

Quand fermer/ne pas faire?

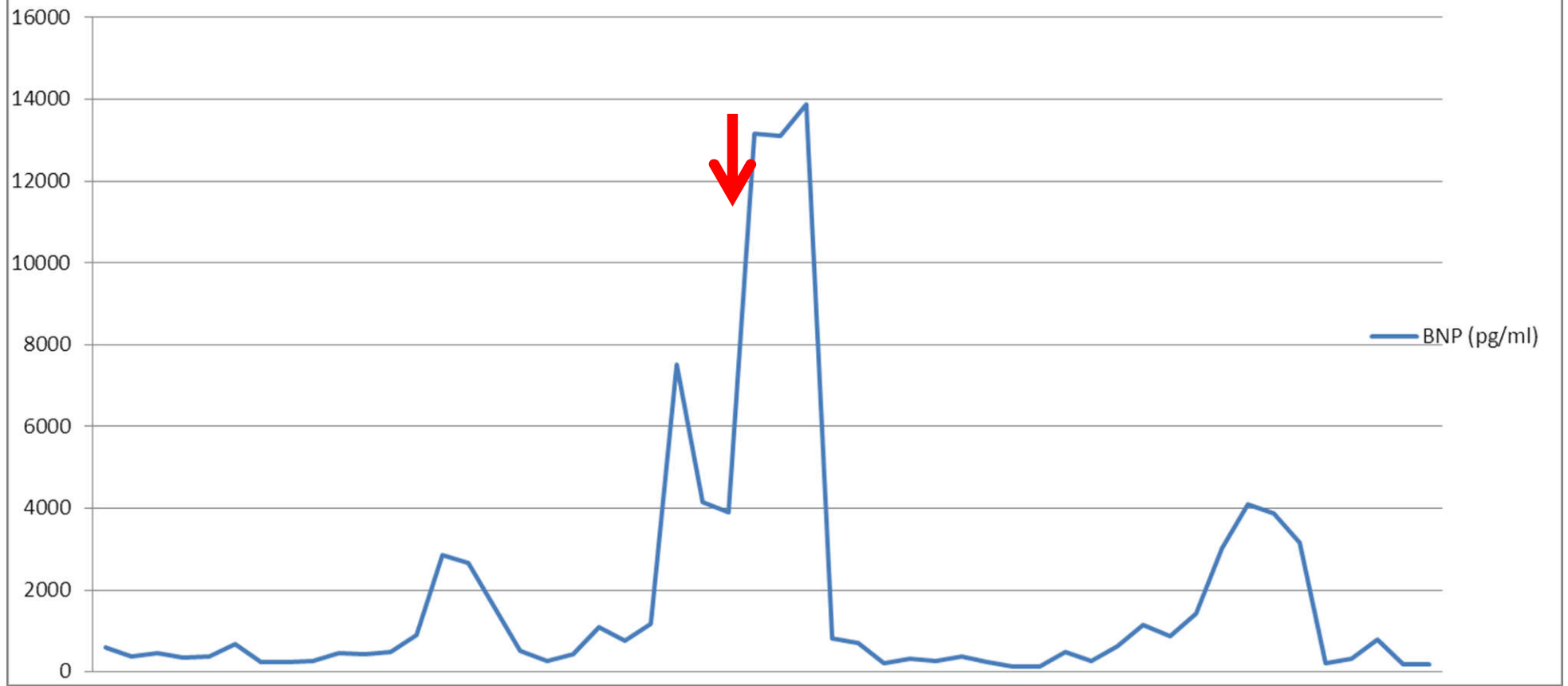
SFAV Lyon 2017
Dr Manolie MEHDI



Monsieur F., né le 24/10/1927

- ATCD: HTA, AIT, pontage periph MI, néphrectomie G pour Kc, IRC suivie depuis 2006, angioplastie artère rein D 2007
- Découverte myocardopathie dilatée et hypokinétique en 2011, pas d'exploration coronarienne FE 30%
- 2012 FE 50% après tt médical
- HD octobre 2012
- 31/07/2012 FAV radio céphalique G débit 450 ml/min à 1 mois
 - Plusieurs angioplastie Débit 1100 ml/min en janv 2013
 - Angioplastie Mars juin et octobre 2013, oct et fev 2015, mars 2015
 - Débit entre 300 et 800 ml/min
- 2012-2014 : état clinique correct dialyse
- Coro 2015: bi tronculaire non accessible à l'angioplastie FE 27%
- Dégradation clinique : chute de tension en dialyse , mauvaise tolérance de l'UF, dyspnée , troubles trophiques MI
- Fermeture FAV aout 2015
- DCD décembre 2015

BNP (pg/ml)



2015

2014

2013

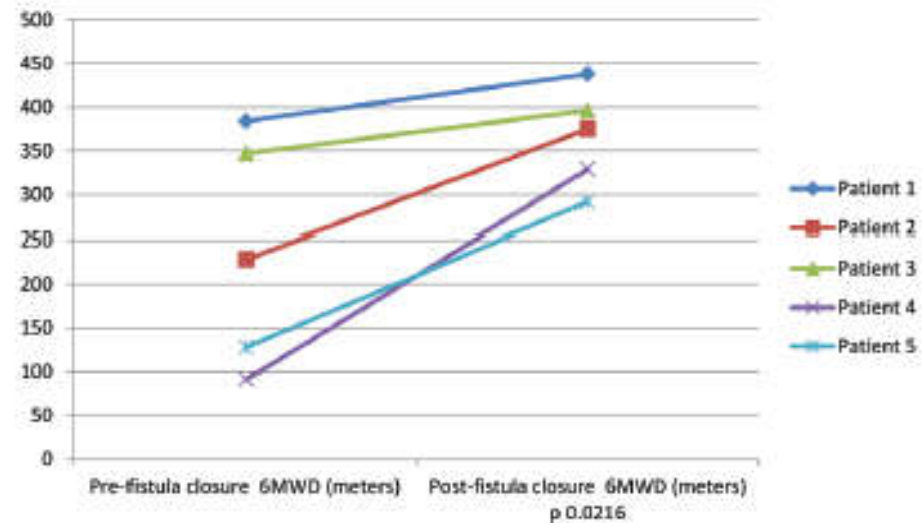
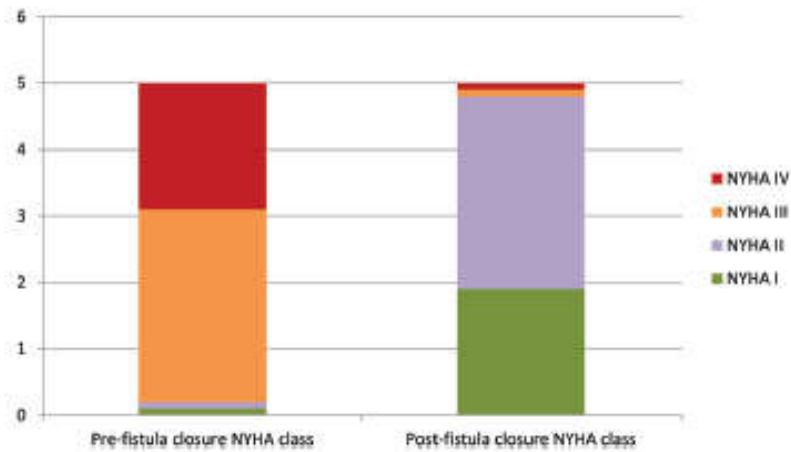
Monsieur F, 55ans

- Senior Loken, première dialyse 1975
- 3 greffes 1979,1988,2006, en dialyse depuis 2012
- Myocardiopathie ischémique sévère découverte en 2013, Fe 27% , athérome tritronculaire , angioplastie en Nov 2013
- Amélioration sous traitement médical FE 55%
- FV en dialyse aout 2015, Defibrillateur implantable
- Passage en FA dec 2015

Monsieur F, suite

- Abord vasculaire
 - Fav radio radiale G en 1974
 - Huméro céphalique gauche 1997
 - Huméro basilique D en 2013, phénomène de vol sur la main sans trouble trophique
 - Angioplastie intérieures depuis 2014 /6mois
 - Débit entre 450 et 1200 ml/min
- Angor instable récidivant après les angioplasties..
 - « Tenter » une Fav distale à D?
 - Fermeture et KT?

Case series of 5 patients with end-stage renal disease with reversible dyspnea, heart failure, and pulmonary hypertension related to arteriovenous dialysis access



Pontage mammaire interne homolatéral à la FAV

- Symptômes hémodynamiques et troubles neurologiques per dialytique
- ATCD de PAC avec utilisation de l'artère mammaire interne homolatérale à la FAV
- Découverte d'une sténose de l'artère sous clavière
- Angiopalstie sous clavière

- CI à la FAV chez ces patients ?
- Indication de fermeture en cas de PAC avec utilisation de la mammaire interne?

Effects of the side of arteriovenous fistula on outcomes after coronary artery bypass surgery in hemodialysis-dependent patients

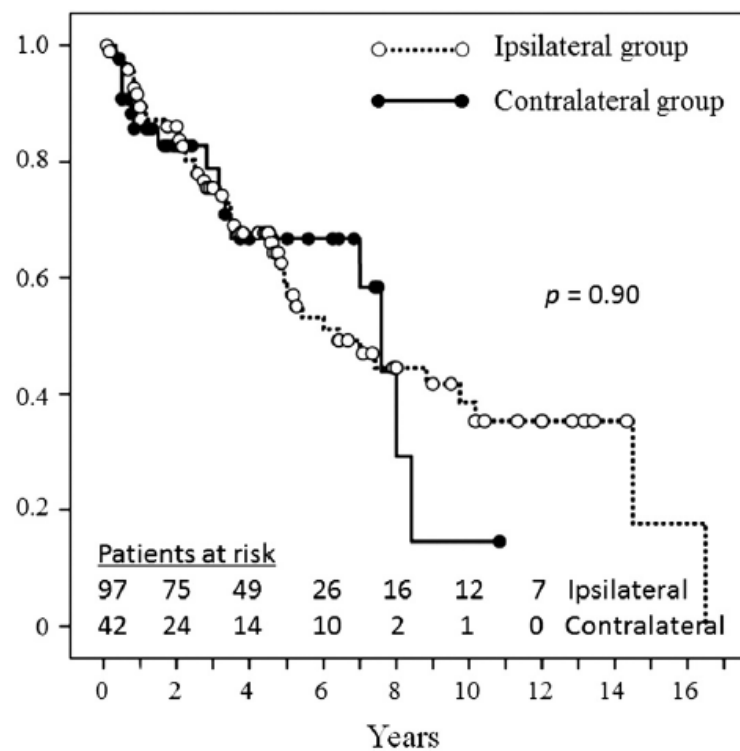


TABLE 3. Early outcomes

	Ipsilateral (n = 108)	Contralateral (n = 47)	<i>P</i> value
Hospital death, n (%)	11 (10.2%)	5 (10.6%)	.93
Cardiac	3	1	.63
Non-cardiac	8	4	
Mediastinitis, n (%)	13 (12.0%)	8 (17.0%)	.40
CVVH use, n (%)	16 (14.8%)	11 (23.4%)	.19
Stroke, n (%)	2 (1.9%)	1 (2.0%)	.96
Survivors			
ICU stay, d (median)	2.7 ± 6.5 (2)	3.1 ± 5.1 (2)	.67
Hospital stay, d (median)	28 ± 33 (18)	35 ± 42 (19)	.30

Effect of hemodialysis access blood flow on cardiac events after coronary artery bypass grafting using an internal thoracic artery

TABLE I - Baseline patient characteristics

	Ipsilateral ITA and dialysis shunts	Contralateral ITA and dialysis shunts	p value
Number of patients	12	11	
Age, years	66.1 ± 9.1	63.1 ± 7.3	0.40
Gender, male, %	91.7%	81.8%	0.004
CABG type, %			
Left ITA	75.0%	90.9%	
Right ITA	25.0%	9.1 %	0.08
Dialysis vintage, months	7.0 (3.25-16.75)	11.0 (4.0-26.0)	0.53
Follow up period, months	37.0 (19.3-57.0)	37.0 (26.0-52.0)	0.58
Smoking, %	66.7%	45.5%	0.25
Arterial hypertension	100%	100%	1.0
Diabetes mellitus, %	66.7%	81.8%	0.25
Myocardial infarction, %	75%	81.8%	0.08
Heart failure, %	58.3%	63.6%	0.56
PVD	50.0%	45.5%	1.0
Stroke	25.0%	54.5%	0.08
Ejection fraction, %	45.4 ± 8.6	43.6 ± 10.0	0.65
Pulmonary artery pressure, mmHg	43.3 ± 11.3	44.1 ± 12.4	0.88
Aspirin use, %	100	90.9	0.92
Type of dialysis access, %			0.37
Forearm: fistula/graft	16.7/50.0	9.0/0	
Upper arm: fistula/graft	0/33.3	45.5/45.5	
Systolic BP	138.3 ± 20.7	137.2 ± 20.1	0.90
Diastolic BP	66.3 ± 13.1	75.6 ± 14.9	0.12
Hb, g/L	11.0 ± 1.4	10.8 ± 0.8	0.70
Albumin	39.1 ± 3.6	38.5 ± 4.1	0.69
Access flow, mL/min	0.94 ± 0.41	1.20 ± 0.49	0.18

TABLE II - Multivariable Cox analysis for prediction of endpoints according to increase in flow per each mL/min

Endpoints	Ipsilateral			Contralateral		
	HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
Death	3.047	0.996-1.000	0.081	0.173	0.997-1.002	0.678
Cardiac death	1.756	0.991-1.002	0.185	0.567	0.998-1.005	0.448
First cardiac event	0.930	0.999-1.003	0.335	0.002	0.999-1.001	0.963

Quand ne pas faire?

- Dysfonction VG sévère
 - FE < 30% sous traitement médical optimal
 - Béta bloquants, IEC
 - Resynchronisation
 - Poids sec obtenu
 - Optimisation coronarienne
- Dysfonction VD
 - PAP sont très « volo dépendantes »
 - HTAP primitive > 40 mmHg
 - TAPSE < 15
- Paramètres à réévaluer après stabilisation en dialyse

Quand fermer?

- Signes cliniques d'insuffisance cardiaque à haut débit ?
 - Transplanté : oui!
 - En dialyse : évaluation de la réduction..?
- Angor instable
- Passage de l'HVG à la dilatation
 - Mesure VG (VGd > 56 mm)
 - Cinétique HVG
- Apparition d'une dysfonction VD
 - TAPSE (mesure TM à l'anneau tricuspideen), si < 16

Les questions..

- Syndrome cardio rénal
 - Survie en dialyse
 - FE 30%-40%
- Amélioration de la survie/qualité de vie à la fermeture de l'abord?

