

LE POINT SUR L'ISCHEMIE MONOMELIQUE

REUNION D'AUTOMNE DE LA SFAV
PARIS 11 décembre 2021

Thierry POURCHEZ BETHUNE FRANCE
tpourchez@nordnet.fr

**L'ischémie monomélisque survient
dans les heures ou les quelques jours
qui suivent la création d'une fistule artérioveineuse**

**Elle survient classiquement chez des patients avec une
vascularisation précaire comme les diabétiques, avec des
vaisseaux de petit calibre et/ou calcifiés
Et plutôt après un abord au coude**

**Elle se traduit par des douleurs rapidement croissantes,
difficilement supportables au niveau de la main et parfois de
l'avant-bras, avec impotence fonctionnelle**

Le pouls est souvent respecté et la main semble chaude

**Les examens complémentaires sont peu ou pas contributifs
et risquent surtout de faire perdre du temps
ED, EMG, artériographie ?**

Le traitement classique est la ligature en urgence de la fistule

**L'absence de fermeture, ou une ligature tardive,
peut conduire à des séquelles majeures**

**Nous présentons quatre cas assez récents
qui tranchent avec les données classiques**

Cas n° 1

Mme BAN. Patiente de 74 ans, avec néphropathie aux antalgiques

Diabète de type 2 depuis 2007. Sous insuline à partir de 2019

Création d'une fistule radio-céphalique droite sous AL le jeudi 5 décembre 2013. Artère radiale saine de 2,5 mm et veine céphalique initiale de l'avb de 3,5 mm de diamètre.

Fonctionnement immédiat correct. Sortie le lendemain matin

**Apparition de douleurs importantes de la main le vendredi 6 après-midi. Elles s'étendent ensuite à l'avb et au bras.
Impotence fonctionnelle et main en griffe.**

Cas n° 1

Arrive aux urgences le samedi 7 matin avec une main chaude, un pouls radial perçu en aval de la fistule de bon fonctionnement et un pouls ulnaire

Mon associé ferme la fistule le samedi après-midi alors que nous débattons à Paris de ce sujet !

Disparition des douleurs et récupération presque complète de la motricité

Des séquelles douloureuses modérées disparaîtront en un peu plus d'un an

Cas n° 1

Que faire ?

Absence d'urgence à commencer la dialyse

Abdomen multi-opéré

Pierre BOURQUELOT consulté 2 mois plus tard me dit ne jamais avoir refait de fistule dans ces conditions !

Cas n° 1

Examen à gauche

Pouls radial et pouls ulnaire. Pas de veine très valable à l'avant-bras, mais veine céphalique du pouce

**Création fistule latéro-latérale à la tabatière anatomique gauche le 13 mars 2014 :
artère saine de 3 mm,
et veine saine de 2,5 mm,**

**Développement moyen avec
thrombose veine céphalique proximale**

Cas n° 1

Création fistule radio-céphalique basse gauche et fermeture de la fistule latéro-latérale à la tabatière anatomique le 5 juin 2014 : artère saine de 3,5 mm, et veine saine de 3 mm

Développement moyen avec thrombose veine céphalique haute. Pas de veine valable à l'avb. La seule veine correcte au membre supérieur est la veine basilique de 3,5 mm en échographie

Cas n° 1

Création fistule brachio-basilique gauche et fermeture de la fistule radiale le 23 octobre 2014 : artère de 5,5 mm, saine et veine de 3,5 mm, saine

Développement correct avec veine basilique de 6 mm en échographie

Cas n° 1

Aggravation IRN en août 2015

**Superficialisation de la veine basilique gauche
le 20 août 2015**

Artère de 6 mm, saine et veine de 9 mm, saine

**Evolution favorable avec première ponction
le 13 octobre 2015**

**Saignements prolongés, débit de 1,5 l/min et sténose haute à
4 mm de diamètre résiduel ->**

**Réduction de débit le 4 décembre 2015,
Banding à 3 mm sur la veine initiale
La sténose haute semble finalement modérée**

Cas n° 1

A eu depuis des dilatations de la veine basilique haute

2 fois en 2017

3 fois en 2018

2 fois en 2019

2 fois en 2020

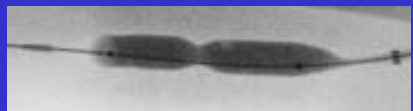
2 fois en 2021

**et une fois un patch
de veine saphène conservée (30 avril 2018)**

**Débit Transonic mesuré en novembre 2021 à 600-700 ml/min
KT/V à 2 avec débit CEC à 350 ml/min**



Dilatation du 21 janvier 2021



Cas n° 2

Mme DUT. Patiente de 45 ans, avec polykystose

Création d'une fistule radio-céphalique droite sous AL le jeudi 2 août 2018. Artère radiale saine de 3 mm et veine céphalique du pouce saine de 3 mm de diamètre.

Fonctionnement immédiat correct. Sortie le soir, avec des douleurs modérées de la main, de la face antérieure de l'avb et du bras

Augmentation des douleurs le vendredi 3

Réopérée le soir avec réduction majeure du débit -> thrombose de la fistule

Cas n° 2

Garde une gêne modérée à droite un mois plus tard, qui persistera pendant environ 6 mois

Création d'une fistule à la tabatière anatomique gauche sous AL le 14 novembre 2018. Artère radiale saine de 2,5 mm et veine céphalique du pouce saine de 3 mm de diamètre.

Fonctionnement immédiat correct, puis aspect de thrombose peu avant la sortie -> placée sous AVK.

Revue le 26 février 2019 : perméabilité de la veine distale.

A radiale de 3 mm. A ulnaire de 2 mm.

Pas de V céphalique de l'avb, veine basilique de l'avb de 3 mm. V céphalique du bras de 4,5 mm

Cas n° 2

**Confection fistule ulno-basilique gauche le 28 3 2019,
avec fermeture de la tabatière.**

A ulnaire de 3 mm et veine de 3 mm

**Sera réopérée pour sténose juxta-anastomotique le 13 juin
2019, puis thrombose le 1 août 2019 -> échec**

Fistule brachio-céphalique gauche le 30 mars 2020

**Evolution favorable avec première ponction
le 12 mai 2020**

**Débit Transonic mesuré en octobre 2021 à 1 500 ml/min
KT/V à 1,9 avec débit CEC à 350 ml/min**

Cas n° 3

**Mme BEN. Patiente de 37 ans, avec rein droit hypoplasique.
Néphrectomie gauche pour tumeur le 12 décembre 2019**

**Cathéter de DP placé le 18 novembre 2019, qui se révélera
non fonctionnel**

Cathéter jugulaire interne droit le 15 décembre 2019

**Création d'une fistule radio-céphalique droite sous bloc
axillaire efficace le lundi 13 janvier 2020. Artère radiale saine
de 3 mm et veine céphalique du pouce de 3 mm de diamètre.**

**Fonctionnement immédiat correct. Sortie le soir, avec des
douleurs très modérées de la main**

Cas n° 3

Augmentation des douleurs de la main et extension à l'avb dans la nuit et le matin du mardi où elle rencontre son néphrologue qui fait le diagnostic

Réduction majeure du débit le mardi 14 janvier soir -> thrombose de la fistule

La patiente est réticente pour créer une nouvelle fistule !

Poursuite HD sur le KTR JI droit

La néphrologue la décide enfin pour cette intervention

Cas n° 3

Examen à gauche

Pouls radial et pouls cubital. Pas de veine très valable à l'avant-bras, mais veine céphalique du pouce à la tabatière. Veine basilique de l'avb de 2,5 mm

Mise en route traitement par coumadine

**Hospitalisation traditionnelle. INR à 1,8
Création fistule latéro-latérale à la tabatière anatomique gauche le 11 mai 2020.**

Bloc axillaire et anesthésie locale

Artère saine de 3 mm, et veine saine de 3 mm.

Artériotomie de 5 mm de long

Injection IV de 0,2 ml de nadroparine sodique et 250 mg d'aspirine

Cas n° 3

Apparition de douleurs de la main dans la nuit

**Réopérée sous AL et sédation légère le mardi matin 12 mai
Banding serré à 1,6 mm de la branche distale, qui débite le plus**

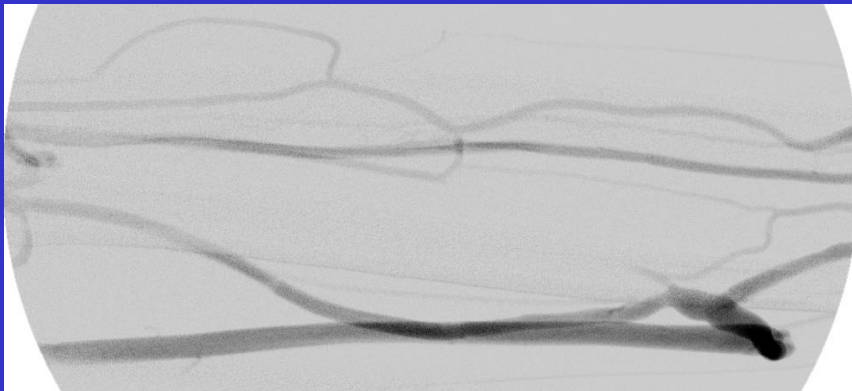
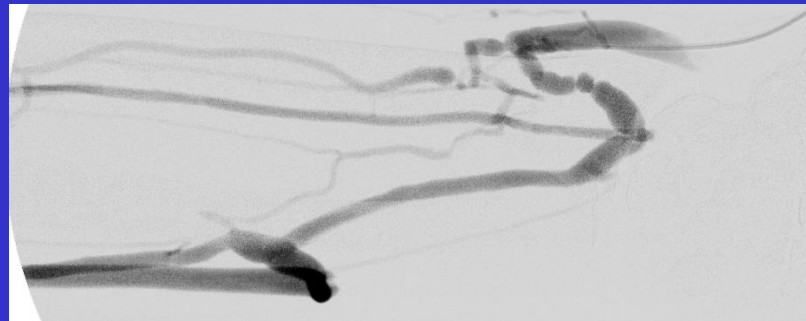
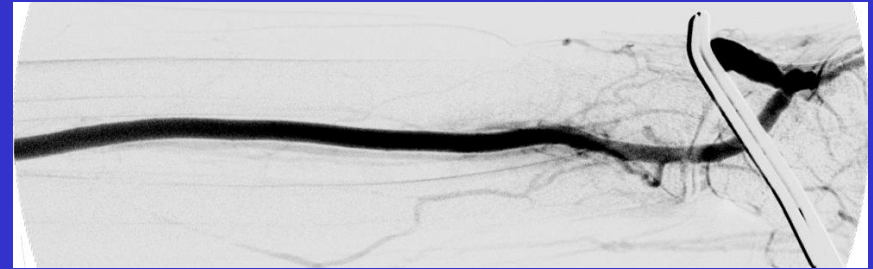
Résolution immédiate des douleurs

Poursuite AVK

**Contrôle à 2 mois et demi : la branche distale est thrombosée. Perméabilité de la veine céphalique du pouce proximale sur quelques centimètres, puis thrombose
Des collatérales perméables réinjectent une basilique de 4 mm et une médiane de 3 mm. Pas d'artère ulnaire**

Cas n° 3

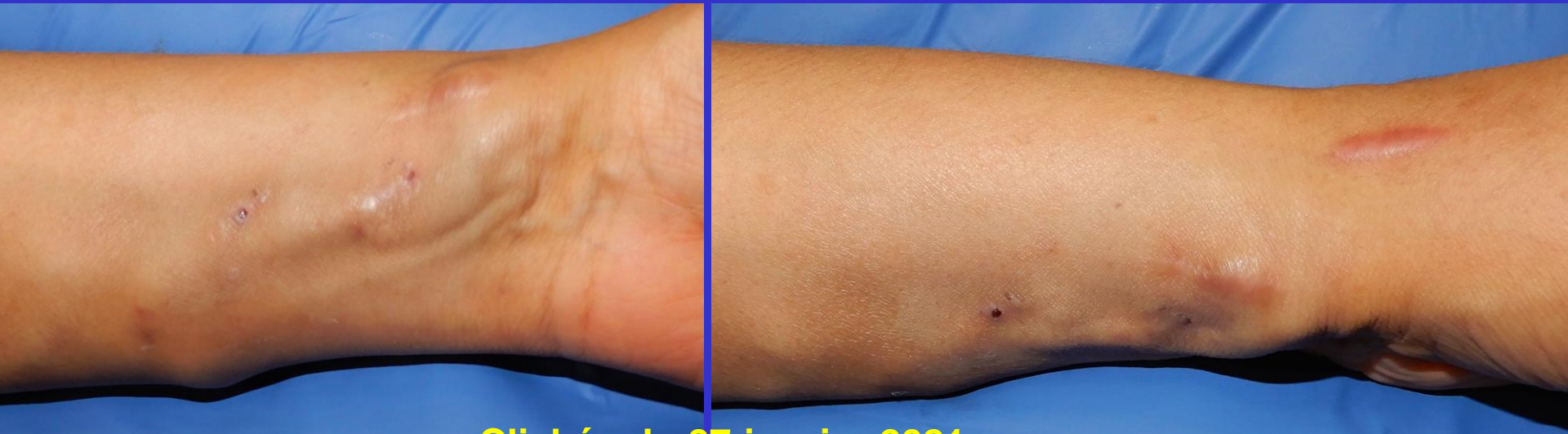
**Fistule radio-médiane gauche le 18 août 2020 avec une artère radiale de 5 mm et une veine médiane de 6 mm.
Fermeture de la tabatière**



Cas n° 3

Première ponction deux mois plus tard

Retrait KTR JI le 4 novembre 2020



Clichés du 27 janvier 2021

**ED du 7 avril 2021 : débit de 840-900 ml/min.
A radiale de 4,5 mm. Sténose modérée de l'anastomose
et veine médiane de 6 à 7 mm**

**Débit Transonic mesuré en octobre 2021 à 1 500 ml/min
KT/V à 2 avec débit CEC à 350 ml/min**

CONCLUSION

Une ischémie monomélique peut survenir chez des patients avec des vaisseaux sains

Ils doivent donc être informés de ce risque

Ceci ne contre-indique pas forcément la création ultérieure d'une autre fistule, même si une « récurrence » est possible

Une réduction importante et immédiate du débit peut guérir le syndrome