

Les accès vasculaires chez le patient non insuffisant rénal

DR DELLA SCHIAVA NELLIE,
PH CHIRURGIE VASCULAIRE, CHU LYON



Hospices Civils de Lyon

Cas clinique 1

Jeune homme 26 ans

ATCD de laparochisis -> grèle court

Nutrition parentérale depuis l'enfance sur KT centraux

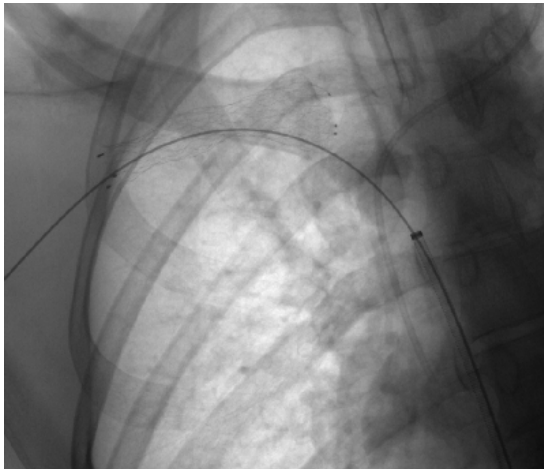
57 septicémies sur KT

Bilan vasculaire :

- Pas d'anomalie artérielle, bifurcation haute bilatérale, petits calibres (< 1,5 mm)
- Thrombose des 2 veines sous-clavières
- Capital veineux périphérique pauvre : veine cubitale droite seule veine > 2 mm de diamètre se prolongeant par une belle basilique

PEC : 2 temps

Recanalisation sous-clavière veineuse à droite janvier 2015



Fistule artério-veineuse mars 2015

- Transposition de la veine cubitale sur l'artère radiale au poignet
- Artère radiale 1,2 mm
- Veine cubitale 3,5 mm
- Transposition face antérieure avant-bras jusqu'au coude

Suites

Doppler à 1 mois : débit 1L, bon développement veineux 6 mm, stent sous-clavier bien perméable

A M6, apparition d'un œdème du MSD non douloureux

- Doppler : thrombose stent sous-clavier, FAV 1L, IR 0,4
- Tentative de recanalisation de stent = ECHEC
- Régression œdème en quelques semaines
- Utilisation FAV OK après régression

A M24 : 2L, IR entre 0,35 et 0,5, ponctions OK

Cas clinique 2

Patiente de 63 ans

Myasthénie depuis 1973

Echanges plasmatiques seul traitement efficace depuis 2007

1 échange par mois, échanges quotidiens en crise aiguë

Echec de 2 FAV à gauche :

- Bilan : thrombose sous clavière gauche

Pas de veine utilisable à droite au doppler

Phlébographie D : 1 veine basilique > 2 mm avec TVBC perméable

FAV huméro-basilique droite en octobre 2016

Thromboses :

- récupérée en novembre 2016
- non récupérée en avril 2017

Pontage huméro-axillaire droit prothétique en mai 2017

Etiologies

Nombreuses :

- Nutrition : alimentation parentérale : causes multiples
- Néphrologiques, immunologiques : récurrence HSF sur greffon
- Endocriniennes : LDL-aphérèses pour hypercholestérolémie familiale
- Neurologiques : myasthénie, polyneuropathie démyélinisante...
- Hématologiques : Purpura thrombotique thrombocytaire, drépanocytose...

-> 70 étiologies inventoriées

Anciennes :

- Publications années 70 et 80
- FAV citée comme accès pour ttt chronique
- Peu de développement
 - Dans la littérature : 12 publications entre 1972 et 2012, 1 depuis 2012, seulement 6 séries
 - Dans la vraie vie, en 4 ans : pour nutrition, 2 FAV, un peu plus pour récurrence HSF car néphrologues, 1 FAV pour neurologie, 1 FAV pour LDL-aphérèses

Article Type	Number
Case report	4
Original paper	6
Abstract	1
Letter	1

Year Published	Number
1970-79	3
1980-89	4
1990-1999	0
2000-2009	4
2010-present	1

Intérêts

Capital veineux préservé

Meilleure qualité de vie :

- Pas de matériel apparent, pas de pansement :
 - Plus esthétique
 - Moins gênant pour activités quotidiennes (baignade, sport...)
- Moins d'hospitalisation en lien avec l'accès vasculaire
- Autogestion à domicile possible

Meilleure espérance de vie :

- Car moins de sepsis : incidence 0,03/an pour FAV vs 1,37/an pour cathéter

Spécificités techniques : pas de règle des 6

Débit plus faible souvent suffisant

- < 100 ml

Ponction moins ou plus fréquente

- 1 par mois pour myasthénie en chronique
- 1 par jour pour nutrition parentérale nocturne

Parfois 1 seule aiguille : longueur ponctionnable < 6 cm

Autoponction :

- Avant-bras ++
- Bras non dominant ++
- Face antérieure
- Peu profonde : 2-3 mm

Spécificités techniques

Capital artériel :

- Sain
- Petits calibres et spastiques
- Possibilité de maturation ++

Capital veineux périphérique faible

Sténoses ou thromboses des gros troncs veineux centraux

- Fréquentes voir certaines
- Asymptomatiques sans FAV
- Recanalisation pré-FAV
 - Nécessaire ?
- Recanalisation post-FAV
 - Si gros bras douloureux
- Fermeture de FAV précoce
- Résultats endovasculaires médiocres
- Chirurgie ouverte ? Lourde, résultats ?

Spécificités cliniques

PATIENTS DIFFERENTS DE L'INSUFFISANT RENAL

- Sous immunosuppresseurs : sepsis ++
- Pas d'hypocoagulabilité comme l'insuffisant rénal
- Voire hypercoagulabilité (LDL++)
- MAIS plus jeunes (47 vs 62 ans), moins de comorbidités (diabète...)
- Beaucoup moins suivi (aphérèse tous les mois ou moins)

Résultats

Thromboses fréquentes (0,6/ an pour FAV vs 0,35/an pour cathéter)

- Se battre pour garder l'accès
- Souvent pas de lésion causale
- Moins de thrombose en 2017 pour NP car solutions moins hypertoniques

Autres complications ?? (sténoses, hyperdébit, ischémie, anévrismes...) -> **aucune donnée**

Nécessité anticoagulation ?? -> **aucune donnée**

- Pour encadrer la FAV ? Certainement
- Au long cours : certainement

Conclusions

A développer :

- Étiologies nombreuses
- Amélioration qualité de vie
- Diminution des complications surtout septiques
- Augmentation espérance de vie

MAIS :

- Nécessite **collaboration équipes médicales et chirurgicales ++**
- **Surveillance** accès vasculaire ++, qui ?
- **Formation** du patient : ponction, surveillance
- **Anticoagulants ??**
- A débiter tôt : moins de cathéter, plus de FAV

-> **ETUDES NECESSAIRES ++**