

# CREATION DE FAV CHIRURGICALE:

## STRATEGIE ET PLANIFICATION PRE-OPERATOIRE

Dr Romain de Blic

HÔPITAUX Paris

Saint-Joseph

Marie-Lannelongue



# CASSIS

Centre de congrès  
Oustau Calendal

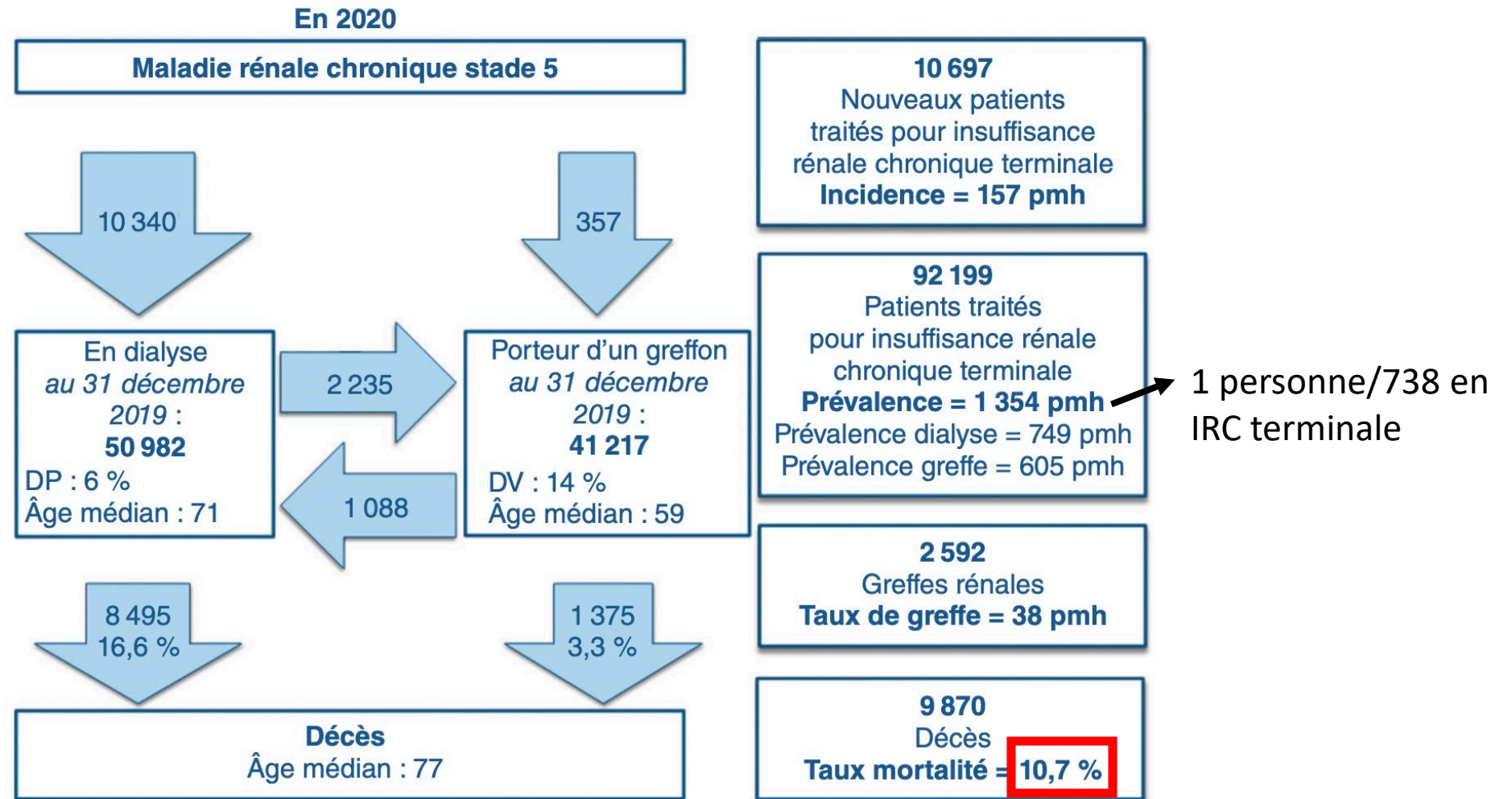
**SAVE THE DATE**

**26 & 27 septembre**

[www.sres-symposium.org](http://www.sres-symposium.org)

**2024**

# Epidémiologie : IRC terminale



DP : dialyse péritonéale. DV : donneur vivant. pmh : par million d'habitants.

# Timing création accès vasculaire

Accès vasculaire NATIF autant que possible

Quand DFG 15 – 20 ml/mn/1.73 m<sup>2</sup>

Plus tôt rapidement progressif Perte > 10  
ml/mn /an

**KDOQI**<sup>®</sup>

KIDNEY DISEASE OUTCOMES  
QUALITY INITIATIVE

National Kidney Foundation

**KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR**

**ACCESS: 2019 UPDATE**



*Charmaine E. Lok, Thomas S. Huber, Timmy Lee, Surendra Shenoy, Alexander S. Yevzlin, Kenneth Abreo, Michael Allon, Arif Asif, Brad C. Astor, Marc H. Glickman, Janet Graham, Louise M. Moist, Dheeraj K. Rajan, Cynthia Roberts, Tushar J. Vachharajani, and Rudolph P. Valentini*

# Abord vasculaire idéal

---

Dialyse efficace

Rapidement utilisable

Ponction facile

Perméabilité prolongée

Peu de complications

Confort du patient

# Rappel anatomique: veines

## Membre supérieur

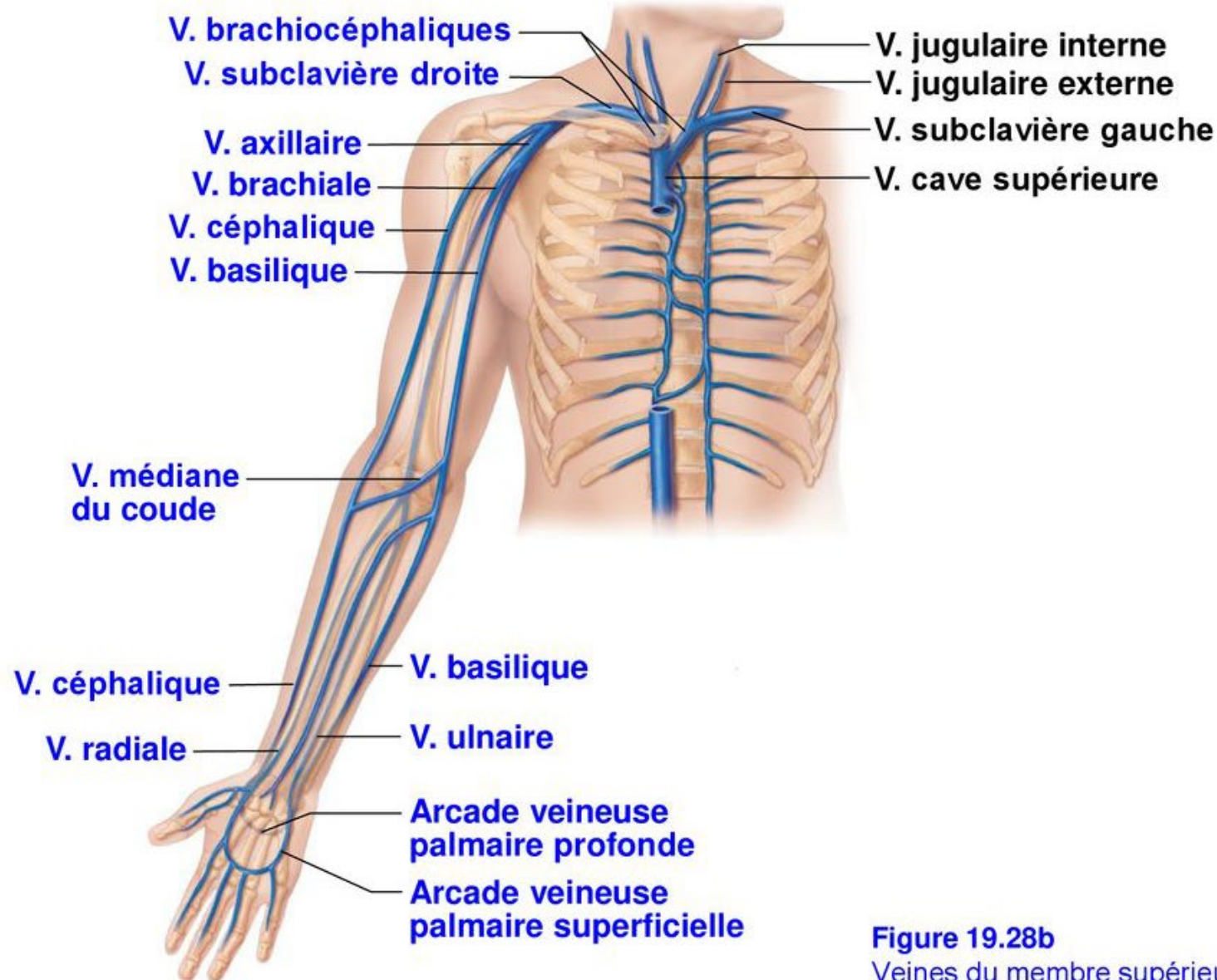
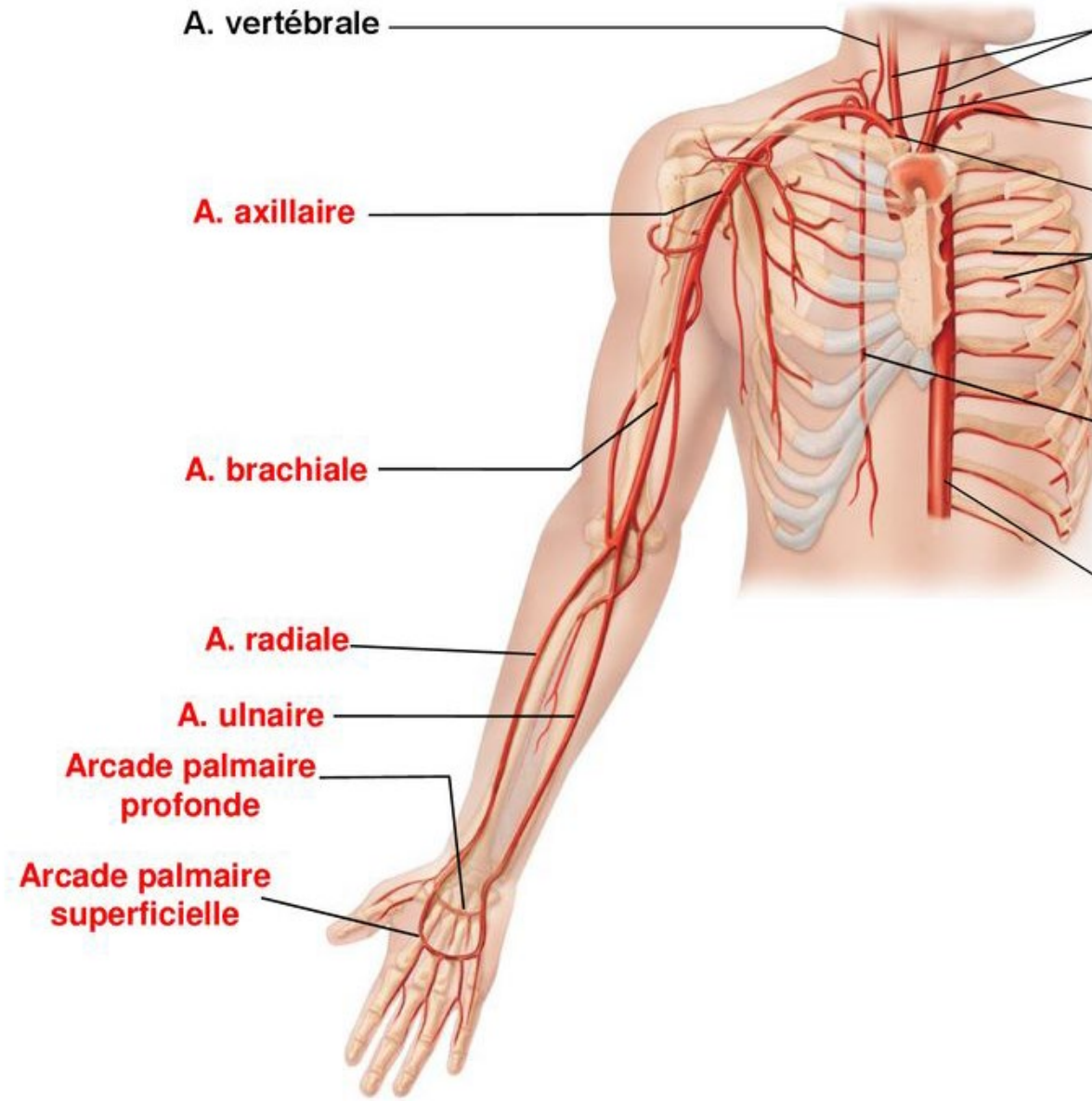


Figure 19.28b  
Veines du membre supérieur droit.



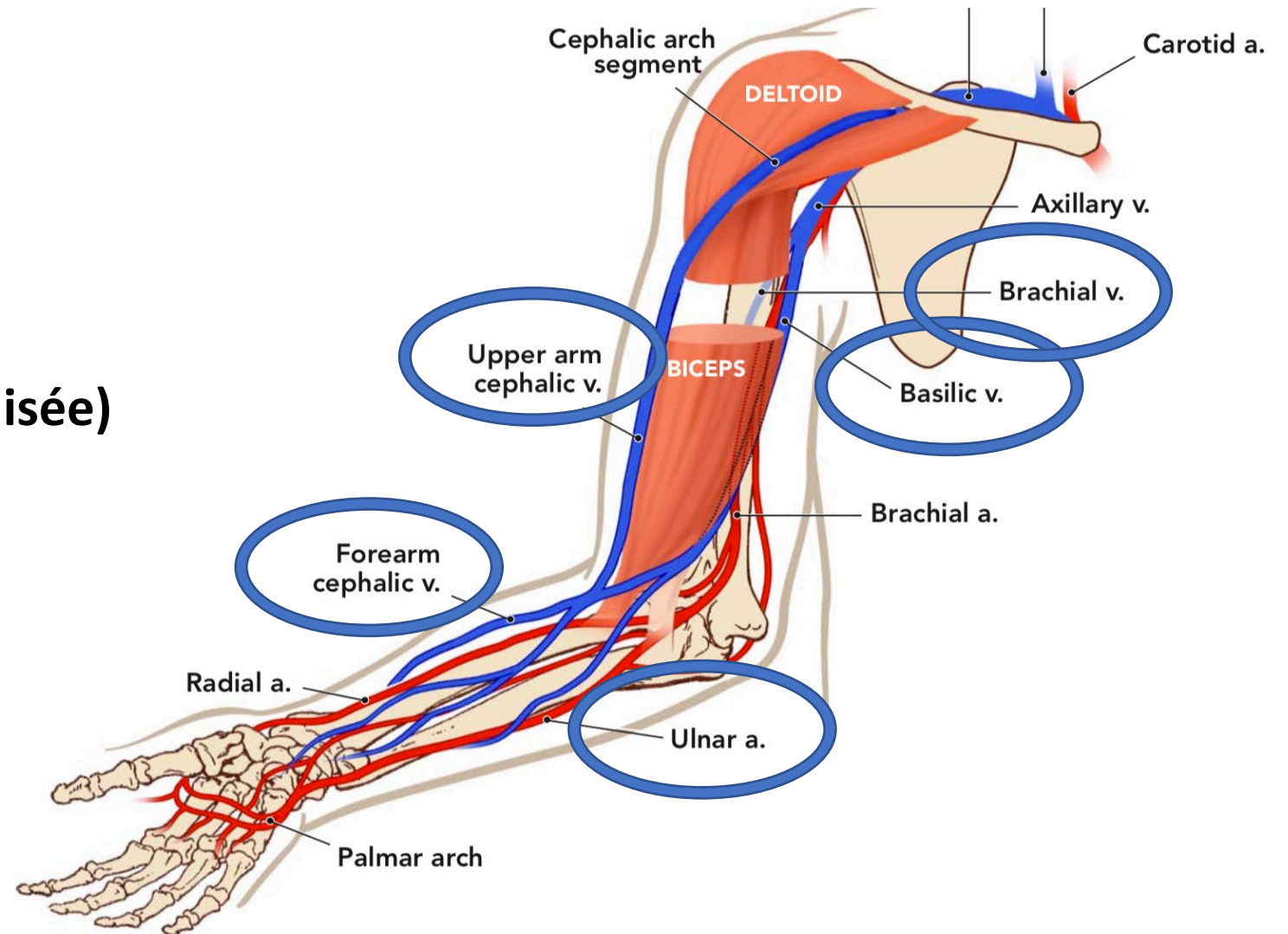
# Rappel anatomique: artères

## Membre supérieur



# Quelles veines disponibles?

- Céphalique de l'avant-bras
- Basilique de l'avant-bras
- Céphalique du bras
- Basilique du bras (superficialisée)
- Veines brachiales
- Veine perforante



# Evaluation du capital vasculaire

Examen clinique ++



Bonnes conditions

Sous garrot

Pouls radial

ATCD FAV – KT central

Membre sup dominant

Risque d'ischémie



# Evaluation du capital vasculaire

## Echo-doppler



Calibre des veines superficielles

Profondeur, drainage jusque la crosse, perforante

Calibre, perméabilité, lésions artérielles

Lit d'aval, variante anatomique

➔ Déterminer quel côté créer la FAV

# Anesthésie optimale

---

= PEC ambulatoire

ALR: bloc axillaire

Vasodilatation

Diminution de la réaction inflammatoire locale

Minimum de répercussion sur l'hémodynamique et l'autonomie du patient

# Mapping per-opératoire

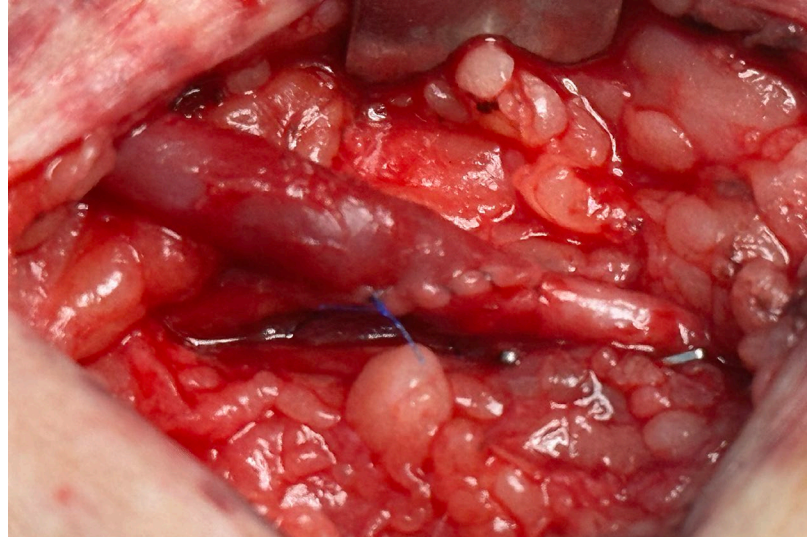
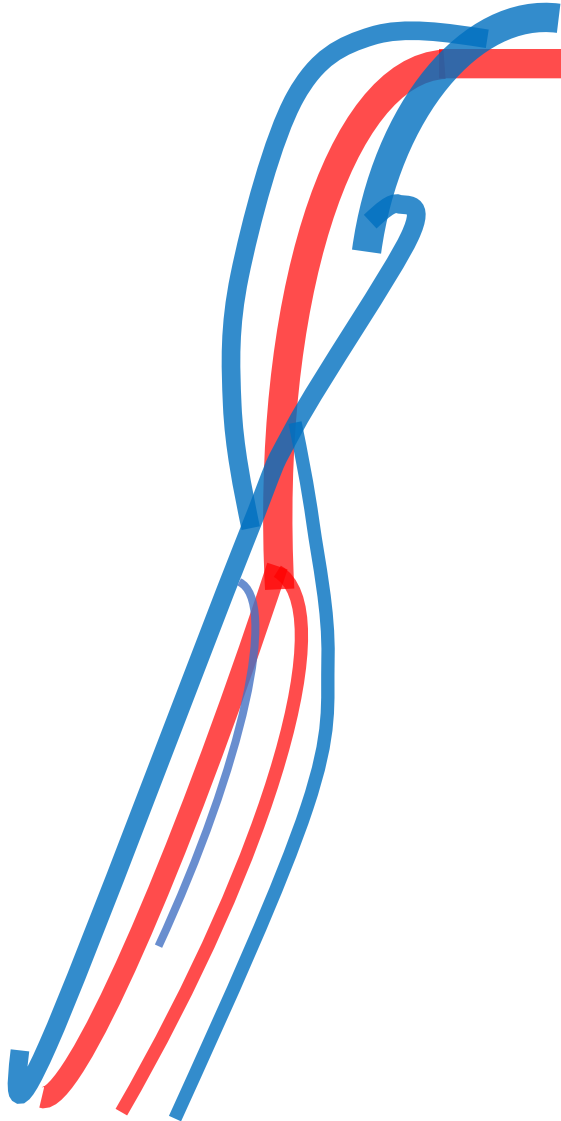


Echo-doppler

Après ALR

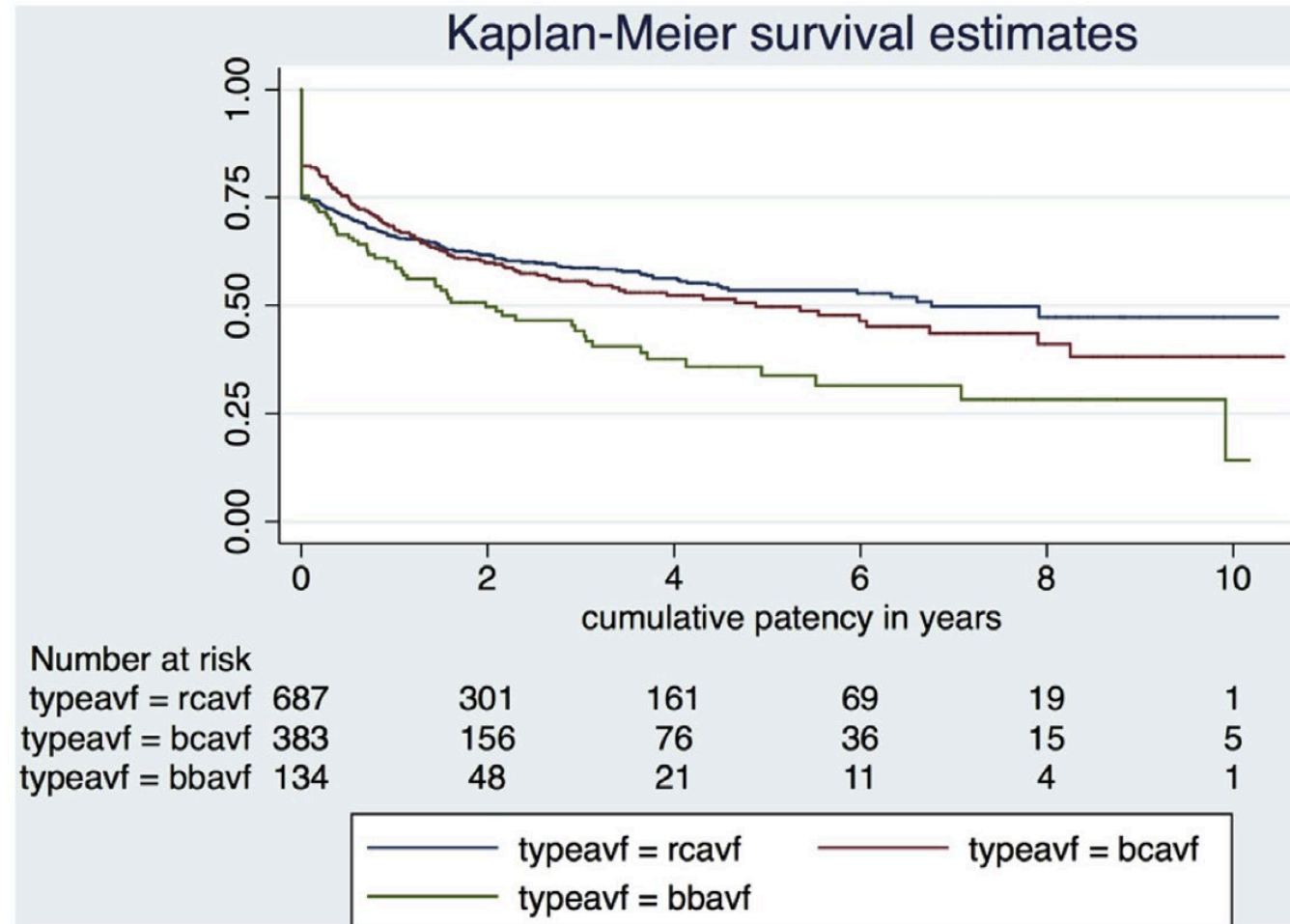
Avec garrot

# FAV distale radio-céphalique



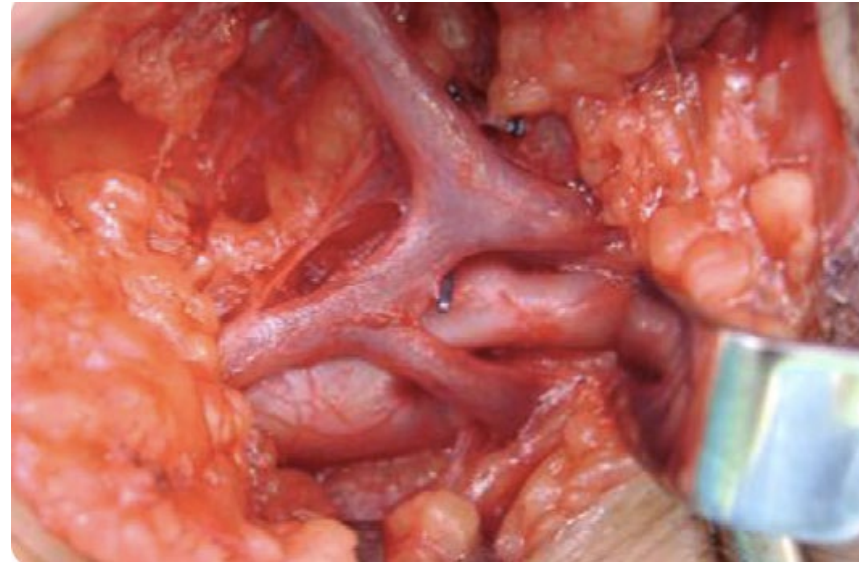
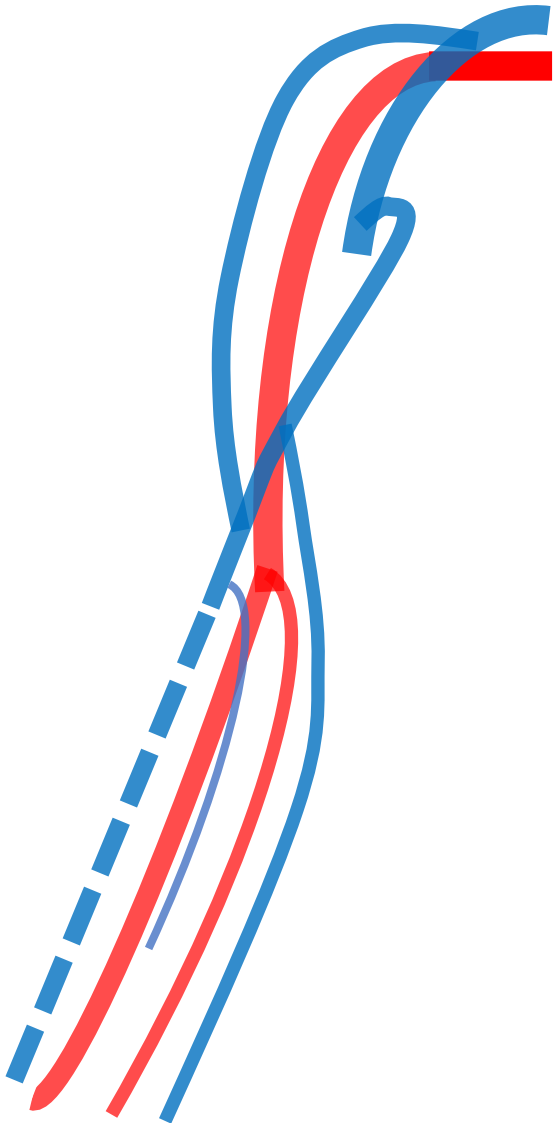
+	-
Meilleure longévité	Taux d'échec
Moins de complications	Retard de maturation
Peu d'ischémie	Réinterventions ++
Préservation capital veineux	
Moins retentissement cardiaque	

# FAV distale radio-céphalique



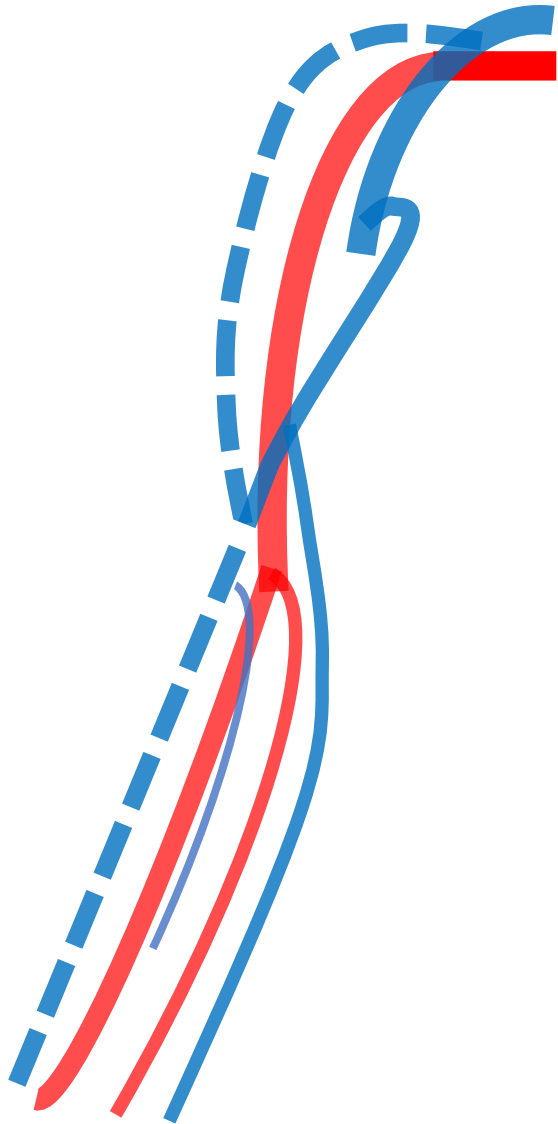


# FAV radio-céphalique proximale



+	-
Succès primaire	Superficialisation
Moindre débit - ischémie	
Bonne perméabilité	
Longueur de ponction	

# FAV distale cubito-cubitale

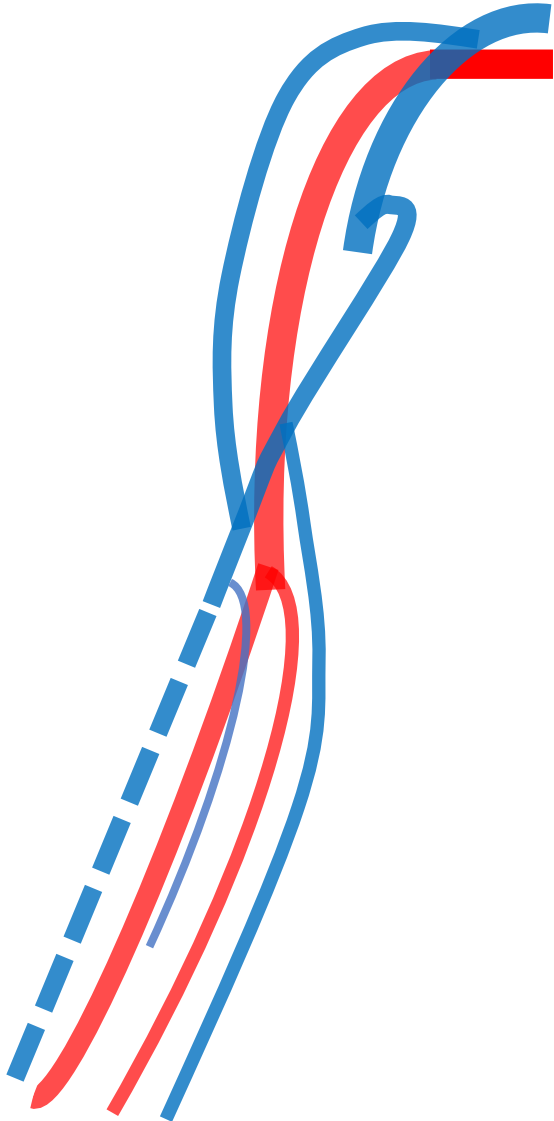


+	-
Bonne perméabilité	Inconfort patient durant dialyse
Peu d'ischémie	Néphrologues
	Accès difficile endo

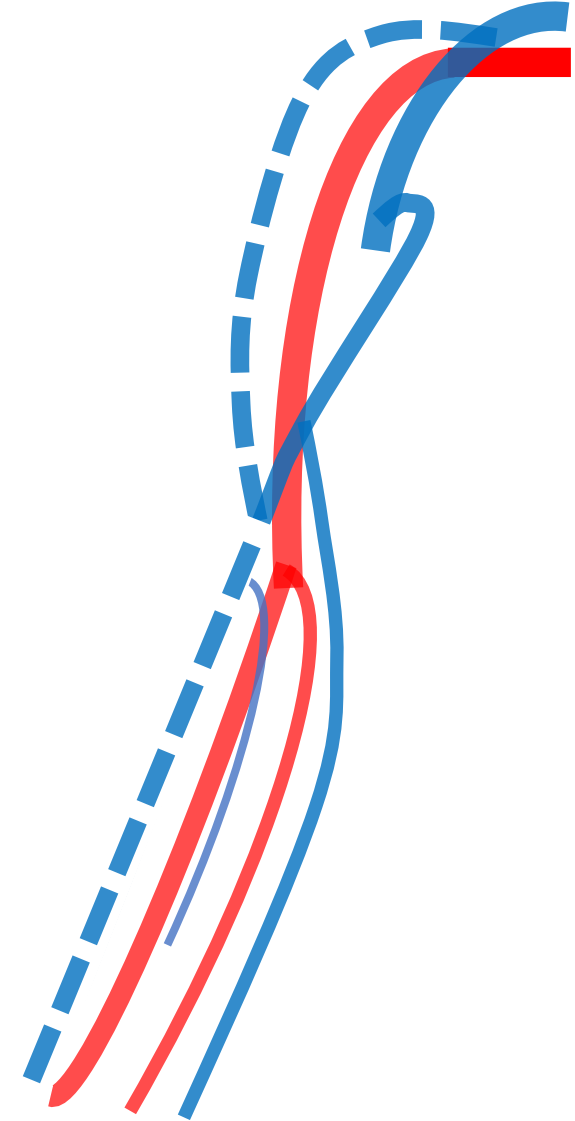


# FAV huméro-céphalique

# FAV huméro-basilique



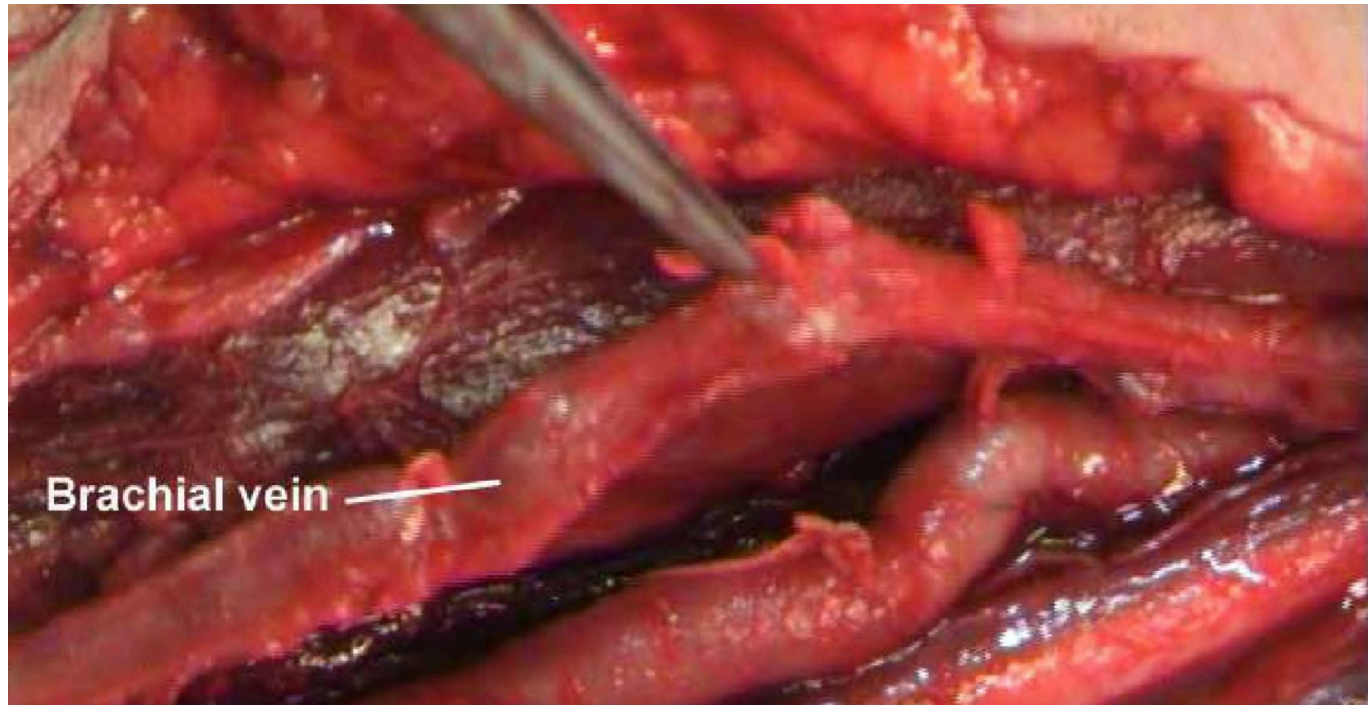
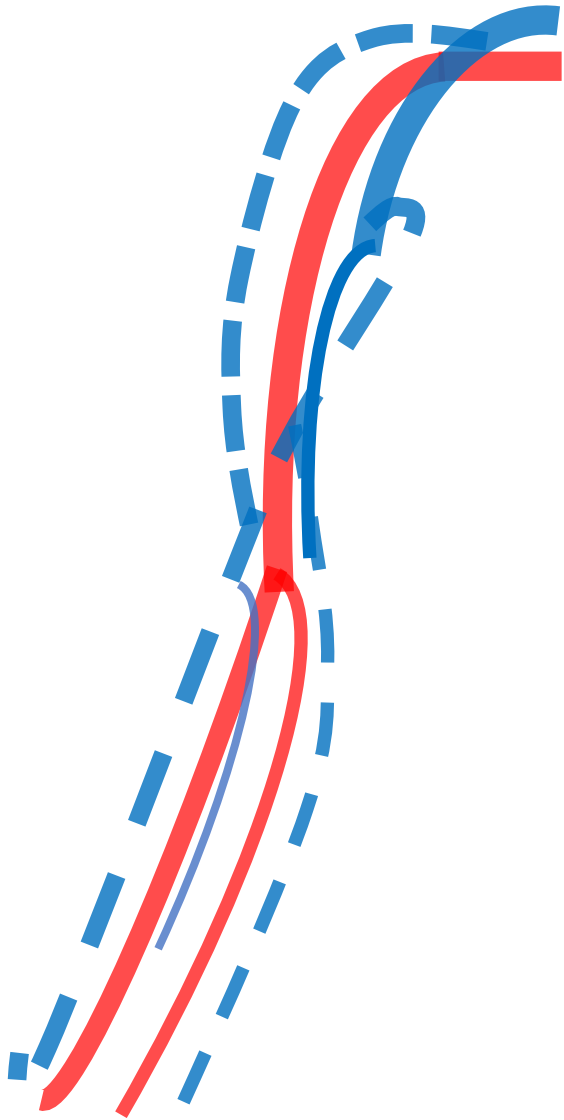
+	-
Succès primaire	Superficialisation
	Hyperdébit
	Ischémie
	Sténose de la crosse, TVC





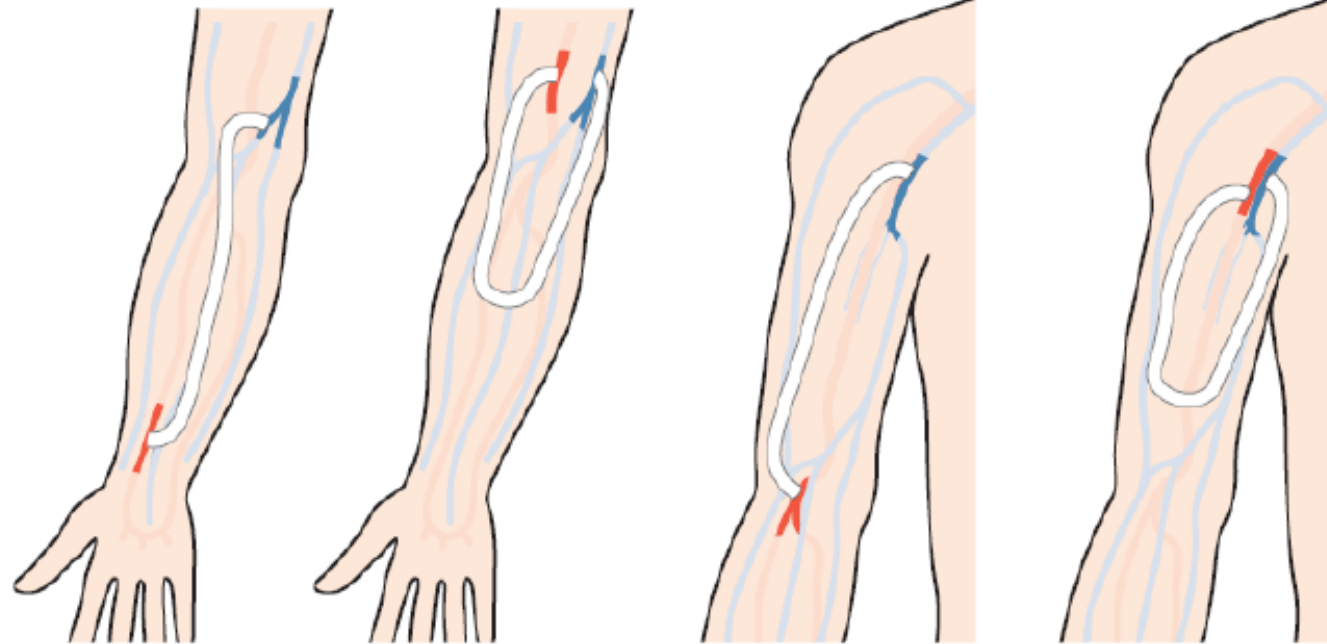
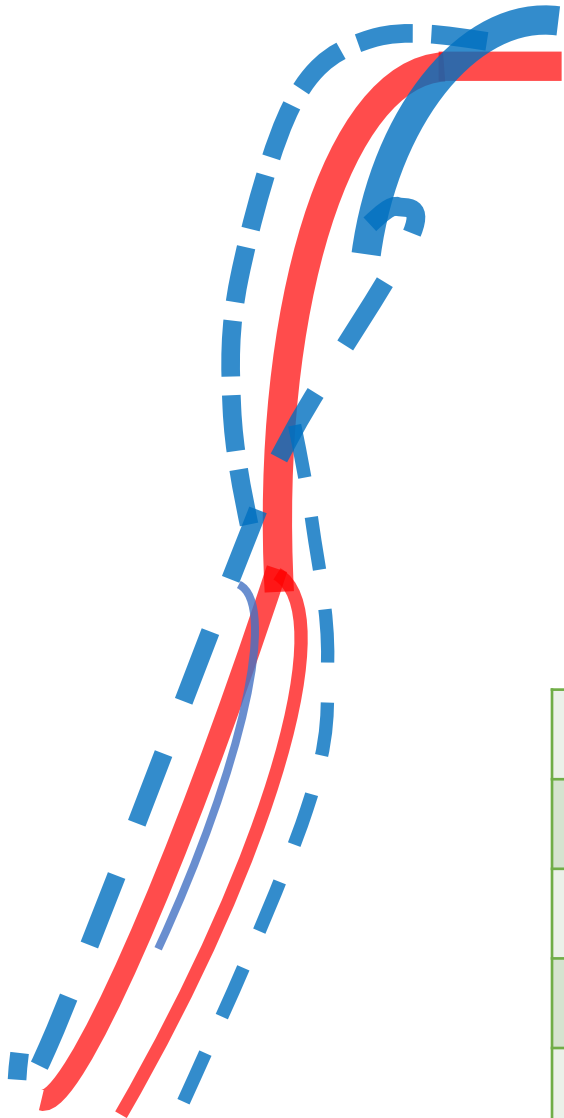


# FAV huméro-humérale



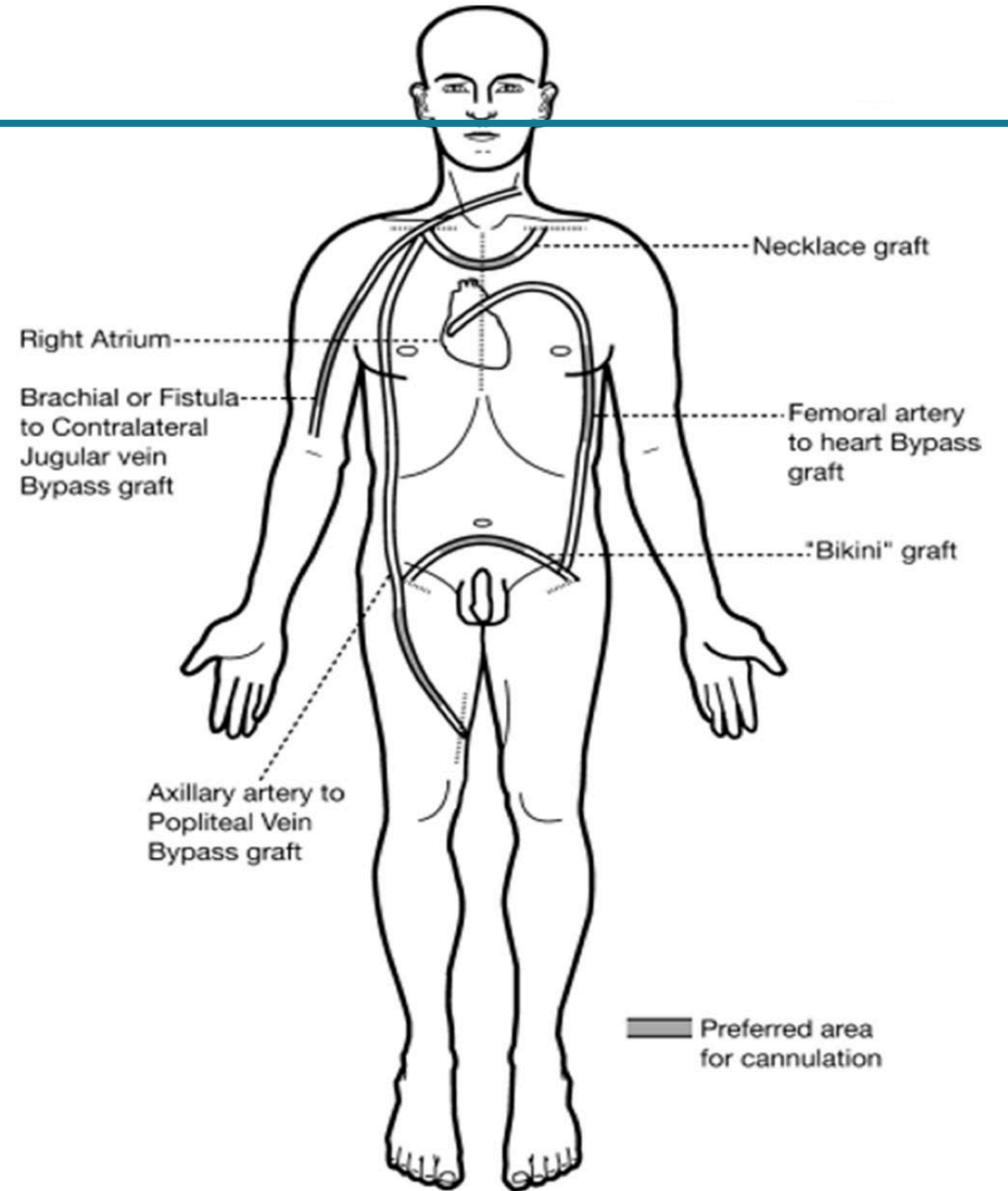
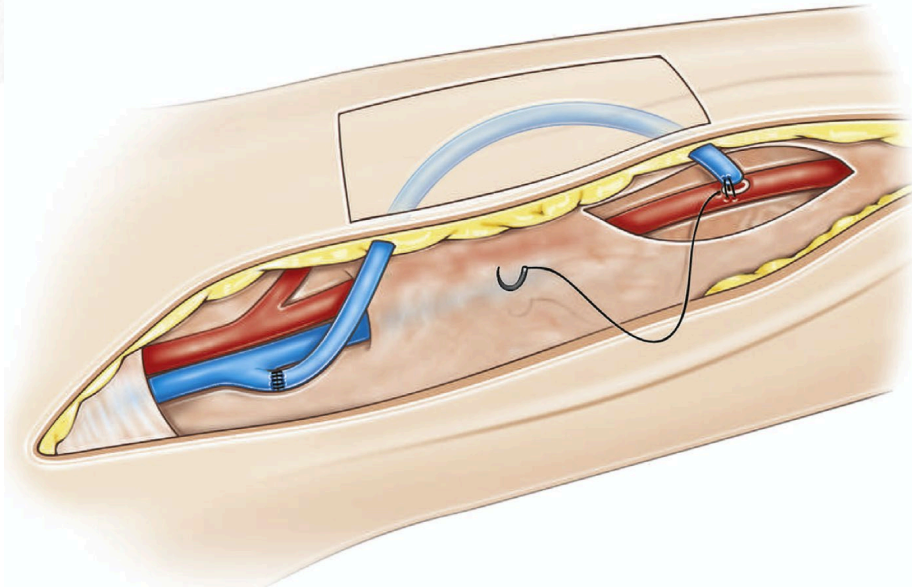
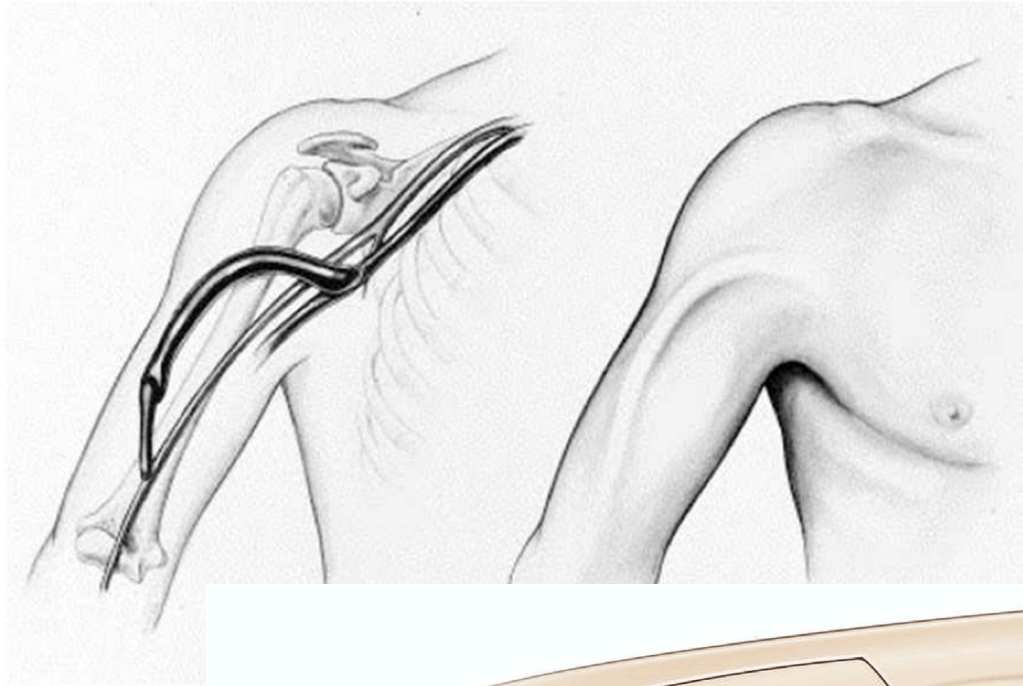


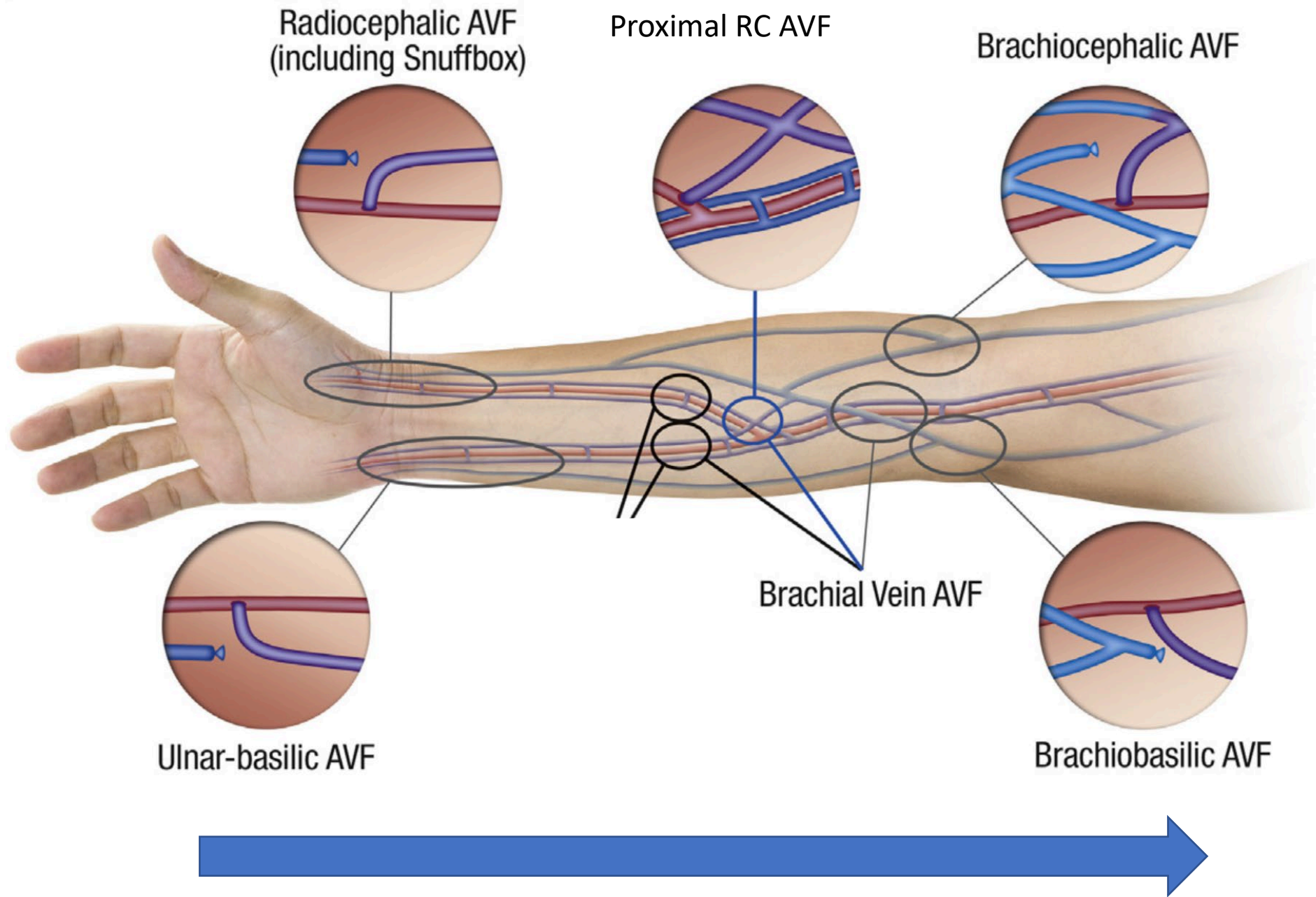
# Prothèses AV – allogreffe veineuse



+	-
Rapidité de ponction	Sténose
Facilement disponible	Infection
	Faux anévrismes
	Thrombose

# Abords tertiaires

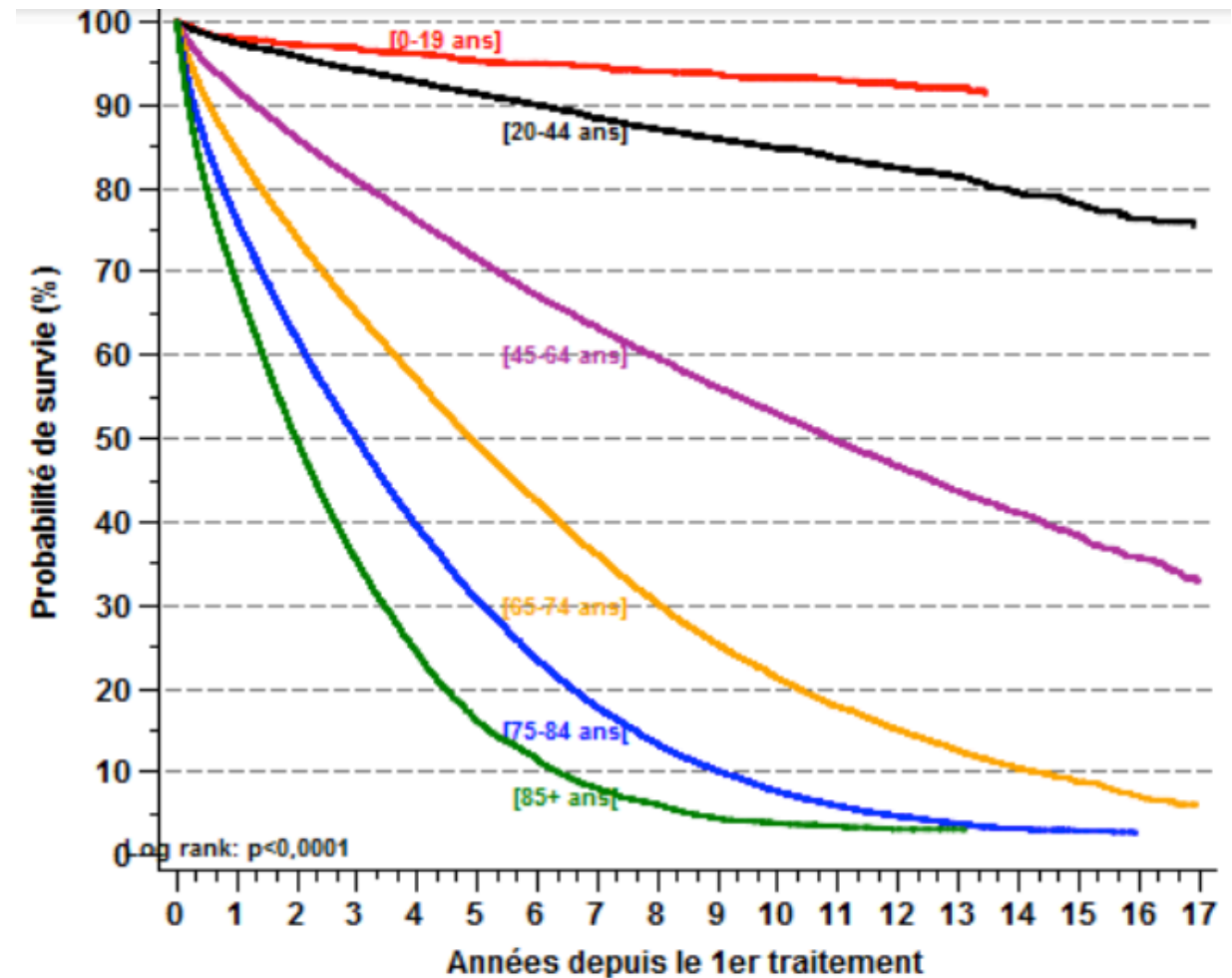




# Espérance de vie en hémodialyse

Age	Espérance de vie en hémodialyse
20-24	20.2
25-29	17.5
30-34	15.2
35-39	12.9
40-44	10.4
45-49	8.5
50-54	6.6
55-59	5.1
60-64	4.2
65-69	3.4
70-74	2.9
75-79	2.4
80-84	2.0
85-89	1.7
90-95	1.4
+95	1.1

\*:Source INSEE



# Conclusion

---

Distal first

Centre à haut volume Accès Vasculaire

Importance de l'échographie per-opératoire

La bonne FAV au bon patient au bon moment