



QUELQUES RÈGLES DE BASE SUR L'ABORD VASCULAIRE

La problématique des abords vasculaires actuellement

Josette PENGLOAN - Tours

L'abord vasculaire (AV) pour hémodialyse (HD) reste le "tendon d'Achille" des hémodialisés chroniques. Malgré les progrès réalisés la prise en charge reste loin d'atteindre les objectifs recommandés.

OBJECTIFS RECOMMANDÉS

La fistule artérioveineuse (FAV) native doit être systématiquement envisagée. Chez les patients prévalents il devrait y avoir : au moins 60% des patients ayant une FAV et si possible distale, moins de 10% de patients ayant une prothèse et moins de 10% des patients ayant un cathéter veineux central (CVC).

La mise en place d'un protocole de dépistage des AV à risque de thromboses avec traitement prophylactique des lésions est recommandée pour obtenir le taux de thromboses pour les FAV le plus faible possible (inférieur à 0,25 thrombose par patient/an) au prix d'un nombre d'interventions également le plus faible possible.

SITUATION ACTUELLE

L'étude DOPPS II (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) permet de préciser la situation actuelle. DOPPS II est une étude prospective, observationnelle concernant 12 pays, 240 unités de dialyse et 6460 patients. Parmi les patients prévalents : 74% des patients en Europe, 32% aux USA ont une FAV, 8% des patients en Europe, 42% aux USA ont une prothèse, 18% des patients en Europe, 25% aux USA ont un CVC

Parmi les patients incidents : 50% des patients en Europe, 18% aux USA ont une FAV, 3% des patients en Europe, 16% aux USA ont une prothèse, 46% des patients en Europe, 66% aux USA ont un CVC au moment de la prise en dialyse

Ainsi même si les objectifs sont mieux respectés en Europe le nombre élevé de patients commençant l'hémodialyse avec un CVC reste inacceptable.

Les raisons qui expliquent cette situation sont à la fois communes et variables d'un pays à l'autre.

Les principaux obstacles à la création d'un AV avant l'arrivée en dialyse sont essentiellement le retard de la prise en charge du patient par le néphrologue : 30 à 50% des patients arrivent en urgence ou moins d'un mois avant le début de la dialyse. Les facteurs expliquant ce retard de prise en charge des insuffisants rénaux chroniques arrivés au stade terminal relèvent de plusieurs causes : le non diagnostic, la sous évaluation de la fonction rénale, la rapidité de la décompensation rénale dans certaines pathologies...

Cependant l'étude faite au Canada apporte des informations intéressantes (Nephrol Dial Transplant (2006) 21 : 721-728) concernant l'accès au chirurgical. 33% seulement des patients ont un AV créé plus de 8 semaines avant le début de la dialyse. La durée moyenne nécessaire entre l'évaluation initiale et la création de l'AV définitif est de 62 jours (29 jours en Europe, 16 jours aux USA). Le nombre de chirurgiens paraît insuffisant : 2,9 chirurgiens pour 100 Patients HD au Canada, 4,6 chirurgiens pour 100 Patients HD en Europe, 8,1 chirurgiens pour 100 Patients HD aux USA. La durée consacrée par un chirurgien aux AV est de 0.027 h/patient/semaine au Canada, 0.059 h/patient/semaine en Europe, 0.082 h/patient/semaine aux USA.

Le nombre de radiologues interventionnels et leur activité par patient hémodialysé n'est pas connu.

Cette étude met en évidence la nécessité d'avoir des chirurgiens (et des radiologues) formés à l'AV, mais aussi l'intérêt de définir les besoins dans chaque spécialité pour assurer l'accès aux soins des patients dans de bonnes conditions.

MOYENS MIS EN ŒUVRE

- Recommandations des Sociétés Savantes dans tous les pays et notamment les DOQI (NKF USA) et les Algorithms (Europe). Ces recommandations mettent à la disposition des professionnels l'état des connaissances à un moment donné ; l'application est laissée aux professionnels. L'exemple des USA a montré que cette attitude n'était pas toujours suffisante, l'application des recommandations se heurtant à de nombreux obstacles
- Programmes interventionnistes : "Fistula First" aux USA organisant l'incitation à l'application des recommandations
- Programme de dépistage de l'insuffisance rénale chronique par la généralisation de la formule de Cockcroft en France.

MOYENS À DÉVELOPPER

Dépistage précoce de l'IRC et surtout adressage précoce au Néphrologue

Développement des consultations de pré-dialyse

Politique de préservation du réseau veineux périphérique, qui devrait être étendue à tous les patients

Amélioration de l'accès aux soins des patients en matière de création des AV : formation des chirurgiens et des radiologues

Généralisation des politiques de dépistage des AV à haut risque de thrombose dans tous les centres de dialyse.

Josette PENGLOAN

Néphrologue

CHU de Tours