



Neji GHAZOUANI, Infirmier, Service d'Hémodialyse
– CHU Fattouma Bourguiba – MONASTIR – TUNISIE

Les abords vasculaires permanents chez les hémodialysés : prévention et dépistage des complications à propos de 2309 abords vasculaires en Tunisie

Depuis 1960, l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) n'est plus une maladie inéluctablement mortelle grâce aux différentes techniques d'épuration extrarénale, qu'il s'agisse de dialyse péritonéale, d'hémodialyse (HD) ou de transplantation rénale.

La réalisation technique des séances d'hémodialyse nécessite la création d'un abord vasculaire permanent.

Plusieurs moyens ont été essayés mais la Fistule Artériovoineuse (FAV) est restée l'accès vasculaire de choix.

Le but de notre travail est d'étudier la survie des abords vasculaires réalisés chez 2309 patients en IRC colligés dans le service de Monastir et analyser les complications et les moyens de prévention.

Il s'agit d'une étude comparative entre deux groupes :

- Le premier groupe (G1) concerne 1006 abords vasculaires (985 FAV et 21 greffons) réalisés chez 757 patients insuffisants rénaux chroniques colligés dans le service de néphrologie de Monastir durant une période de 19 ans allant du 1^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1998.
- Le deuxième groupe (G2) concerne 1299 abords vasculaires (1295 FAV et 4 goretex) réalisés chez 1215 patients insuffisants rénaux colligés dans le même service durant la période du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2009.

Nous avons repris les dossiers des fistules, analysé leur survie en fonction de



plusieurs paramètres (âge, sexe, néphropathie initiale, type des FAV) et recherché leurs complications et les moyens de les prévenir.

Résultats

Dans le 1^{er} groupe (G1) 757 patients hémodialysés ont bénéficié de 1006 abords vasculaires (985 FAV et 21 greffons) durant une période de 19 ans (du 1^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1998). Il s'agit de 447 hommes (59%) et 310 femmes (41%). L'âge moyen était de 44,67 ans avec des extrêmes de 9 à 82 ans ; 7% des patients étaient des diabétiques alors que 3,49% étaient atteints de la polykystose rénale.

Dans l'autre groupe (G2) 1215 patients ont bénéficié de 1299 abords vasculaires (1295 FAV et 4 goretex) durant une période de 11 ans allant du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2009. Dans cet échantillon de groupe, les hommes représentent 61%, soit 737 et les femmes 39%, soit 478. L'âge moyen dans ce groupe 2 était de 58,7 ans avec des extrêmes de 17 à 90 ans. Les diabétiques représentent dans le groupe 2, 16% contre 2,3% des patients atteints de la polykystose rénale.

L'étude a été basée sur l'analyse des taux de perméabilité et la recherche des complications des abords vasculaires dans les 2 groupes.

Analyse des complications précoces et tardives de tous les abords vasculaires dans les 2 groupes (en Pourcentage)

Complications	Groupe 1 (%)	Groupe 2(%)
Echecs immédiats	3,04	1,2
Thromboses précoces	2,33	2
Infections précoces	1,07	1
Hématomes	1,2	1,3
Thromboses tardives	10,1	9,5
Infections tardives	3,04	1,03
Anévrysmes	1,5	1,8
Oedèmes	1,21	1,5

La perméabilité immédiate était de 95,5% dans le 1^{er} groupe mais dans le 2^{ème} groupe, elle était de 94%.

Cette étude des complications est représentée dans le tableau ci-dessus.

La fistule constitue la voie d’abord vasculaire la plus utilisée pour l’hémodialyse chronique. Le taux de perméabilité immédiat est très élevé dans nos deux groupes : 95,5% et 94%. La perméabilité est bien meilleure chez l’homme que chez la femme. L’âge jeune constitue un facteur de perméabilité.

Le diabète présente le taux de survie le plus bas. La polykystose rénale est considérée comme un facteur péjoratif pour la survie des fistules artérioveineuses.

Les complications des FAV peuvent être tardives. Plusieurs paramètres pouvaient influencer la survenue des complications précoces :

- Le sexe féminin.
- L’âge supérieur à 50%.
- La polykystose rénale.
- Le siége proximal de la FAV.

La prévention des hématomes précoces consiste à assurer une hémostasie correcte après les ponctions des FAV.

En ce qui concerne les complications tardives, le taux des thromboses reste le plus élevé pour diminuer ce taux, certaines mesures sont indispensables comme l’examen clinique rigoureux à la recherche d’anomalies ; la surveillance du débit et de la pression veineuse de retour pendant les séances d’hémodialyse.

Les complications infectieuses sont les plus graves des complications secondaires.

Rôle de l’infirmier(ère)

Prévention et dépistage des complications :

- Préserver le capital qui est la FAV ou le greffon.
- Bien informer les dialysés : soins d’hygiène.
- Protection et surveillance : éviter les chocs, blessures, tractions et mauvaises manipulations.
- Bien connaître les conditions d’utilisation de la FAV ou du greffon : désinfection, changement des points de ponction, éviter tout saignement et hématome, bien fixer les aiguilles, une bonne compression après retrait des aiguilles.
- Bien apprécier l’état cutané pour surveiller l’apparition d’une infection ou d’une allergie liée à l’antiseptique ou au sparadrap.
- Signaler toute apparition d’une infection, d’une allergie ou d’un anévrisme au médecin.

Conclusion

L’abord vasculaire survit mieux chez l’homme que chez la femme. L’âge ne paraît pas un facteur déterminant dans la survie des abords vasculaires. La néphropathie initiale intervient dans la survie des fistules : les diabétiques ont le taux de survie le plus bas. L’infection reste la complication tardive la plus fréquente après les thromboses. Une asepsie rigoureuse est nécessaire par une bonne éducation du personnel paramédical. Insister sur l’éducation du malade pour éviter la prise du poids excessive entre les séances. Le capital veineux dans l’IRC doit être préservé dès le stade modéré de l’affection.