

Suivi après création d'une FAV

L'expérience de Lisbonne

Alice Fortes

Néphrologue



Hôpital de Santa Maria, CHLN
Diaverum Unité de Dialyse de Odivelas, DC
Diaverum CENTRE de L'ACCÈS VASCULAIRE

alicefortes28@gmail.com



Gestion de l'Accès Vasculaire au Portugal

Les hôpitaux publics sont responsables de la construction du **premier accès vasculaire** définitif.

Si l'accès vasculaire définitif, à la date du transfert du patient à des unités de dialyse, est un cathéter tunnellisé, l'hôpital doit planifier la construction de la fistule artériovoineuse (ou prothèse) au maximum d'**un mois** après le début de l'hémodialyse.

En cas d'échec l'unité de HD prévoit la mise en place d'un accès vasculaire permanent et débitera cet acte à l'hôpital de référence.

Fernando Macário et al.
Rapport Annuel Soc. Port. Néphrologie

Accès Vasculaire à la 1ère séance de HD en 2015. N = 2095
FAV 41.6%
Cathéter 51%

Accès vasculaire en 2015. Pts en HD ≥ 91 jours. N= 11535
FAV 73.1%
Cathéter 15,6%

“Le meilleur candidat pour la FAV”

- Homme
- Entre 45 à 64 ans
- Sans comorbidités
- Maladie polykystique des reins
- Progréssion lente pour le stade 5 de l'IRC
- Consultation de Néphrologie pour plus de 2 ans (≥ 1 an)

Ramon Roca-Tey, et al. Vascular access for incident hemodialysis patients in Catalonia: analysis of data from the Catalan Renal Registry (2000-2011)
J Vasc Access 2015; 16(6): 472 - 479

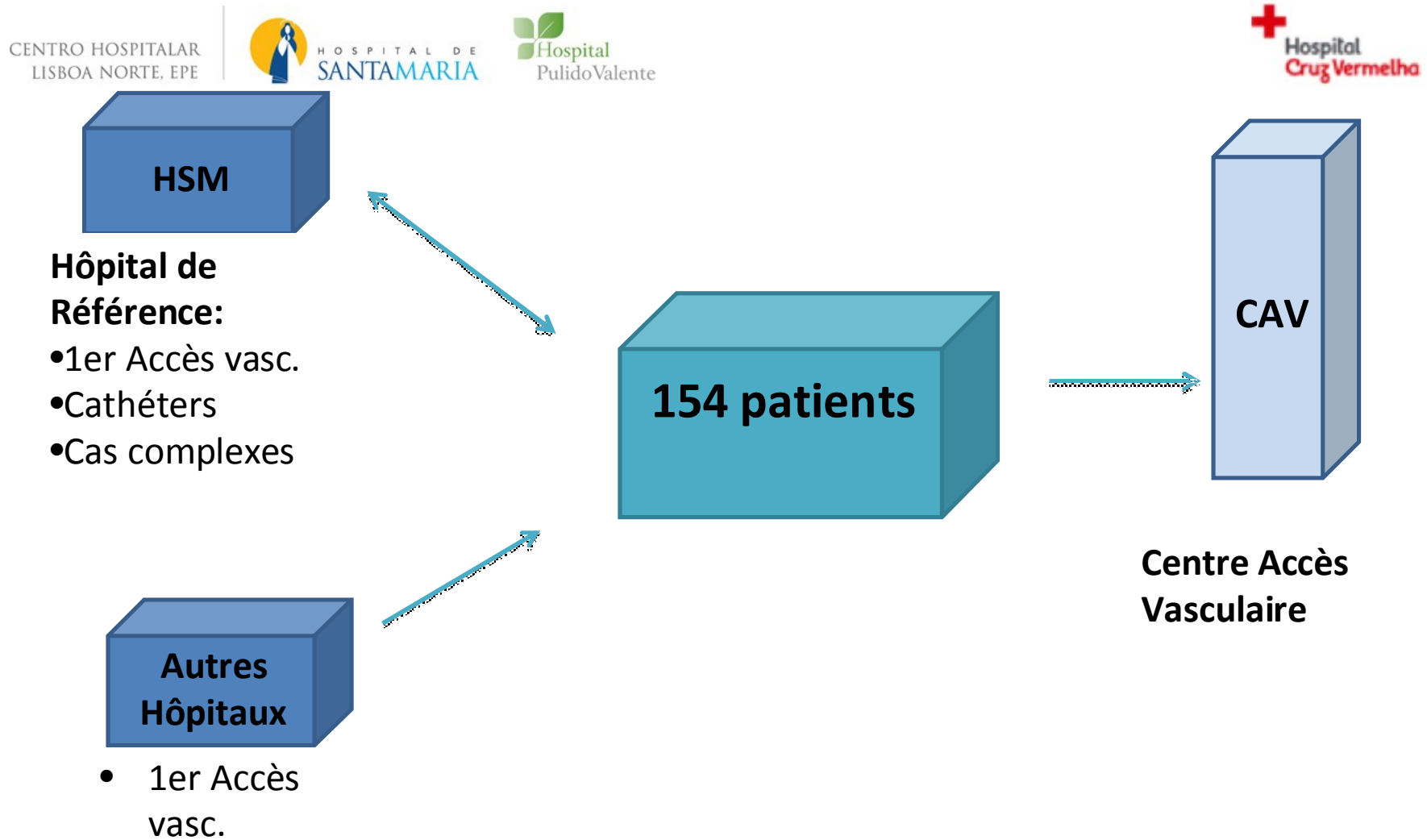
H.SantaMaria

1er Accès vasculaire 2011-2015

Année	Consultation Néphrologie	FAV	Prothèse	CAT
2011	106	59	3	44
2012	140	80	13	47
2013	140	80	11	49
2014	153	90	17	46
2015	114	62	9	43

FAV
54%

Notre Unité de HD



- Le paradigme

- **Le suivi (*monitoring*)**

L'examen physique (EP) et d'autres preuves cliniques de dysfonctionnement de l'accès pour la détection de **la sténose**.

- **La surveillance**

Méthodes destinées à compléter la surveillance clinique en mesurant les variations de **débit sanguin** et la **pression** de l'accès veineux.

- Les contraintes

- Personnel qualifié
- Le type de fistule
 1. Fistule de Gracz
 2. Fistule Haut Débit
 3. Fistule B-Basilique
 4. La « Graftula »
- Veines collatérales
- La imprévisibilité de la thrombose
- La rentabilité et le prix des méthodes de surveillance

Coentrão L , Turmel-Rodrigues L. Monitoring dialysis arteriovenous fistulae: **it's in our hands**. **J Vasc Access** 2013;14 (3): 209-215

Polkinghorne KR, et al. Does monthly native arteriovenous fistula blood-flow surveillance detect significant stenosis-a randomized controlled trial. **Nephrol Dial Transplant** 2006; 21: 2498-2506

Organization du Programme de Surveillance

Guidelines KDOQI 2006/EBPG 2007

FAV

Preferred methods

1. Vascular access blood flow (A)
2. Clinical abnormalities (B)
3. Doppler US (A)

Alternative methods

1. Recirculation (B)
2. Static venous pressure (B)

Prothèse

Preferred methods

1. Vascular access blood flow (A)
2. Static venous pressure (A)
3. Doppler US (A)

Alternative methods

1. Clinical abnormalities (B)

Tessitore N, Bedogna V, Verlato G, Poli A. The rise and fall of access blood flow surveillance in arteriovenous fistulas. **Semin Dial** 2014; 27: 108-118



Organization du Programme de Surveillance

FAV en maturation

- **Contrôle hebdomadaire** jusqu'à la 6ème semaine
Inspection : infection, hématome, œdème, collatéralité, ...
Le Frémit: >10 ou <10 cm anastomose
Le Pouls: fort/ normal
Test de vidange
Syndrome de Vol
- **EcoDoppler** – 4 à 6ème semaines
Ø Veine > 4mm
Débit artère humérale > 500 ml

FAV maturée

- **Contrôle mensuel**
Comme pour la FAV en maturation plus:
Anévrismes: local et dimension
Temps de l'hémostase
Qa et taux de recirculation -
Transonic
(HD03™) – 2M



Organization du Programme de Surveillance

Le rôle fondamental de l'infirmière du patient

- Identifier et rapporter à chaque séance les indicateurs d'alarme: les coagulations répétées, la baisse du KT/V, difficultés de ponction, la pression artérielle trop négative, les points de nécrose, anévrismes...
- Enseignement du patient





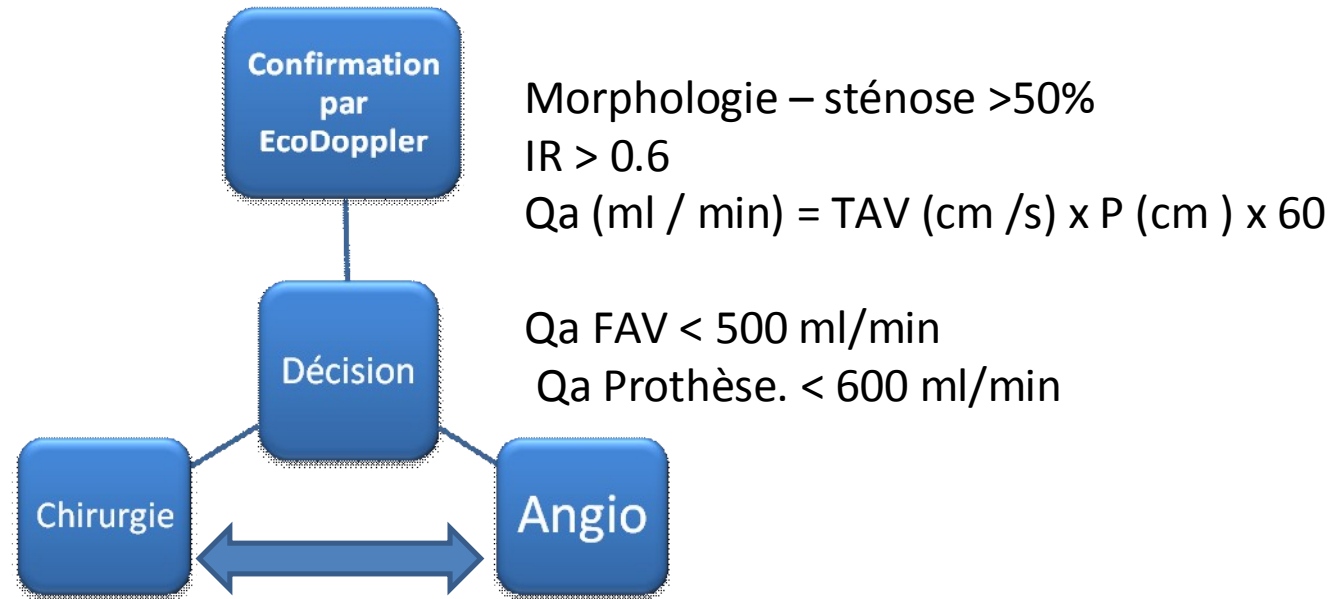
Le Centre d'Accès Vasculaire CAV Diaverum Lisbonne Mai 2014



- **U**nité de chirurgie ambulatoire avec deux salles d'opération, anesthésie et une salle d'angiographie fonctionnant 5 jours par semaine et en régime de prévention au samedi.
- L'Équipe: 1 coordinateur, 6 néphrologues, 7 chirurgiens, techniciens, infirmières, 2 secrétaires.
- Consultation avec Néphrologue d'intervention et chirurgien.
- Disponibilité permanente de EcoDoppler et de l'angiographie.
- Système d'enregistrement informatisé avec accès à l'imagerie.

Evaluation par échographie Doppler avant toute procédure





Objectives principaux:

1. Éviter la pose de cathéters – thrombectomie effectuée sur le même jour
2. Augmenter la prévalence des FAV



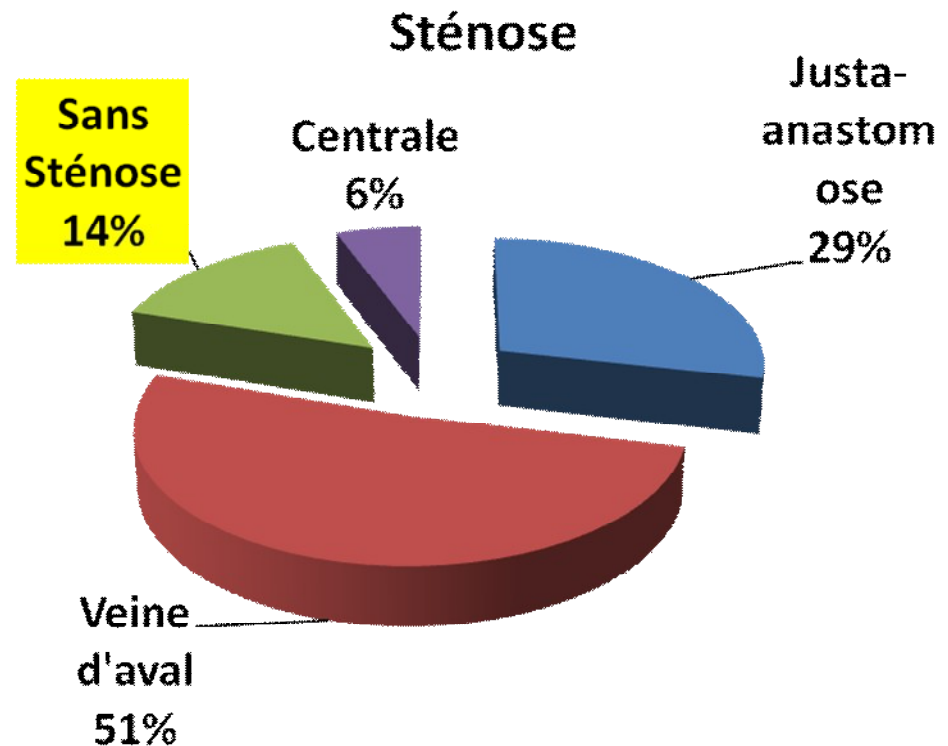
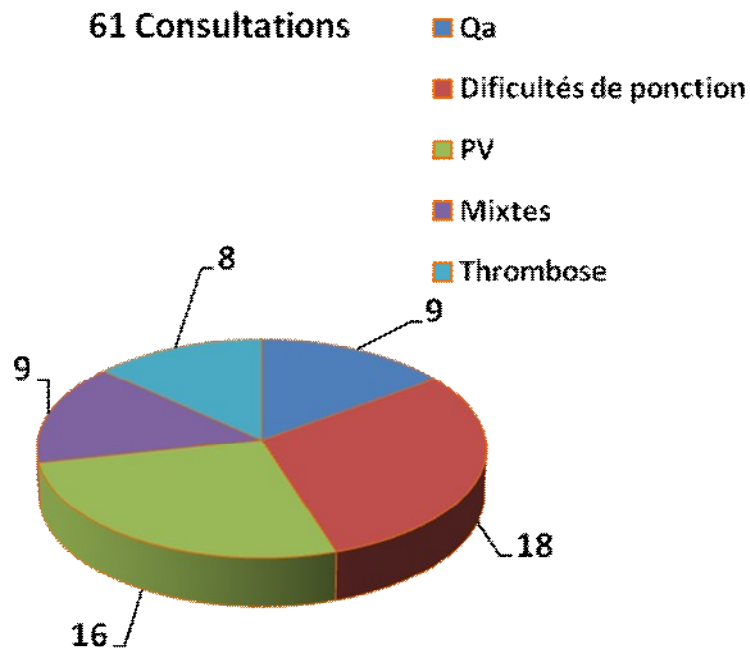
Éviter les angiographies purement diagnostiques
Sauf: Pré-op. en cas de suspicion de sténose veineuse central

Nombre moyen de patients dans les unités de HD couvertes: 1552

Nombre d'interventions endovasculaires / malade.année: 0.33

Évaluation rétrospective des raisons d'orientation en 2015

- 40 Pts : 27 Hommes / 13 Femmes
- Age moyen 67.5 ±11 ans (26-87) 30% diabétiques
- FAV radiocéphalique – 13
- FAV umerocéphalique – 23
- FAV umerobasilique - 4



**MERCI
GRAZIE
OBRIGADO**

