

# Persistance de la veine cave supérieure gauche (PVCSG) : des risques spécifiques?

Claude J Renaud, FRCP

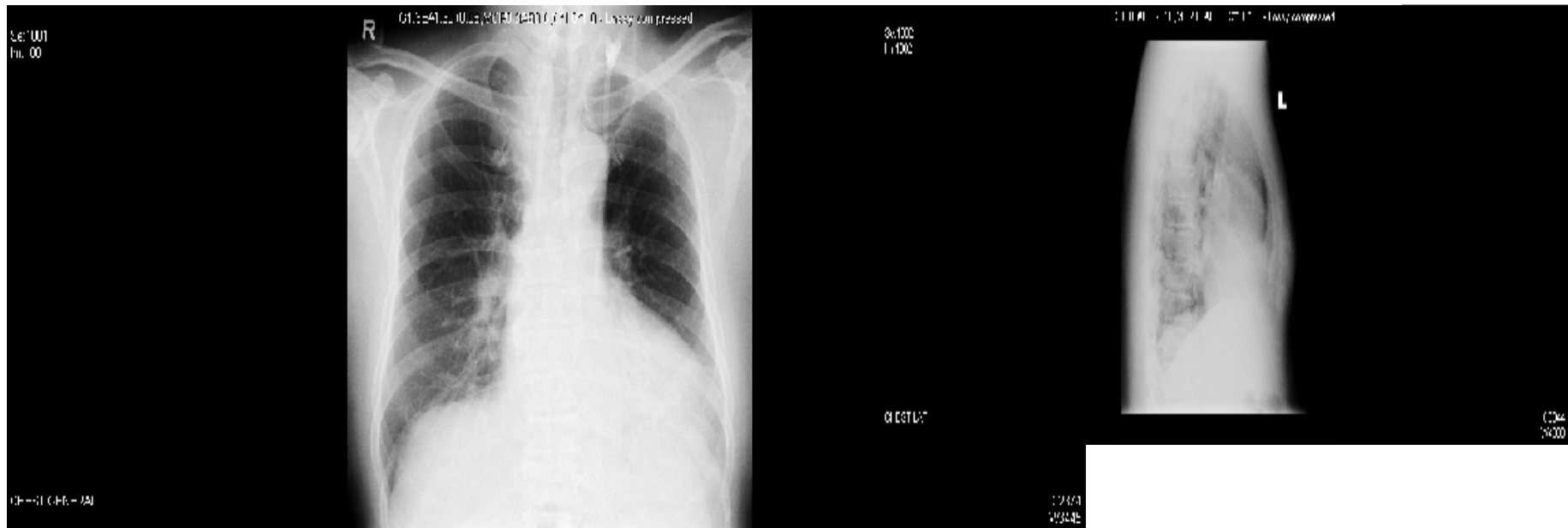
Néphrologue

Singapour

# Un cas

Un insuffisant rénale terminale et diabétique de 61 ans en l'hémodialyse pendant 5 mois à partir d'un cathéter tunnelisé dans la veine jugulaire interne (VJI) droite est hospitalisé pour une bactériémie et tennélite. Le cathéter est immédiatement enlevé. Un cathéter temporaire, Mahurkar<sup>®</sup> de 16cm est implanté dans la VJI gauche sous écho-guidage sans scopie et incidences 2 jours plus tard pour que ça continue l'hémodialyse.

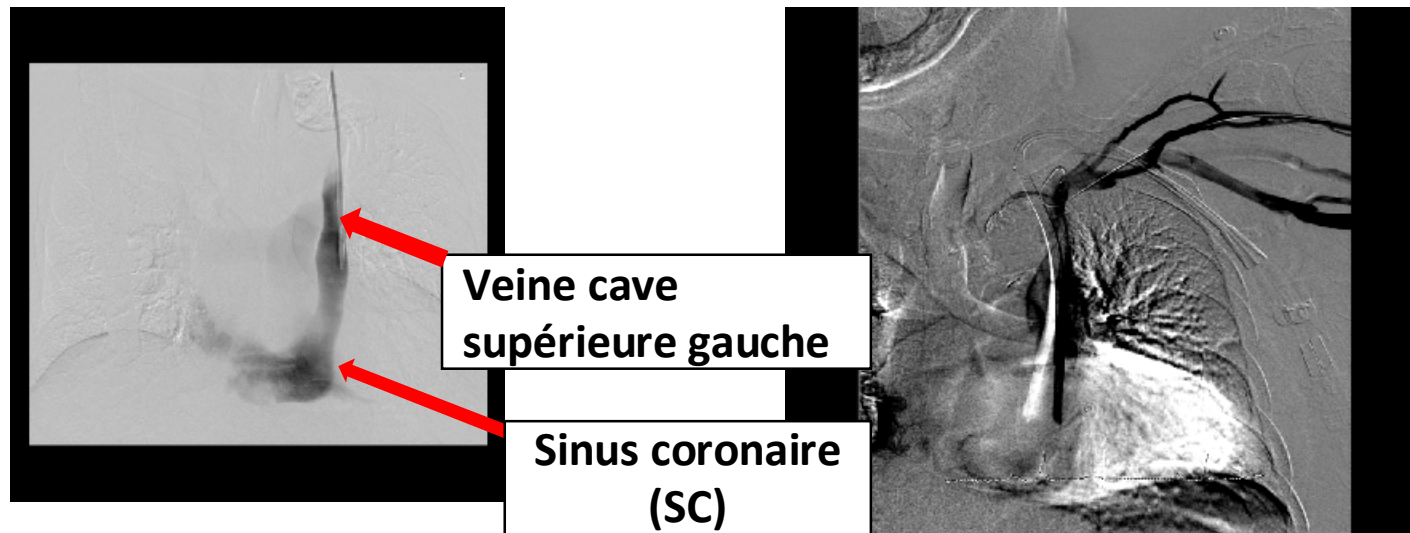
# La radiographie de contrôle qui suit la mise en place



Angioscanner confirme que le cathéter est bien dans la voie veineuse



- Durant l'hospitalisation, le malade a 6 séances de l'hémodialyse sans incidences
- Un Palindrome® 23cm est ensuite tunnelisé en échange sous scopie au moment où hémoculture est négative.

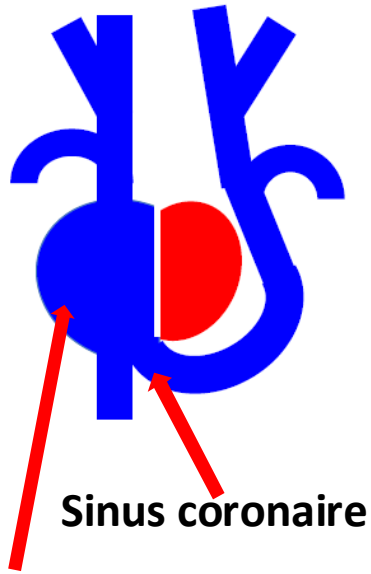


# Cas

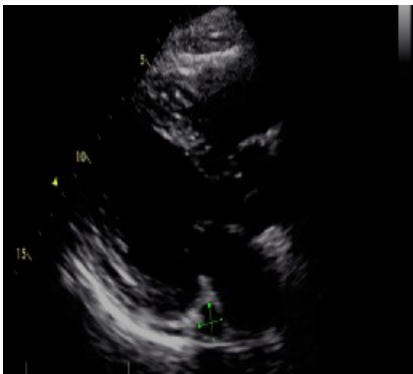
- Une FAV radio-céphalique gauche est ensuite construite, mais souffre d'un retard de maturation nécessitant la dilatation d'une sténose juxta-anastomotique.
- Une deuxième FAV (huméro-céphalique gauche) est faite 2 ans plus tard après l'échec de la première et que le malade utilise toujours.

# Classification de PVCSG

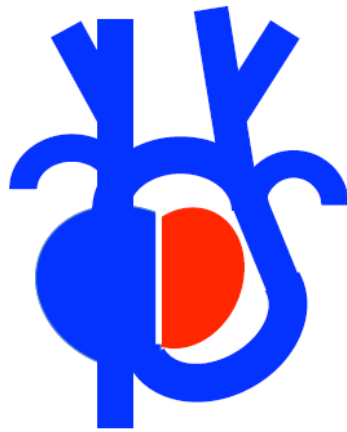
Type IIIb



L'oreillette droite



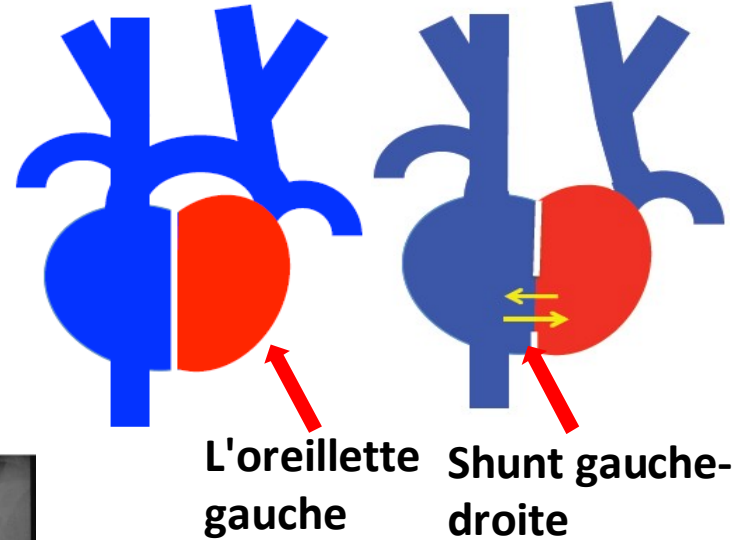
Type IIIa



Type II



Type I



# Est-ce qu'il y a des risques?

## La mise de cathéter temporaire

- Les cas sont toujours fortuits et méconnus
- Peut être confondue à une position position extra-vasculaire ou vasculaire: l'aorte descendante ou veines thoracique interne gauche, péricardiaco-phrénique gauche et intercostale supérieure gauche.
- Une radiographie de thorax de profil avec injection de produit de contraste, scanner ou échographie
- Peu d'incidences quand l'implantation est faite sous échoguide sans scopie
- Le guide peut perforer la veine innominée dans le cas de Type II par le biais de VJI droite ou irriter le nœud auriculo-ventriculaire (AV) près du SC engendrant une arythmie, crise cardiaque ou thrombose du SC
- L'hémodialyse aigüe est possible sauf quand PVCSG draine dans l'oreillette gauche
- Beaucoup de publications surtout par les anesthésiologues et intensivistes

1) Sriramaveen P et al, Clin Nephrol. 2010 Jan;73(1):81-2

2) Sahutoglu T et al, Hemodial Int. 2016 Feb 3.

## La mise de cathéter tunnelisé

- Doit être toujours faite sous scopie
- Le guide et l'extrémité du cathéter ne doivent pas toucher le SC
- L'échange tunnelisé est possible
- L'hémodialyse chronique est possible >6 mois
- Il faut enlever le cathéter auqnd le diamètre du SC > 2cm

1) Jang YS et ql; Clin Nephrol. 2009 Apr;71(4):448-50.

2) Lim TC, et ql, Singapore Med J. 2010 Dec;51(12):e195-7.

3) Stylianou K, et ql, Hemodial Int. 2007 Jan;11(1):42-5.

4) Umberto G et al, J Vasc Access 2015; 16 (4): 265-268

5) Parreira LF et ql, J Vasc Access. 2009 Jul-Sep;10(3):214-5

## La création des accès gauches

- Est possible mais c'est mieux d'éviter les abords au membre supérieure gauche- on a que 4 publications là-dessus
- Le SC se dilate s'il y a le hyperdébit → arythmie ou crise cardiaque
- Une thrombose à l'accès peut occasionner une thrombose au SC

1) Wasse H et al, Semin. Dial. 2006; 19: 540-42.

2) Granata A et al, J. Vasc. Access 2009; 10: 207-11.

3) Wolf M et al, Semin. Dial. 2013; 26: E13-16.

4) Renaud CJ et al, Nephrology 19 (2014) 116-118

## Les interventions à l'accès

- Il n'existe que 2 publications
- Il faut éviter que l'extrémité du guide n'entre pas dans le SC
- Il faut pas surdilater pour éviter hyperdébit et dilatation du SC > 2cm
- La thromboaspiration peut jeter des cailloux dans SC et causer une thrombose aigüe

1) Renaud CJ et al, Nephrology 19 (2014) 116-118

2) Wasse H et al, Semin. Dial. 2006; 19: 540-42.

