

**Ichaka TOURÉ**, Infirmier, Service d'Hémodialyse  
Polyclinique El-Rapha – LIBREVILLE - GABON

## La survie de la 1<sup>ère</sup> Fistule Artério- Veineuse (FAV) native chez l'hémodialysé chronique

La réalisation de séances d'hémodialyse de façon régulière et prolongée nécessite un accès vasculaire de bonne qualité qui permet un débit optimal avec moins de complications et de gênes pour le patient.

La FAV représente l'abord vasculaire de choix pour réaliser une hémodialyse adéquate avec une meilleure survie des patients.

La survie de la FAV dépend de l'état vasculaire antérieur du patient, de l'expérience du chirurgien vasculaire, des conditions de manipulation par l'infirmier(e) et du rythme de surveillance de la FAV par le néphrologue.

Le but de notre travail est d'estimer la survie de la 1<sup>ère</sup> première FAV native dans une population d'hémodialysés chroniques, de déterminer les différentes complications et de dégager les facteurs de mauvais pronostic de la survie de la FAV.

Il s'agit d'une étude rétrospective au sein du service de néphrologie et d'hémodialyse de la Polyclinique El-Rapha.

- Ont été inclus tous les hémodialysés ayant commencé la dialyse dans notre service avec un recul d'un an.
- Pour nos patients, nous avons analysé les paramètres démographiques, à savoir : l'âge, le sexe, la durée en hémodialyse et la néphropathie initiale.
- Nous avons relevé les caractéristiques des FAV (le site anatomique, le délai de ponction, la suivie et les différentes complications).
- Nous avons relevé l'usage de cathéter veineux central, les épisodes d'hypotension intradialytique et le nombre de séances de dialyse par semaine.

**Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des patients**

CARACTERISTIQUES	RÉSULTATS
Nombre de patients	10
Age moyen (année)	48 ± 6
Sexe (H-F)	8H / 2F
Durée HD (année)	3,7

**Tableau 2 : Néphropathie initiale**

NÉPHROPATHIE INITIALE	PATIENTS
Diabète	1
HTA	4
PKR	1
Lupus	1
Indéterminée	3

Pour dégager les facteurs prédictifs d'un mauvais suivi de la FAV dans notre service, nous avons défini et comparé deux groupes de patients selon la préservation ou la perte de la 1<sup>ère</sup> FAV native.

- Le premier groupe(G1) comporte les patients ayant une 1<sup>ère</sup> FAV toujours fonctionnelle à la fin de l'étude.
- Le deuxième groupe(G2) inclus ceux qui ont perdu leur 1<sup>ère</sup> FAV et/ou nécessitent la confection d'un 2<sup>ème</sup> abord vasculaire.

Nous avons inclus 10 patients dans cette étude, les caractéristiques démographiques et cliniques sont rapportées dans le tableau 1.

### Résultats

#### • Voies d'abord vasculaire

Un cathéter central a été utilisé lors de la 1<sup>ère</sup> dialyse chez 90% de nos patients avec prédominance du site jugulaire.

Le site anatomique le plus utilisé pour la confection de la FAV chez nos patients reste la radio-céphalique, utilisé chez 7 patients soit 70%.

#### • Survie de la 1<sup>ère</sup> FAV native

L'analyse de la courbe de survie de la FAV a montré une survie de :

- 100% à 1 an.
- 87% à 2 ans.
- 50% à 3 ans.
- 33% à 4 ans.
- 25% à 5 ans.

50% ont pu conserver leur 1<sup>ère</sup> FAV native et les 50% restants l'ont perdue, d'où la confection d'un 2<sup>ème</sup> abord vasculaire.

Les complications des FAV dans notre série sont rapportées dans le tableau 3 (cf page suivante).

**Tableau 3 : Les complications des FAV de nos patients**

COMPLICATIONS DES FAV	POURCENTAGE
Sténose	0%
Anévrisme	10%
Infection	0%
Thrombose	40%
Syndrome de VOL	0%

**Tableau 4: Facteurs cliniques prédictifs de mauvaise survie de la FAV**

PARAMÈTRE	G 1	G 2
Durée KT (mois)	1,8	3,4
Délai de ponction (mois)	2,2	3,8
HTA	60%	60%
Hypotension	10%	60%

La survie à long terme et la qualité de vie en hémodialyse dépendent d'une dialyse adéquate par un bon accès vasculaire<sup>(1,2)</sup>.

La FAV représente l'accès vasculaire de choix pour la réalisation de séance d'hémodialyse.

Sa confection et le maintien de sa perméabilité sont un préalable indispensable à la dialyse.

La survie de la FAV dans notre cas est de 25% à 5 ans.

Plusieurs séries de la survie de la FAV sont retrouvées dans la littérature. Elle est estimée à 10% à 10 ans et à 3% à 15 ans dans la série de Puskar et col<sup>(3)</sup>.

Alors que sur d'autres séries, la survie moyenne à 20 ans est de 36%<sup>(4)</sup>, elle est de 22% dans la série de Stankuviene<sup>(5)</sup>.

La dysfonction d'un accès vasculaire est une cause importante de mortalité chez les patients HDC.

Un examen clinique régulier permet parfois à lui seul de dépister et diagnostiquer les complications au 1<sup>er</sup> rang desquelles se trouve la sténose, à l'origine de pratiquement toutes les thromboses.

La thrombose d'un abord vasculaire régulièrement utilisé est due à l'existence d'au moins une sténose sur le réseau vasculaire réalisant un obstacle hémodynamique à l'écoulement de sang.

Les thromboses des FAV peuvent être totales si l'anastomose artérioveineuse est conservée, ou seulement partielle si la sténose causale est supplée par une collatéralité suffisante.

Dans notre série, la thrombose est retrouvée dans 40% des cas, alors qu'elle est notée dans la série de Gade dans 19,7%<sup>(6)</sup> et de 18,1% dans la série de Roozbeh<sup>(7)</sup>. Celle-ci peut être prévenue par la simple recherche clinique répétée d'une sténose du circuit vasculaire.

Plusieurs facteurs peuvent affecter la perméabilité à long terme de la FAV :

- L'expérience du chirurgien.
- L'état vasculaire antérieur.
- Les conditions de manipulation.
- Et la surveillance par le Néphrologue.

Par ailleurs d'autres facteurs sont prédictifs de la mauvaise survie de la fistule.

En effet dans notre série, le portage prolongé du cathéter veineux central, qui peut être évité par la prise en charge précoce des patients insuffisants rénaux chroniques, le délai court de ponction de la FAV, et les épisodes d'hypotension intradialytiques représentent les facteurs prédictifs de mauvais pronostic.

Dans la série de Puskar, d'autres facteurs ont été retrouvés : l'utilisation de l'héparine, certains médicaments, le diabète, le nombre d'heures de dialyse par semaine et le nombre de séances par semaine<sup>(3)</sup>. D'autres facteurs influençant la survie de la 1<sup>ère</sup> FAV<sup>(4,5)</sup>.

## Conclusion

La survie de la 1<sup>ère</sup> FAV native dans notre série est de 25% à 5 ans. Ses complications sont dominées par la thrombose en rapport avec le délai court de ponction de la FAV et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire (Chirurgien, Néphrologue Radiologue et Infirmier) pour le maintien d'une perméabilité à long terme.

## Bibliographie

1. Vernagione L, Mele G, Cristofano C, Perrone F, Frascina M, Pennacchiotti F, Chimienti S, Comorbid condition and gender impact the primary survival of distal radio-cephalic arteriovenous fistula in patients on long-term hemodialysis, *J Nephrol*, 2005 MAY-JUN;18(3):276-81
2. Ramage J, Bailie A, Tyerman KS, McColl JH, Pollard SG, Fitzpatrick MM, Vascular access survival in children and young adults receiving long-term hemodialysis, *Am J Kidney Dis*, 2005-Apr, 45(4):708-14
3. Puskar D, Pasini J, Savic I, Survival of primary arteriovenous fistula in 463 Patients on chronic hemodialysis, *Coat Med J*, 2002 Jun;43(3):306-11
4. Malovrh M, Vascular access for hemodialysis arteriovenous fistula, *ther Apher Dial*, 2005 jun;9(3): 214-7
5. Stankuviene A, Kuzminskis V, Labutiene V, Sribikiene B, Grazulis S, Factors influencing survival of hemodialysis Patients: data from hemodialysis center of Kaunas University of Medicine Hospital 1994-2004/*Medicina (Kaunas)* 2005;41 Suppl 1:80-6
6. Gade J, Aabech J, Hansen RL, The upper arm arteriovenous fistula-an alternative for vascular access in haemodialysis, *Scand J Urol Neohrol*, 1995, Jun;29(2);121-4
7. Roozbeh J, Serati AR, Malekhouseini SA, *Arch Iran Med*, 2006 Jan, 9(1): 26-32