

2. Mes plus belles réussites et mes meilleurs échecs !

Bernard Beyssen et Pierre Chagué

Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Paris et Neuilly-sur-Seine

bernard.beyssen@wanadoo.fr



Société Française de
l'Abord Vasculaire

Ajaccio
13 au 15 mai 2022

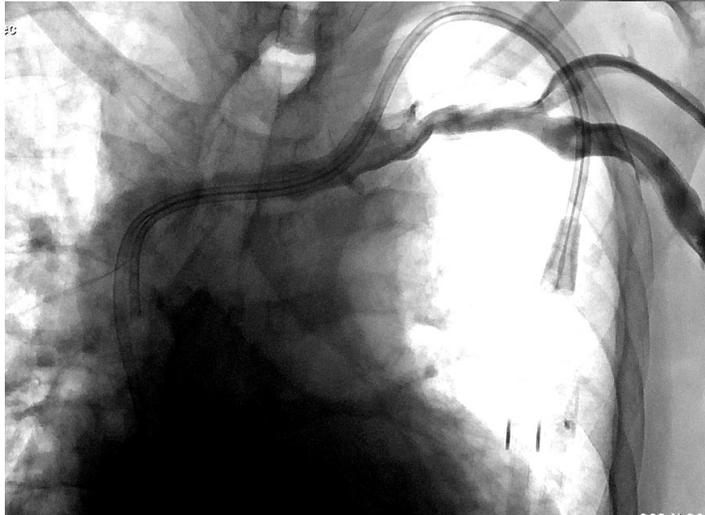
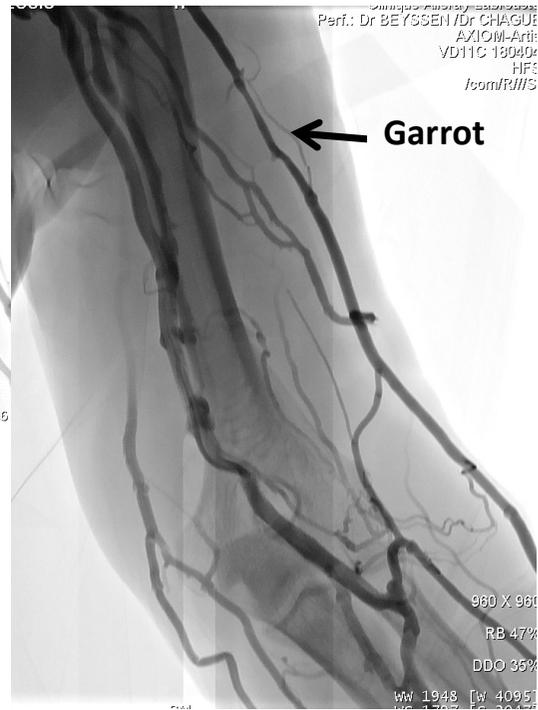
- Monsieur Rak ... 84 ans
- Insuffisance rénale terminale dialysée sur KT jugulaire droit
Cancer de la prostate, HTA, obésité
- Création d'une FAV basilique droite en août 2020
- Œdème progressif du bras qui sera **complètement cartonné avec perte de mobilité!!** ... puis apparition d'un **syndrome cave supérieur**

un syndrome cave supérieur mis
sous Coliperson avec fermeture de la FAV.
un patient qui avait un cathéter tunnelisé
droit et actuellement gauche.

1. Mise en route d'un traitement AC
2. Décision de ligature chirurgicale de la FAV le **21 octobre** sans effet sur l'œdème du bras et le syndrome cave supérieur
3. Retrait du KT jugulaire droit pour le positionner à gauche

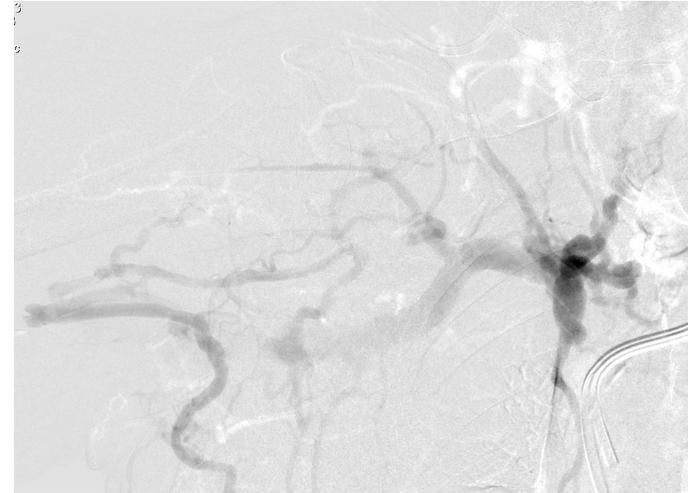
- Adressé **début décembre 2020**, à 4 mois de la création de l'abord, pour opacification des troncs veineux profonds par angio-scanner, avec cliniquement :
 - Abord au bras droit fonctionnel ... confirmant la difficulté de fermer chirurgicalement un abord dans ce contexte !
 - Œdème monstrueux du bras droit
- Décision de réaliser :
 - Phlébographie du membre supérieur gauche
 - Ponction sous échographie de la FAV basilique à droite et opacification des TVP
- Patient souhaitant au plus vite que l'on trouve une solution pour faire régresser son syndrome cave supérieur et son gros bras impotent +++

Phlébographie du membre supérieur gauche



Possibilité de création d'un abord céphalique gauche au poignet

Bilan des TVP droit



Drainage extrêmement précaire avec stagnation du contraste

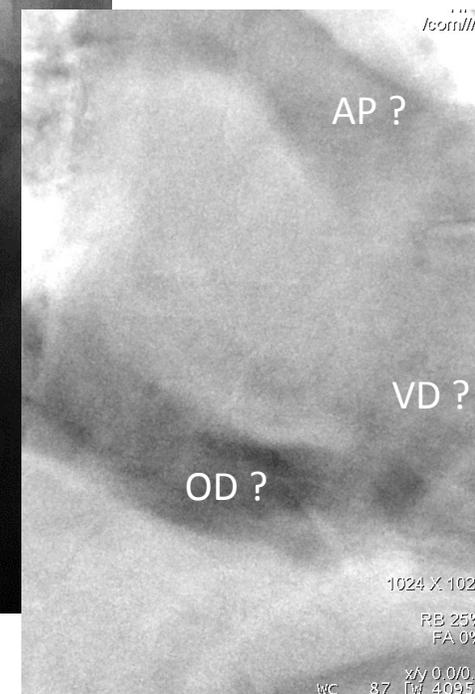
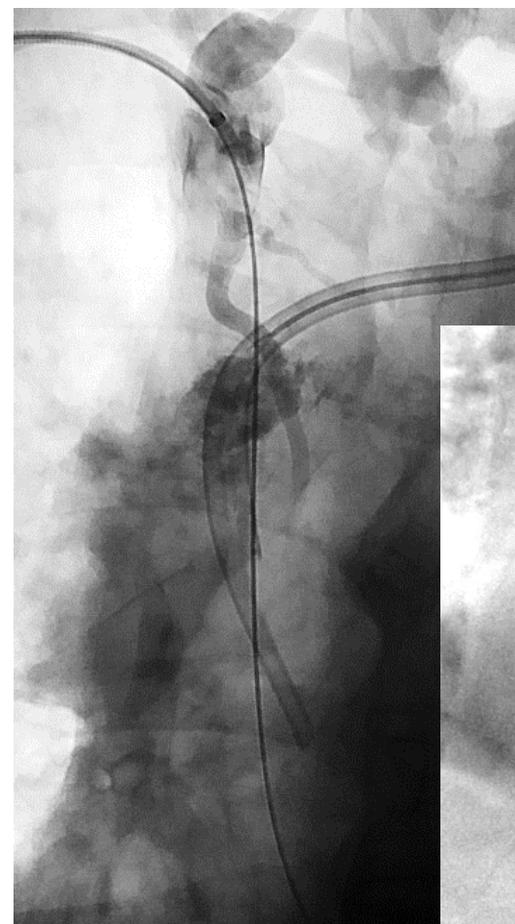
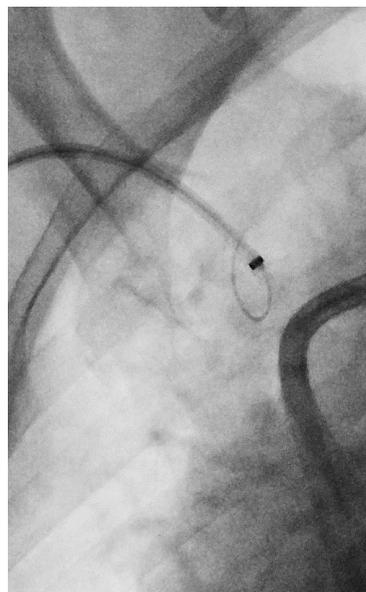
En pratique 3 solutions :

1. Recanalisation du tronc veineux brachio-céphalique droit
2. Occlusion percutanée de l'abord au coude à droite et création d'un abord à gauche
3. On réfléchit avant d'agir

Décision de tentative de recanalisation du TVBC Droit

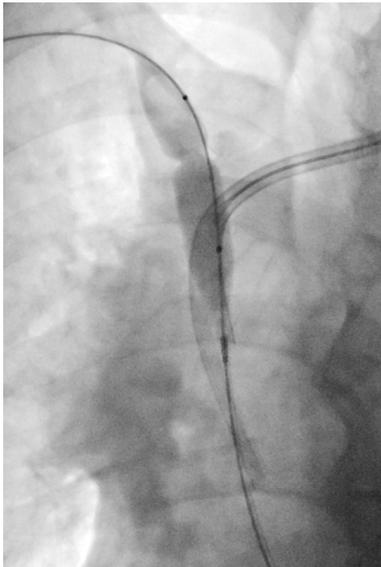


Intro long 6F 46 cm
Vertébrale rigide
Terumo droit



Rapidement apparaît un état de choc en rapport avec une recanalisation en intra péricardique : PA systolique 50 mm Hg puis adiaastolie

Mise en place d'un ballon au niveau de la brèche au niveau de la brèche



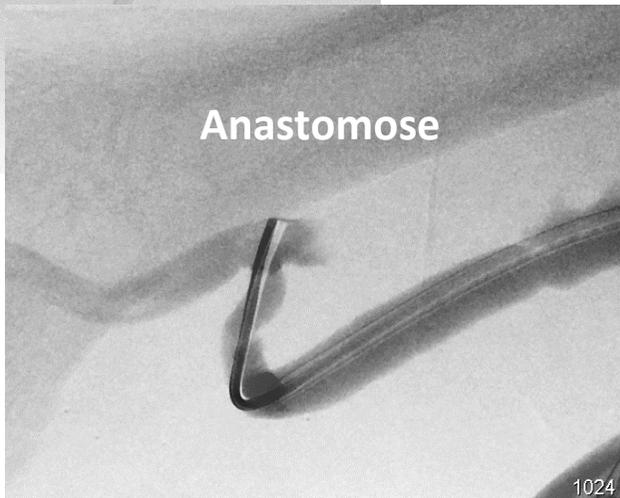
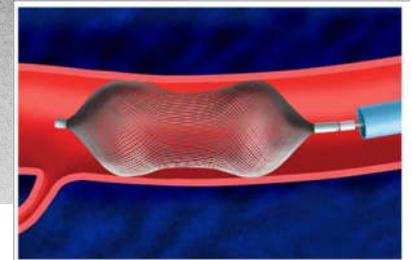
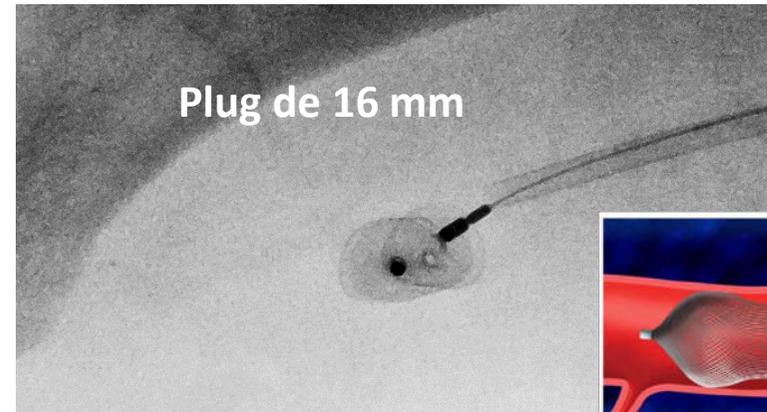
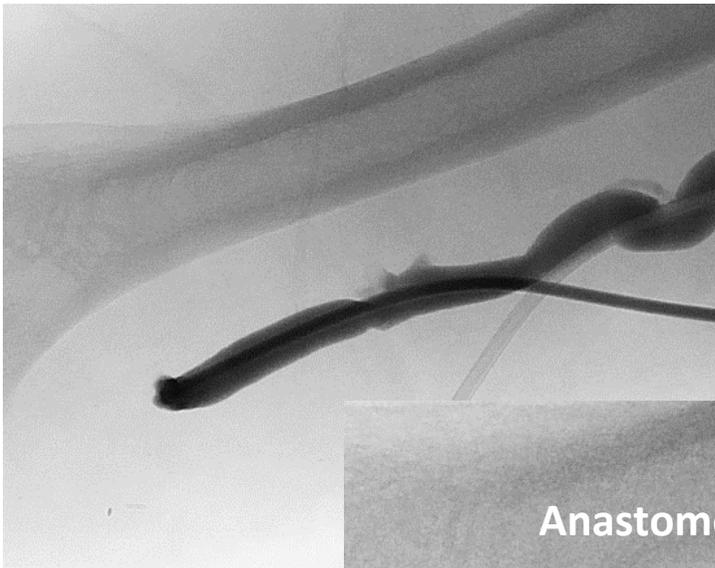
- Drainage du péricarde par voie sous xiphoïdienne - désilet 8 F
- Remplissage
- Catécholamines + MCE + CEE (FV)
- Intubé et ventilé



- Reprise progressive d'une hémodynamique satisfaisante

Décision de fermeture de l'abord basilique pour diminuer la pression

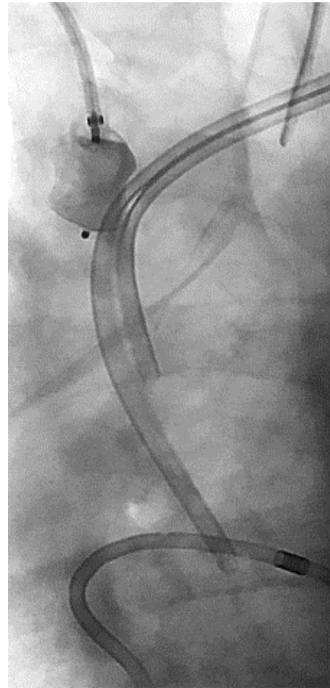
Ponction rétrograde de l'abord sous échographie



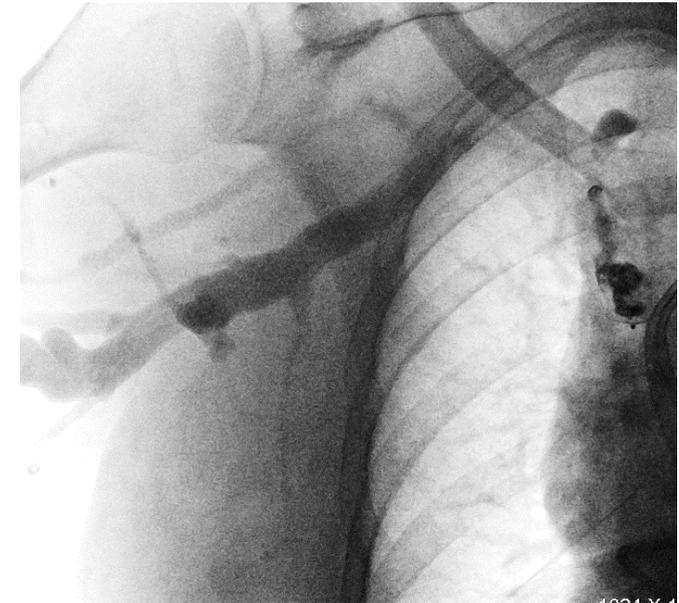
Fermeture de la brèche au niveau du TABC



Le retrait du ballon se traduit immédiatement par un remplissage du péricarde



Plug + Gelitaspon + Onyx



Final

Transfert en réanimation

- Activité circulatoire efficace
- Sédation sous Midazolam
- HTA contrôlée par Nicardipine SE
- A l'écho cœur : épanchement péricardique minime
- TDM cérébrale à H 24 : pas de lésion cérébrale

- IRM et EEG J 8 : Coma post anoxique irréversible

Comment éviter une situation dramatique ?

1. Devant un tableau clinique de gros bras en présence d'un KT de dialyse, il ne faut jamais le retirer.
Il facilitera le plus souvent le geste d'angioplastie ++++
2. Tentative de recanalisation prudente par voie haute avec plusieurs type de sondes.
3. Privilégier, en présence d'une FAV à haut débit, la voie fémorale moins à risque en cas de trajet intra péricardique.