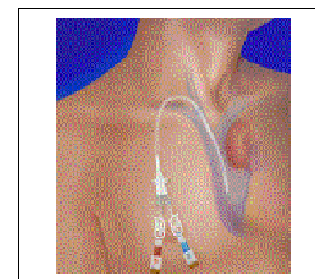




Ajjacio Juin 2016



Grandeur et **DANGERS** des Cathéters Veineux Centraux

Dr M François





Définition

« Un AV idéal »



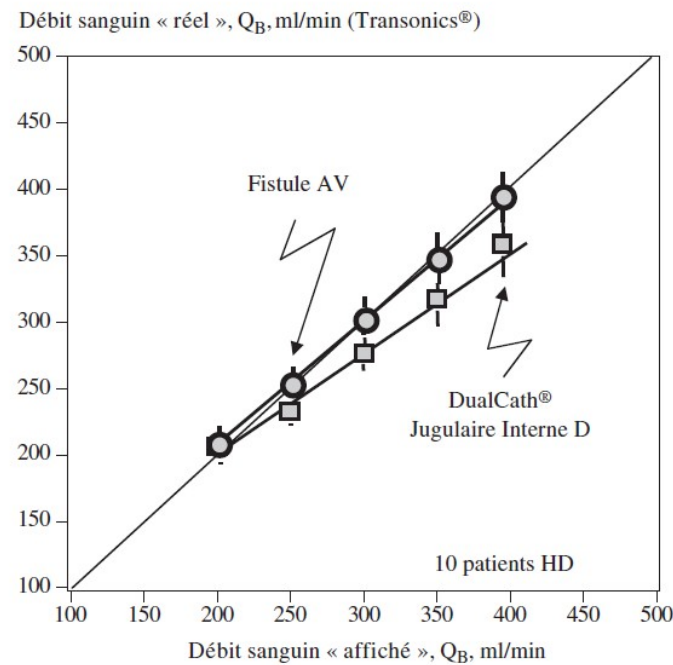
- Débit sanguin suffisant pour une dialyse adéquate
- Fiable
- Perméabilité de longue durée
- Faible taux de complications
- Offre la meilleure survie
- Doit aussi « être profitable » à un patient donné
 - Préserve un état de bien-être, sans hospitalisation
 - Bonne qualité de vie cad permet au patient de vivre leur vie selon leur standard et leur contexte de vie

CVC de longue durée, c'est

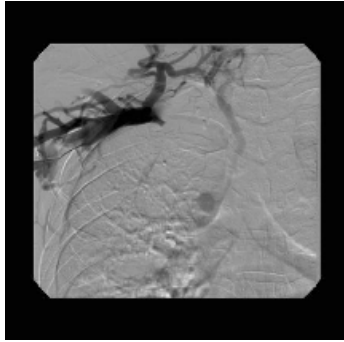
- Quelques avantages:
 - Ø Utilisation immédiate après la pose pour réaliser une dialyse
 - Ø Multiples sites pour l'insertion
 - Ø Peut être utilisé de quelques mois à plusieurs années
 - Ø Facile à utiliser et non douloureux (pas de ponctions de peau itérative)
 - Ø Absence de recirculation cardio-pulmonaire
 - Ø Peu de conséquences hémodynamiques à court ou long terme
 - Ø Cout initial bas

CVC de longue durée, c'est

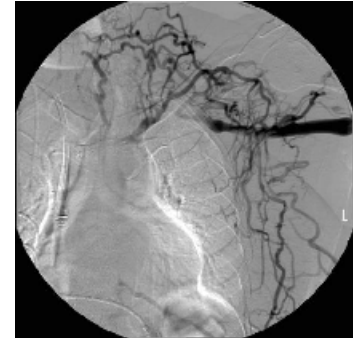
Débit sanguin insuffisant , arrêt de pompe en raison d'alarmes de pression, recirculation de l'AV > 5 à 10% si $Q_{\text{sang}} \geq 300$ ml/min



Qualité d'épuration inférieur à la FAV



Complications CVC

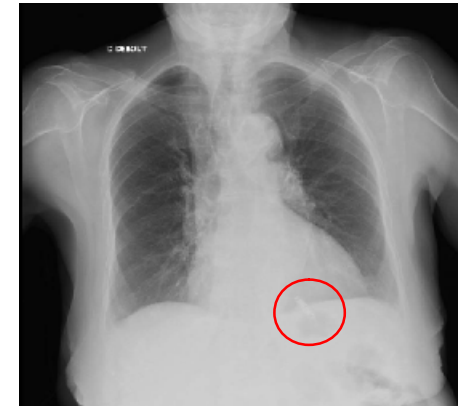


- Sténose et thrombose des veines centrales

- Ø 25 à 40 % retrouvées (souvent sous estimé car asymptomatique)

- Ø Augmentation du risque avec:

- Nombreuses insertions au même endroit
- Temps laissé en place du CVC de longue durée
- Cathéter temporaire > 21 jours
- Jug Interne gauche et sous Clavière

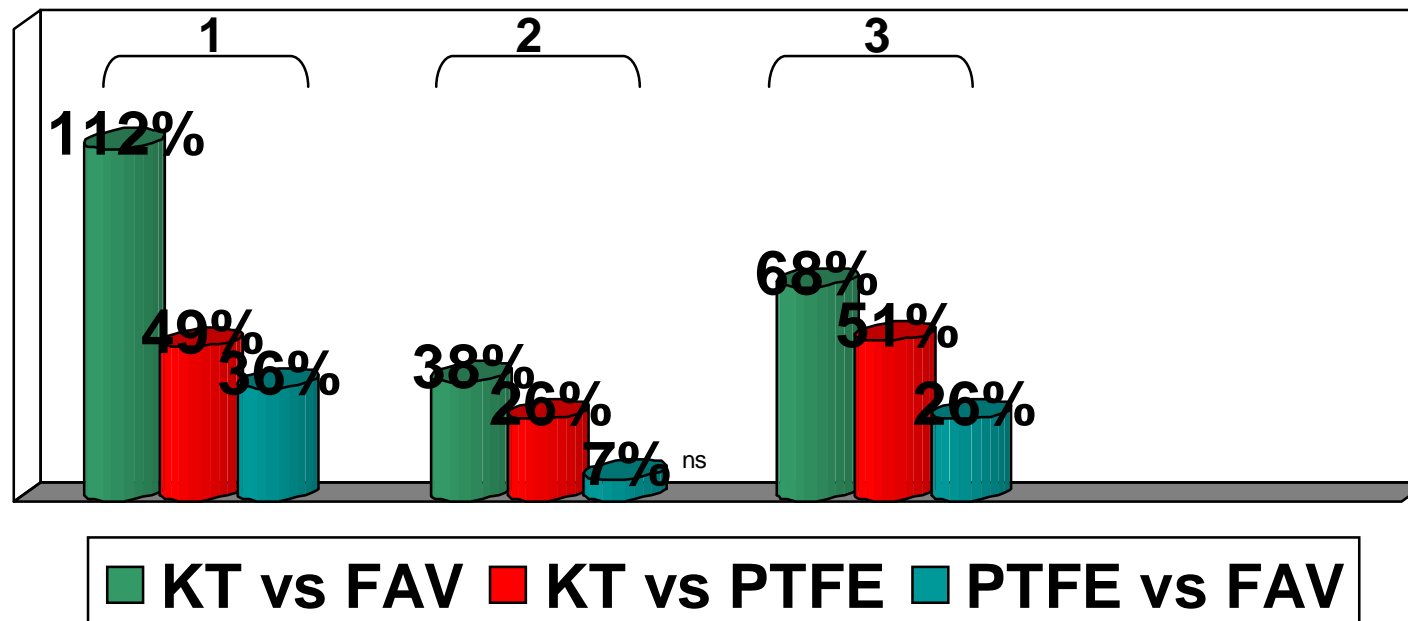


- Ø « Autres participants » chez l'IRC: ⚠️ PICC, chambre implantable, PM et Défibrillateurs

Complications des CVC

1. Infections fatales
2. Événements cardio-vasculaires
3. Hospitalisations

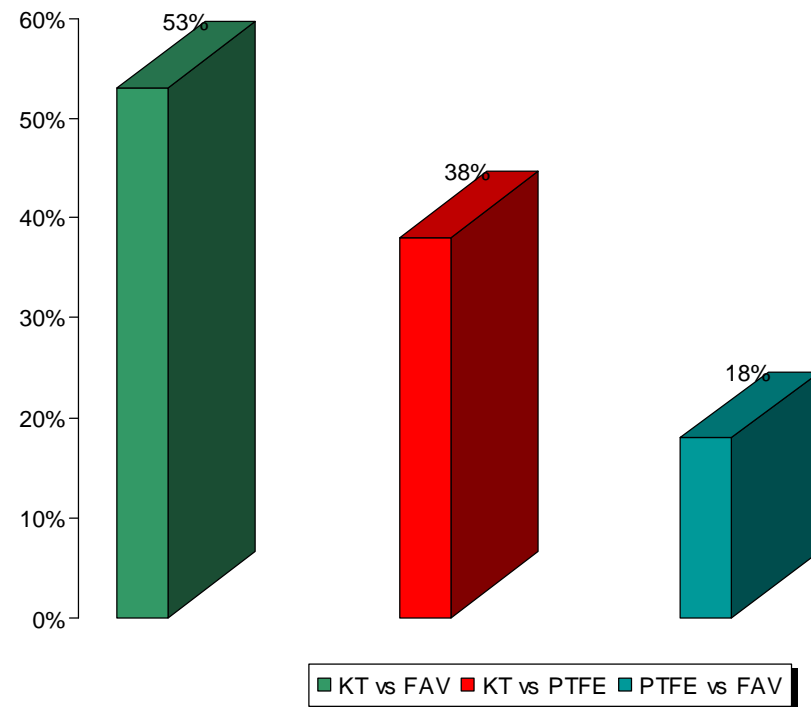
Meta analyse de 62 études
(n = 586537)



= Augmentation globale des coûts liée aux cathéters vs FAV

Dangers des CVC

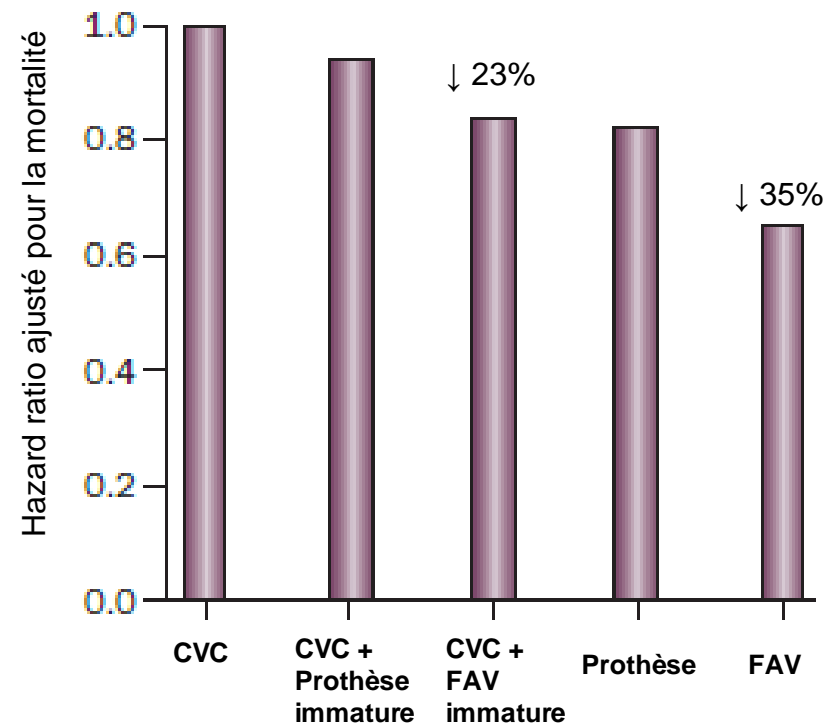
Morbi mortalité globale



Dangers des CVC

Impact sur la survie des patients en fonction de l'AV à l'initiation en dialyse

Etude rétrospective 2005-2010 avec le registre US n = 510000



Epidémiologie des CVC

- En France

DOPPS

7%

11%

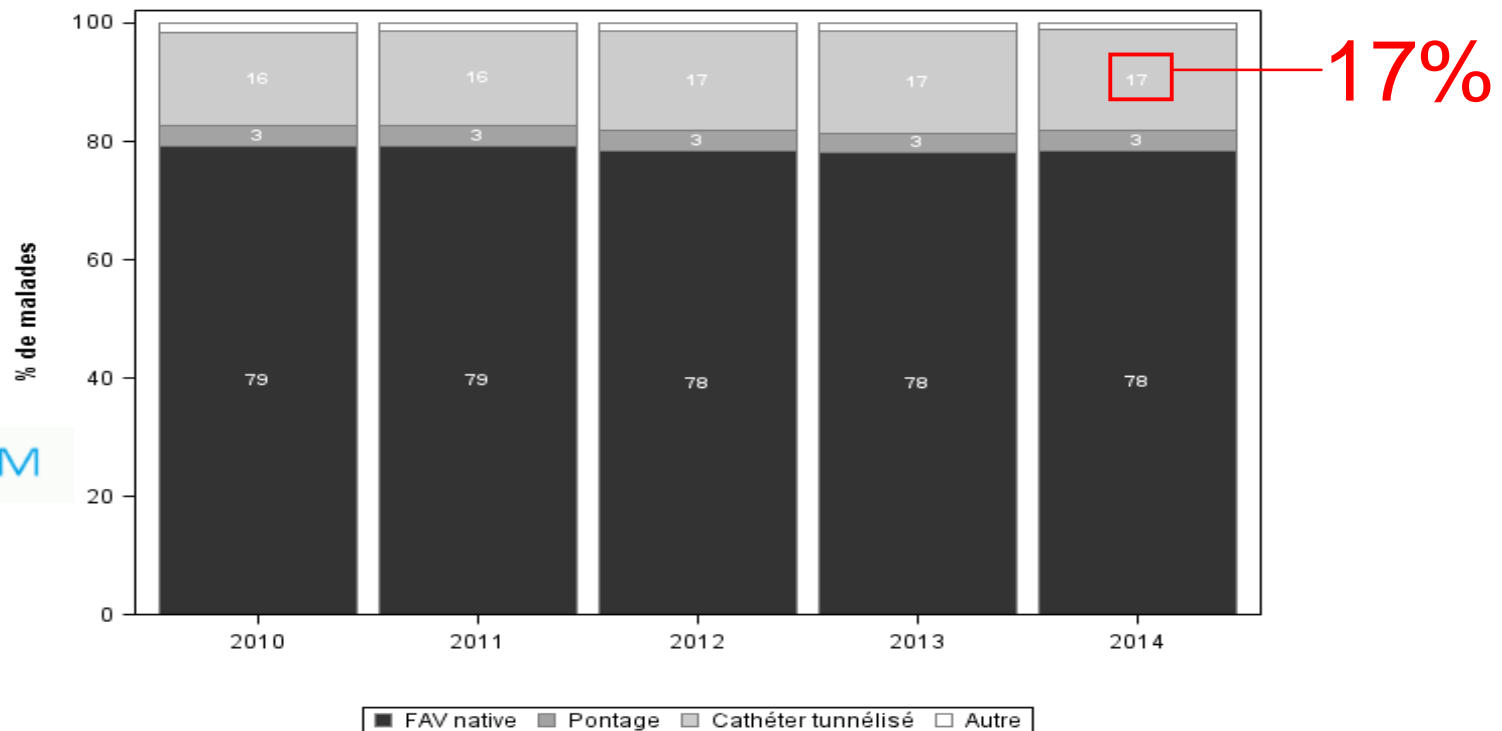
14%

Périodes

1996-2000

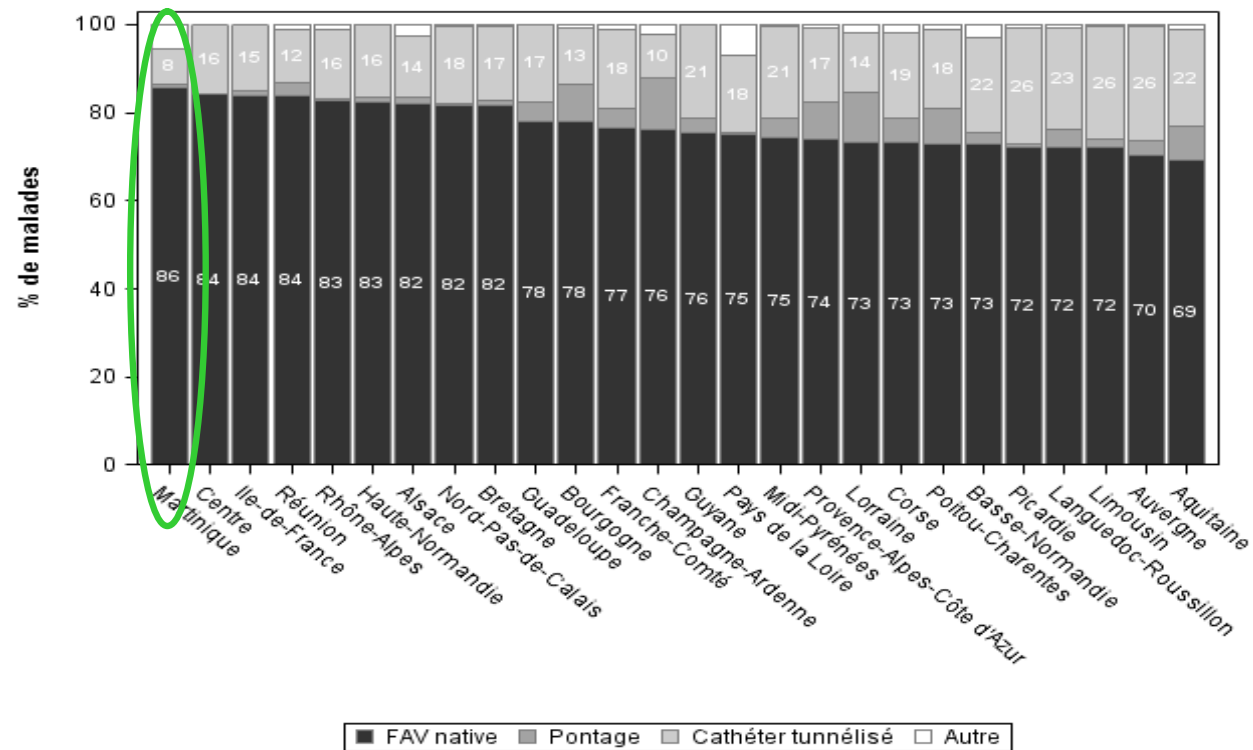
2002-2003

2005-2007



Epidémiologie

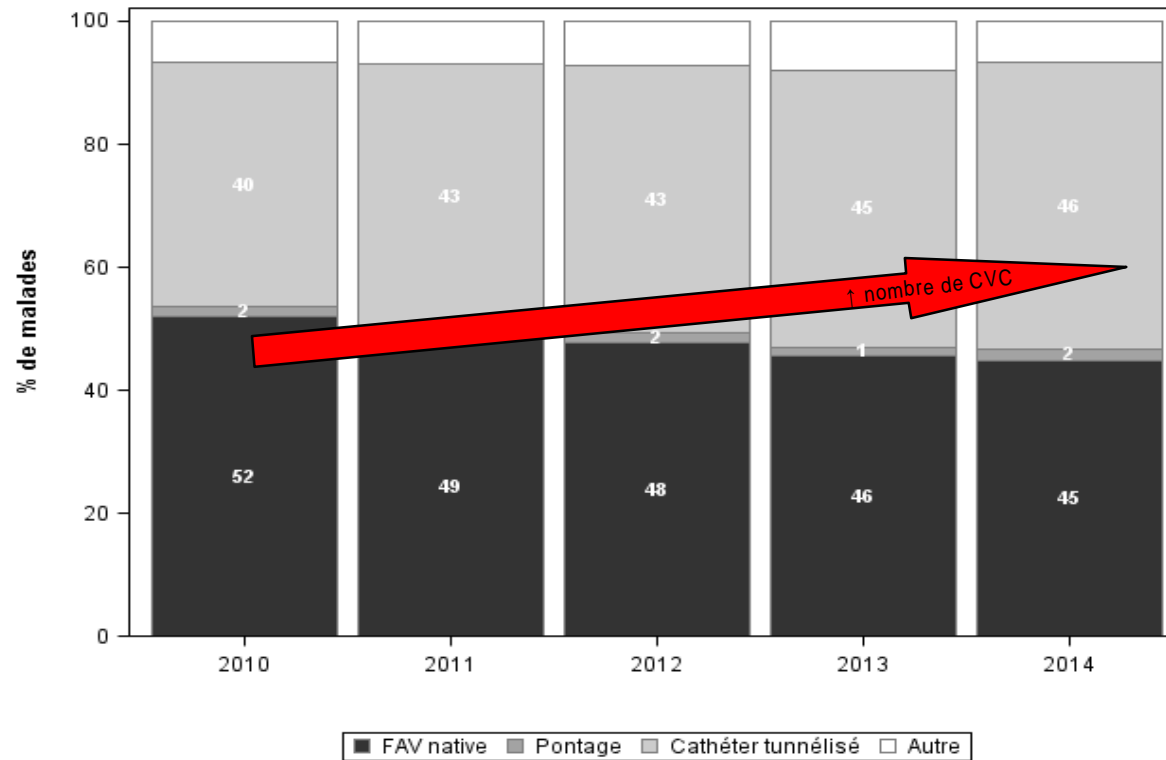
- En France selon les régions de traitement au 31/12/2014



Objectif recommandé: CVC < 10% selon NKF-KDOQI

Epidémiologie

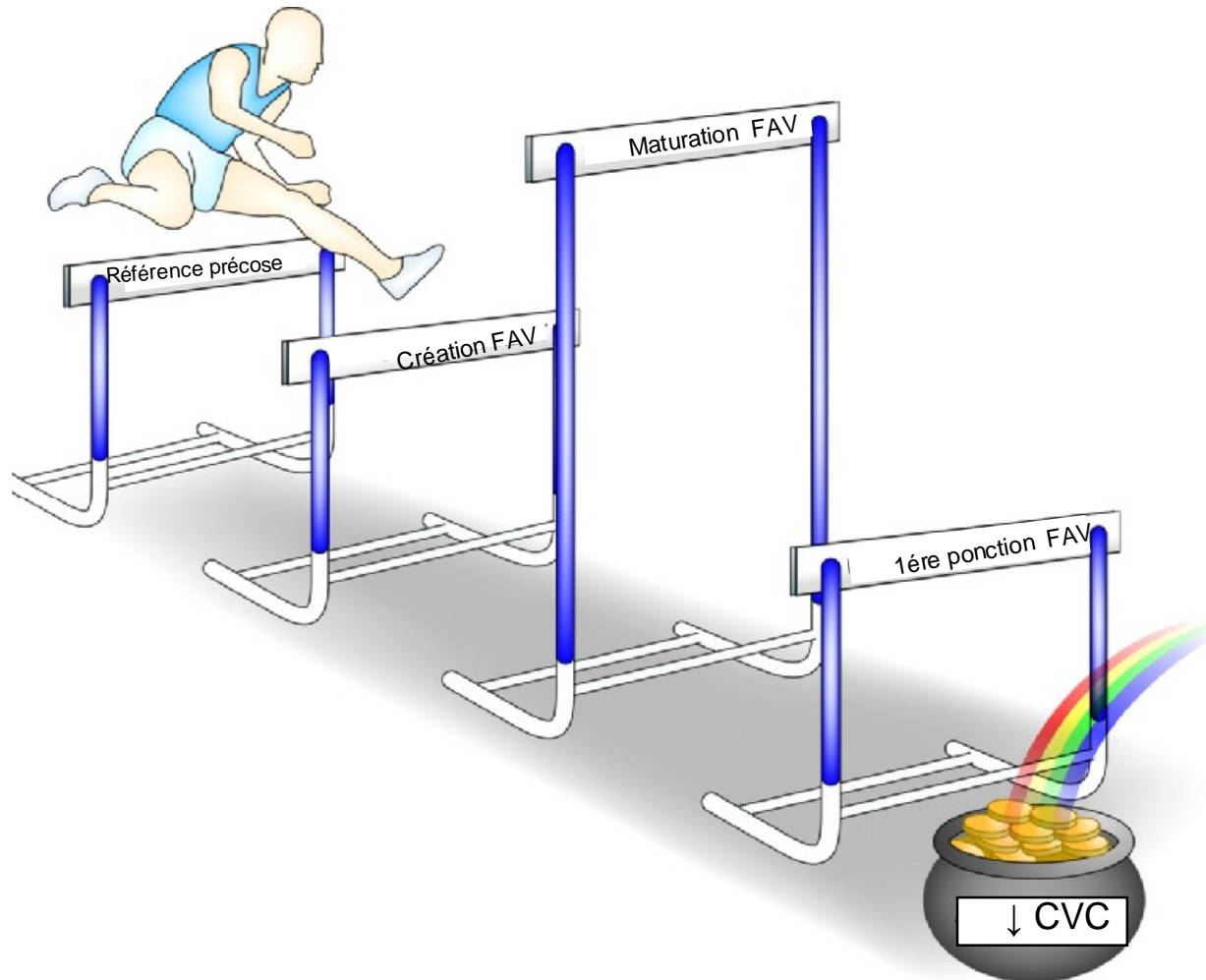
- En France: Type d'AV à l'initiation en dialyse



Indications formelles d'un CVC de longue durée chez l'IRCT selon les recommandations

- sans AV à la prise en charge en dialyse
- Incident avec FAV crée mais non utilisable (création trop tardive, retard de maturation)
- Prévalent avec FAV non fonctionnelle (attente d'une chirurgie de sauvetage ou nouvelle FAV)
- Epuisement du capital vasculaire
- CI à la création d'une FAV
 - ü Insuffisance cardiaque sévère
 - ü Insuffisance respiratoire chronique (HTAP)
 - ü Ischémie de main (risque du vol vasculaire)
- Espérance de vie courte (cancer disséminé, « patient fragile »)

La diminution du nombre de CVC en dialyse doit rester une priorité constante ... **quelques pistes:**

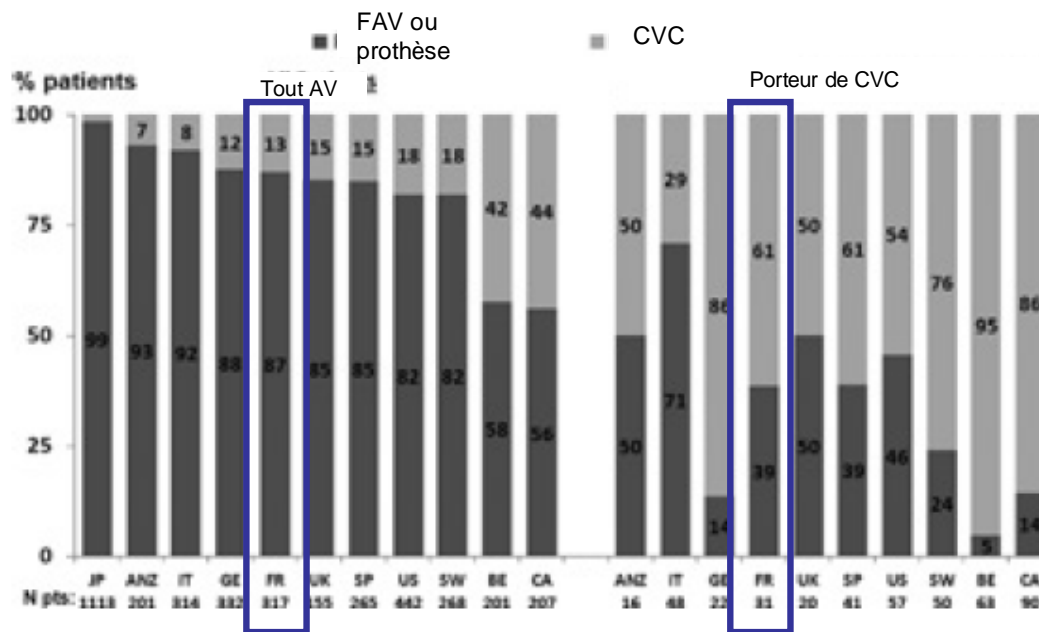


- Le patient
- Disponibilité et Expertise de l'équipe chirurgicale
- Attitude des néphrologues

Le patient

- Sa préférence sur AV

DOPPS 3 (2005-2009) n = 3815 HD



Utilisation d'un CVC %	Tout AV n = 3815	Préférence CVC n = 505	Préférence FAV ou Prothèse n = 3310
Pas d'ATCDS	50.6	7.6	57.4
Emploi antérieur	35.1	20.5	37.4
Emploi actuel	14.3	71.6	5.2

➡ Eviter la pose initiale de CVC de longue durée chez le patient et dans son unité

Le patient

- Ses craintes et les raisons de l'opposition à la FAV

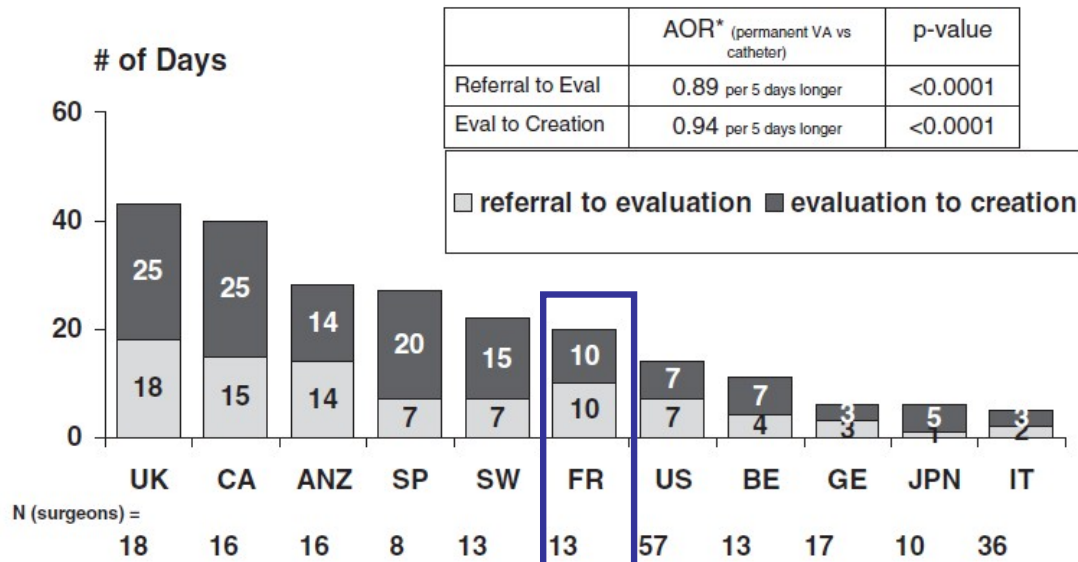
3 principaux thèmes:

- Impact d'expériences antérieures personnelles ou d'autrui
 - Échec de maturation
 - Cannulations douloureuses
 - Saignements
 - Image corporelle
- Transfert des connaissances et prise de décision éclairée
 - Des professionnels de la santé
 - Perception d'un manque de connaissance du patient sur l'AV
- Acceptation du *statut quo*
 - Limitations du mode de vie
 - Absence de complication ou de complication prévue
 - Complications liées à la création des fistules
 - Emphase mise sur le présent, «au jour le jour»

➡ Mieux comprendre les craintes pour convaincre sur l'AV souhaitable

Disponibilité et Expertise de l'équipe chirurgicale

DOPPS 2 (2003-2007)

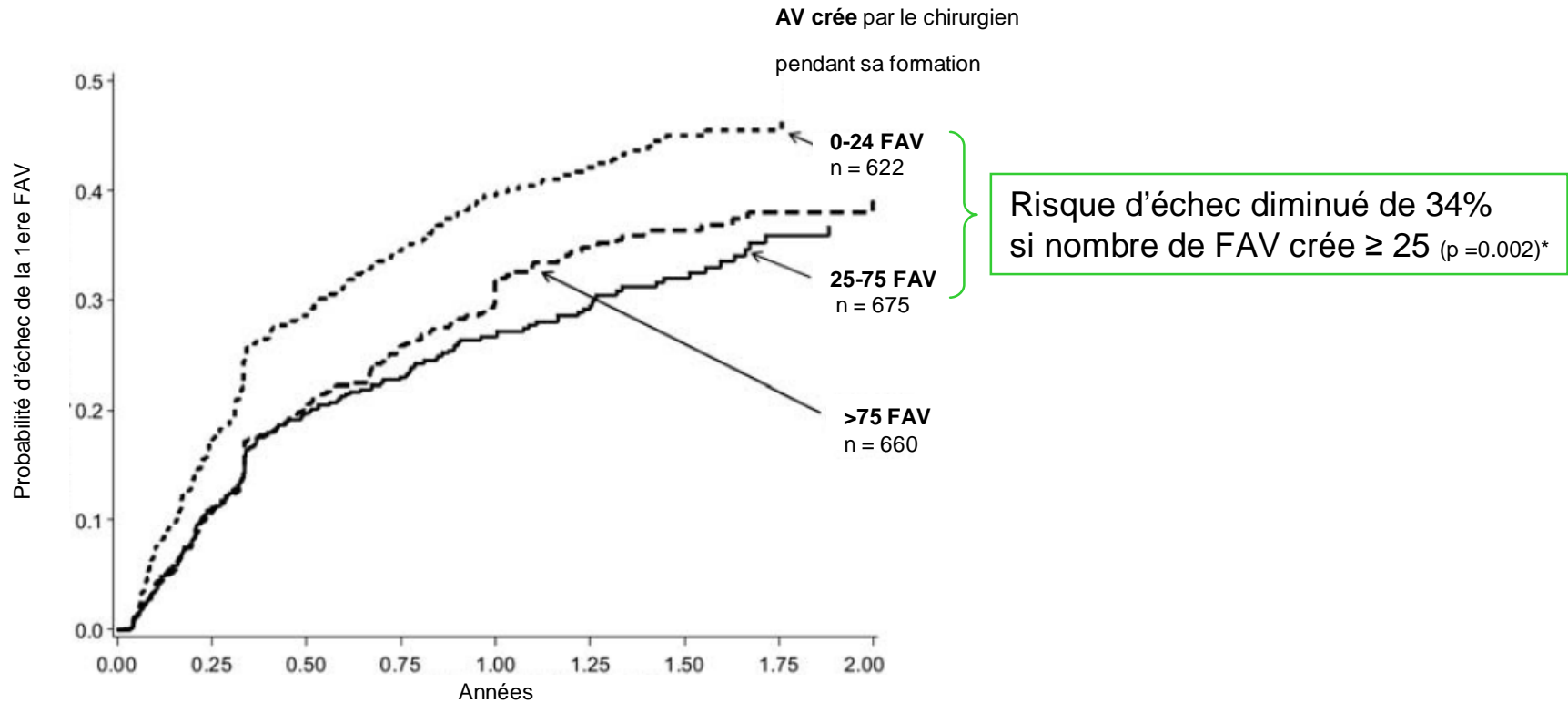


* Modèle ajusté par âge, sexe, race, 14 co-morbidités, BMI, année de dialyse



Facilité et accélérer l'accès à l'équipe chirurgicale

Disponibilité et Expertise de l'équipe chirurgicale



* Modèle ajusté par âge, sexe, race, 14 co-morbidités, BMI, nbre de CVC, pays



Equipe chirurgicale spécialisée et expérimentée dans l'AV de l'IRCT

Attitude du néphrologue

- **Optimiser la prise charge en pré-dialyse**

- Ø Choix de la technique de suppléance (Transplantation, DP)

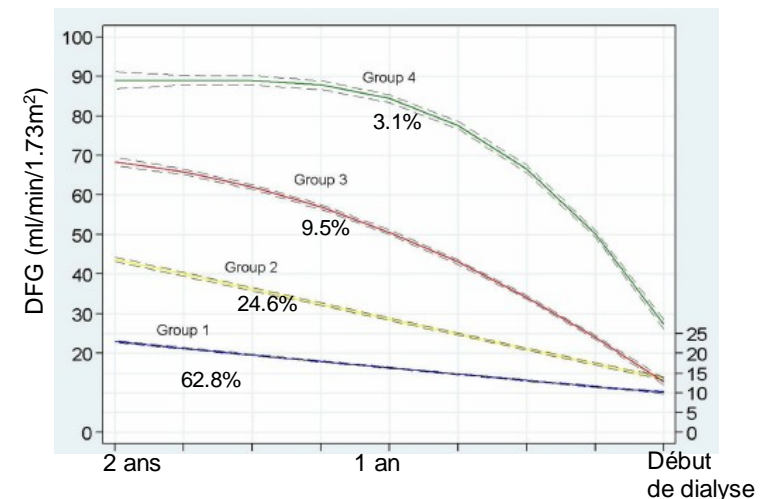
- Ø Information et éducation du patient

(mais il existera toujours le patient indécis ou adresser trop tardivement en néphrologie!)

- Ø Créer l'AV au temps opportun

- DFG et sa vitesse de dégradation°

Etude rétrospective de la trajectoire du DFG
sur les 2 années précédant la prise en dialyse n = 5600 US HD



- Selon le choix de la veine utilisée ou prothèse (cartographie au préalable)

- Risque de retard de maturation* (Petite taille des Vaisseaux A<1.6 mm et V<2-2.5 mm, femme, diabète, obésité, MCV évolutive, bas débit les 1ers jours après la création...)

- Ø Accessibilité aux soins (Radiologue, chirurgien, anesthésiste entre autres)

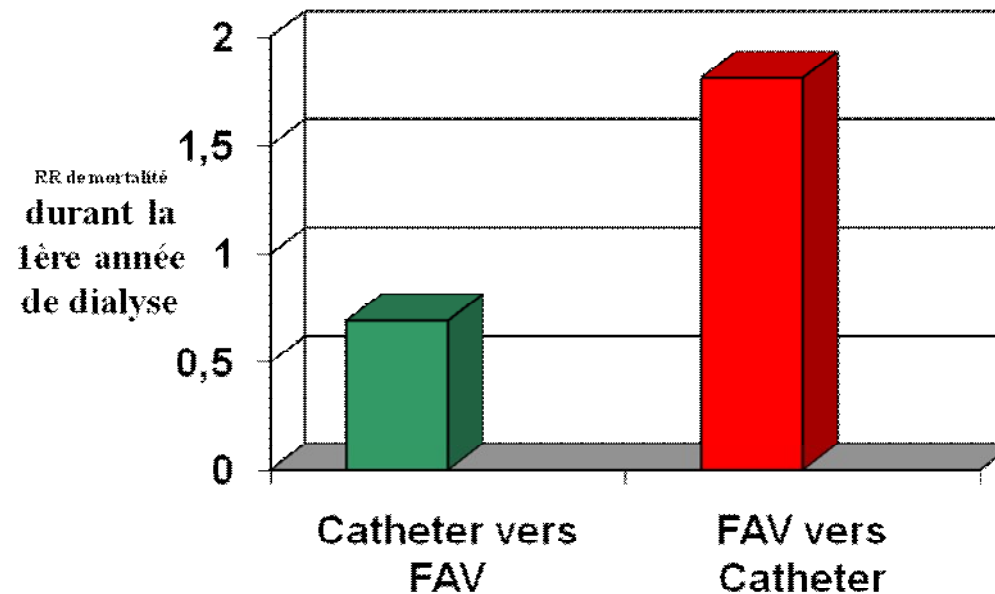
°O'Hare and al. Am J Kidney Dis 2012;59(4):513-522

*Riella and al. Nature Reviews Nephrology 2013:348-357

Attitude du néphrologue

- **Convertir CVC en FAV le plutôt possible!**

N = 4687 US HD



Attitude du néphrologue et ces doutes

- **Insuffisance cardiaque**



Présentation clinique

Type AV proposé

NYHA I,II et certain III
ACC/AHA A,B et certain C
NYHA III et ACC/AHA C
NYHA IV et ACC/AHA D
FEVG<30%

FAV distal
FAV distal
CVC tunnalisé
CVC tunnalisé
CVC tunnalisé

- Ø Etre à l'euvolémie pour (re) évaluation de la fonction cardiaque
- Ø Surveillance Q_{AV} et $Q_{cardiaque}$
- Ø Si $Q_{AV} > 2l$ et $RCP > 20\%$ et/ou symptômes cliniques, qq soit le Q_{AV} et $RCP > 30\%$, réduction du débit FAV...voir ligature

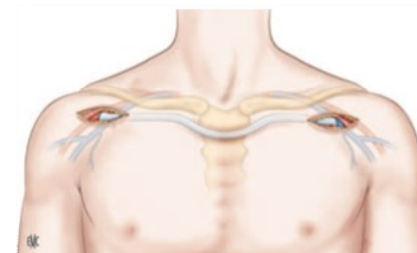
- **Epuisement du capital vasculaire**

- Ø **Prévention:**

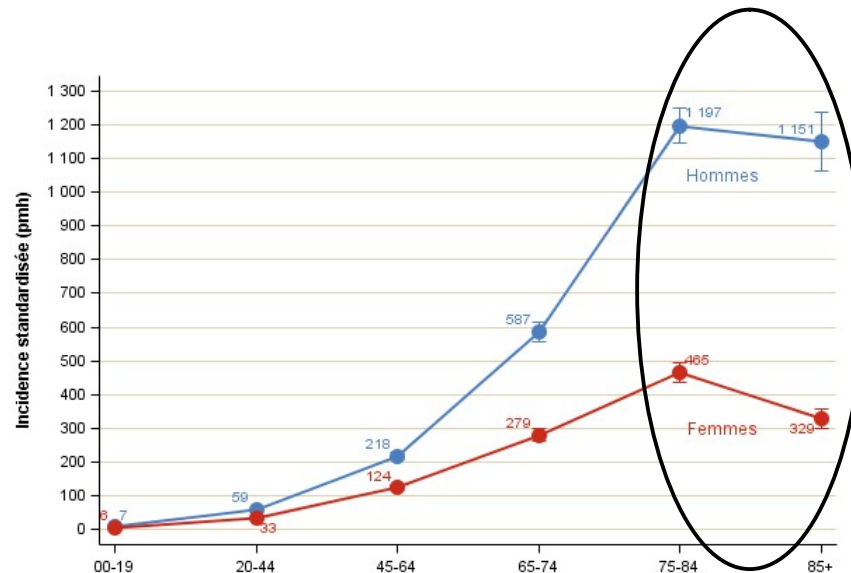
- ü Préservation du système artériel et veineux périphérique mise en place précocement chez l'IRC.
- ü Réflexion sur la mise en place ou changement de CVC pour chaque patient

- Ø **Réévaluation** du capital veineux avec phlébographie, artériographie (en cas de doute sur le réseau artériel) des membres supérieurs

- Ø **S'Orienter** vers des créations de FAV plus rare avant le CVC ex: penser à la FAV fémoral, pontages exotiques.



Attitude du néphrologue et ces doutes



Rapport 2014
Incidence IRCT selon l'âge et le sexe

- Population âgée >75 ans

- Ø **1^{ère} Question: Faut-il créer un AV?**
car risque compétitif avec le décès.

Choix entre le traitement substitutif ou le traitement conservateur.

- § Utilisation d'outils d'aide à la décision

- ü Evaluation gériatrique (karnofsky, score de charlson modifié)

- ü Scores pronostiques de survie (avant le début d'HD ou risque à 6 mois) *

- ü Tenir compte des co-morbidités, qualité de vie

- § **Souhait du patient** concernant ces options thérapeutiques

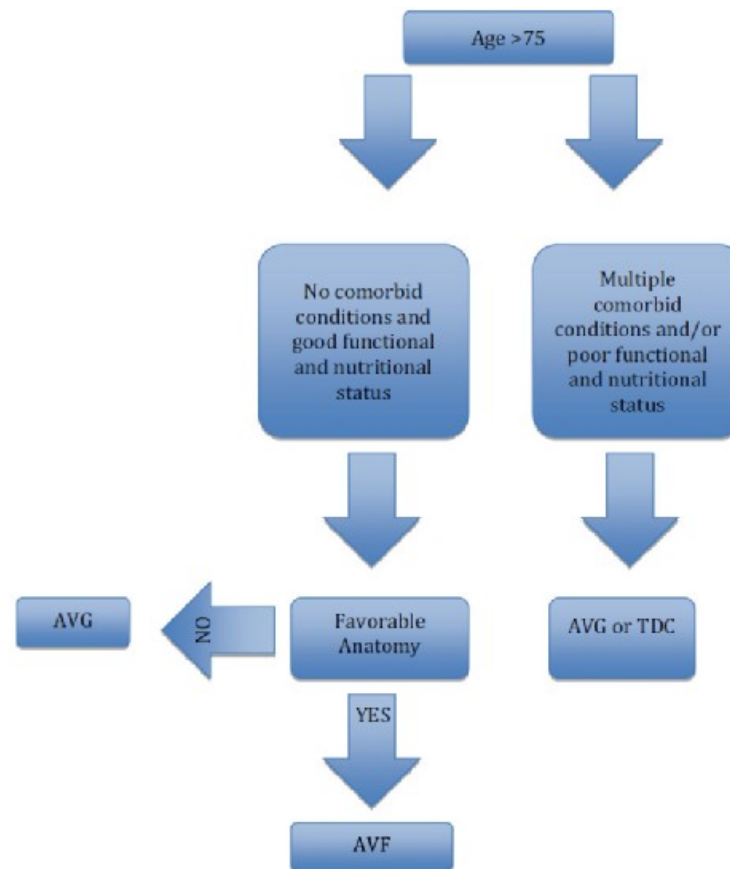
*Couchoud and al. Nephrol Dial Transplant 2009;24(5):1553-1551
Cohen and al. Clin J Am Soc Nephrol. 2010;5(1):72-79

Attitude du néphrologue et ces doutes



- Population âgée >75 ans

Ø 2ème Question: Quel type d'AV?



« Le cathéter reste une énigme, on n'aime pas vivre avec lui mais on ne peut pas s'en passer »

Steve J Schwab and al. Kidney Inter 1999

