

# □ **Angioplastie par “cutting balloon” dans les accès vasculaires pour hémodialyse**

## **Faisabilité et résultats précoces d’une étude prospective non randomisée de 31 patients**

*Philippe CHATELARD, Frédéric BECK, Thibault STREICHENBERGER, Charles NEDEY*

*Clinique du Tonkin, Villeurbanne*

### **Introduction**

Si le matériel veineux superficiel autologue reste le matériel de choix dans la confection des fistules artérioveineuses pour accès vasculaire en hémodialyse, celui-ci est fréquemment sujet à des sténoses à l’origine de dysfonctionnement. Le traitement endoluminal est aujourd’hui proposé de première intention, mais la lésion sténosante veineuse dans l’accès vasculaire pose deux problèmes avec son caractère résistant et son taux de récurrence à court terme.

### **But**

Déterminer la place du cutting balloon de première intention dans le traitement endoluminal des sténoses d’accès vasculaire d’hémodialyse.

### **Matériel et Méthodes**

Du 1er Juin 2004 au 30 Novembre 2004, 31 patients consécutifs ont été inclus et ont subi de façon non randomisée une angioplastie par cutting balloon de lésion sténosante d’un accès vasculaire. Un suivi clinique et écho-Doppler a été réalisé, de façon immédiate, à 1 mois, 6 mois et 1 an. Les 31 patients (15 hommes et 16 femmes) avaient 65 ans, d’âge moyen, avec des antécédents moyens de dialyse de 40 mois (médiane 24 mois) et pour passé la confection de une à deux fistules dans 25 cas et plus de trois fistules dans 6 cas. Il s’agissait dans tous les cas de fistule artérioveineuse native, huméro-basilique dans 7 cas (six sténoses tronculaires), huméro-céphalique dans 18 cas (sténose tronculaire dans 10 cas, sténose céphalo-axillaire dans 4 cas, sténose juxta-anastomotique dans 4 cas) et radiale dans six cas. Il n’y avait pas de thrombose dans cette série, et il s’agissait de sténose serrée à plus de 80%, de 20 mm de longueur moyenne (10-40), de lésions multiples dans six cas. Toutes les lésions sténosantes d’accès vasculaire symptomatiques ont été proposées sans exclusion dans ce protocole prospectif. La clinique était dictée par les dysfonctions lors de séances d’hémodialyse avec hyperpression veineuse dans 15 cas et hypodébit dans 16 cas. L’exploration fonctionnelle vasculaire (écho-Doppler) montrait une vitesse supérieure à 2 m/seconde et un rapport systolique supérieur à 3 signant le caractère serré de la sténose.

La procédure cutting a été isolée dans 25 cas et a été suivie d’une angioplastie conventionnelle dans 6 cas (lésion étendue dans 2 cas ; taille cutting insuffisante dans 4 cas). Les résultats immédiats : L’effacement total de la sténose était assuré dans tous les cas. Le taux de succès primaire était évalué à 93% (sténose résiduelle moins de 20% et hémodialyse satisfaisante). Les complications étaient en relation avec la rupture veineuse survenue dans deux cas avec rupture grave et perte de l’accès vasculaire. Les incidents (suffusion dans un cas) ou les résultats insuffisants du cutting seul (dilatation complémentaire dans 6 cas et stenting dans 2 cas) n’ont

pas altéré le résultat de la procédure. Le suivi évalué à un mois par la clinique et l'exploration fonctionnelle vasculaire montrait de façon précoce une sténose itérative dans le segment traité dans deux cas et la survenue d'une sténose symptomatique sur un autre segment non traité dans trois cas. Le taux de succès secondaire de l'angioplastie par cutting balloon était donc de 87% et le taux de succès secondaire du traitement de la totalité de l'accès vasculaire était de 77%.

### **Conclusion**

L'utilisation de prime intention du cutting balloon dans les sténoses d'accès vasculaire pour hémodialyse est une approche fiable, efficace et rapide. La levée totale de la sténose avec absence de sténose résiduelle améliore la perméabilité précoce.