

PONTAGE ARTÉRIOVEINEUX POUR HÉMODIALYSE; QUAND ET COMMENT?

Dr M. GHARIBI, Dr W. ELFATHI, Pr A. REZZIKI, Pr A. BENZIRAR, Pr O. ELMAHI
Service de Chirurgie Vasculaire du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda

INTRODUCTION

L'insuffisance rénale terminale est l'une des pathologies les plus morbides de notre temps. La FAV native est le choix de préférence pour l'abord de l'hémodialyse. Toutefois, dû à l'augmentation de l'espérance de vie, le recours à des abords secondaire est de plus en plus sollicité. Le pontage artérioveineux est l'une des alternatives.

Concordant avec l'étude de Beaulieu et al, l'age moyen est retrouvé à 61 ans avec la majorité des patients qui sont agé de plus de 70 ans, avec une prédominance féminine. (graph.) tous nos patients avaient en moyenne 3 abords antérieurs chacun avec un total de 120 abords (49 cathéters et 71 FAVn). 80% de nos patients ont bénéficié de PAV rectiligne et 30% d'un pontage en boucle.

la durée de vie de nos PAV en moyenne est de 35.5 mois avec des extrêmes de 75 mois et de 2 mois avec 18 PAV encore fonctionnels à la fin de notre étude. La perméabilité primaire est inferieur à 6 mois dans 50% des casce qui est proche des résultats de la métaanalyse de Halbert et al. (tableau 1) les complications majeurs retrouvées sont la sténose (21 cas) et la thrombose (18 cas)

Complication	Type de PAV	N	Gestion
Thrombose	Huméro-basilique	07	1.thrombectomie simple (4cas)
	Huméro-axillaire	06	2.thrombectomie associée au traitement de la sténose causale (5cas)
	Axillo-axillaire	03	3.thrombectomie avec MEP provisoire de cathéter jugulaire (6cas)
	Huméro-céphalique	01	4.thrombectomie avec confection d'un nouveau PAV (1cas)
	Sous clavier-atrial droit	01	5.thrombectomie avec angioplastie et remplacement d'un bout de prothèse (2cas)
Sténose	Huméro-basilique	06	1.angioplastie (15cas)
	Huméro-axillaire	04	2.surveillance et contrôle dans 3 mois pour sténose non significative
	Axillo-axillaire	04	3.remplacement prothétique (2cas)
	Huméro-céphalique	04	4.réimplantation de prothèse (2cas)
	Sous clavier-atrial droit	03	5.prolongement prothétique (1cas)
Anévrysme	Axillo-axillaire	01	1. mise à plat avec MEP de cathéter jugulaire
	Huméro-céphalique	01	2. pas de traitement (refus par la patiente)
Infection	Huméro-axillaire	02	1.explantation de la prothèse (1cas) 2.réssection du tissu infecté avec antibiothérapie (1cas)
Hématome (brèche prothétique)	Huméro-basilique	01	Drainage de l'hématome avec réparation de la brèche
Sérome	Huméro-axillaire	02	Drainage et parage de la plaie
Point de nécrose	Huméro-basilique	01	Parage avec prélèvement bactériologique et traitement médical

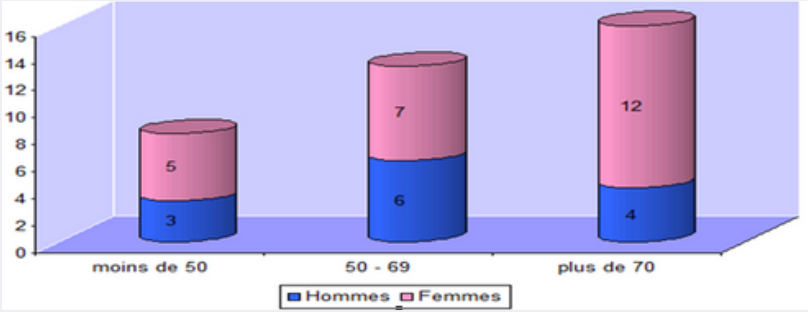
Tableau 2: Complications par types de PAV et leurs gestion

CONCLUSION

Face à l'augmentation du recours aux PAVs et la consommation des abords natifs des patients en hémodialyse, connaitre et détecter leurs complication précocement est un élément clé afin de maintenir sa perméabilité et ainsi appuyer la survie des patients en insuffisance rénale terminale. Une surveillance policière est fortement justifiée.

OBJECTIFS ET METHODES

Etude rétrospective, descriptive, sur une période de 06ans, de juillet 2016 à Octobre 2022, au sein du service de chirurgie vasculaire d'Oujda et concerne 37 patients. Son but est d'étudier le profil des PAV, ainsi que de connaitre leurs indications, complications, les principes thérapeutiques et les modalités de surveillance.



Période de suivi	Nombre de PAV en PTFE	Taux de perméabilité primaire (%)
≤ 6 mois	17	50
6 mois - 12 mois	7	20
≥ 12 mois	5	15
≥ 24 mois	5	15

Tableau 1: résultat de perméabilité primaire des PAV



Figure 1: point de nécrose cutané sur PAV.



Figure 2: explantation et remplacement du PAV.

La surveillance est primordiale afin d'augmenter la longévité de l'abord vasculaire, spécialement du PAV. Elle est clinique par le néphrologue traitant, afin de détecter précocement les anomalies, et radiologique doppler et fistulographie. Au sein du service, une surveillance trimestrielle des PAV grâce à des fistulographie de contrôle est instaurée afin de traiter les sténoses et améliorer leur perméabilité assistée.



Figure 3: fistulographie avec sténose de l'anastomose prothèto veineuse.

RÉFÉRENCES

1. Halbert et al. Patency of ePTFE anrteriovenous graft placement in hemodialysis patients: systematic literature review and meta analysis. Kidney
2. Bourquelot. Abords vasculaires pour hémodialyse. Néphrologie et thérapeutique
3. Beaulieu et al. Age related outcomes of arteriovenous grafts for hemodialysis access. J Vasc Surg
4. Shenoy et al. Clinical trial en points for hemodialysis vascular access: Background, Rationakke and definitions. Clin J Am Soc Nephrol