

**Quel accès vasculaire chez le patient
diabétique et âgé?**

Albert Mouton

Orléans

Lyon 15, 16, 17 Juin 2017

Introduction

Le **diabète de la maturité type II** est dans nos sociétés une complication attendue du **syndrome métabolique** qui se caractérise par une surcharge pondérale spécifique mesurée à l'ombilic par la circonférence abdominale supérieure à 94 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme avec des variations ethniques, HTA, Hypertriglycémie (1,7mmol), LDL (1/1,3 mmol), Glycémie (5,6 mmol)

Résistance à l'insuline

Introduction

Le **syndrome métabolique** est aujourd'hui en progression linéaire de 1 à 5% par an et constitue un enjeu de santé publique essentiel, centré sur la mise en place des mesures de

prévention (information : diététique, exercice physique) et de traitement par le contrôle de la TA, et de l'excès pondéral...

L'insuffisance rénale chronique terminale en est l'une des complications la plus grave et explique la progression du nombre de malades pris en charge par **E.E.C.**

Introduction

Le diabétique présente constamment des lésions artérielles infra-cliniques qui peuvent se décompenser au décours de la création d'une fistule .

La diminution de la pression de perfusion va aggraver l'ischémie tissulaire infra-clinique au niveau de la main par vol...constant, confirmé par l'inversion du flux sanguin dans

l'artère d'aval qui associée à l'immaturité de l'accès Vasculaire explique les interventions itératives plus fréquentes sur ce terrain pour obtenir un abord fonctionnel de qualité.

Maturation plus longue : **collaboration Radiochirurgicale.**

Diabète et Age

Quelle population ?

Les gérontins entre 65 et 75 ans ?

Les vieillards entre 75 et 85 ans ?

Les grands vieillards plus de 95 ans?

Y a-t-il vraiment une différence de prise en charge des insuffisants rénaux diabétiques en rapport avec l'âge?

Diabète et Age

L'idéal est de se rapporter au **bilan gériatrique** pour poser la bonne indication de prise en charge de l'insuffisance rénale. **Troubles cognitifs.**

- **Abstention/Accompagnement.**
- **Création d'un abord natif**
- **Création d'un abord prothétique**
- **Mise en place d'un KT définitif tunnelisé**
- **Dialyse péritonéale**

Diabète et Age

Examen clinique :

Antécédents, examen physique.

Examens complémentaires :

EDC veineux et artériel

Prise des pressions capillaires si artérite distale

Indications

Peu de différences avec le sujet naîf

Éviter les FAV proximales génératrices de haut débit souvent associées à des signes d'ischémie de la main de traitement secondaire lourd et aléatoire à cet âge :

DRIL, PAVA, RUDI

Indications

Peu de différences avec le sujet naïf

Privilégier les FAV distales plus difficiles à créer mais plus faciles à utiliser, à surveiller et à traiter en cas de complications :

Indication opératoire tenant compte des possibilités de traitement secondaire des sténoses artérielles atteignant souvent les artères distales après leur division avec les possibilités de **traitement endo-vasculaire étendu.**

Difficultés opératoires

Antibio-prophylaxie de principe

Sous **garrot** après exsanguination permet d'éviter le **clampage artériel traumatique**.

Utilisation de la **coagulation bi-polaire** permet de limiter les risques de nécrose cutanée.

Le **microscope opératoire** permet une optimisation visuelle incomparable et la mise en place précise de points complémentaires en cas de fuite à la levée du garrot.

Voie d'abord élective et limitée.

Difficultés opératoires

L'artère est abordée avec dissection limitée à la face superficielle.

Artériotomie en choisissant la zone la plus « souple » bistouri ophtalmo plus précis

Resséquer le « couvercle » et « casser » finement les plaques avec les mors du porte-aiguille pour pouvoir **coudre** en sécurité sans risque de décollement intinale ou d'endartériectomie avec risque de migration d'un fragment et d'embolie distale.

Difficultés opératoires



Difficultés opératoires

La **fermeture** doit se faire de façon atraumatique pour la peau en utilisant une fine pince à griffes.
Surjet intra-dermique ou points séparés ???
Drainage du décollement ?

Le **pansement** : éviter les colles « acryliques » des pansements classiques trop adhérents avec risque d'exfoliation...évoluant comme une brûlure II
Préférer les pulvérisations de **verniss** avant application d'un pansement « **siliconé** » ou le bandage avec filet de contention.

Pansement



Complications

Globalement elles sont les mêmes que pour les autres abords mais du fait des co-morbidités elles sont toujours plus graves et parfois angoissantes pour le patient mais aussi pour l'équipe soignante, justifiant encore plus que d'habitude une surveillance rigoureuse de l'abord lors de chaque contrôle (**Clinique, EDC**) et à fortiori à chaque séance de Dialyse.

Défaut de surveillance :

Retard diagnostique et thérapeutique

Complications immédiates

Elles sont plus fréquentes : il faut les connaître et tenter de les prévenir.

Immédiates :

Rare **ischémie monomélique : paralysie massive tronculaire sur les FAV au coude, entraînant la fermeture immédiate de l'abord.**

**Thrombose, sténose post-anastomotique :
Reprise immédiate**

Complications précoces

Thrombose, Sténose :

**Trouble de coagulation à rechercher si
thrombose**

itérative inexpliquée par une sténose vasculaire.

Nouveau bilan complémentaire avant reprise

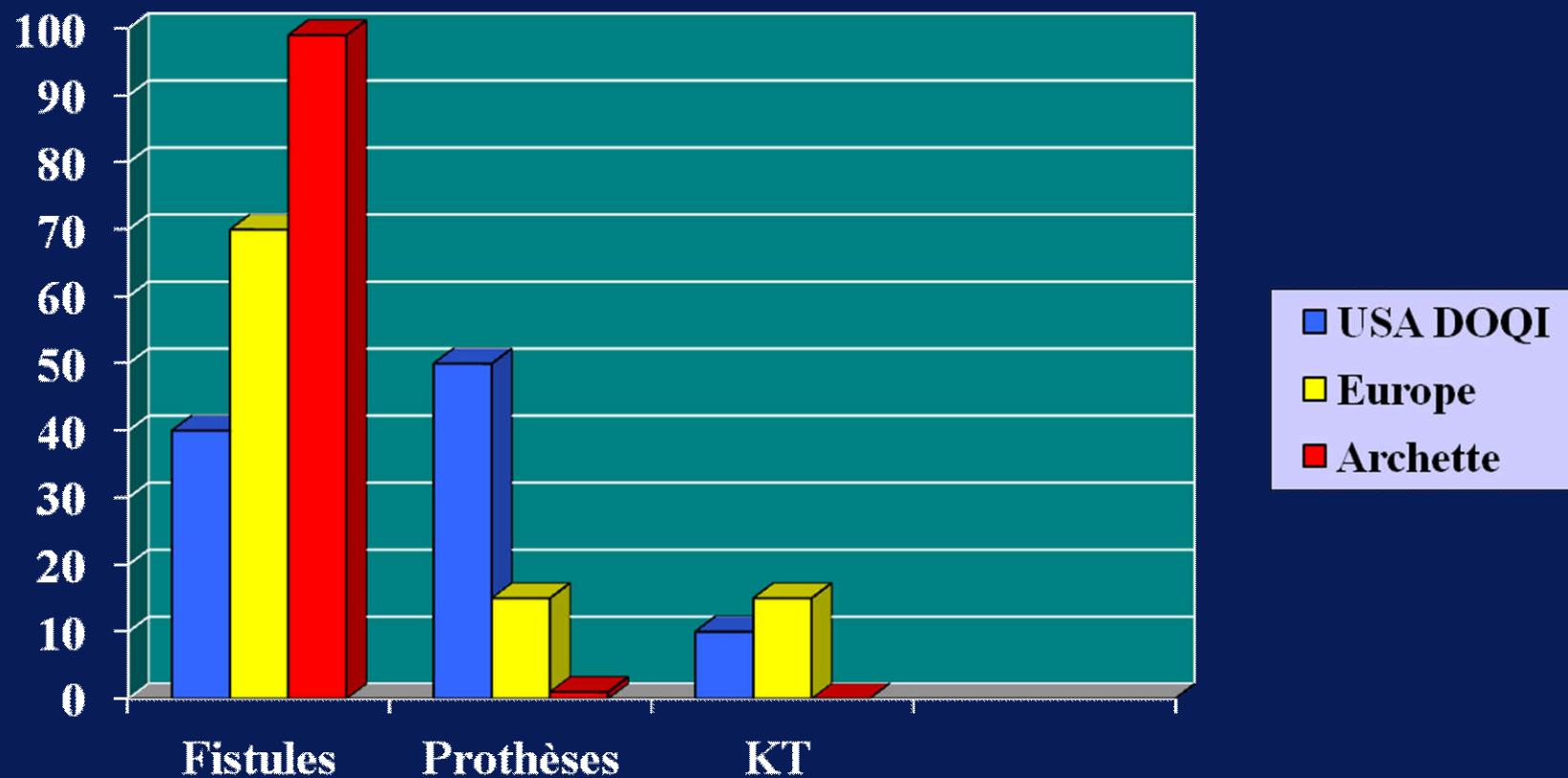
Au delà d'un mois indication de traitement

Endovasculaire

Complications cutanées



Prévalence 22-05-2008



89% DES DIALYSES SUR FAV AVANT-BRAS Archette

Population étudiée

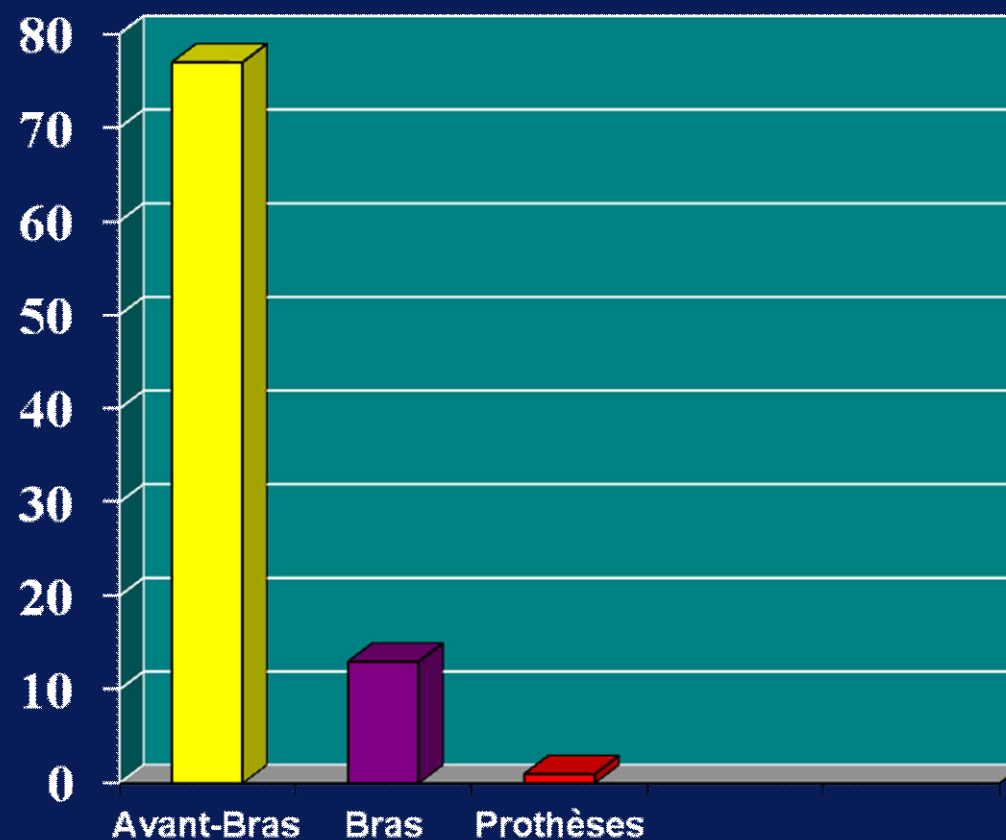
03-04-2002 & 22-05-2008

	Nb de dialysés	Age	% de diabète	Sexe H/F	Années de dialyse
03-04-2002	84	68,6 +/- 14,9	27%	60/24	3,7 +/- 4,1
08-06-2015	105	68,8 +/- 16,5	27,4%	62/43	4 +/- 5,4

Centre d'hémodialyse de l'archette

08 Juin 2015 Drs N'GOPA et HARRAMI

- 105 FAV
- Avant-bras
 - Céphalique : 90
 - Basilique : 3
- Bras
 - Céphalique : 3
 - Basilique : 3
- **Prothèse : 2**
- **KT permanent : 1**
- **KT temporaire : 3**



Collaboration chirurgie et radiologie interventionnelle

Turmel-Rodrigues, Boutin M, Camiade C,
Brillet G, Fodil-Cherif M, Mouton A.

Percutaneous dilation of the radial artery in
non-maturing autogenous radial-cephalic
fistulas for haemodialysis.

Nephrol Dial Transplant.

2009 Dec; 24(12):3782-8

Collaboration chirurgie et radiologie interventionnelle

Période de 07 ans : 74 patients consécutifs

Âge moyen 70 ans; 56% hommes;

69% Diabète; 64% coronariens; 46% AOMI.

53 dilatations artérielles de plus de 50 mm.

Succès 73/74 avec 2 stents et **5 LARD**.

Perméabilité secondaire :

96% et 94% à 1 et 2 ans

Conclusions

Les difficultés de création de FAV chez le diabétique âgé ne sont pas spécifiques de l'âge mais plutôt en rapport avec la maladie.

L'obésité rend souvent nécessaire une superficialisation secondaire.

L'artérite distale représente une difficulté constante : **intérêt des prises de pression digitale**

Les complications sont souvent imprévisibles

Prévenir le patient et son entourage des difficultés

connues.

Conclusions

Les KT doivent être proscrits : **infection**

La DP en raison des risques infectieux plus grands et du manque d'autonomie de ce type de patient est exceptionnellement proposée.

L'accès vasculaire à l'avant-bras doit être privilégié et en pratique toujours tenté.

FAV avant-bras : « Gold standard »