

Abords vasculaires pour hémodialyse le coin des débutants n°1

1er contact avec le chirurgien :
ce que le chirurgien fait, explique (en théorie) et
demande comme examens complémentaires

Albert Mouton

Clinique de l'Archette

Olivet /Orléans

Ajaccio 16,17,18 Juin 2016

Ce que le chirurgien fait...

Il prend connaissance du dossier que le néphrologue a confié au malade :

Les antécédents

Les derniers examens complémentaires

Le degré d'insuffisance rénale, DFG

L'ordonnance des traitements suivis+++

Les examens d'imagerie éventuels.

Ce que le chirurgien fait...

Il procède à l'examen clinique sur un malade torse nu :

Le poids : IMC « poids divisé par la taille au carré »

La peau : épaisseur du panicule adipeux, cicatrices, lésions spécifiques liées à l'étiologie de l'insuffisance rénale, les troubles trophiques.

La palpation des pouls.

L'examen des veines superficielles avec pose de garrot.

Au terme de cet examen, il explique au malade la stratégie et justifie les demandes d'examen complémentaires que le malade apportera lors de l'intervention

Ce que le chirurgien explique...

Vos reins ne font plus leur travail de filtration indispensable pour vous permettre de vivre.

L'évolution de votre maladie nécessite d'envisager un traitement de suppléance assuré par une machine extra corporelle appelée rein artificiel qui va filtrer votre sang 3 fois par semaine pendant 4 heures.

Pour réaliser cette filtration il faut créer une communication permanente « **fistule artério-veineuse** » entre une artère et une veine superficielle de l'avant-bras qui grâce à la dilatation

de la veine « artérialisée » va permettre de mettre en place deux aiguilles, l'une « artérielle » et l'autre « veineuse » raccordées par des tubulures à la machine.

Ce que le chirurgien explique...

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 :

L'Echographie doppler examen non douloureux est généralement suffisant fait par des spécialistes de l'abord vasculaire.

Parfois surtout si vous êtes porteur d'un pace –maker, d'un Catheter, d'un port à cath, une radio avec injection d'Iode, si vous êtes déjà dialysé, vous sera proposée.

Avertir d'une Allergie vraie rare aux produits de contraste.

Une radio avec injection de gaz carbonique vous sera proposée si vous n'êtes pas dialysé pour préserver la fonction rénale résiduelle en attendant que la fistule soit opérationnelle.

Demande d'examen complémentaire

Prière de faire une exploration écho-doppler des veines des deux membres supérieurs en commençant par le côté passif avant création d'un abord vasculaire pour hémodialyse prévu le / /20..

Cartographie avec schéma et mesure des calibres des veines sur les différents segments de membre

Donner le plus de renseignements cliniques possibles

Demande d'examen complémentaire

Prière de faire une exploration écho-doppler des artères des deux membres supérieurs en commençant par le côté passif avant création d'un abord vasculaire pour hémodialyse prévu le / /20..

Cartographie avec schéma, mesure des calibres des artères, indications des anomalies intrinsèques sur les différents segments de membre

Donner le plus de renseignements cliniques possibles

Demande d'examen complémentaire

Prière de faire une phlébographie iodée/CO2 des deux membres supérieurs en commençant par le côté passif avec exploration des troncs veineux centraux avant création d'un abord vasculaire pour hémodialyse prévu le / /20..

Dialysé sur KT jugulaire/sous-clavier D/G

Pacemaker, défibrillateur; ATCD notables??

Recherche de sténose centrale ++

Ce que le chirurgien explique...

Préparation à l'intervention : vous devez apporter

Le double de votre dernière ordonnance : **anticoagulants**+

Un bilan cardiologique récent.

La Consultation anesthésique est obligatoire au moins 2
jours,

au plus 2 mois avant l'intervention prévue.

Votre **hospitalisation** courte ou en **chirurgie ambulatoire**
sera fonction de votre âge, de votre éloignement du centre de
soins et de votre entourage familial.

Ce que le chirurgien explique...

Préparation à l'intervention :

Vous serez le plus souvent prémédiqué dans votre chambre pour vous décontracter.

Vous serez lavés avec une solution antiseptique.

L'Anesthésie sera le plus souvent loco-régionale permettant d'insensibiliser le membre par repérage précis et anesthésie de chaque nerf identifié par l'échographie.

Cette anesthésie sera complétée si elle est insuffisante par une sédation légère et parfois par une anesthésie générale.

Ce que le chirurgien explique...

En salle d'opération :

L'intervention est faite sous garrot posé à la racine du membre pour éviter le saignement. Il peut entraîner des douleurs obligeant à compléter l'anesthésie.

L'intervention est faite sous microscope opératoire.

Sa durée pour une fistule simple est d'environ 30' à 45'.

Il n'y a pas de risque hémorragique et pas de transfusions.

Ce que le chirurgien explique...

Suites opératoires :

L'anesthésie selon les produits utilisés est levée au bout de 5 à 10 heures.

Le drain éventuel est à retirer avant la sortie.

Le plus souvent les fils de suture sont résorbables, ils sont rarement non résorbables, alors à enlever au 12^{ème} jour.

Le frémissement et le souffle sont contrôlés avant la sortie

Ce que le chirurgien explique...

Contrôle à un mois :

La cicatrisation est complète, la veine est bien repérée, avec un frémissement palpable et un souffle au stéthoscope.

Les soins locaux quotidiens sont à poursuivre pour cicatrisation dirigée si vous êtes diabétique, artéritique.

L'échographie Doppler est conseillé pour un bon repérage du trajet de la veine, avec une mesure de débit.

Si la veine est trop profonde il faudra faire une superficialisation chirurgicale par 4 courtes incisions sous anesthésie permettant de retirer la graisse en excès qui empêchait de bien repérer la veine.

Si le débit est insuffisant il faudra faire une exploration radiologique précédant un geste endovasculaire

Ce que le chirurgien explique...

Autocontrôle par le patient et l'entourage :

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

Alerter l'équipe médicale :

Si la fistule devient « battante ».

Si frémissement et souffle diminuent ou cessent.

Si saignements prolongés au retrait des aiguilles.

Si apparaît une croûte extensive : Risque vital++

Ce que le chirurgien explique...

Votre fistule va vieillir et pourra justifier des explorations avec révision par traitement endo-vasculaire ou chirurgical.

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

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

Le chirurgien explique...et résiste

Au terme de l'examen clinique initial le patient ne paraît pas éligible pour la création d'un abord vasculaire.

Il ne comprend pas l'objet et le déroulement de l'intervention prévue.

Il est opposé au traitement de suppléance

L'examen clinique contre-indique d'emblée

la création d'une fistule

LOI « Claeys Leonetti »

Conclusions

il faut que le patient comprenne qu'une fistule de bonne qualité est essentielle pour sa qualité de vie et qu'il est justifié d'en confier la création à un spécialiste de cette « pathologie acquise »

La création d'une première fistule artério-veineuse est un acte majeur pour le futur hémodialysé
Ne le sous-estimer pas.

Documents d'information

L'insuffisant rénal et sa fistule :

Film d'information aux malades disponible sur

You tube Vidéo

En préparation : monographie