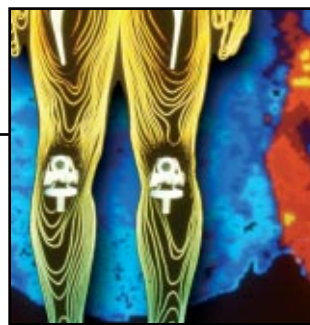


Le traitement chirurgical des Abords Artérioveineux à débit insuffisant

PIERRE BOURQUELOT - CHIRURGIEN - CLINIQUE JOUVENET
ET HÔPITAL EUROPÉEN - PARIS - LA ROSERAIE - AUBERVILLIERS



DANS LES 4 À 6 SEMAINES

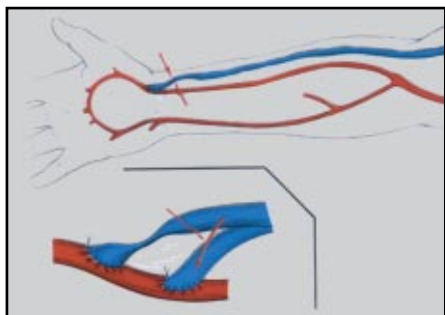
Dans les 4 à 6 semaines qui suivent la création d'une **Fistule Artérioveineuse** un débit insuffisant fait parler de "retard de maturation" ; La veine n'est pas repérable sous garrot ; le souffle est peu intense ; le bilan Doppler confirme le débit peu élevé, la dilatation insuffisante de la veine (et de son artère nutritive) et précise la localisation de la sténose.

a - Sténose artérielle :

Chez le patient diabétique la sténose intéresse souvent le tronc d'une artère de l'avant-bras ; elle peut être levée par une angioplastie radiologique prudente ; elle peut aussi siéger sur une artère plus proximale.

b - Sténose anastomotique :

Il s'agit le plus souvent de fistule distale, très souvent radiale ; c'est une indication de réfection chirurgicale de l'anastomose qui est un geste habituellement simple sous microscope opératoire et efficace.



Réfection d'anastomose artérioveineuse distale

c - Sténose veineuse :

C'est une sténose située à distance de l'anastomose ; Elle explique l'absence de dilatation de la veine d'amont ; si elle est modérée en pourcentage de réduction du calibre interne du vaisseau et si elle n'est pas trop étendue, c'est une bonne indication de traitement radiologique en milieu spécialisé, mais on sait le pourcentage élevé de re-sténoses ultérieures ; Si elle est étendue ou serrée, la première question à se poser est celle du changement de site après un nouveau bilan Doppler et/ou angiographique à la recherche d'une veine en bon état, de préférence distale, susceptible de se développer et d'avoir une bonne perméabilité à long terme.

Ces fistules artérioveineuses inutilisables du fait d'un débit insuffisant doivent être distinguées des fistules artérioveineuses sur veines profondes .

Fistules artérioveineuses sur veines profondes :

Fistule basilique

Cette veine dont la racine d'origine est habituellement superficielle et ponctionnable au coude après la création de la fistule artérioveineuse, a ensuite un trajet sous aponévrotique profond qui la rend inaccessible aux ponctions, même chez les patients les plus maigres en raison de la proximité immédiate de l'artère brachiale.

Patient obèse

L'épaisseur du tissu sous-cutané situé au-dessus de la veine rend les ponctions impossibles ou la zone de ponction très limitée en longueur qu'il s'agisse de la veine radiale à l'avant-bras ou de la veine céphalique au bras. Le Doppler précise bien le degré de profondeur de la veine et l'état de l'anastomose.

Une superficialisation chirurgicale est nécessaire :

Dans le cas de la veine basilique

Elle est réalisée 8 semaines après la création de la fistule artérioveineuse basilique. On tient habituellement à la faire avant toute tentative de ponction. Un délai de 3 semaines après ce deuxième temps doit être respecté avant la première ponction; mais on peut à l'inverse limiter la superficialisation au seul tronc de la veine en respectant la racine déjà ponctionnée au coude qui pourra continuer à être utilisée dès le lendemain de l'intervention.

Chez l'obèse

Il peut s'agir de la veine radiale à l'avant-bras ou des veines du bras.

Les **Pontages Artérioveineux** présentent plus souvent une thrombose complète qu'un débit post-opératoire insuffisant.

DANS LES MOIS ET LES ANNÉES QUI SUIVENT

Dans les mois et les années qui suivent la création de la **Fistule Artérioveineuse**, les

mêmes causes de bas débit peuvent être rencontrées, mais les lésions le plus souvent observées sont :

a - la sténose veineuse juxta anastomotique

Elle est due à l'apparition d'une hypertrophie intimale et myo-intimale dans les premiers centimètres de la veine qui souffrent de l'importance et du caractère tourbillonnant du flux amené par l'artère.

b - la sténose artérielle juxta anastomotique (Figure 1)

La sténose artérielle juxta anastomotique ressort certainement du même mécanisme . Lorsqu'elle est complète et limitée à l'artère proximale le diagnostic peut être fait cliniquement devant la disparition du souffle lors de la compression de l'artère radiale distale.

Le traitement de ces sténoses est univoque : la réfection chirurgicale de l'anastomose artérioveineuse qui est un geste aisé, efficace et qui permet une reprise immédiate des ponctions veineuses. Le traitement radiologique paraît être grevé d'un taux de récurrences à court et moyen terme beaucoup plus important.

Méconnues ces sténoses anastomotiques aboutiraient à la thrombose complète de l'anastomose . C'est la thrombose de la fistule artérioveineuse à veine plate qui ressort du même traitement chirurgical.

Les **Pontages Artérioveineux** sont habituellement compliqués par une hypertrophie intimale de la veine réceptrice qui est beaucoup plus importante et beaucoup plus précoce (quelques mois plutôt que quelques années) que dans le cas des fistules artérioveineuses ; Si la diminution progressive du débit à des mesures rapprochées peut aider au diagnostic de cette sténose, il est rare, hormis la thrombose complète, que le débit soit abaissé au point de rendre la dialyse inefficace ou impossible. Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas de résistance au traitement radiologique (prolongation proximale du pontage) ou de lésions associées importantes de la prothèse (remplacement du pontage, au même site si possible).