



# Sres 2024 Cassis

## Cas clinique accès vasculaire d'hémodialyse

Dr MENANT Marie

Chirurgie Vasculaire  
et Endovasculaire

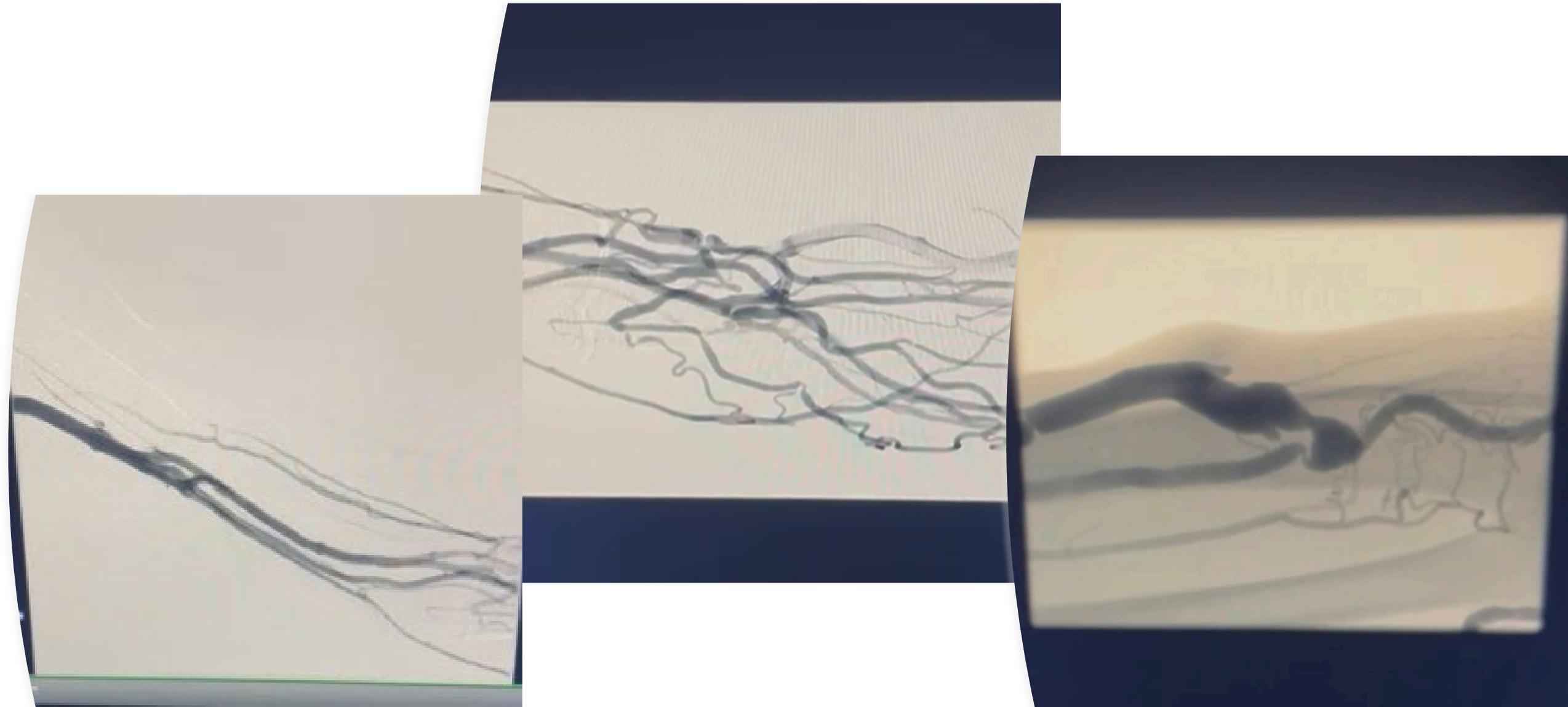


HOPITAL  
**SAINT JOSEPH**  
MARSEILLE



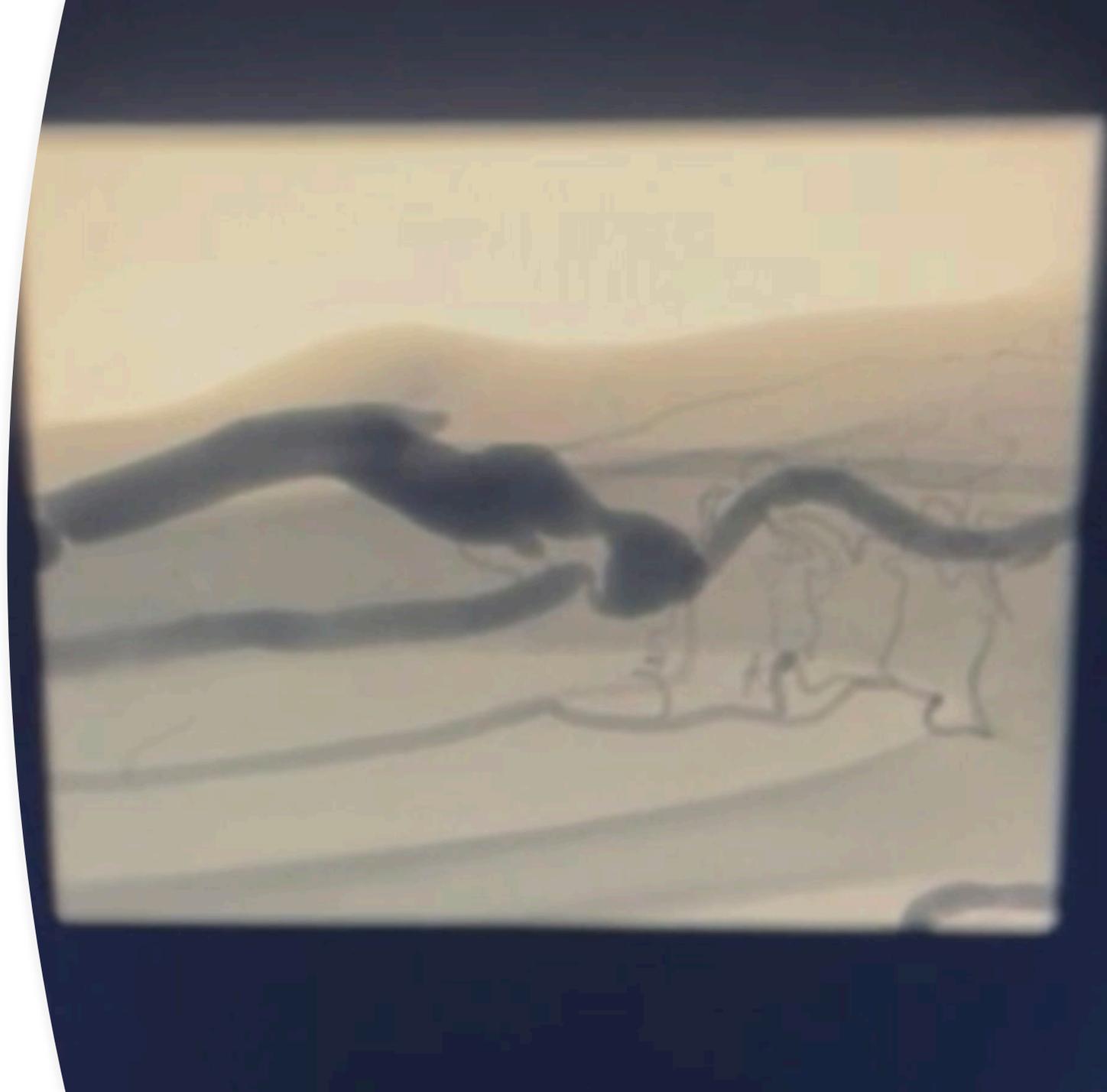


# La fistulographie



# Sténose artère d'amont et sténose post anastomotique

- à tolérer
  - car drainage veineux incorrect
  - bon débit sur la fav
  - sauf si hypo PA ou défaut de dialysance
  - Et/ou symptômes de vol
- Risque de thrombose si augmentation du débit artère

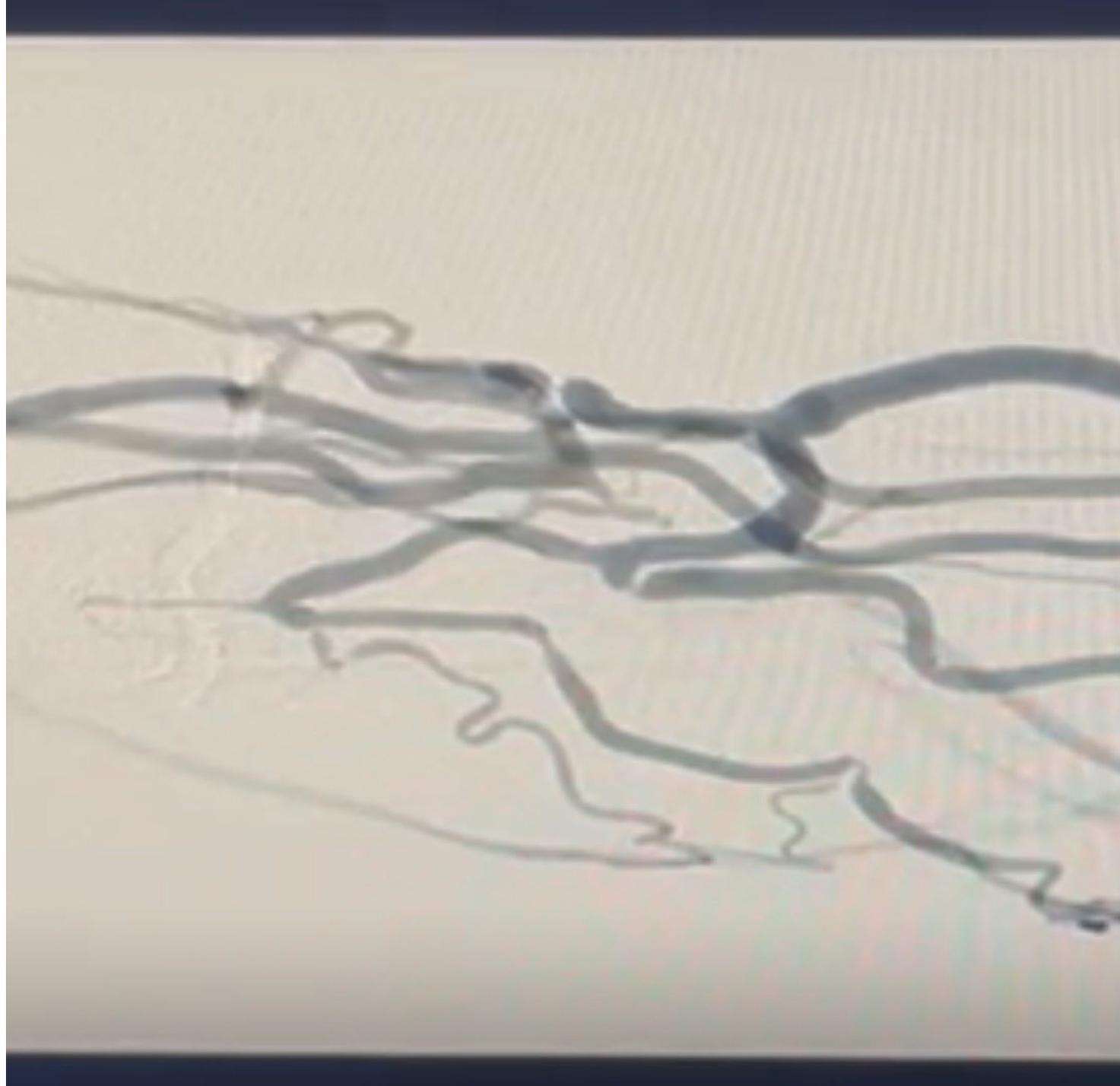


# Sténoses serrées au pli du coude

Sténoses du drainage veineux au pli du coude,  
ayant entraîné le développement des collatérales

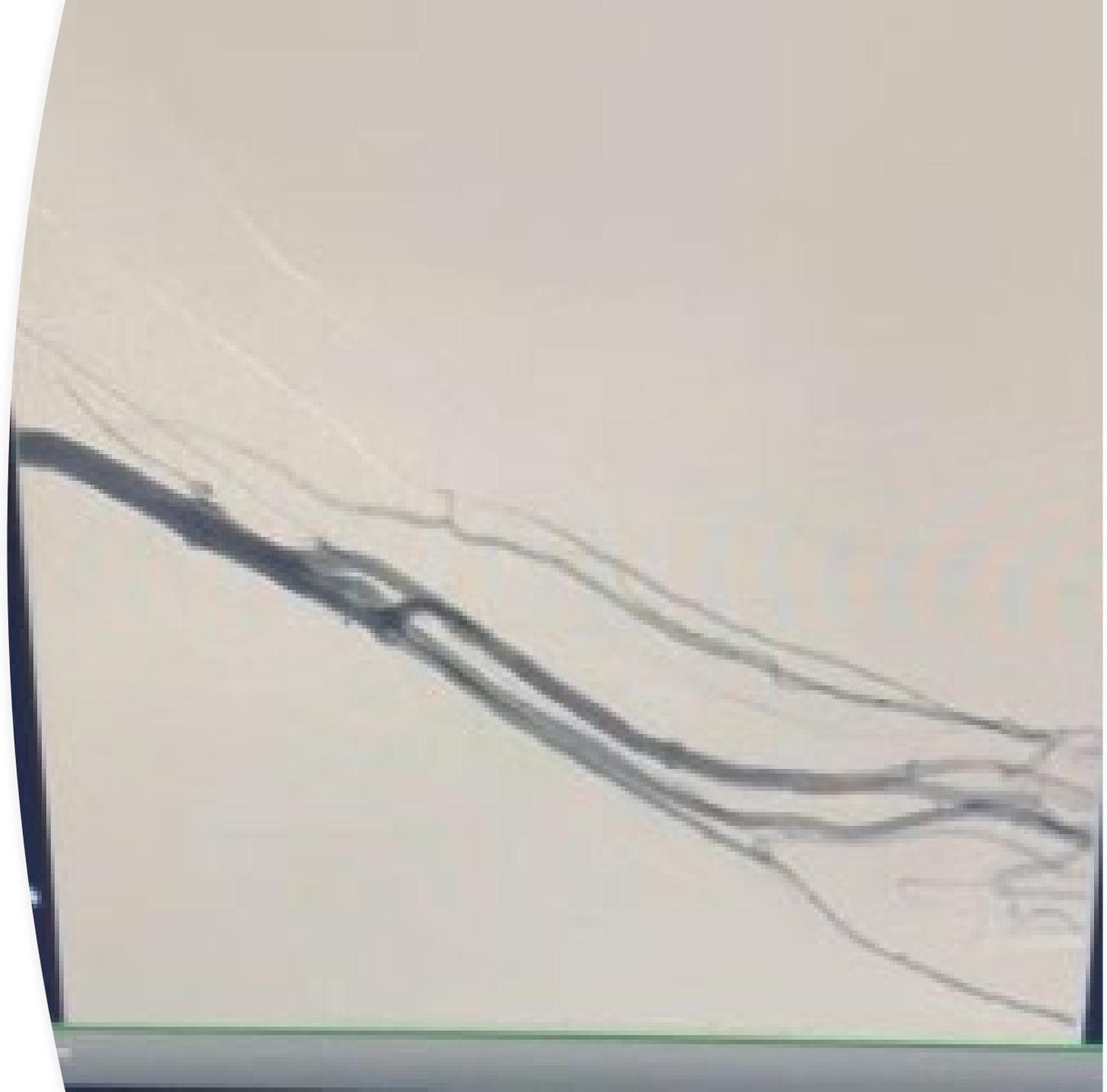
Drainage vers le réseau profond

Pas de possibilité évidente de recanalisation vers une veine superficielle



## —<sup>ç</sup> 2ffã—NyãT0ã<sup>6</sup>

- Pas de veine céphalique brachiale
- Pas de possibilité de recanalisation vers veine superficielle
- Veine basilique grêle mais présente et hypoperfusée par la fav





# Propositions thérapeutiques

- ABSTENTION
- Traitement ENDOVASCULAIRE
- Traitement CHIRURGICAL

# Première option : Abstention thérapeutique

- Ponctions artérielle et veineuse possible sur la portion superficielle antébrachiale
- Fonction paramètres de dialyse, c'est à dire si asymptomatique :
  - Pas d'hypoPA
  - Pas d'augmentation des PV
  - Pas d'augmentation des temps de saignement
- Projet de transplantation? temps estimé avant transplantation
- Problème de perte de l'abord possible/probable si thrombose

AffΣ<sup>3</sup> ff<sub>4</sub> - c<sub>2</sub> c<sup>4</sup>  
øã 2ffj ffj c  
ffj n<sub>4</sub> ÷ã<sub>4</sub> T-<sup>6</sup>ã 2ffj

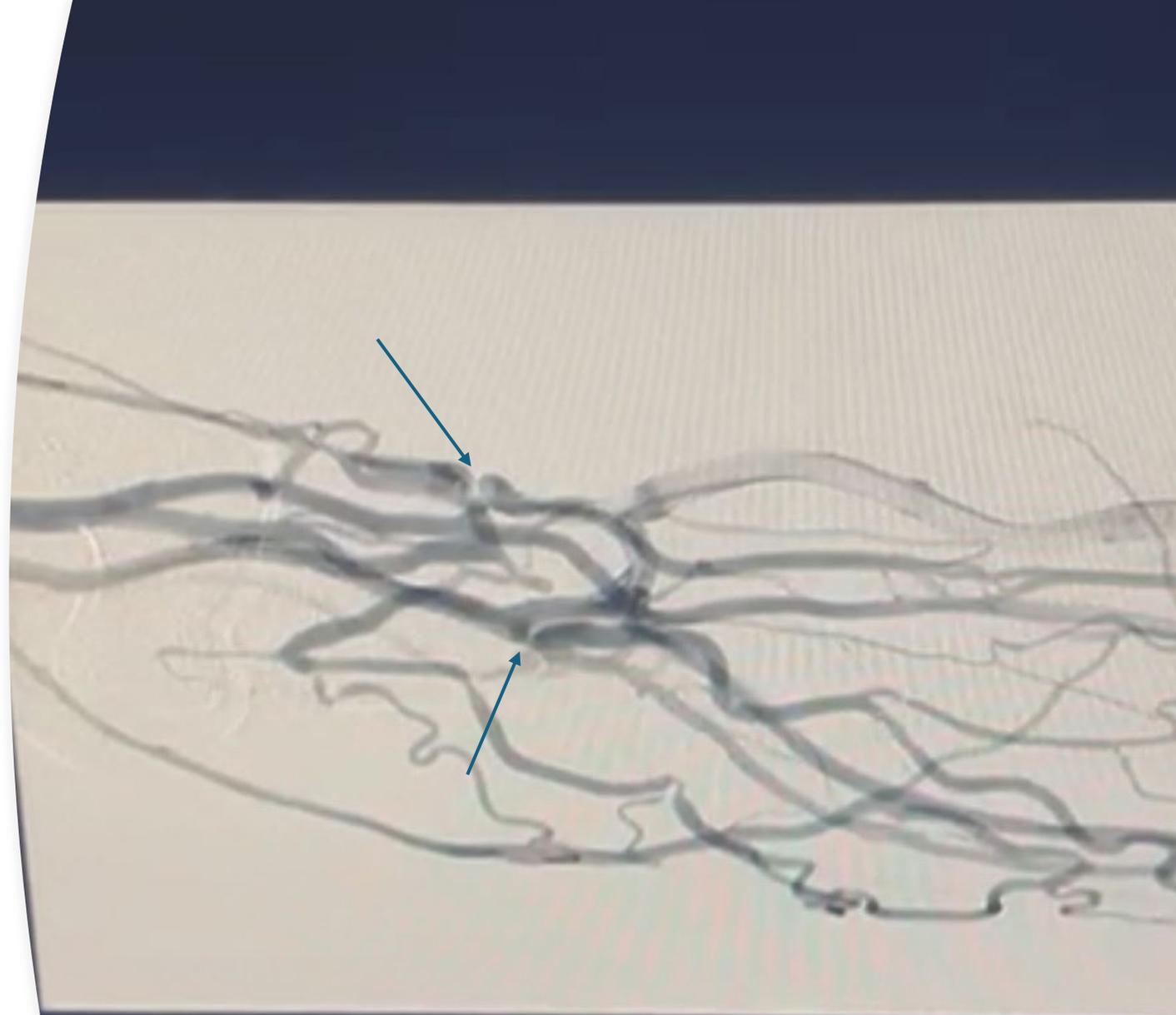
Angioplastie des sténoses du drainage au pli  
du coude

MAIS

-risque de rupture/dissection sur veines  
profondes de petit calibre

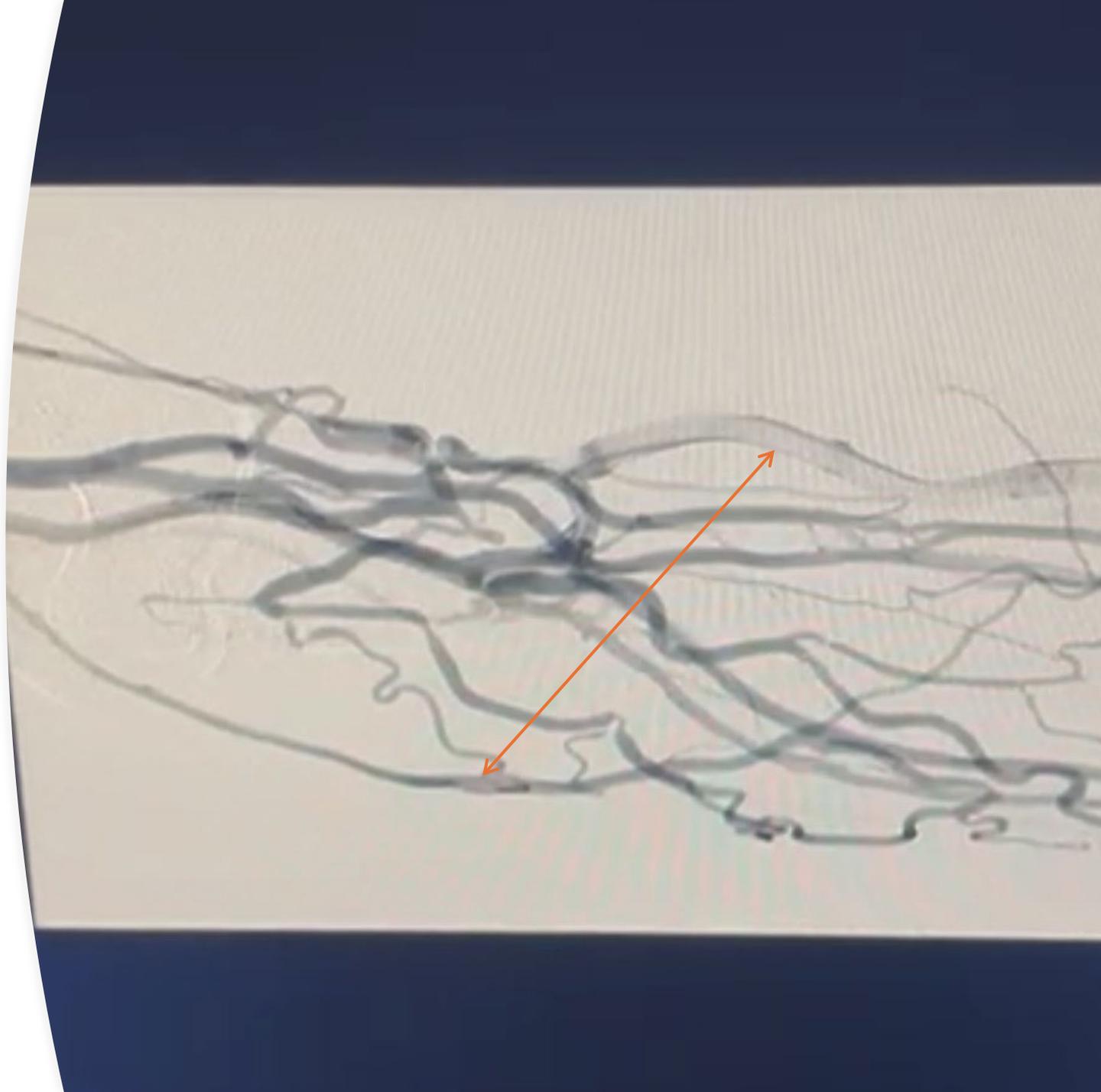
-Pas de céphalique brachiale

-Mauvaise expérience personnelle sur  
faisabilité et résultat à moyen terme



Ø<sub>4</sub> 2 3<sup>\$</sup> ff<sub>4</sub> - ç<sub>4</sub> ç  
F0<sub>2</sub>-032Fã<sup>6</sup>ffj

- Pontage sur la veine basilique
  - En restant sous le pli du coude
- En prothèse
  - Pas en veine car jeune
  - Risque de sténoses aux anastomoses
- Veine basilique de petit calibre pour le moment
- On ne perd pas d'accès ultérieurs



# Conclusion : ce que j'aurais fait

- Abstention thérapeutique
- Puis, sous la pression des néphrologues, traitement endovasculaire
- ....Après échec duquel, traitement chirurgical par pontage en prothèse,  
    ...lui même probablement suivi d'angioplasties percutanées

MAIS sans perdre cet accès, ni de veines, chez ce patient jeune...  
..jusqu'à la greffe!