

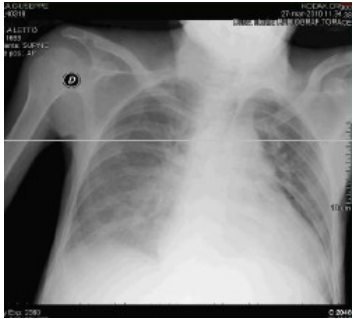


# Indications à la réduction des débits

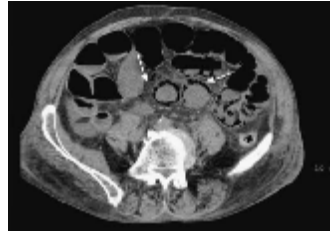


Frank Le Roy  
Service de Néphrologie  
SFAV Montpellier, 13 juin 2015

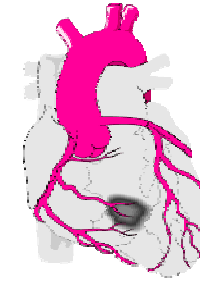
Cas 1



Cas 2



ANGOR  
MESENTERIQUE



ANGOR  
CORONARIEN

Cas 3



Cas 4



# Un hyperdébit

J'évalue mon poids sec





1966



empruntée à T.Pourchez



Brescia, Cimino, Appel , Hurwich. N Engl J Med 1966;275:1089-1092

# Définition de l'hyperdébit

Recommandation 20.3



Débit abord  $>$  1000-1500 mL/min ( $Q_a$ )

et

Débit abord / Débit cardiaque  $>$  20%  
( $Q_a/CO$ )

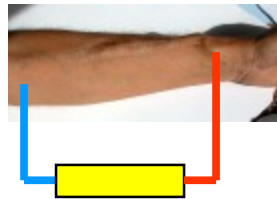
# Le Cœur et la Fistule

## Recirculation cardiopulmonaire

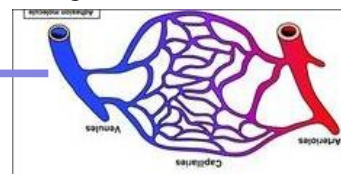
CO 4 litres/mn



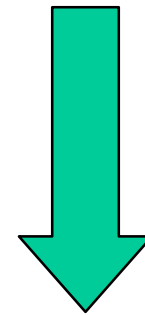
$Q_a$  1 litres/mn



$Q_{syst}$  3 litres/mn



$$RCP = Q_a / CO$$



= 25 %

# Facteurs prédictifs d'IC à débit élevé

Débit FAV  
(L/min)

	1.94	2.0	2.2
Sensibilité	97	89	55
Spécificité	99	100	100

$Q_a/CO$   
(%)

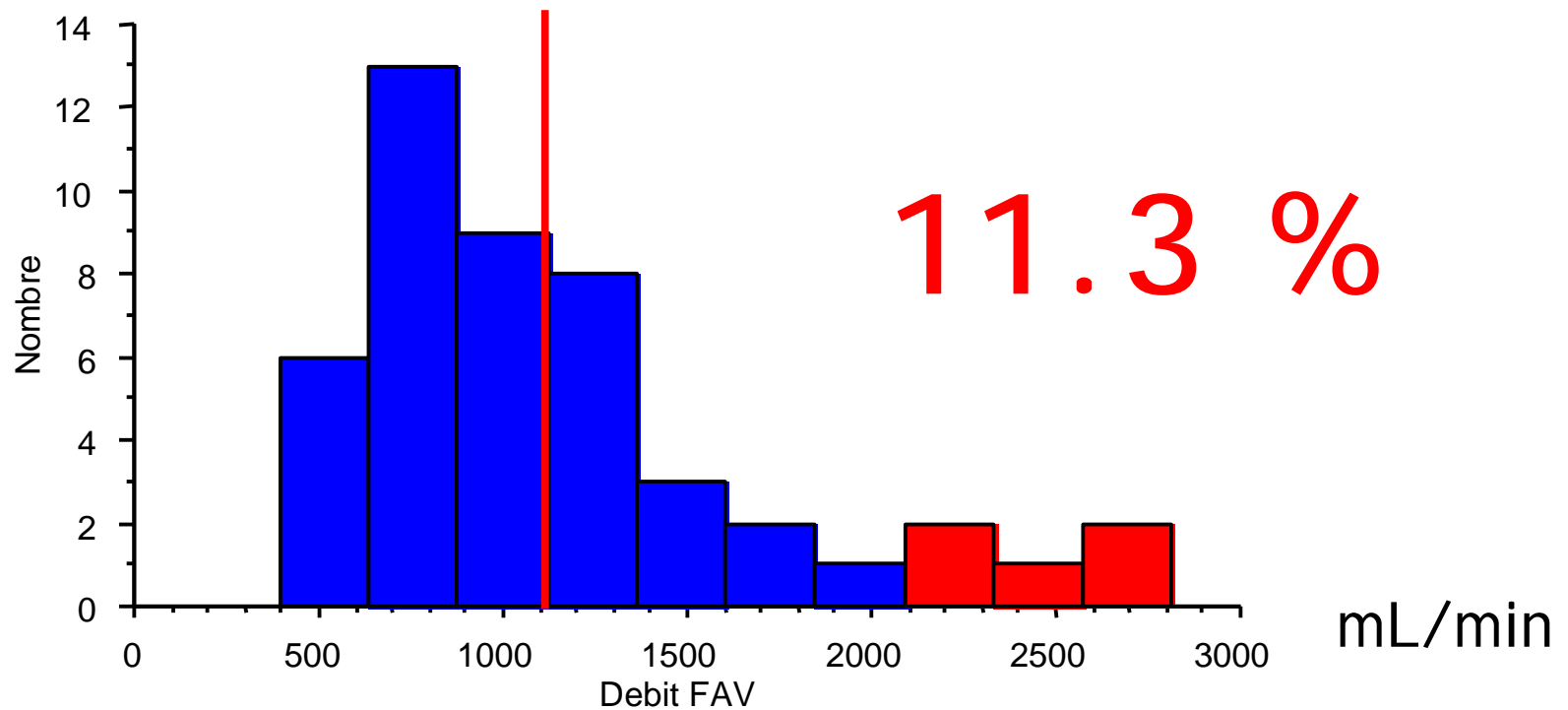
	20	27	30
Sensibilité	100	55	22
Spécificité	75	93	99

96 patients - 65 FAV avant bras - 31 FAV bras

Un débit > 2 L/min n'est pas rare

n=44 FAV

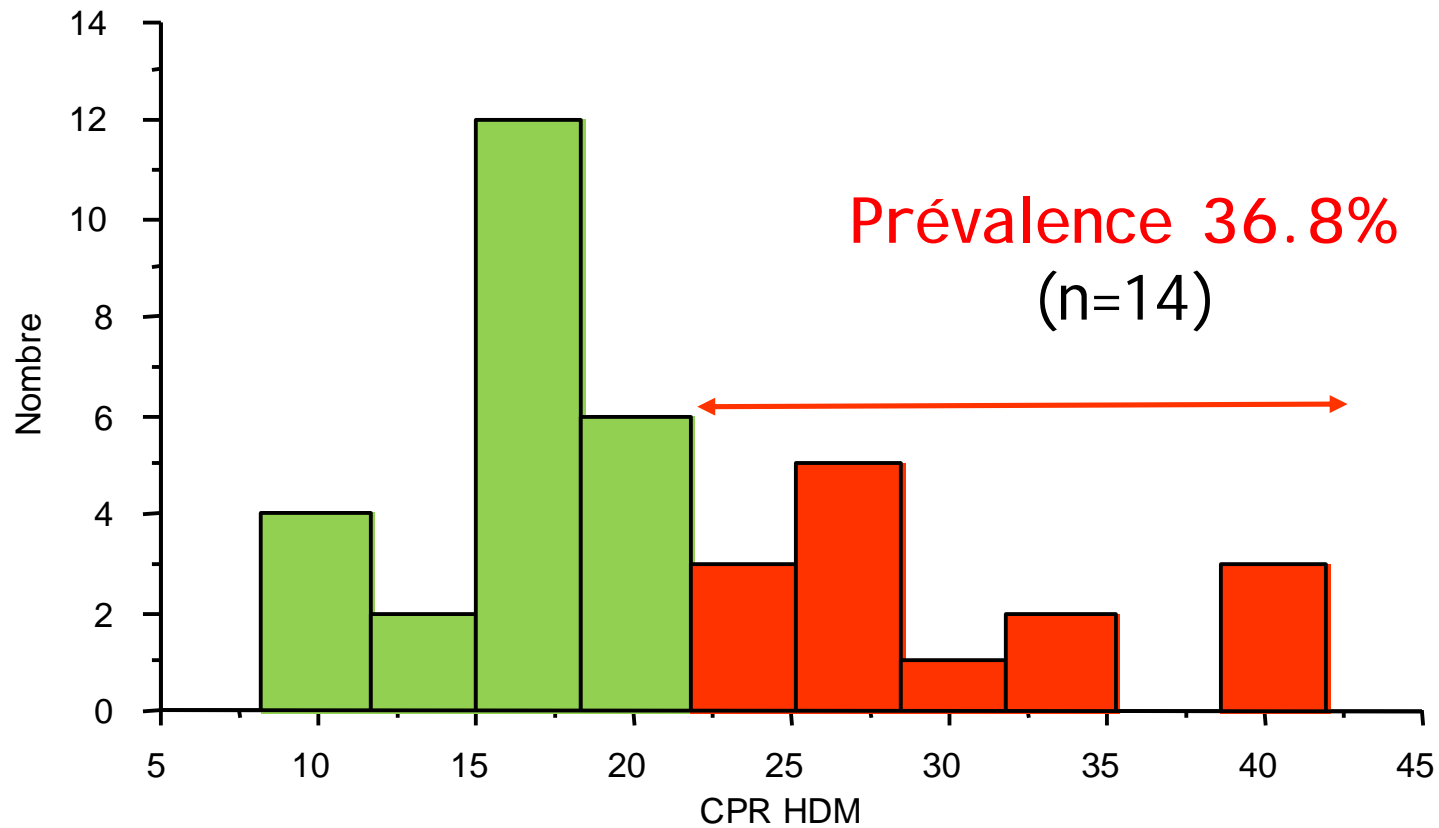
1140 ± 602 mL/min (395-2815)





Une RCP > 20% n'est pas rare

Valeurs de  $Q_a/CO$



# Les Abords « cardio-toxiques »

Hyperdébit « absolu »

$$Q_a > 2.0 \text{ L/min}$$

CO  
5 L/min

$$Q_a/CO \\ 40 \%$$



IC à débit  
élevé

Hyperdébit « relatif »

$$Q_a \approx 1 \text{ L/min}$$

$$Q_a/CO \\ 40 \%$$



Décompensation IC

Cas  
1

# Insuffisance cardiaque à débit élevé

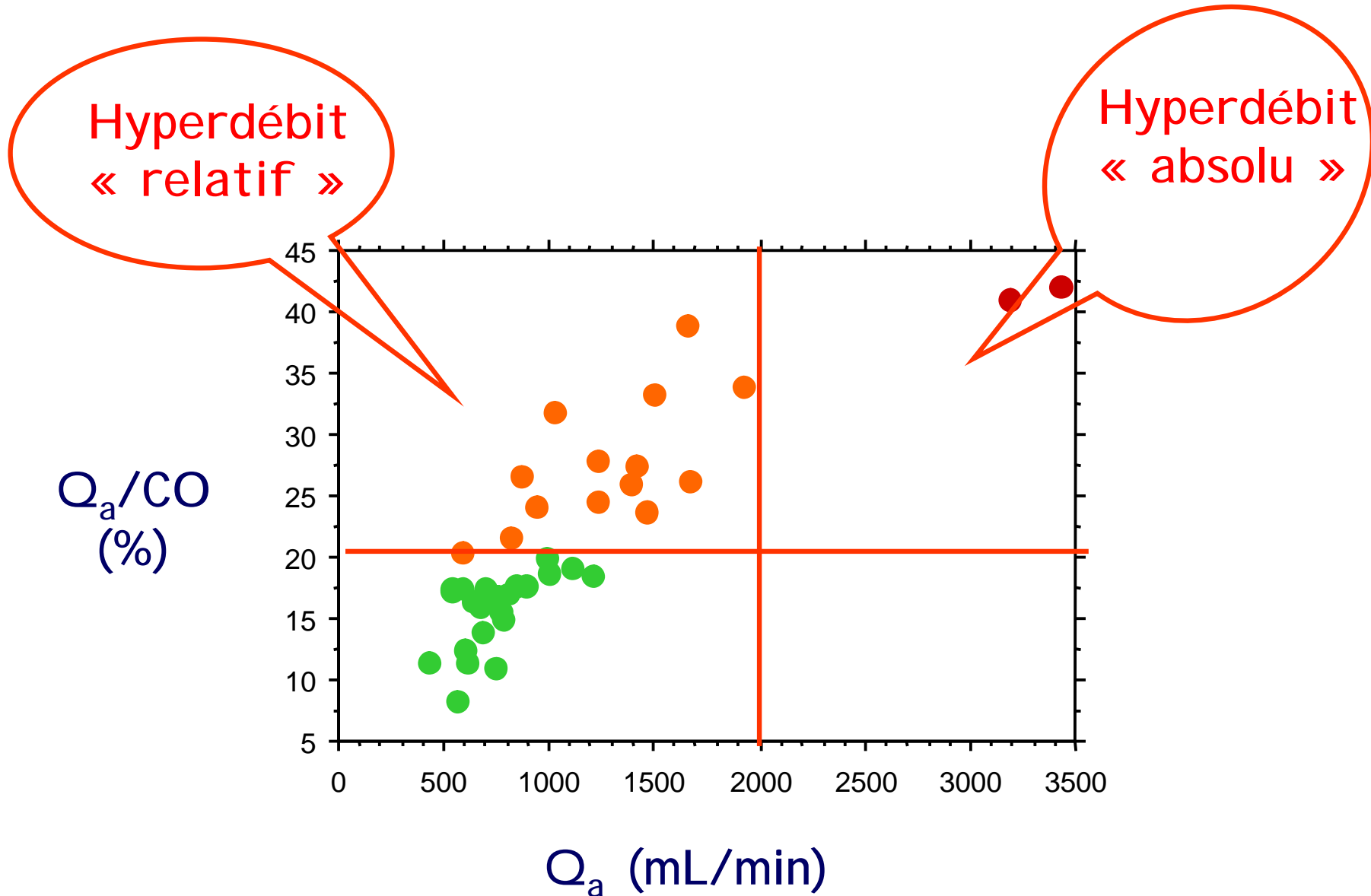


Débit FAV 2.8L/min  
Débit cardiaque 10.8 L/min  
FE 35%  
PAP 45 mmHg

J10 post ligature

M10 post ligature  
FE 50%

# Identification des FAV « cardio-toxiques »



# Débit AV

QAV > 2  
L/min

QAV < 2  
L/min

Vérifier Poids sec

Poids sec  
surestimé

Poids sec OK

( Poids sec

Réévaluer

Débit cardiaque

RCP > 20 %

Symptomatique

- OAP, bronchites répétées
- angor inexpliqué

Réduction Débit

Asymptomatique

ETT:

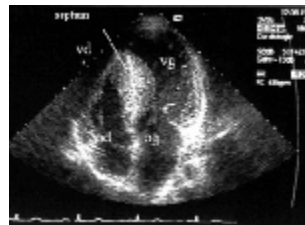
- Dilatation cavités ?
- HTAP ?
- IC ?
- baisse Fe ?

NON

Surveillance clinique et  
ETT / 6 mois

OUI

Réduction Débit



# Hypertension Artérielle Pulmonaire

$PAP_{syst} > 30 \text{ mmHg}$  au repos

Prévalence  
élevée

40 à 50 %

Débit cardiaque  
augmenté

	HTAP +	HTAP -
CO (L/min)	6.9	5.5

Mortalité  
élevée

	Survie 1 an	Survie 3 ans	Survie 5 ans
HTAP +	87%	56%	56%
HTAP -	97%	86%	68%

Yigla et al. Kidney Int 2004; 66: 806 – 810

Yigla et al. Seminars in Dialysis 2006; 19 (5): 353 – 357

Nakhoul et al. Nephrol Dial Transplant 2005; 20: 1686 - 1692

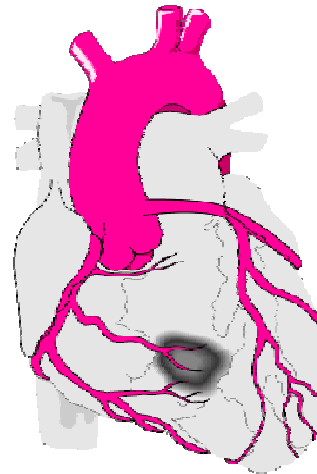
Cas 2

## La FAV est une voleuse

SYNDROME « VOL VASCULAIRE GLOBAL »



ANGOR  
MESENTERIQUE



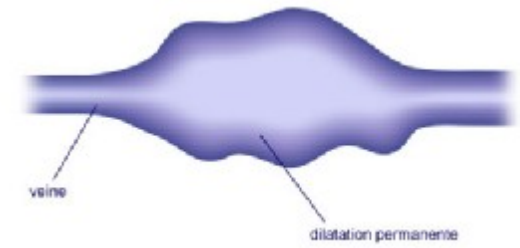
ANGOR  
CORONARIEN



DOULEURS AOMI

Cas 3

# FAV anévrysmale





Cas 4

# Ischémie tissulaire



+



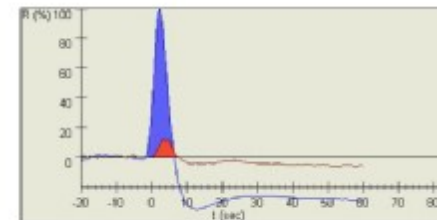
=



Débit 2250 mL/min

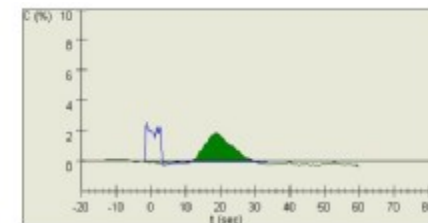
1. Identifions nos hyperdébits
2. Recherchons ses complications

Echodoppler FAV  
+  
Echo cardiaque



6 mars 2012 14:04 Europe/Paris

Débit de l'abord vasculaire  
**2240 mL/min**



7 mars 2012 14:56 Europe/Paris

Débit cardiaque  
**5.52 L/min**      IC = 2,6 (L/min)/m<sup>2</sup>  
VSC = 1,4 L

