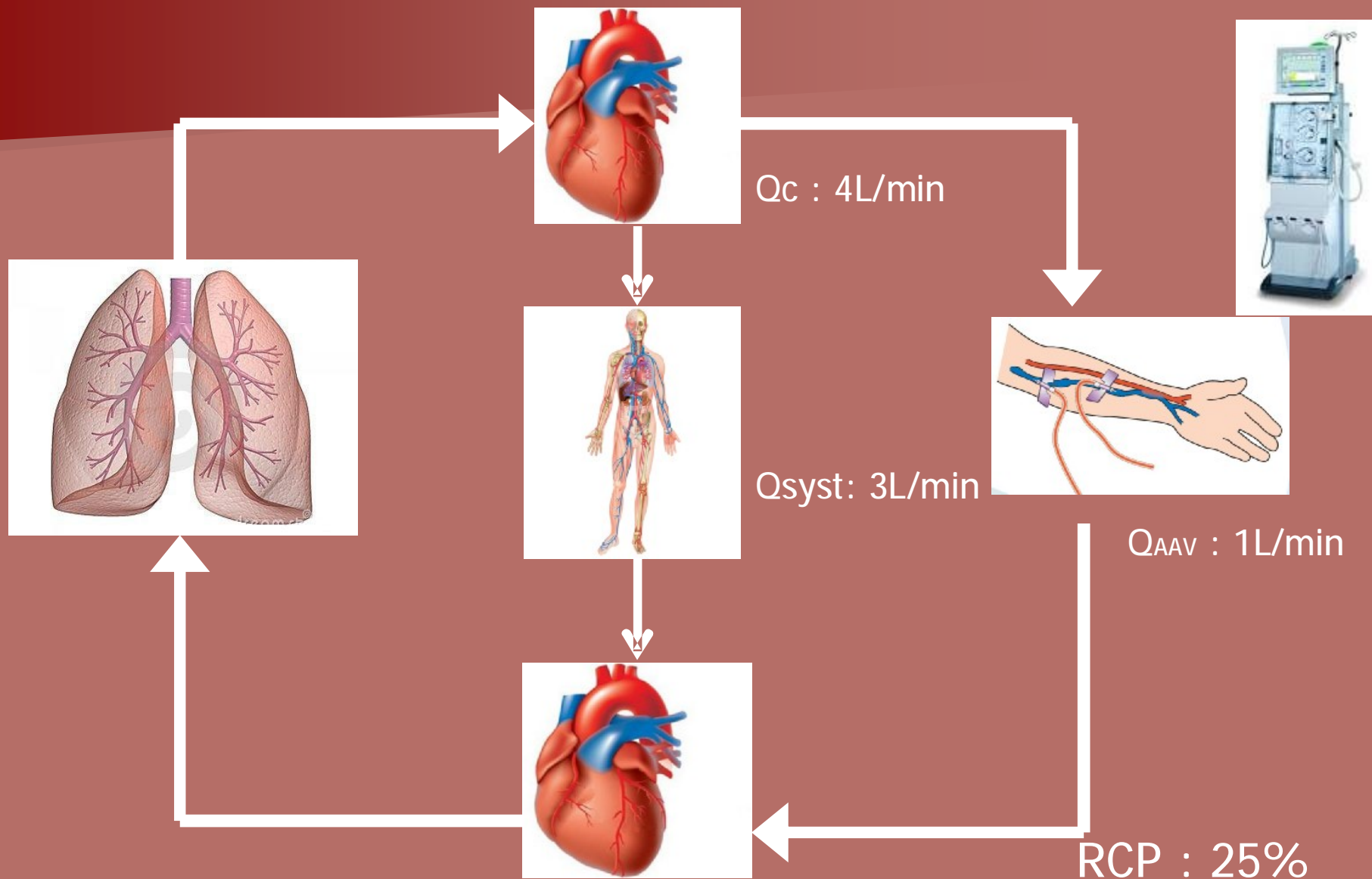
RESISTANCE  
AUX INFECTIONS

# AAV et CŒUR

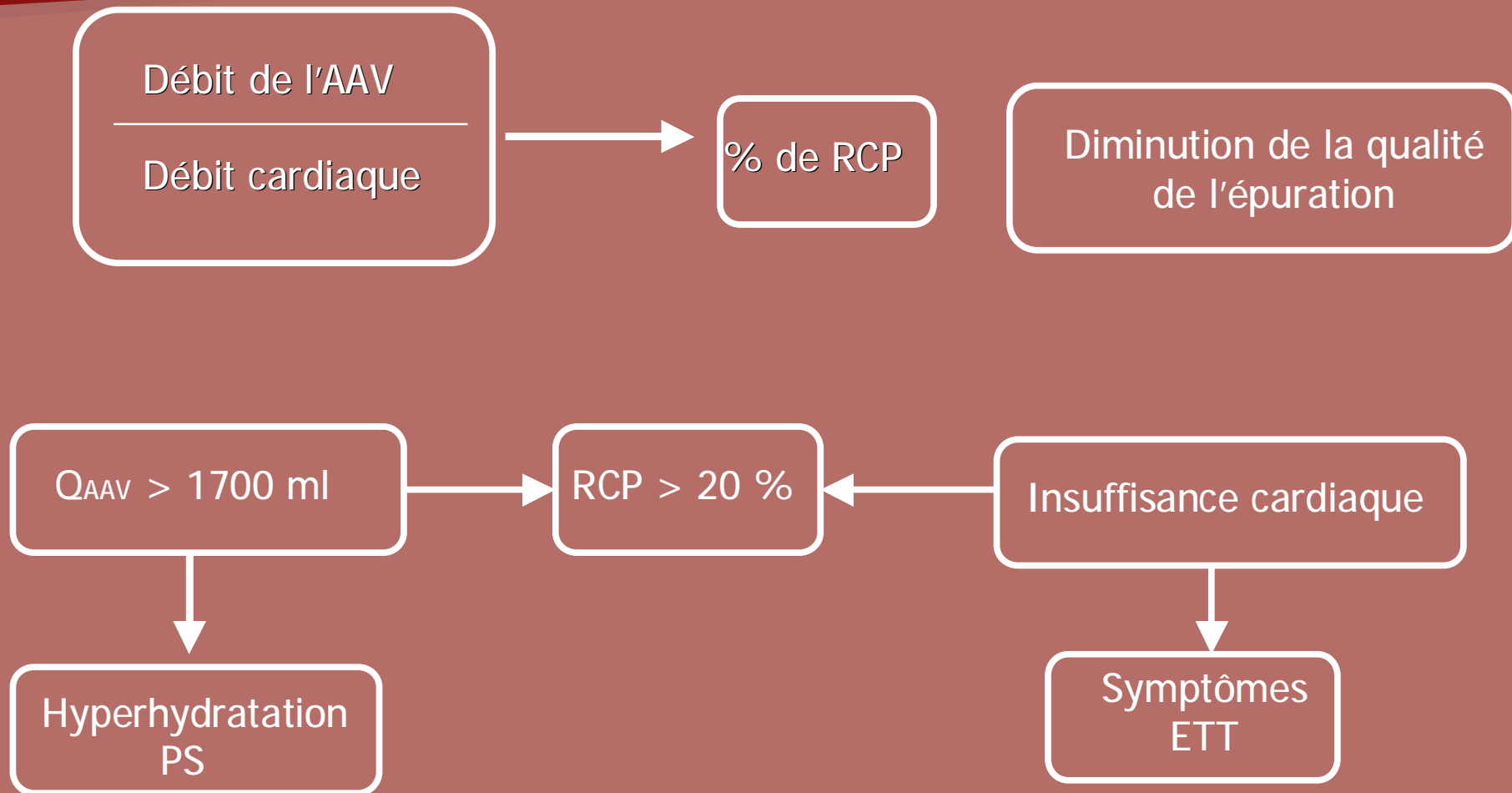


# RECIRCULATION CARDIO PULMONAIRE

Secondaire à la création d'un AAV



# RECIRCULATION CARDIO PULMONAIRE



# AAV ET DENUTRITION

AAV haut débit

Importante RCP = sous dialyse

Augmentation de la dépense  
énergétique de base

Balance énergétique négative

Dénutrition

# AAV et TENSION INTRADIALYTIQUE

- n Le maintien d'un débit cardiaque élevé nécessite une augmentation du volume sanguin, ce qui peut aggraver ou rendre réfractaire une HTA
- n Certains patients deviennent dépendants de la pré-charge et de ce fait font des hypotensions per-dialytiques avec de modestes UF.



# AAV et vol Vasculaire

DISTAL

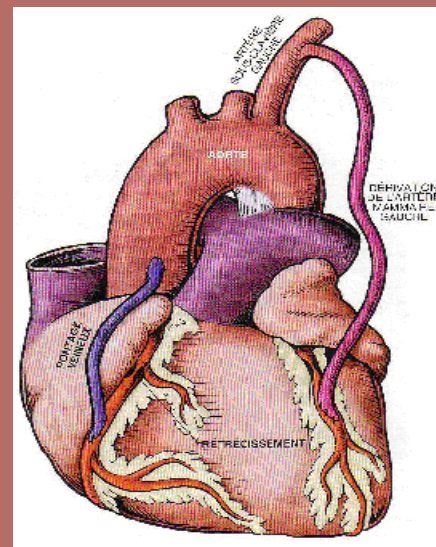


GLOBAL

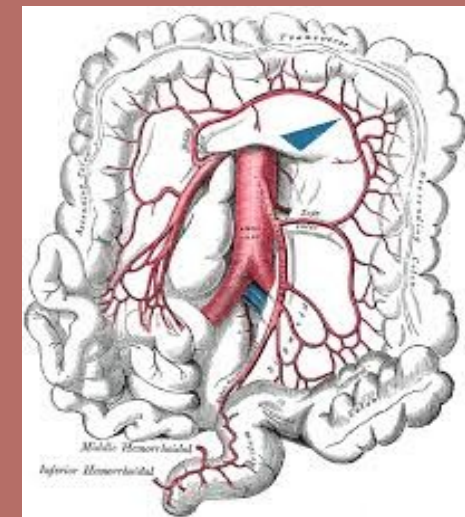
Douleur des MI



syndrome du vol coronaire



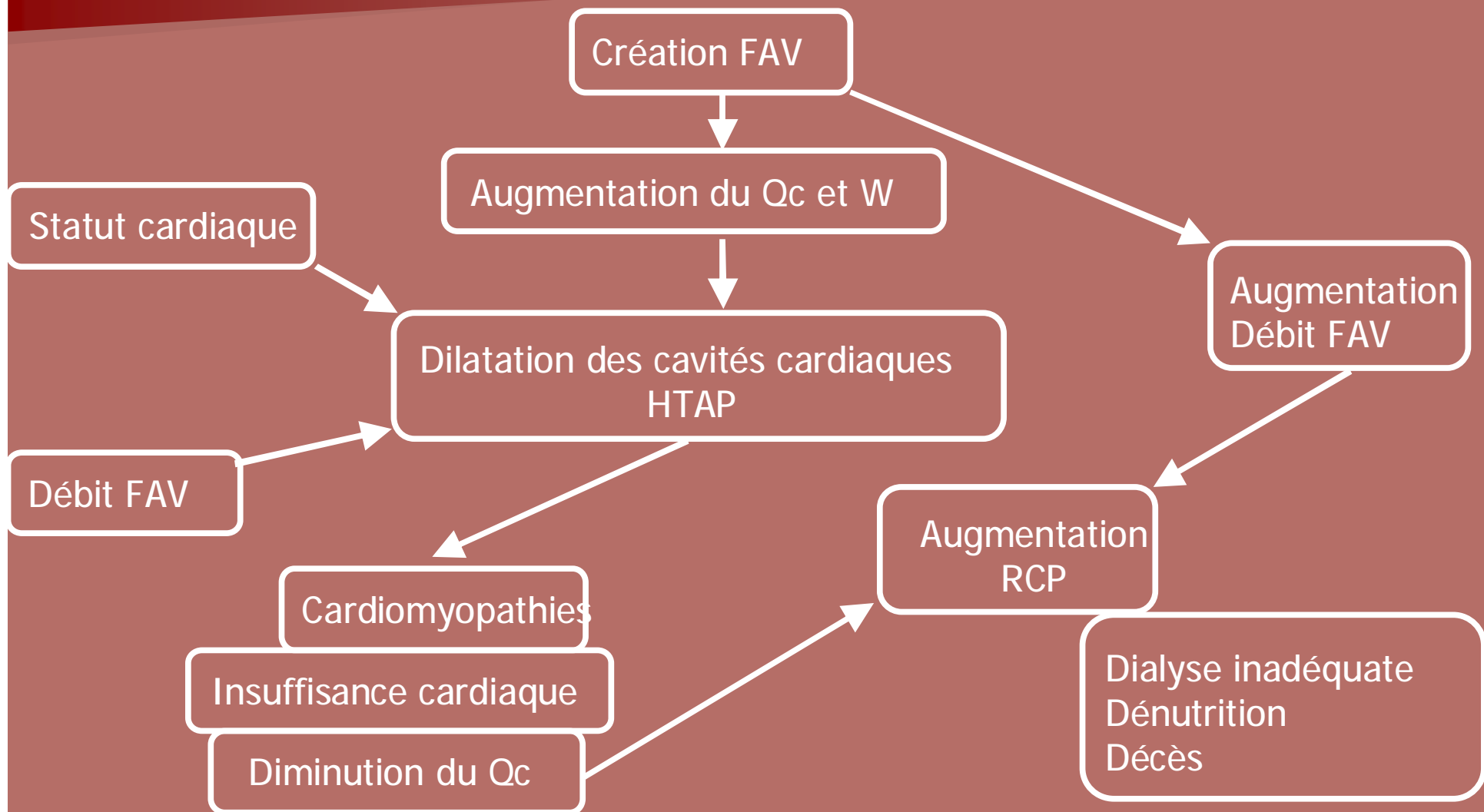
ischémie mésentérique



# AAV et STENOSE VEINEUSE CENTRALE

Par remodelage vasculaire en réponse au flux élevé de l'AAV chez les patients n'ayant jamais eu de cathéter

# HISTOIRE NATURELLE DE L'AAV



# Que faire ?

- n Les AAV contribuent à l'excès de morbi-mortalité CV et à la diminution de l'espérance de vie des patients dialysés.
- n Une évaluation cardiaque est nécessaire avant de programmer la création d'un AAV :
  - FE < 40 % et HTAP discuter au cas par cas : cathéter long terme /AAV
  - Maintenir débit FAV entre 400 et 800 ml/mn , favoriser les AAV distaux
  - Tolérer une sténose tant que le débit est > à 500 ml/mn
  - Surveillance du débit cardiaque, du débit de la FAV et de la RCP
  - Discuter la réduction pour débits moyens de 1700 ml/mn.
- n Les complications cardiaques sont réversibles après la ligature de l'AAV et le remplacement par un cathéter long terme.  
Ligature de l'abord bénéfique et conseillée : IC réfractaire, angor instable, syndrome de vol
- n Surveillance clinique et ETT tous les 6 mois des RCP > 20% asymptomatiques .

# Enfin posons nous deux questions

n Quel délai pour la création d'un AAV avant mise en HD ? Ni trop tôt , Ni trop tard !

n Fermeture des FAV chez le transplanté ?  
Dans quel délai?

n Réponse prochaine  
SFAV?



# Merci à ROMAIN pour la mise en forme

Merci à tous les auteurs qui m'ont permis de faire ce diaporama

Merci à tout ceux qui sont encore là

- \* FAV retentissement cardiaque M Hanoy CHU Rouen SFAV Marseille 2012
- \* Recirculation cardio pulmonaire excessive : algorithme de prise en charge M Hanoy CHU Rouen SFAV Marseille 2012
- \* Arteriovenous Fistula Toxicity: R Amerling C Ronco M Kulhman J F Winchester Blood purification 2011
- \* Hemodynamic Effects of Arteriovenous shunts used for hemodialysis G Johnson Annals of Surgery May 1970
- \* The relationship between the flow of AVF and cardiac output in hemodialysis patients C Basile NDT jan 2008
- \* Preserving the left arm vein in cases of HD access generating left internal mammary artery steal syndrome V Ginzberg The journal of Vascular Access 2004
- \* Pontage aortocoronarien, HD et vol thoracique interne P Cluzel néphrologie et thérapeutique Décembre 2009
- \* Understanding the dialysis access steal syndrome J Malik Journal of Vascular access 2008
- \* Effects of arteriovenous fistula on cardiac oxygen supply and demand W J Bos Kidney Int May 1999
- \* Les hyperdébits : les néphrologues les négligent ! Ont-ils tort ? M François Séminaire Néphrologie 2012
- \* Long term effects of AVF closure on echocardiographic functional and structural findings in hemodialysis patients: a prospective study E Movili Am J Kidney Dis 2010
- \* Dialysis outcome and practice patterns study: données sur l'utilisation des cathéters veineux centraux en HD. ChCOMBE Néphrologie 2001