



## xamen clinique et complications de l'abord vasculaire

Dr. D. BLANCHIER, C.H.G. ANGOULEME

### L'examen clinique de la fistule est une étape fondamentale du diagnostic des complications.

Il doit être impérativement effectué en dehors d'une séance de dialyse.

- L'interrogatoire du patient recherchera l'existence de douleurs au niveau du membre concerné, au moment des ponctions, pendant la séance, en dehors des séances, de paresthésies, de sensations de froid, de saignements au domicile, de durée excessive de compression en fin de séance (normalement maximum 10 mn).

- L'inspection appréciera l'aspect de la peau (rougeur, cyanose, oedème, troubles trophiques, eczéma) des points de ponction (taille des croûtes, abcès punctiformes) des vaisseaux (anévrisme, circulation collatérale) vérifiera que la fistule se collabe lors de l'élévation du bras (sauf pour les prothèses dont la paroi est trop rigide).

- La palpation retrouve sous la peau une sensation de frémissement (thrill) dû aux turbulences permanentes, continu à renforcement systolique, maximal au niveau de l'anastomose artério-veineuse et de l'anastomose entre artère et greffon pour les prothèses ; le thrill disparaît à la compression de l'anastomose ; on cherchera à palper les pouls artériels, veineux et capillaires ; s'il existe un anévrisme volumineux on évaluera l'épaisseur de la peau.

- L'auscultation retrouve un souffle continu à renforcement systolique, maximal au niveau de l'anastomose, disparaissant à la compression.

### Complications des abords vasculaires :

- thrombose : totale, le diagnostic en est immédiat devant la disparition du thrill et du souffle; partielle, l'anastomose reste perméable, il existe une induration localisée et la ponction ramène du sang noir.

- sténose :

. appelée "artérielle" : de l'artère nourricière ou de la portion de veine artérialisée située près de l'anastomose : la FAV est peu développée, le thrill et le souffle sont très faibles, le temps de remplissage est allongé.

. appelée "veineuse" :

soit située après l'aiguille veineuse : la veine est trop battante, ne se collabe que partiellement à l'élévation, surtout le souffle s'intensifie au niveau de la sténose.

soit du réseau d'aval : (veine sous-clavière) circulation collatérale du moignon de l'épaule et oedème.

. entre les 2 points de ponction : développement de collatérales, parfois oedème.

\* cas particulier des prothèses :

- sténose sur le greffon lui-même : le segment d'amont est battant

- sténose de l'anastomose artère-greffon : le souffle est faible

- sténose de l'anastomose veine-greffon : renforcement du thrill et du souffle à ce niveau, le greffon est battant dans sa totalité.

- infection : peut revêtir tous les aspects de la simple rougeur localisée au niveau d'un point de ponction à l'écoulement purulent ; elle est particulièrement grave sur les prothèses ; le plus souvent à staphylocoque, elle représente un risque majeur de greffe bactérienne valvulaire et de rupture de la FAV s'il existe une nécrose cutanée.

- anévrisme : par fragilisation de la paroi de la veine ou du greffon par des ponctions répétées, favorisé en cas de sténose veineuse d'aval.

risque d'infection ou de rupture si la peau est très fine.

- ischémie distale

. par vol vasculaire surtout en cas de FAV proximale

. origine artérielle sur terrain athéromateux, diabétique, maladie vasculaire, montages termino-terminaux

. origine veineuse par sténose de la veine de drainage, s'accompagne d'un oedème important du membre

- hémorragie :

soit saignement au niveau d'un point de ponction

soit hémorragie cataclysmique par rupture de la FAV : urgence vitale +++++. Le décès survient en quelques minutes en l'absence de compression efficace et de chirurgie d'hémostase

- hyperdébit pouvant entraîner une insuffisance cardiaque : ce point sera traité par ailleurs.

- hématome :

par ponction trop précoce de la FAV ou compression insuffisamment prolongée, favorisé par les troubles de coagulation propres à l'insuffisance rénale.

risque d'évolution vers une sténose, voire d'une thrombose de la FAV.

- hyperdébit

le débit "normal" d'une FAV est difficile à apprécier, il est variable selon les méthodes de mesure, en moyenne entre 400 et 1 000 ml/mn.

Toute FAV entraîne une diminution des résistances vasculaires périphériques et par compensation une augmentation du débit cardiaque.

L'hyperdébit peut donc être responsable d'une insuffisance cardiaque à fort débit, régressive après la réduction chirurgicale. Les FAV en plus fort débit sont les proximales, latéro-latérales et chez l'enfant. L'hyperdébit peut également entraîner un phénomène de vol vasculaire avec douleurs au niveau de la main et parfois même isotémie.



Revue FNAIR