

## Quelques règles à ne pas oublier

Luc TURMEL RODRIGUES - Tours - Neuilly-sur-Seine



### PRÉ-DIALYSE

1. Il faut prévoir la création d'un abord vasculaire en règle 3 mois environ avant la date présumée d'entrée en dialyse
2. Si l'examen clinique ne montre pas de veine utilisable aux avant-bras, il faut faire une étude échographique ou phlébographique (iode ou CO2) pour être sûr qu'il n'y a aucune veine utilisable pour création d'une fistule à l'avant-bras. Il faut donc faire l'imagerie même si les veines apparaissent correctes au coude.
3. Une phlébographie ou IRM est indispensable en cas d'antécédents de cathétérisme prouvé ou présumé des veines centrales
4. L'ordre stratégique de création des abords vasculaires est :
  - a. fistule radiale à droite ou à gauche
  - b. fistule cubitale à droite ou à gauche si aucune veine radiale superficielle n'est utilisable sur les 2 avant-bras
  - c. fistule huméro-céphalique à droite ou à gauche
  - d. fistule huméro-basilique superficialisée si aucune veine céphalique n'est utilisable à droite comme à gauche
  - e. montage prothétique si aucune veine native n'est utilisable sur les avant-bras ou les bras. Un montage prothétique à l'avant-bras ne devrait donc se voir que si une veine humérale profonde est jugée suffisamment belle au coude pour le drainer. S'il y a une veine basilique, on doit faire une fistule basilique superficialisée. Il y a encore dans le monde entier et même en France une tendance anormale à mettre trop de montages prothétiques. Cela est dû le plus souvent à une relative inexpérience des chirurgiens locaux et à un manque d'information ou de volonté des néphrologues.
  - f. Fistule native ou montage prothétique aux membres inférieurs.

### DIALYSE EN URGENCE

5. Les cathéters sous-claviers sont à proscrire au profit des cathéters jugulaires internes. Tout cathéter, même temporaire, peut toutefois générer une sténose veineuse centrale source de problèmes stratégiques majeurs par la suite (gros bras sur fistule).

### DÉBUT DE DIALYSE

6. Toute fistule doit être évaluée au minimum 1 mois après sa création. Tout retard apparent de maturation doit être alors exploré par échographie ou par angiographie. Une veine trop profonde ou une sténose anastomotique relèvent de la chirurgie, les sténoses artérielles ou veineuses à distance de l'anastomose relèvent de la radiologie interventionnelle. Chez l'adulte, une fistule doit toujours être jugée cliniquement utilisable en dialyse au plus tard 2 mois après sa création. Si tel n'est pas le cas il faut l'explorer.
7. Il n'est jamais normal et donc pratiquement interdit de piquer une veine au-dessus du coude lorsque l'anastomose artério-veineuse est située à l'avant-bras. Si la veine n'est pas piquable à l'avant-bras, c'est soit qu'elle est trop profonde et il faut la superficialiser soit qu'elle est rétrécie et il faut la dilater ou refaire une anastomose.

### SURVEILLANCE DES FISTULES

8. La survenue de rétrécissements altérant la qualité de la dialyse et aboutissant à la thrombose de la fistule est un phénomène quasiment automatique. Selon le type d'abord vasculaire, cela mettra 1 mois ou 25 ans pour se manifester...Il faut donc surveiller cliniquement les fistules systématiquement et s'aider d'outils tels que la mesure des débits (Transonic ou équivalent). La baisse régulière du débit traduit par exemple que la sténose s'aggrave et risque donc d'aboutir à une occlusion complète. Si le débit est stable et reste correct malgré la présence d'une sténose cliniquement évidente ou démontrée par l'échographie, cela signifie que le rétrécissement n'est pas évolutif et n'a pas à être traité.

9. En règle, il est beaucoup plus facile de traiter les sténoses, que ce soit chirurgicalement ou par radiologie interventionnelle, sur une fistule qui fonctionne encore que sur une fistule thrombosée. Il faut donc traiter les sténoses à temps, mais pas trop tôt non plus pour éviter d'aggraver le malade inutilement.

10. Les douleurs ou des plaies cutanées de la main du côté de la fistule sont jusqu'à preuve du contraire dues au vol exercé par la fistule : il faut systématiquement rapidement les explorer par doppler ou angiographie. Ces problèmes sont en pratique souvent négligés ou sous-estimés dans leur gravité potentielle par les infirmières et les néphrologues

11. La survenue d'un gros bras du côté de la fistule est dû jusqu'à preuve du contraire à une sténose des veines centrales. Il faut l'explorer rapidement obligatoirement par angiographie avec dilatation à la clef.

12. Une croûte noirâtre en zone de ponction pour dialyse est toujours anormale. Le danger est l'hémorragie aiguë lorsque la croûte saute. Il faut prendre un avis chirurgical urgent et la plupart du temps explorer la fistule par doppler ou angiographie.

13. Une grosse veine ou une fistule globalement trop belle est rarement une fistule normale. Cela signe souvent l'existence d'un rétrécissement sur le retour veineux ou un débit de fistule excessif

14. Il n'est pas normal d'avoir systématiquement du mal à piquer une fistule. Il faut l'explorer. De même il n'est pas normal d'être obligé de comprimer la fistule plus de 15 minutes au retrait des aiguilles. C'est le signe d'une hyperpression veineuse due à une sténose sur le drainage d'aval ou à un problème d'hyperdébit.

15. La chirurgie et la radiologie interventionnelle des abords d'hémodialyse est quelque chose de difficile. Tous les chirurgiens et radiologues interventionnels n'ont pas la connaissance et l'expérience requises pour le faire correctement. Il serait souhaitable d'établir des centres de références régionaux ou nationaux.

Luc TURMEL RODRIGUES  
Radiologue

Clinique Saint Gatien  
Tours

Clinique Ambroise Paré  
Neuilly-sur-Seine