



# MME G.

AJACCIO JUIN 2024



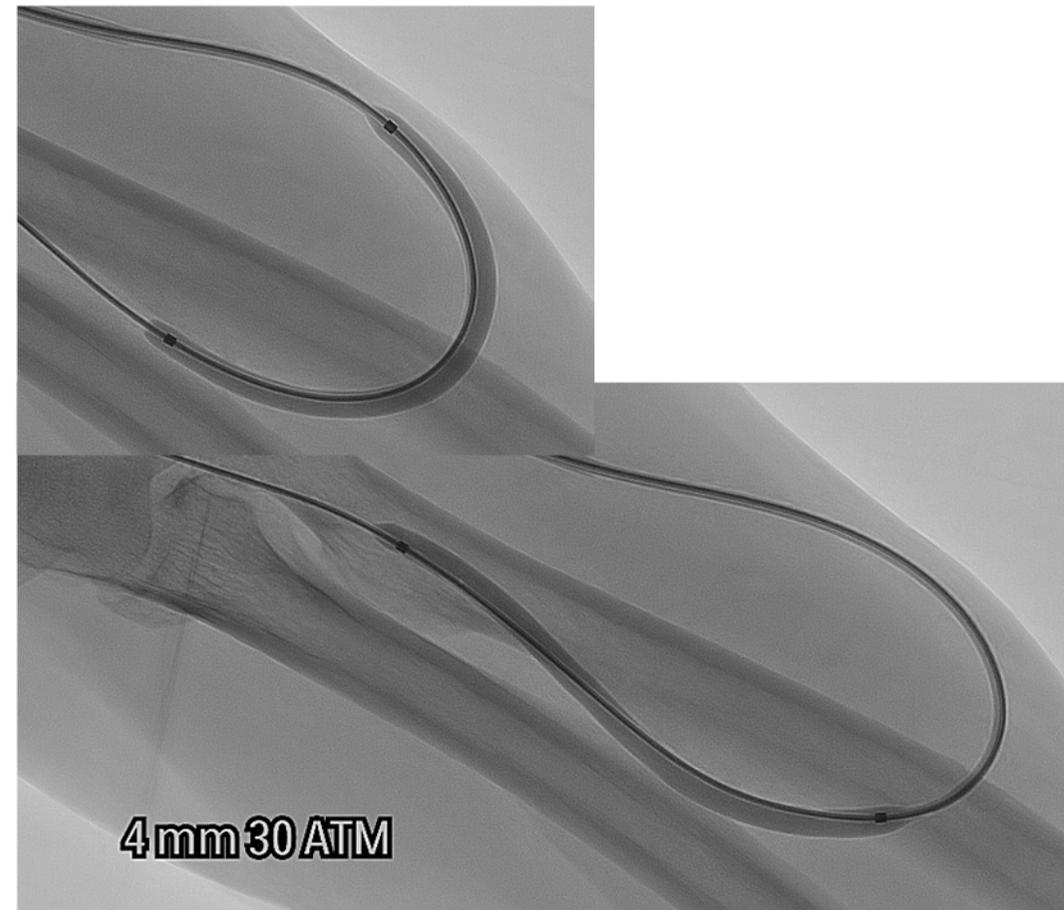
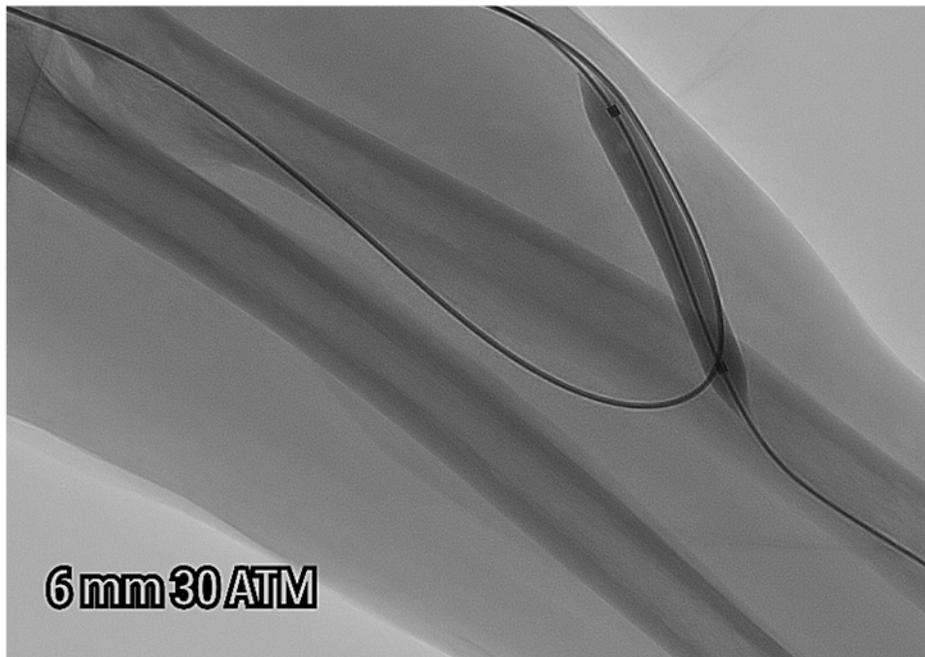
- 
- 
- Patiente de 74 ans
  - Phlébographie mai 2022: Sténose centrale droite
  - → Fav RC gauche \*2 (reprise pour préthrombose avec remontée de l'anastomose en octobre 2023)

## 8 DÉCEMBRE 2023. DIALYSÉE SUR KT A DROITE

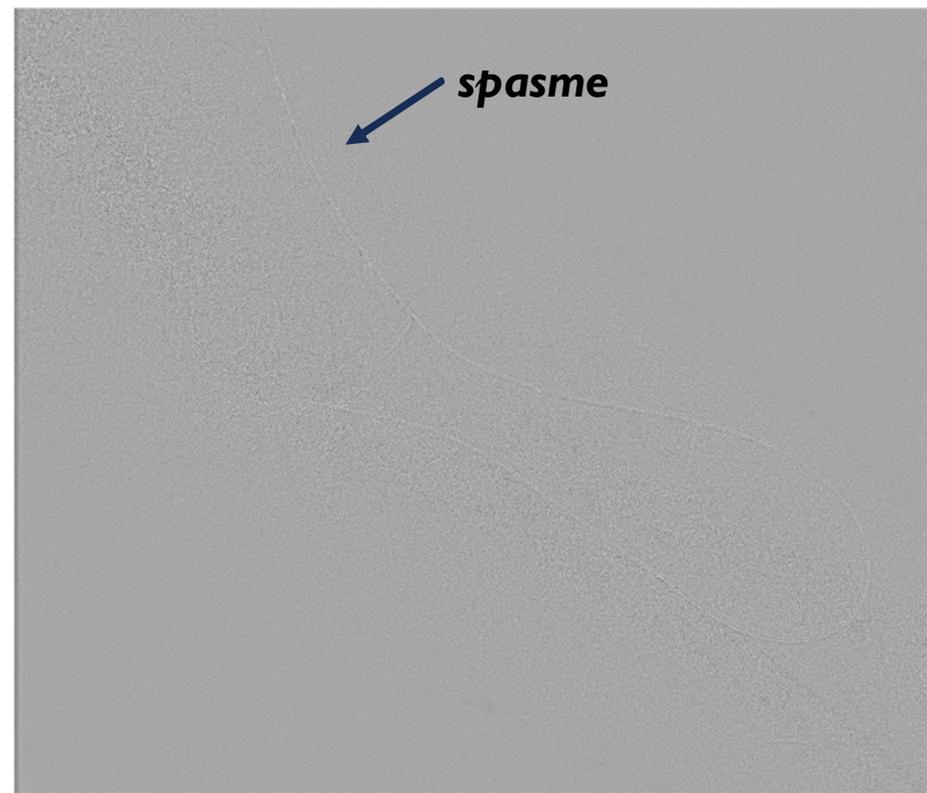
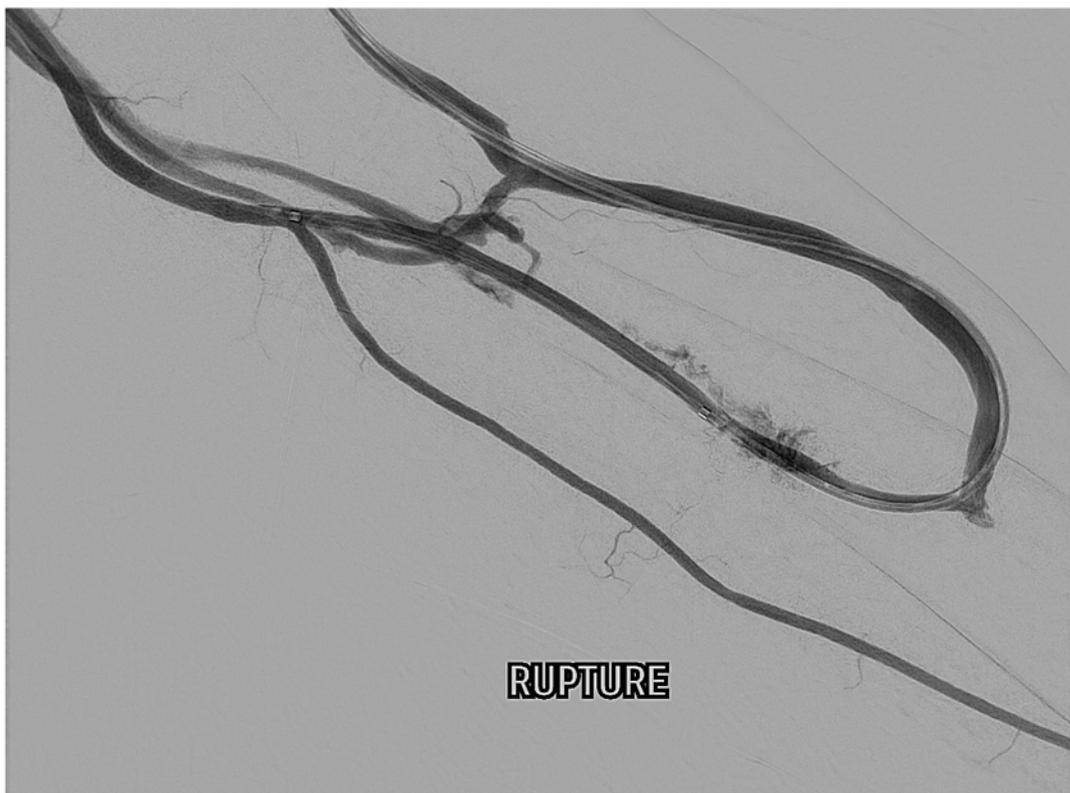


Débit 450 ml / min.  
Pas de sténose du versant artériel (dédoublement).  
Sténose veineuse post anastomotique

PREMIÈRE FOIS. 6 MM SUR LA VEINE. ARTÈRE JUGÉE DE QUALITÉ MOYENNE



# ASPECT FINAL



22 DÉCEMBRE 2023 (2 SEMAINES PLUS TARD)

\*difficultés de ponction

\*douleurs ou dysesthésies des doigts

\*œdème localisé au gros bras

\*anomalie dépistée à l'échographie

\*saignements prolongés en fin de dialyse

\*suspicion d'hyperdébit

\*baisse de débit au Transonic ou équivalent

\*autre : Retour de maturation - fistulographie  
environ 3 semaines - Mettre à disposition  
de l'unité et souffler de la fistule

Le patient est-il sous anticoagulants oraux ?  
(Préviscan, Sintrom, Coumadine)

l'arrêt des anticoagulants, quand il est possible, est souhaitable  
dans tous les cas où il faut ponctionner l'artère humérale pour explorer  
éventuellement la fistule : *bas débit et difficultés de ponction sur fistules de l'avant-bras*

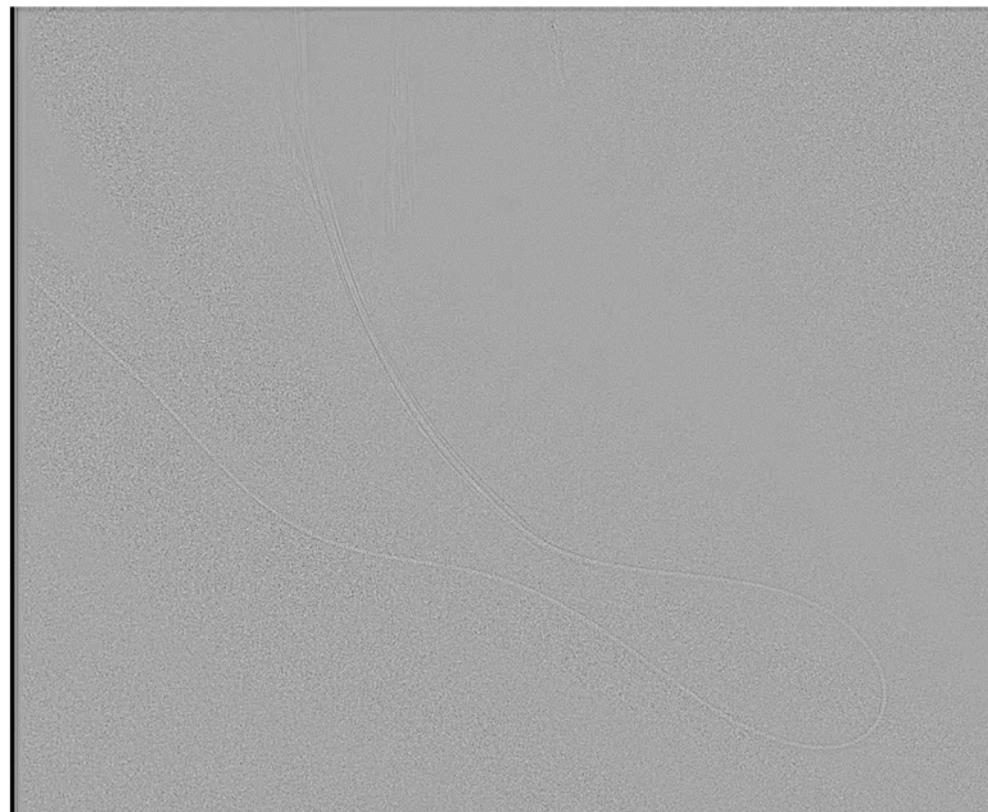
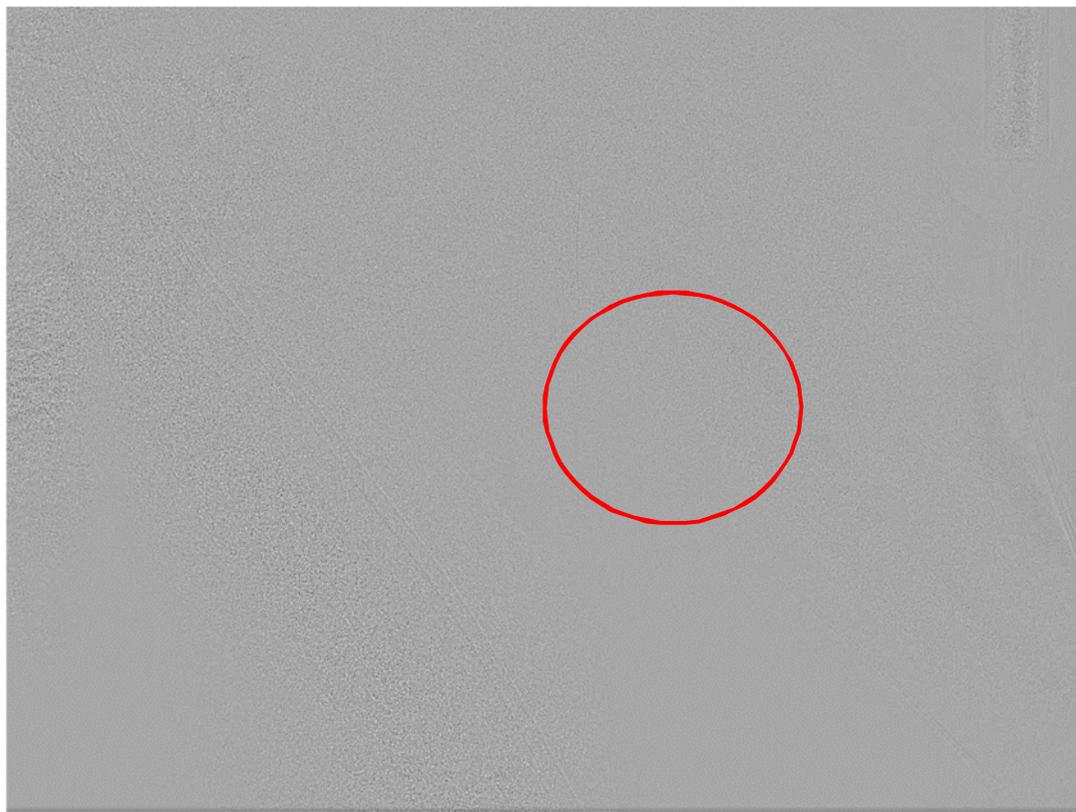
Le risque est de voir la ponction de l'artère humérale se compliquer d'un faux-anévrisme comprimant le nerf  
médian. Aspirine et Plavix n'ont pas à être arrêtés.

En cas de doute sur la stratégie à adopter, demander à en parler directement avec le radiologue

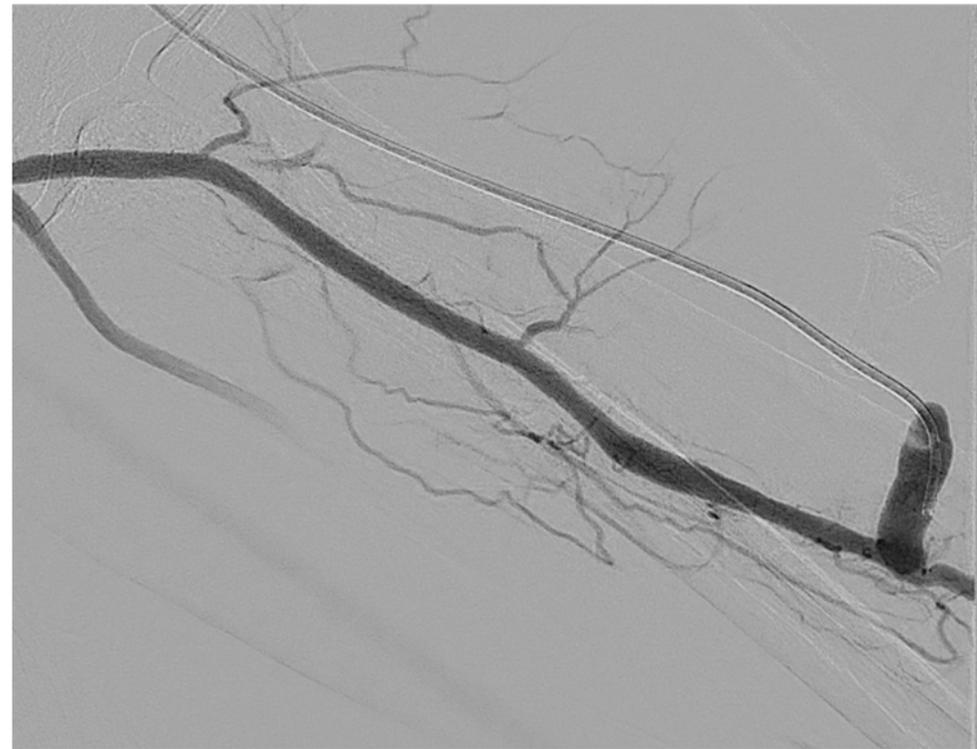
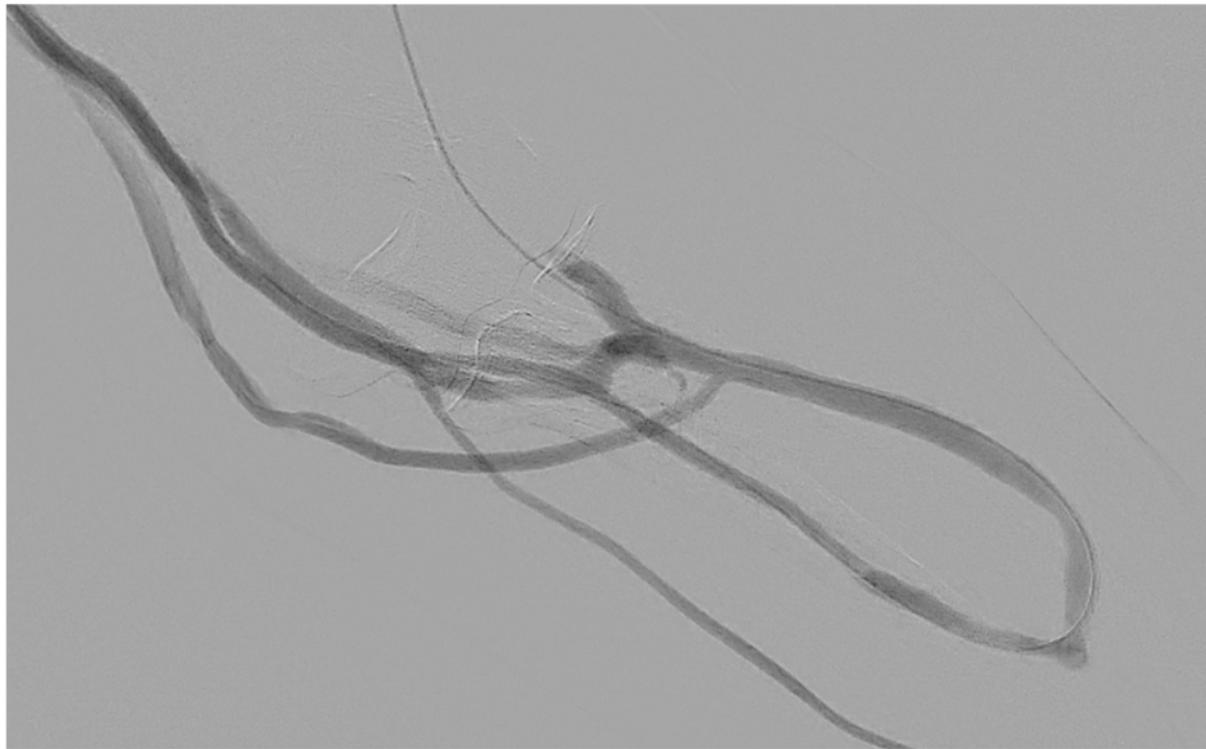
OUI NON

Les DR de déchiffrement possible  
spécifiques. respect  
l'ensemble.

22 DECEMBRE 2023



22 DÉCEMBRE 2023



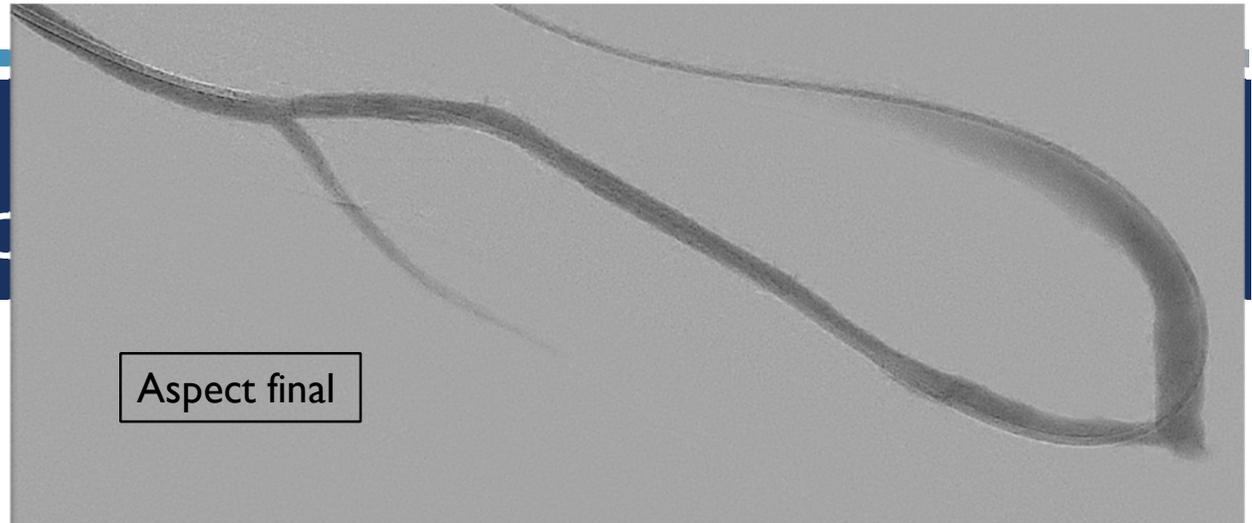
## DILATATION SANS CONVICT

### AU TOTAL

**L'angiographie confirme la resténose de la veine post-anastomotique associée à la persistance d'une sténose sur la portion toute initiale de l'artère radiale proximale au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras.**

**La veine a été dilatée au ballon de 8 mm soit 2 mm de plus que lors de la précédente dilatation en complétant par du ballon actif et l'artère au ballon de 4 mm.**

**La veine artérialisée reste cependant profonde par endroit ce qui peut rendre les ponctions un peu plus difficiles.**



JANVIER 2024

\*saignements prolongés en fin de dialyse

\*suspicion d'hyperdébit

\*baisse de débit au Transonic ou équivalent

\*autre :

aux ?

est souhaitable

métrale pour explorer

ponction sur fistules de l'avant-bras

ale se compliquer d'un faux-anévrisme compliquant le...

Vol vasculaire → néose (doppler)  
artérielle ? Débit FAV 500-600 (jolie)  
plaie main gauche cicatrisant pas  
OUI NON oui  
3 semaines

**FISTULE :** Radio-céphalique gauche

**Indication :** contrôle post dilatation

Conditions d'examen : Bonnes

**Débit de la FAV :** 550-600 ml / mn

Index de résistance de l'artère brachiale : 0.52

Diamètre : 48 mm

Pas de signe de sténose sur le versant artériel d'alimentation.

Anastomose libre.

Site : 1/3 moyen de l'avant bras

Sténose modérée juxta anastomotique de la FAV sur la veine artérialisée.

La veine mesure 5 à 5.9 mm de diamètre et se situe à 3.3 mm sous la peau.

Drainage céphalique .

Artère radiale distale : hémodétournement physiologique

Artère ulnaire : flux majoré (composante diastolique )

**CONCLUSION :**

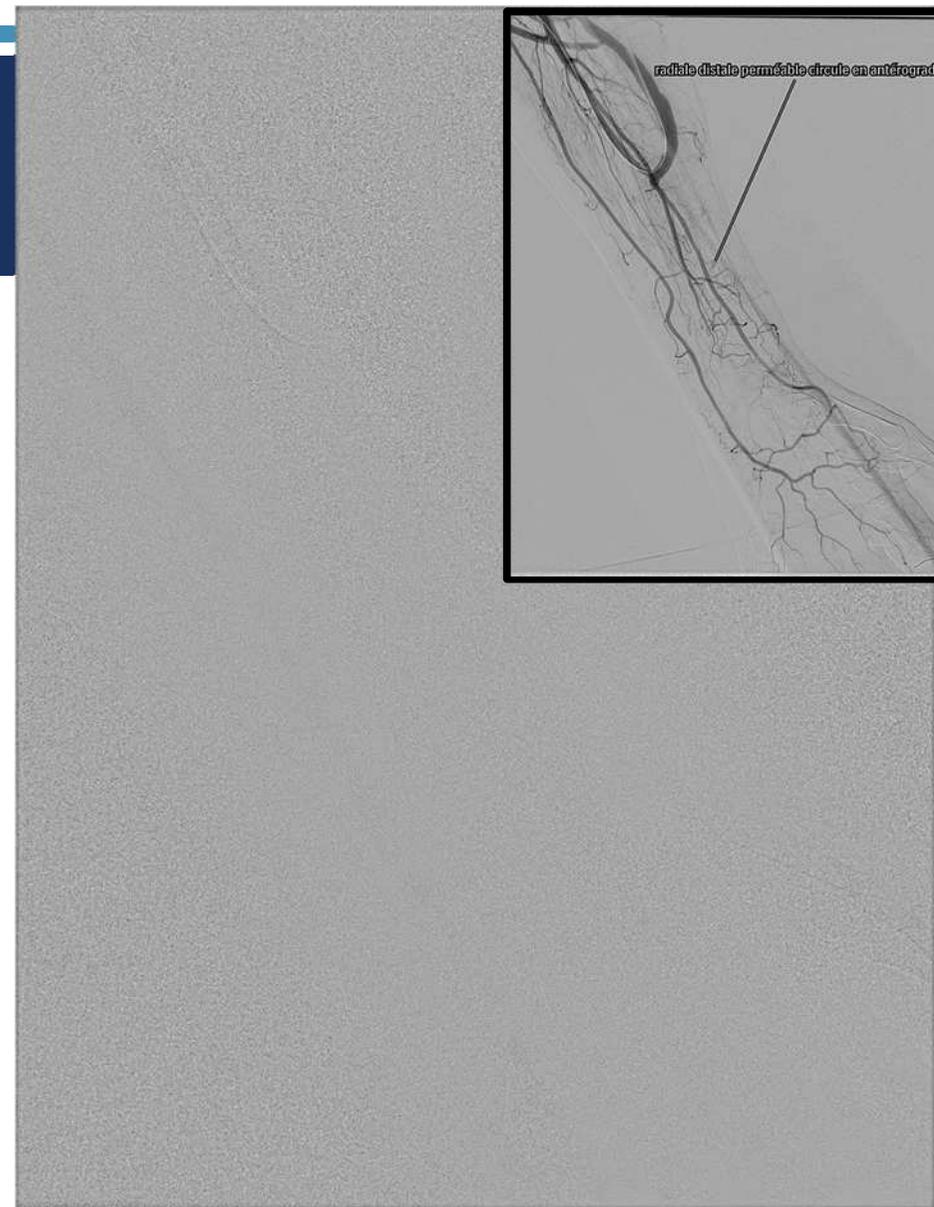
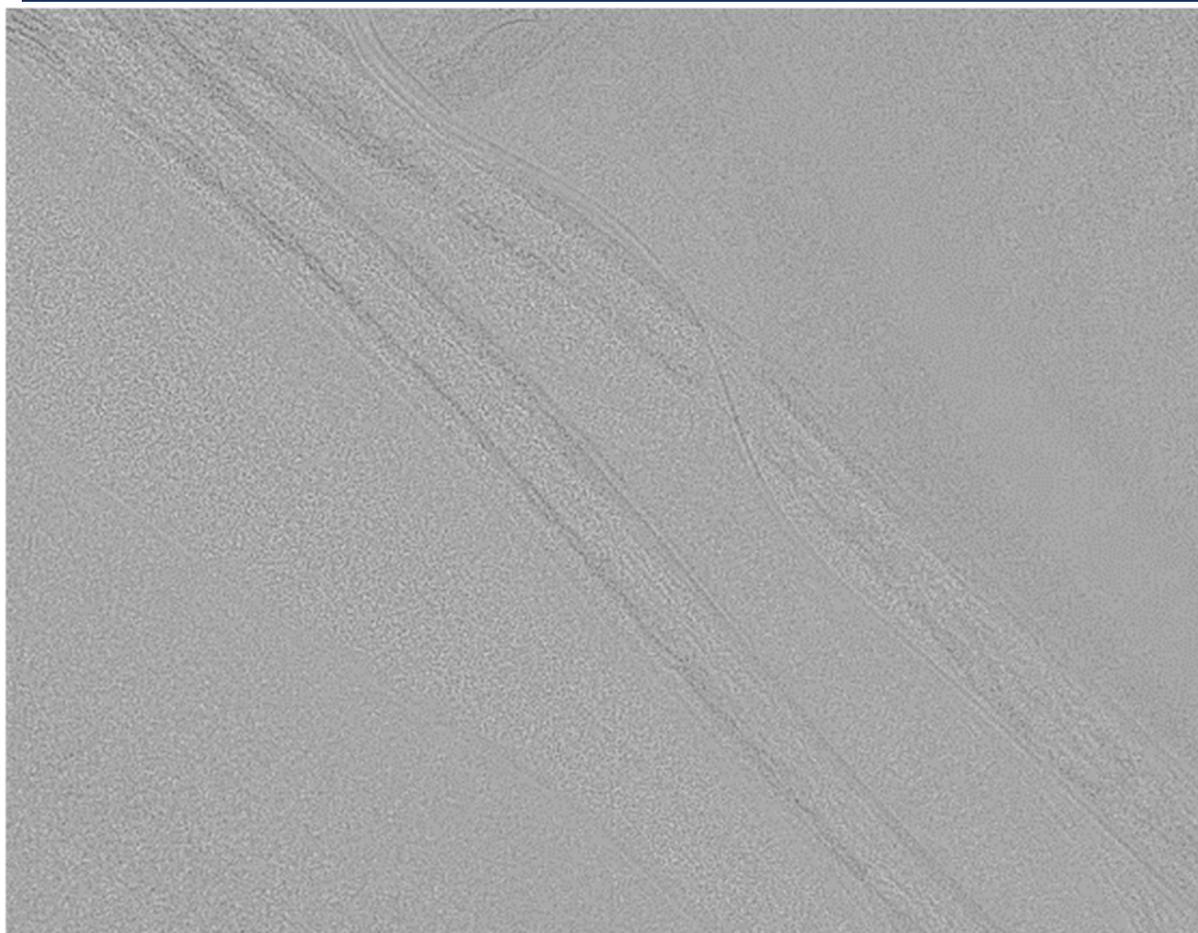
Sténose modérée juxta anastomotiques sur la veine artérialisée.

Fistule fonctionnelle au tiers supérieur de l'avant-bras avec un débit de 550 à 600 ml/min. La veine se situe à 3,3 mm sous la peau et a un calibre de 5 à 5,9 mm

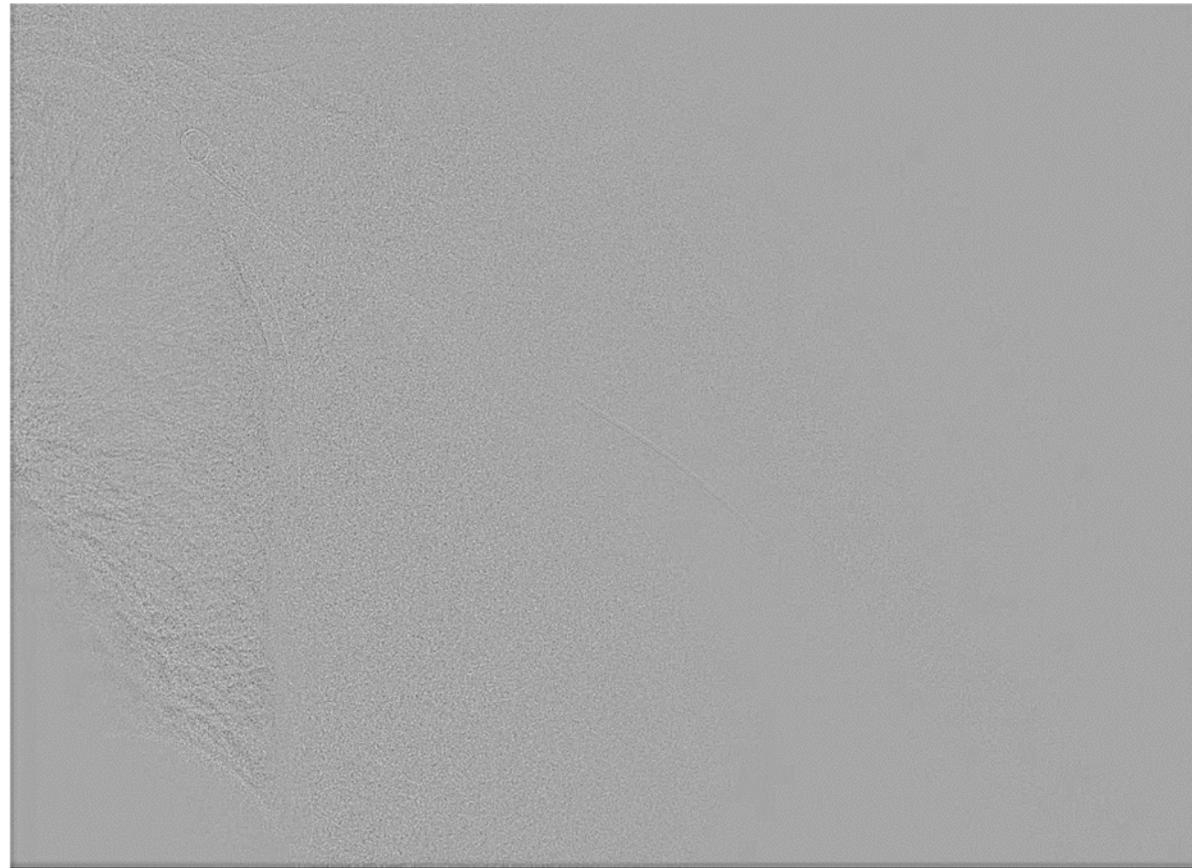
11/01/2024



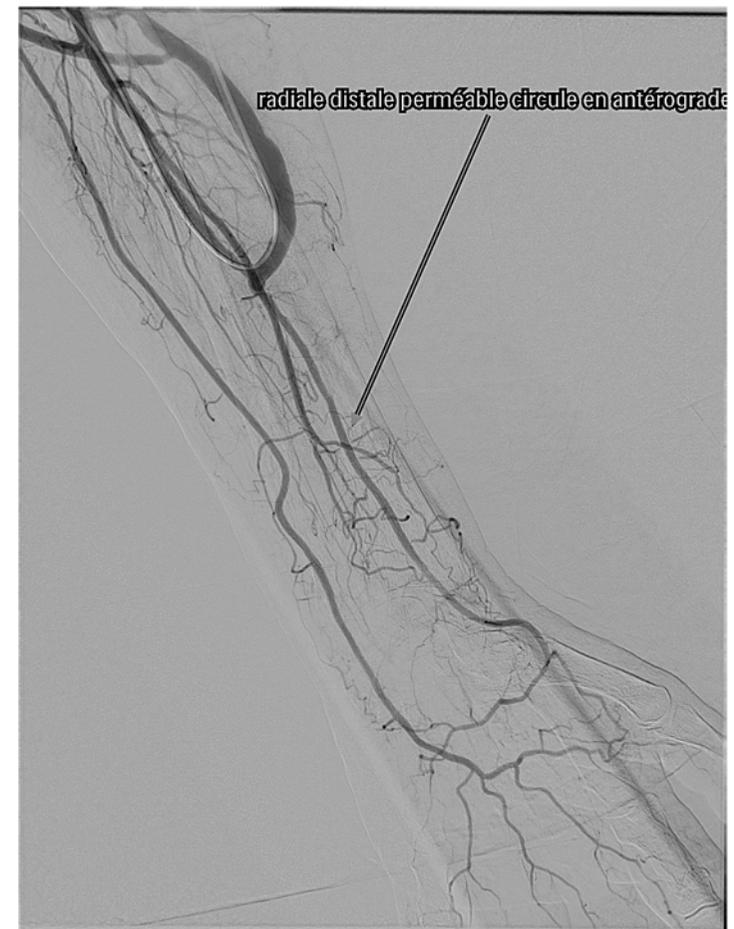
JANVIER 2024



# BILAN ARTÉRIEL EXHAUSTIF

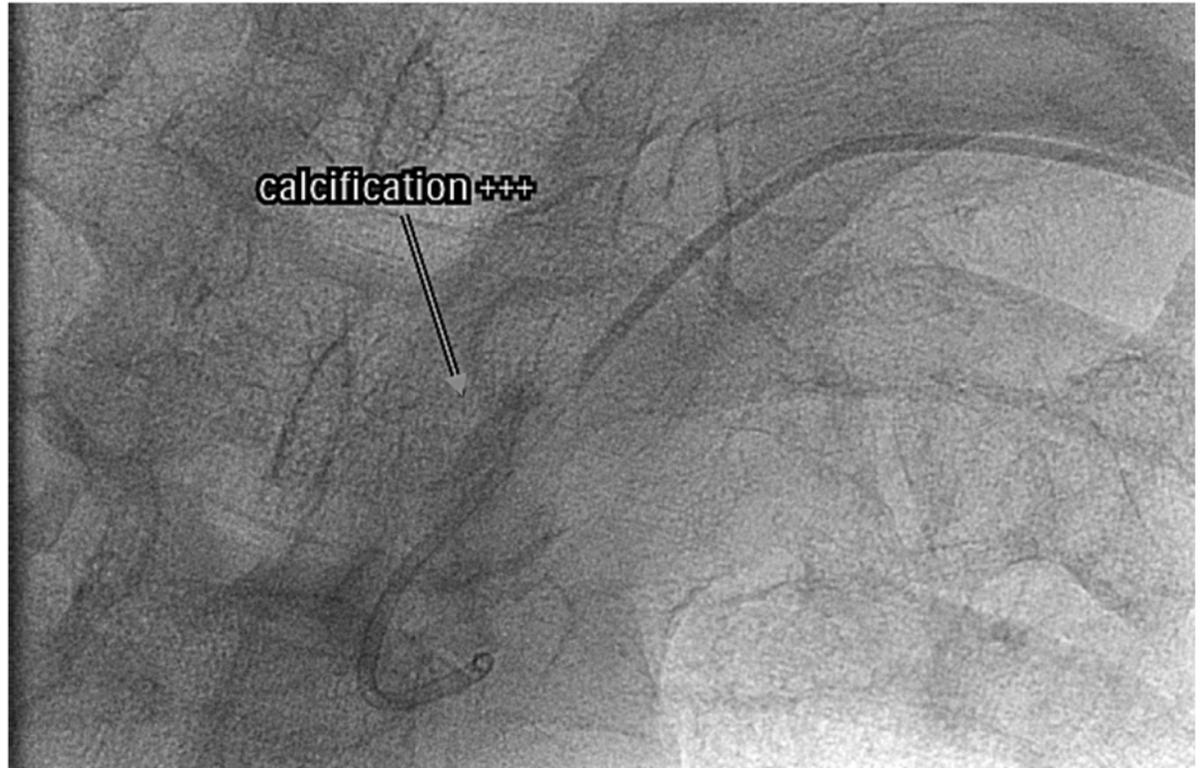


→ LE DOPPLER AVAIT RAISON...: PAS DE STÉNOSE ARTÉRIELLE!



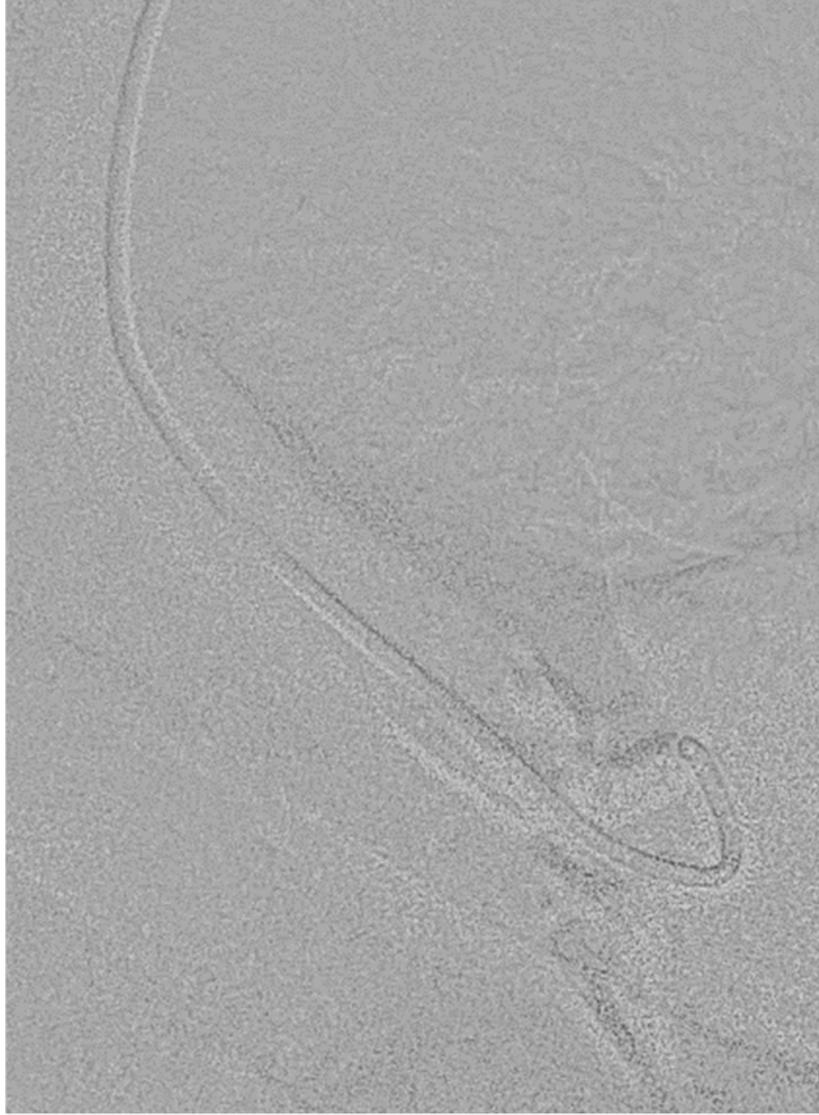


??



# ARTÉRIOGRAPHIE ARCHE AORTIQUE





CAT?

**AU TOTAL**

**L'angiographie a permis de documenter une sténose significative à l'origine de l'artère sous-clavière gauche qui explique le phénomène d'ischémie.**

**Pas d'anomalie autre artérielle ou veineuse sur l'ensemble du bras et de l'avant-bras.**

**Compte tenu de cette sténose très proximale, et de phénomènes ischémiques, il faudra probablement envisager la fermeture de cette fistule et demander un avis auprès d'un chirurgien vasculaire pour avoir la conduite à tenir.**

**Dr ARNOULD Marc-Antoine**

## CONSULTATION CHIRURGIE VASCULAIRE

Cette patiente dialysée présente des troubles trophiques ne cicatrisant pas sur les doigts gauches sans douleurs. La fistule artério veineuse gauche n'est pas fonctionnelle. Le pouls huméral gauche est perçu sans pouls en distalité avec une anisotension.

L'artériographie confirme la présence d'une sténose serrée ostiale calcifiée de l'artère sous clavière gauche avec un bon réseau d'aval. Un scanner thoracique de 2023 retrouvait des calcifications ostiales de la sous clavière gauche.

## DILATATION OSTIUM SOUS CLAVIER.

### INTERVENTION : ANGIOPLASTIE STENT ARTERE SOUS CLAVIERE GAUCHE (abord huméral)

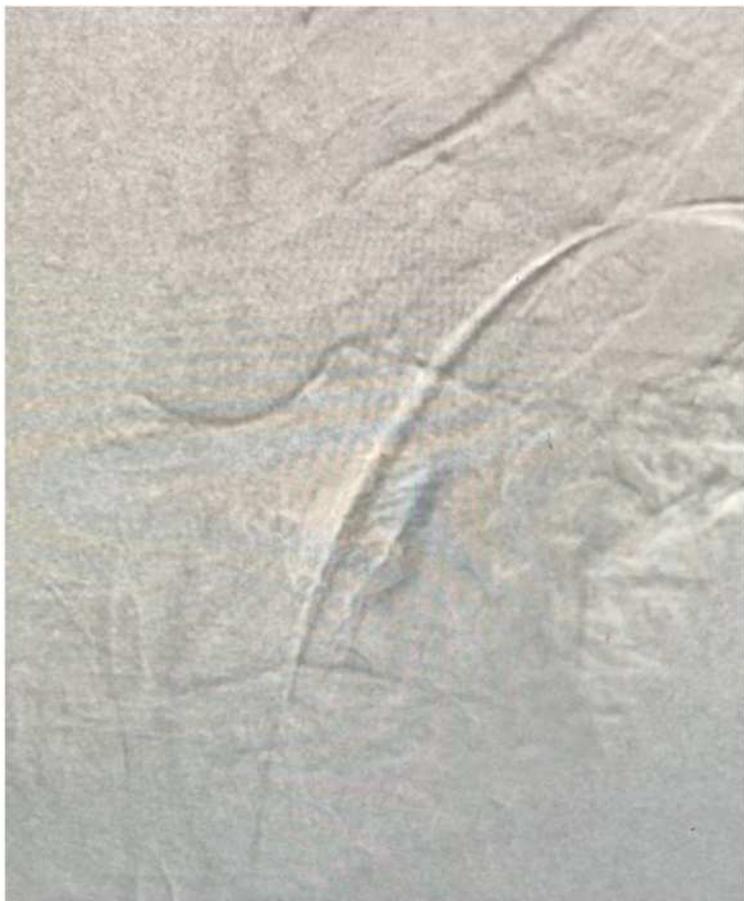
Décubitus dorsal, anesthésie loco régionale par bloc plexique et sédation.

Abord de l'artère humérale à la face interne du bras, celle-ci est de petit calibre et peu battante. Ponction rétrograde. Mise en place d'un guide 0.035 hydrophile puis d'un introducteur 7F. L'artériographie confirme la sténose serrée calcifiée de l'ostium de la sous clavière. Recanalisation avec un cathéter droit. Traitement de première intention par un stent Maquet V12 advanta 7/22. Le contrôle retrouve une sténose résiduelle en amont du stent qui sera traitée par un second V12 7/38 avec un bon résultat. Contrôle de l'aval : inchangé : bonne perfusion du bras.

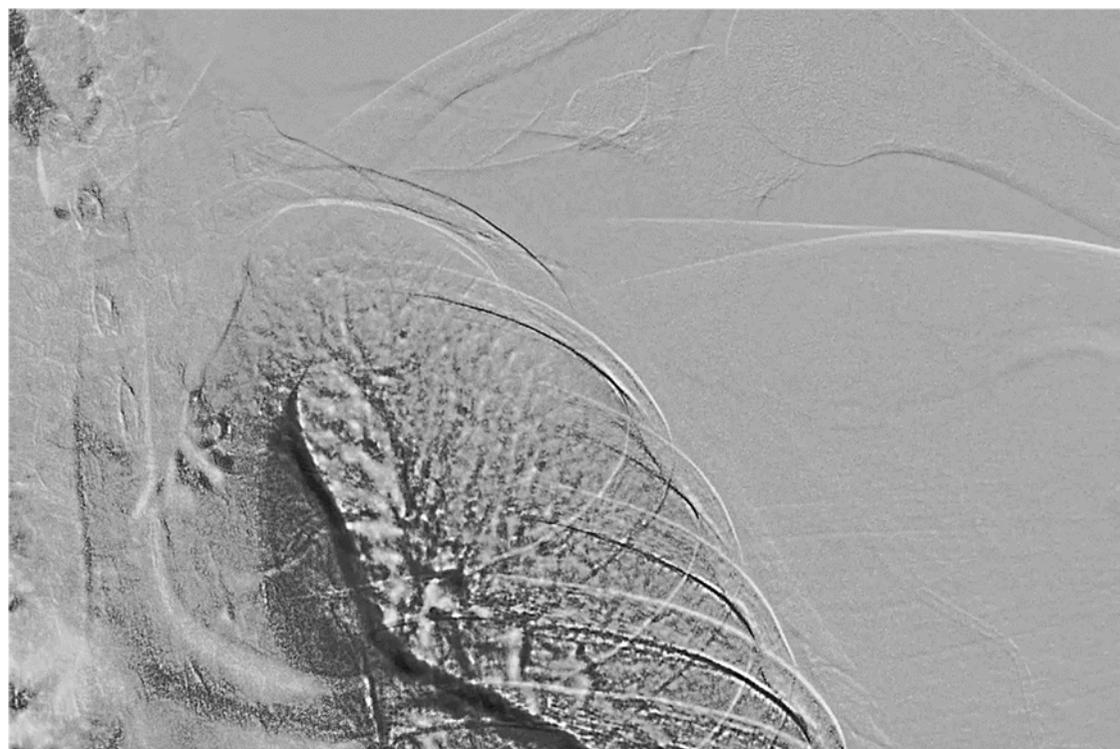
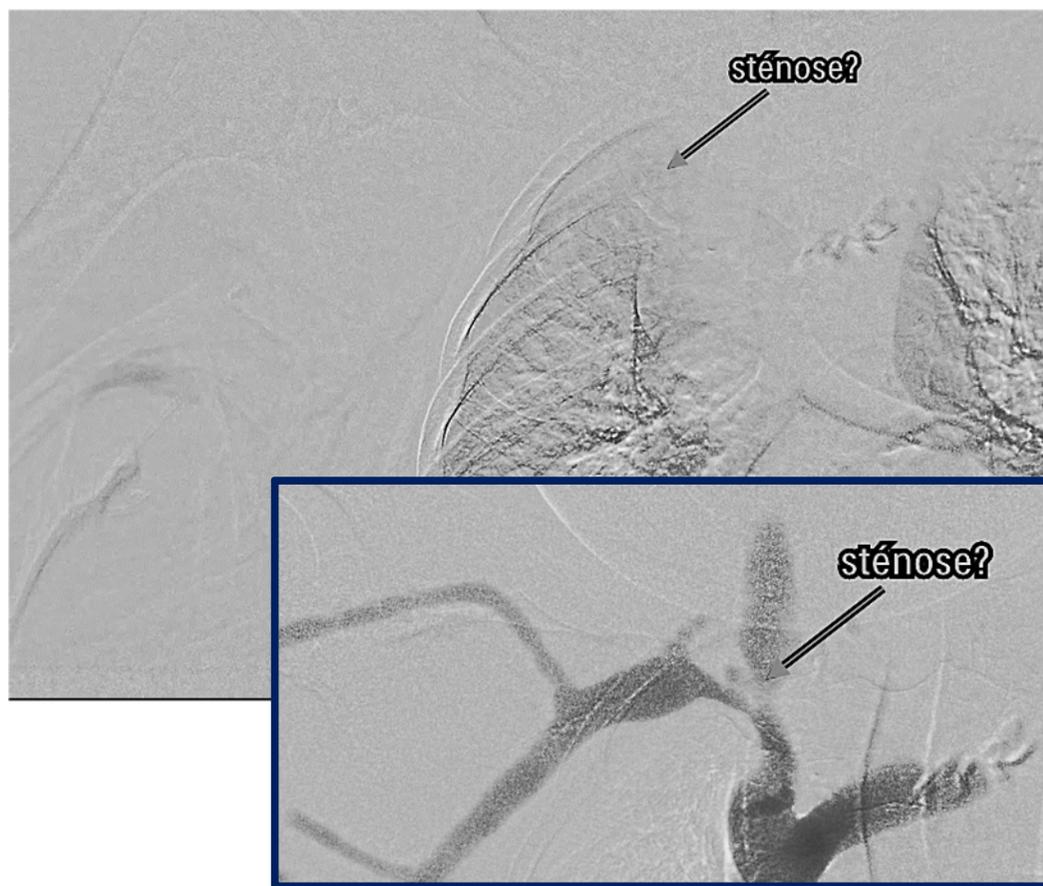
Retrait de l'introducteur sur une bourse de prolène avec une hémostase satisfaisante. .

Fermeture de l'abord par un plan de polysorb et surjet intradermique sur la peau

# RÉSULTAT FINAL



## REVENONS SUR LE BILAN INITIAL...



# CONTRÔLE DOPPLER

02/04/24

Indication : controle après (?) angioplastie sous claviere

Débit de la FAV : 950 ml/min

Index de résistance de l'artère brachiale : 0.52 Diamètre : 5.2 mm

Pas de signe de sténose sur le versant artériel d'alimentation. Dedoublement artere brachiale.  
( hématome au pli du coude)

Anastomose libre. Site : radial distal gauche

Pas de signe de sténose de la FAV sur la veine artérialisée. ( hematome au site artériel)  
La veine mesure 7.2 -7.8 mm de diamètre à 3 - 4.7 mm sous la peau.

Drainage céphalique principal et basilique.

Artère radiale distale : hémodétournement.  
Artère ulnaire : flux majeure par la FAV

## CONCLUSION :

La FAV est accessible et fonctionnelle.

Pas de signe de sténose de l'artère sous claviere ( angioplastie ? pas de stent visualisable)



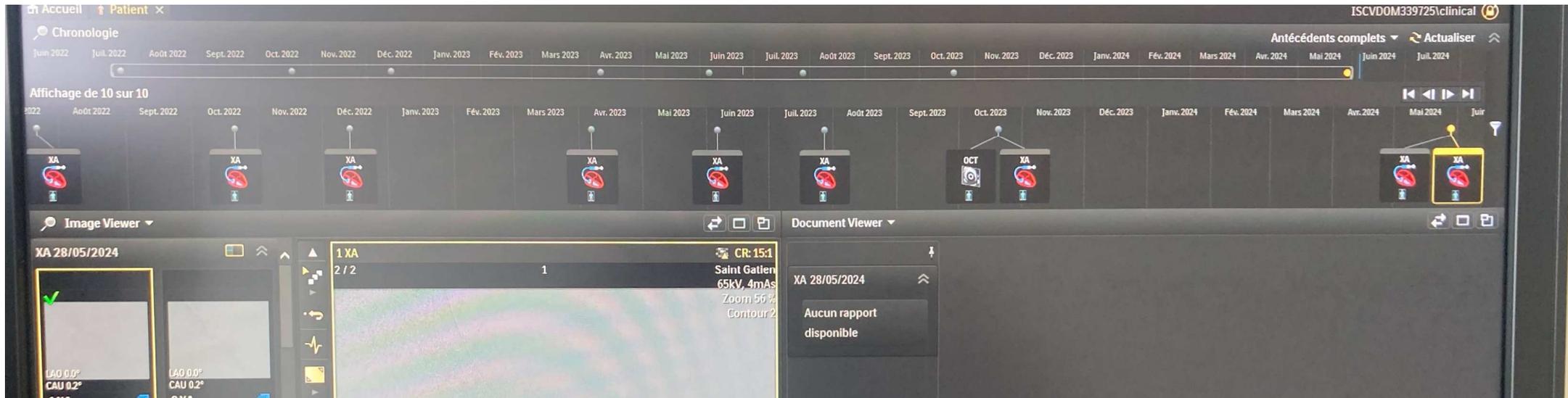
# STÉNOSE RÉCALCITRANTE

AJACCIO JUIN 2024



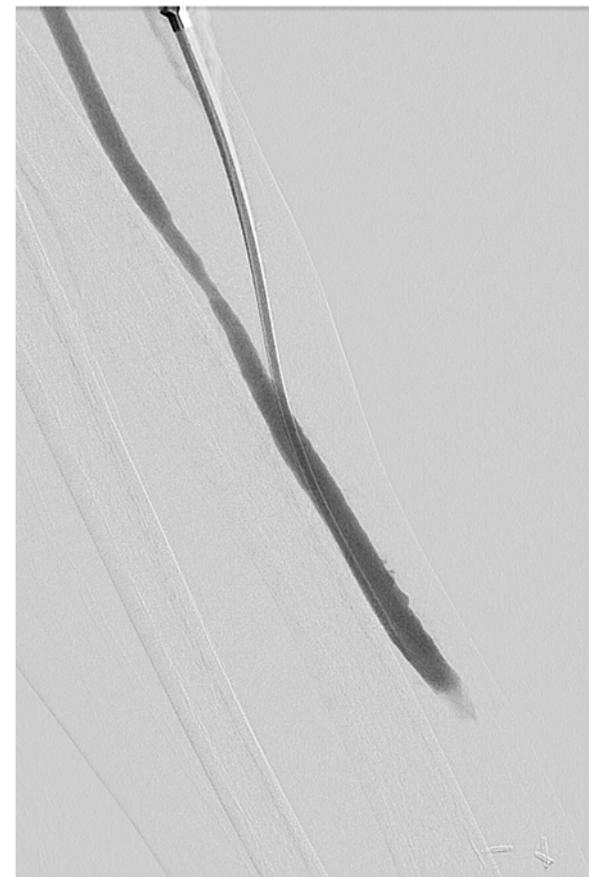
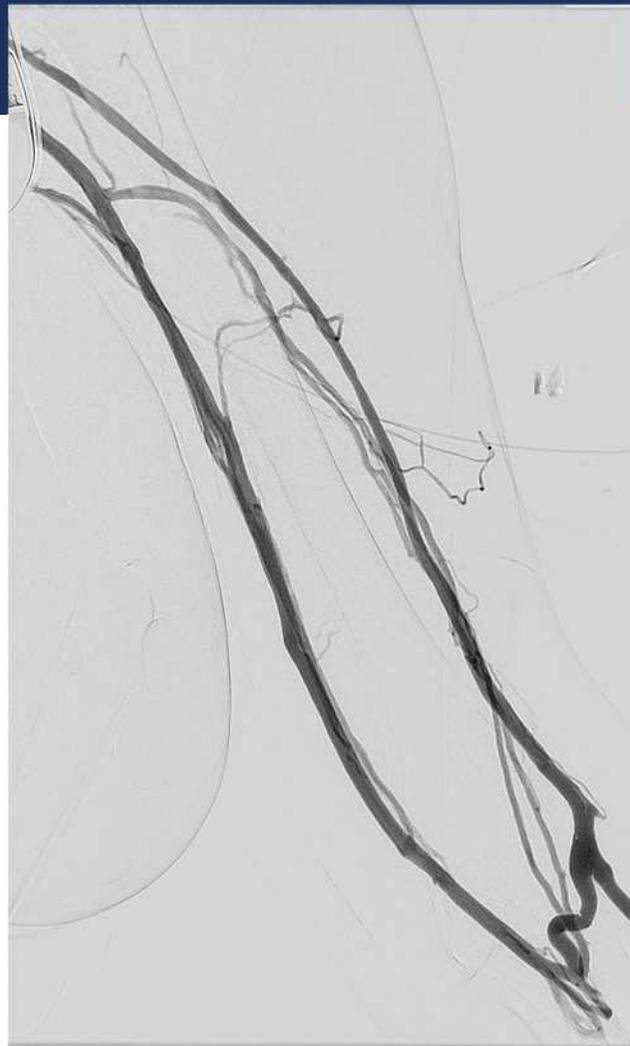
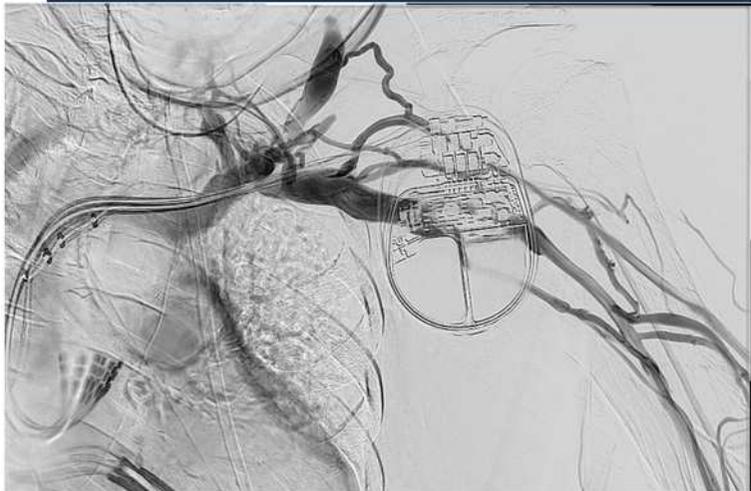
## DÉJÀ PRISE EN CHARGE DANS UN AUTRE CENTRE PAR LE PASSÉ PATIENTE DE 65 ANS . DNID

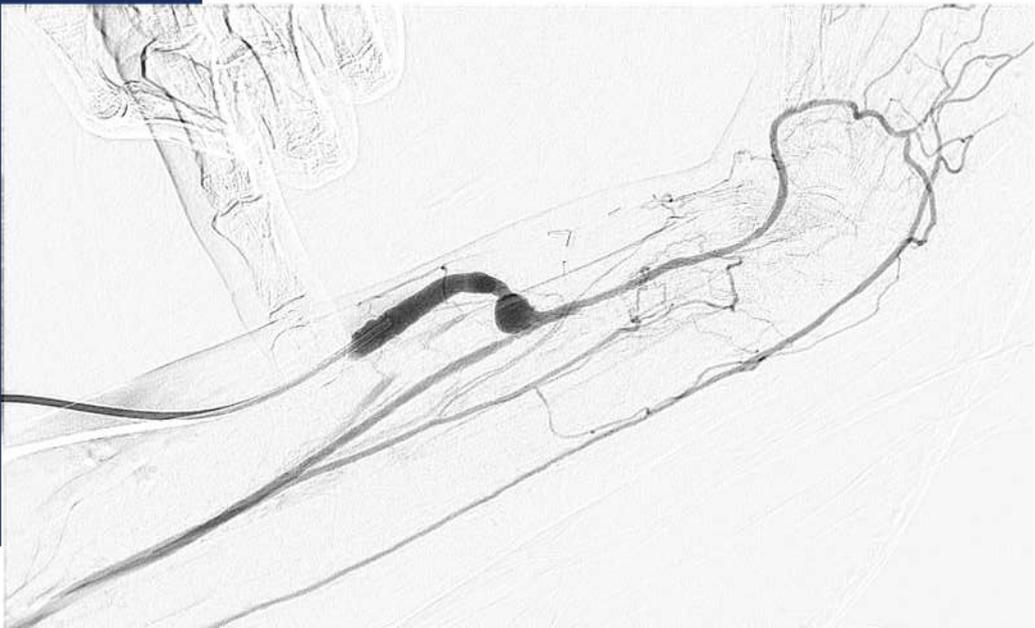
- FAV RC G 08/2020. Pas de Fav possible sur la cartographie à droite
- Juin 2021: Dilat artère radiale
- Aout 2021: athérectomie Jet Stream et dilat artère radiale
- Octobre 2021: Dilat artère radiale
- Février 2022: Doppler: Artère grêle débit 330
- → Mars 2022: Dilat artère
- Contrôle doppler 04/22: récursive

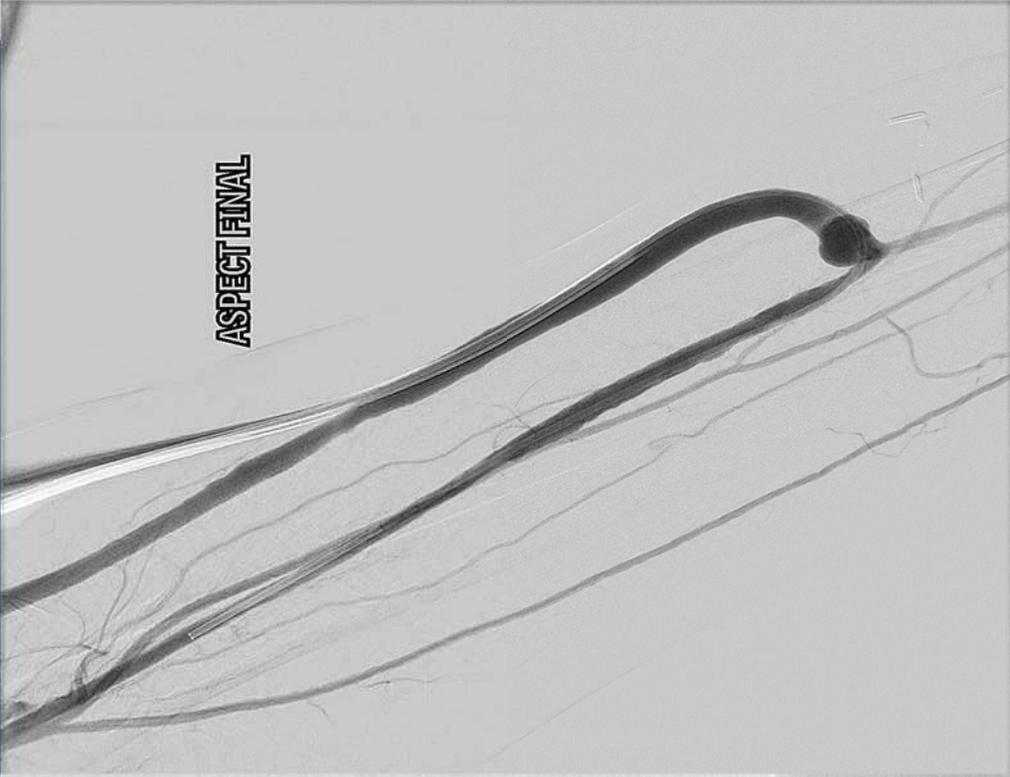


**Entre Juillet 2022 et Mai 2024: 8 Dilatations dans notre centre**  
**Au moins 4 dilatations dans un autre centre auparavant**

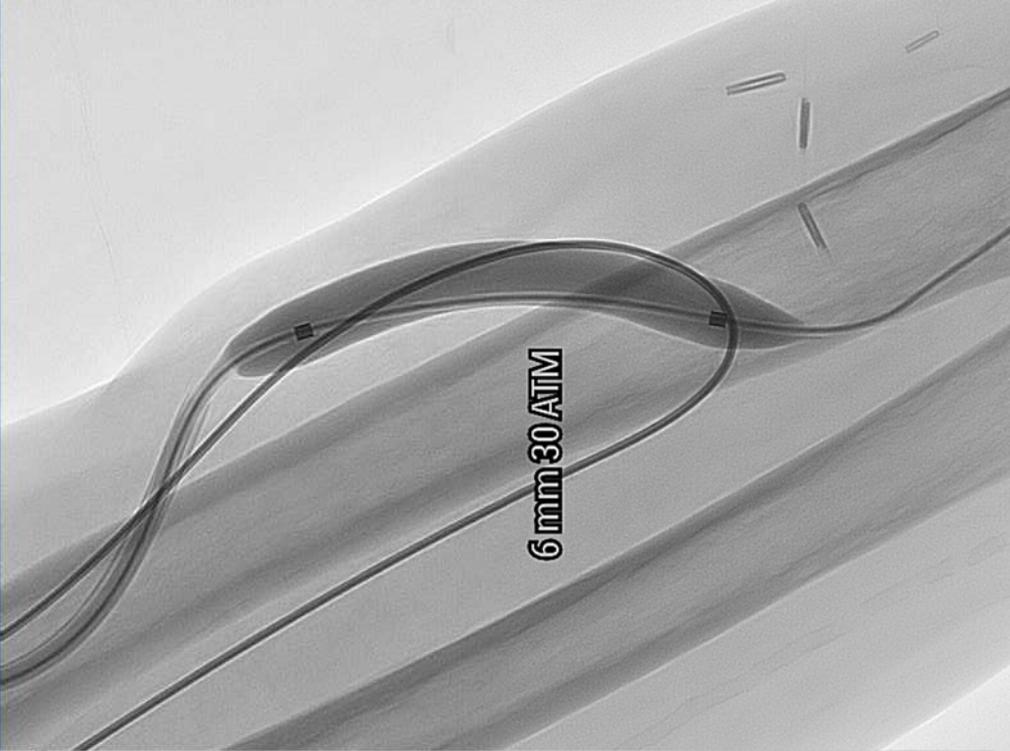
JUILLET 2022



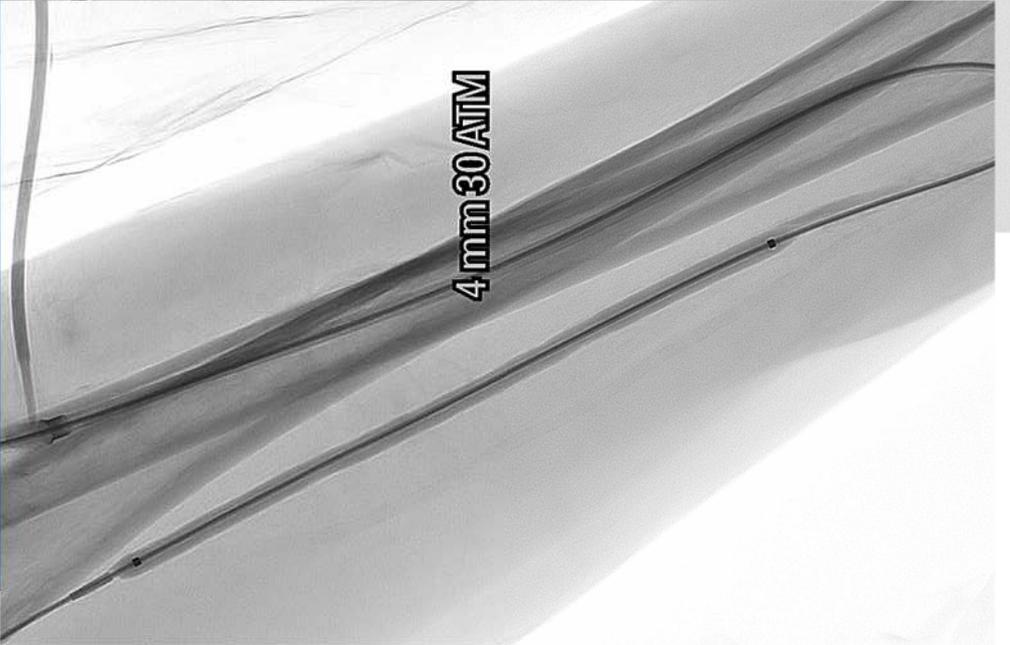




**ASPECT FINAL**

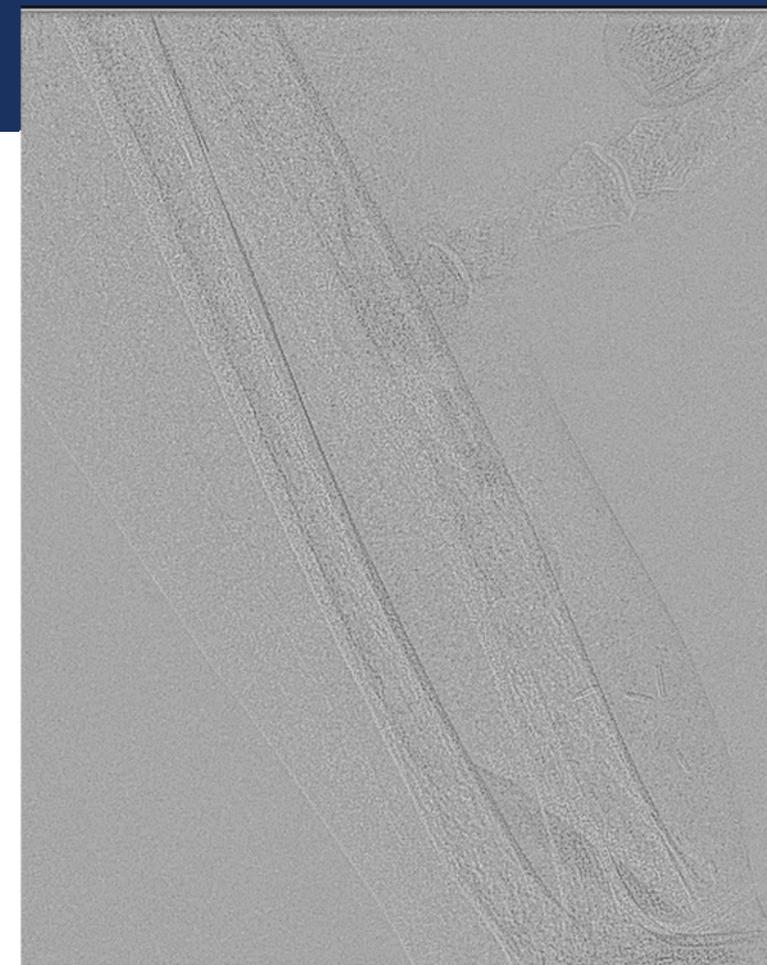
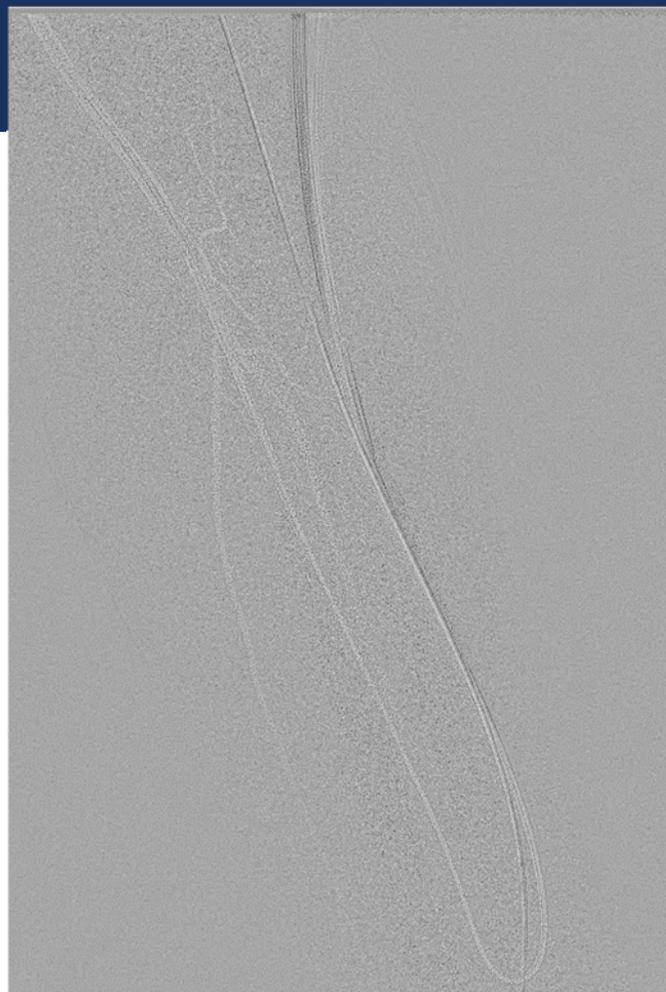


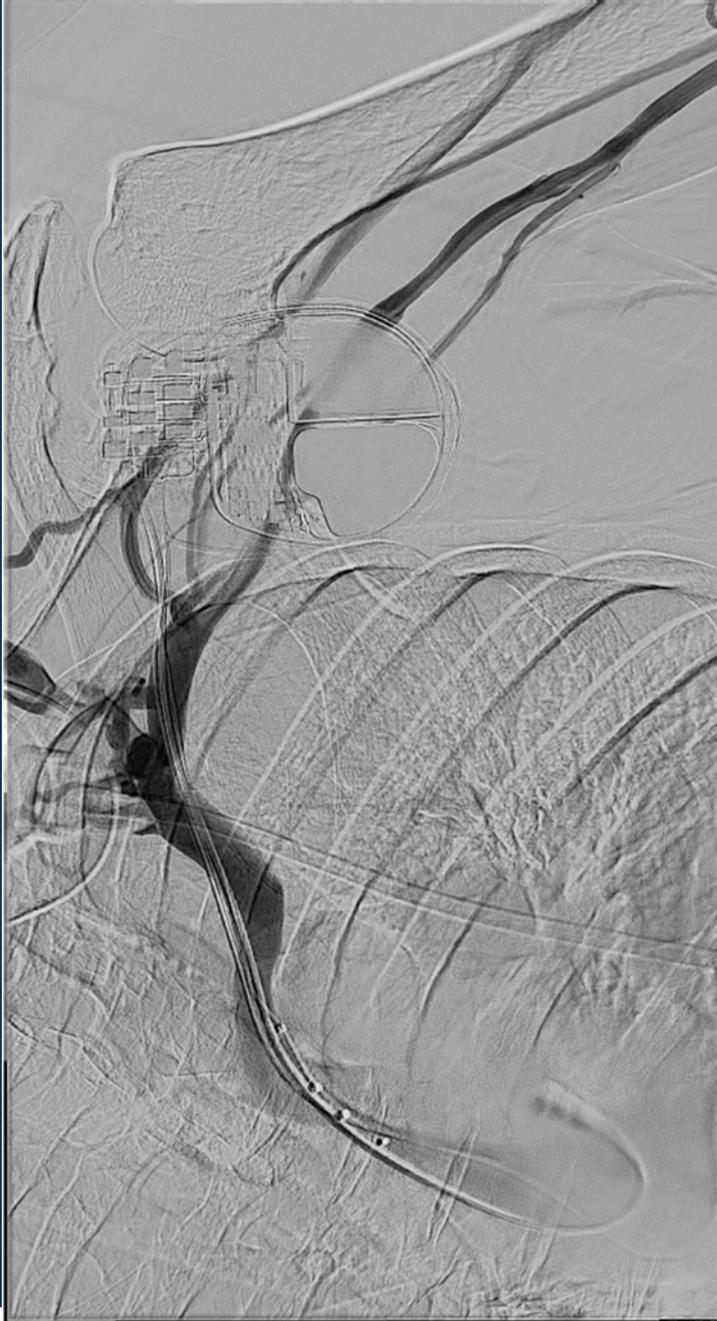
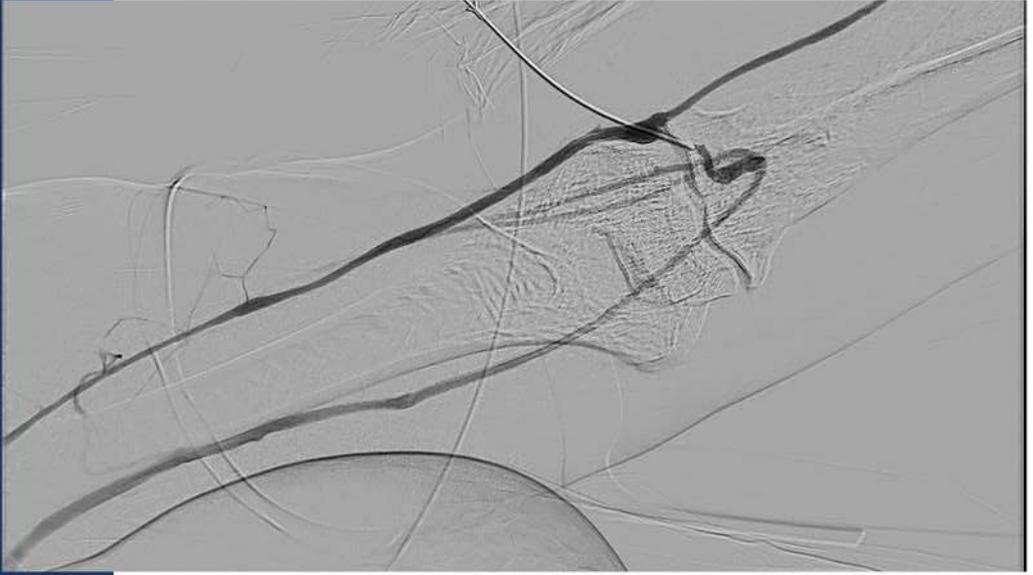
**6 mm 30 ATM**

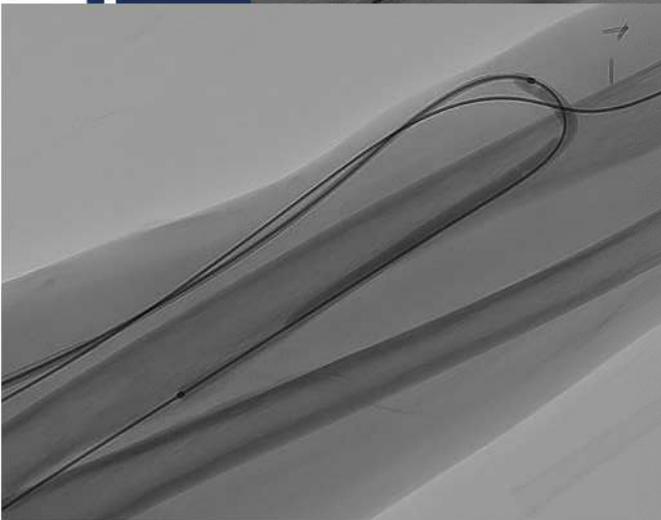
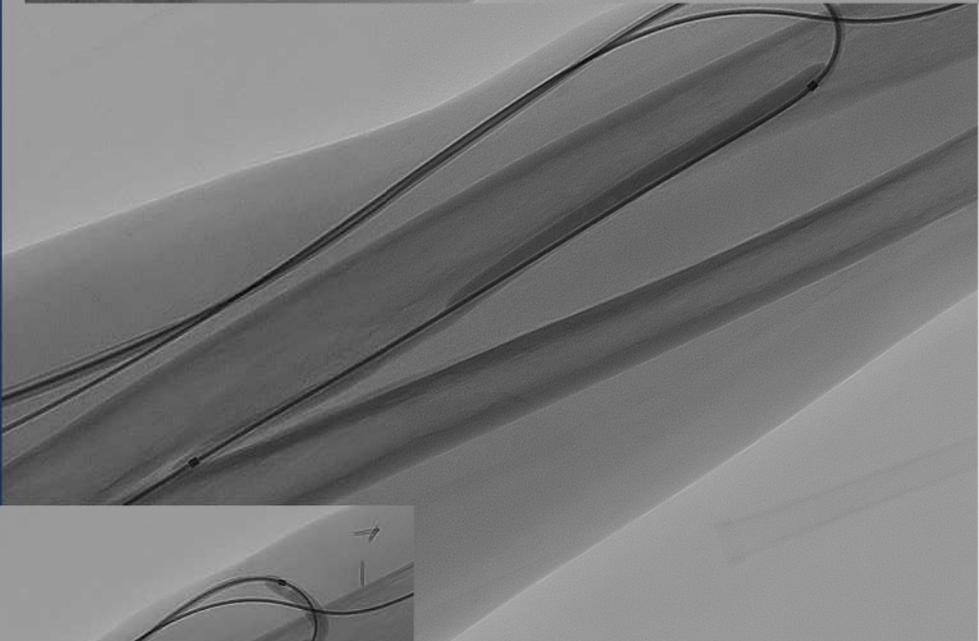
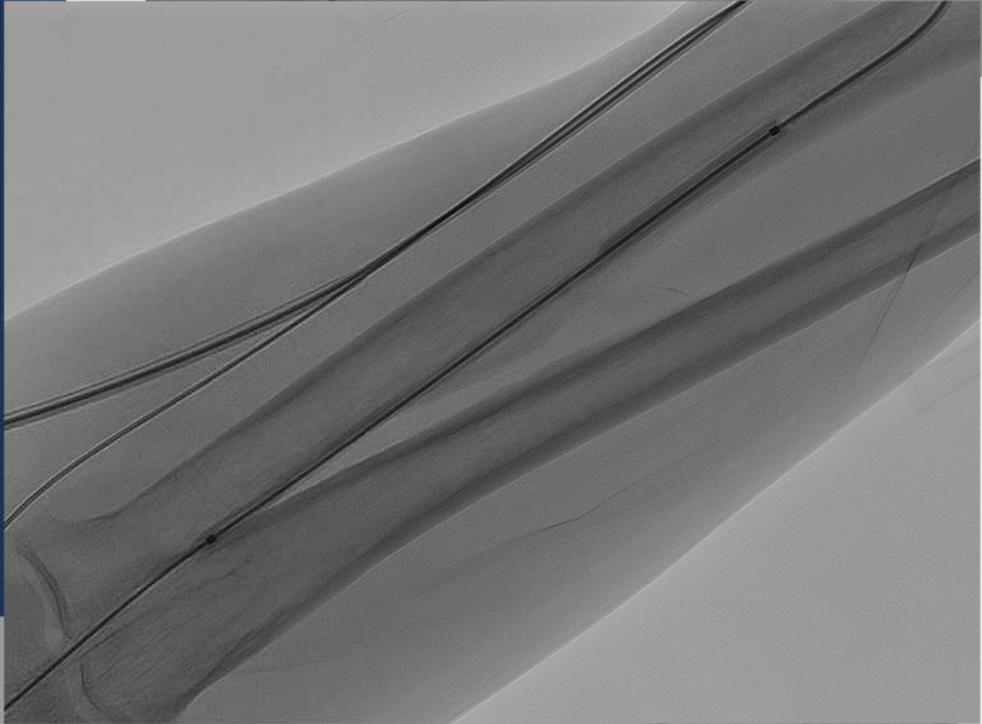
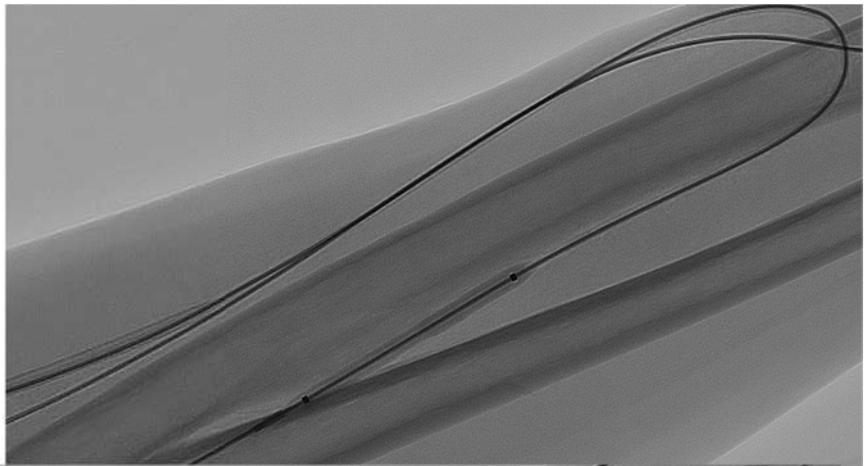


**4 mm 30 ATM**

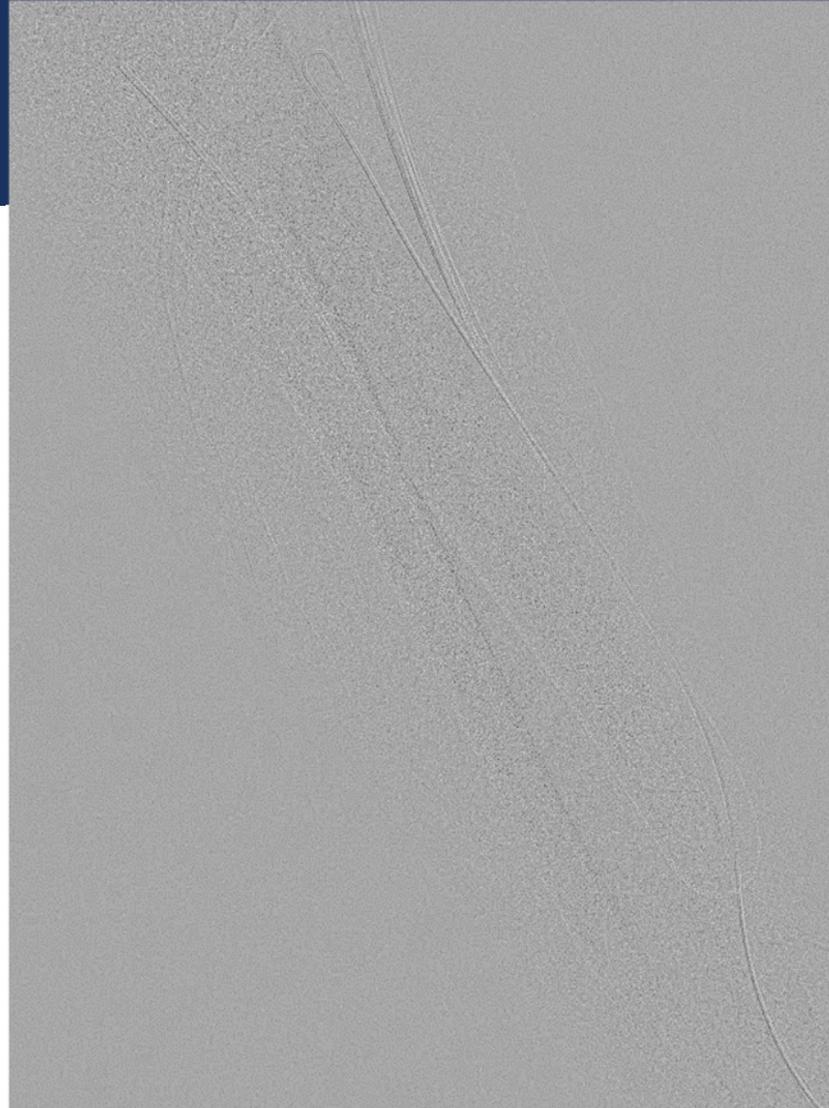
OCTOBRE 2022



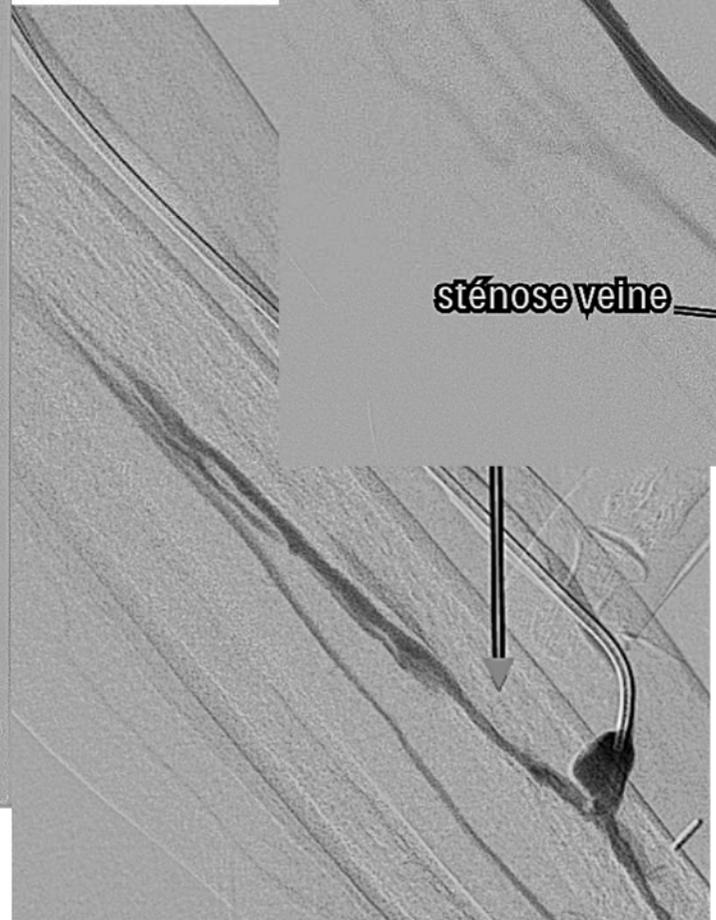




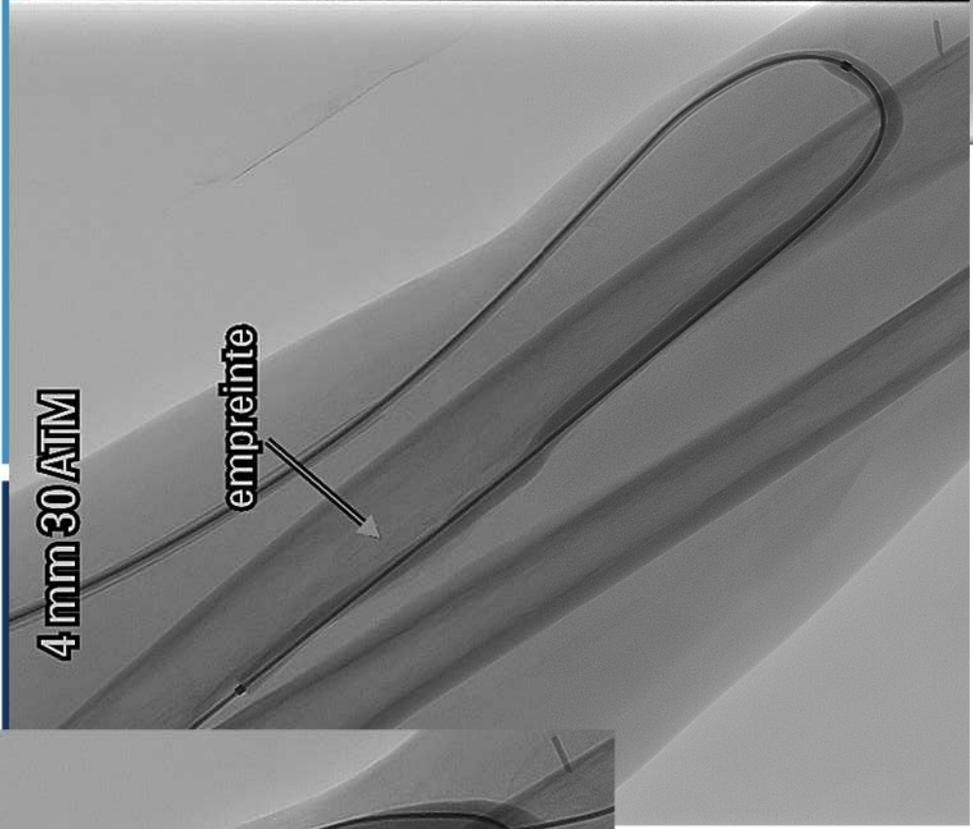
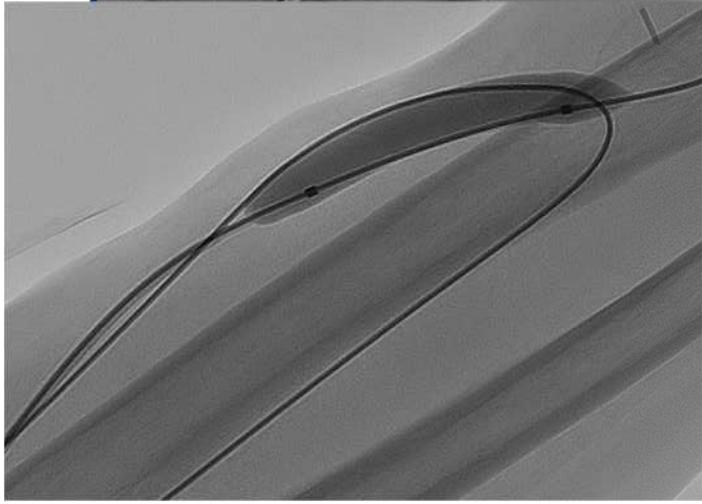
ASPECT FINAL



# DÉCEMBRE 2022.ASPECT DE LA RADIALE...??

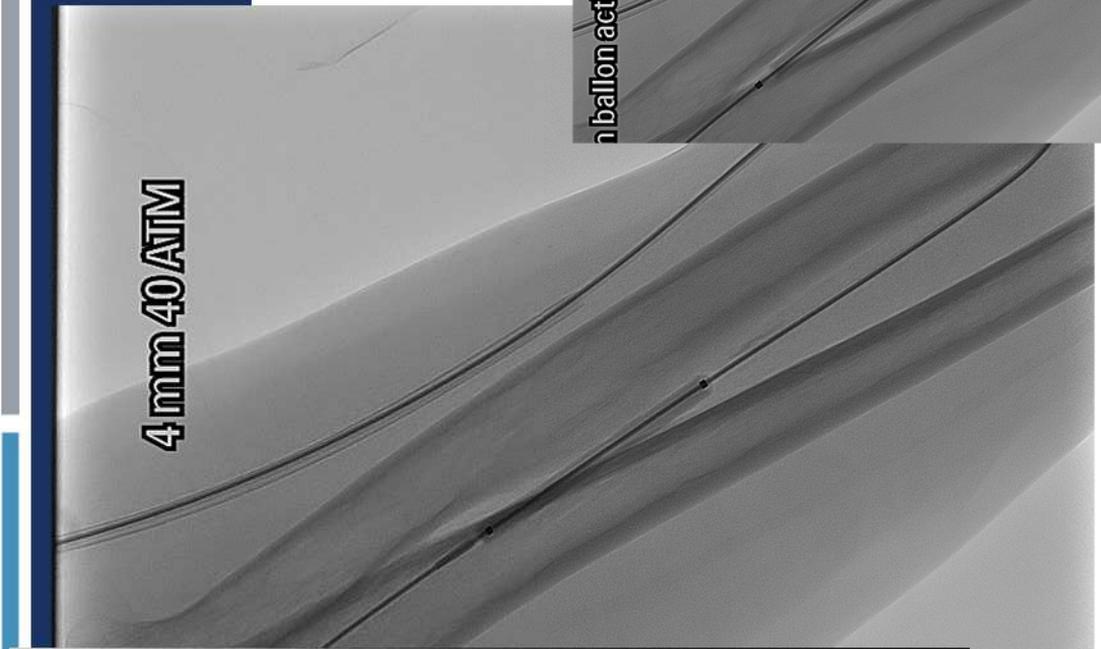


sténose veine

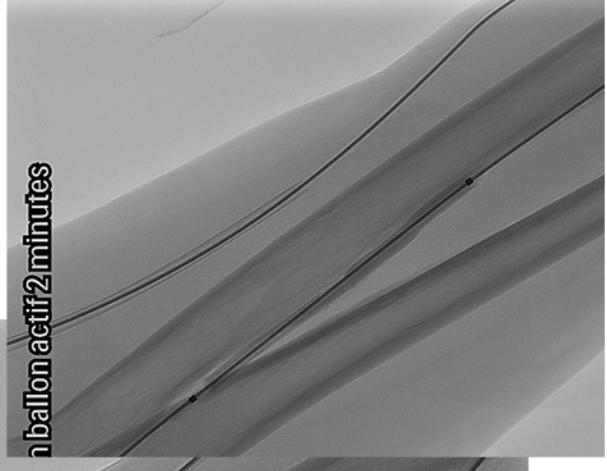


4 mm 30 ATM

empreinte



4 mm 40 ATM



ballon actif 2 minutes

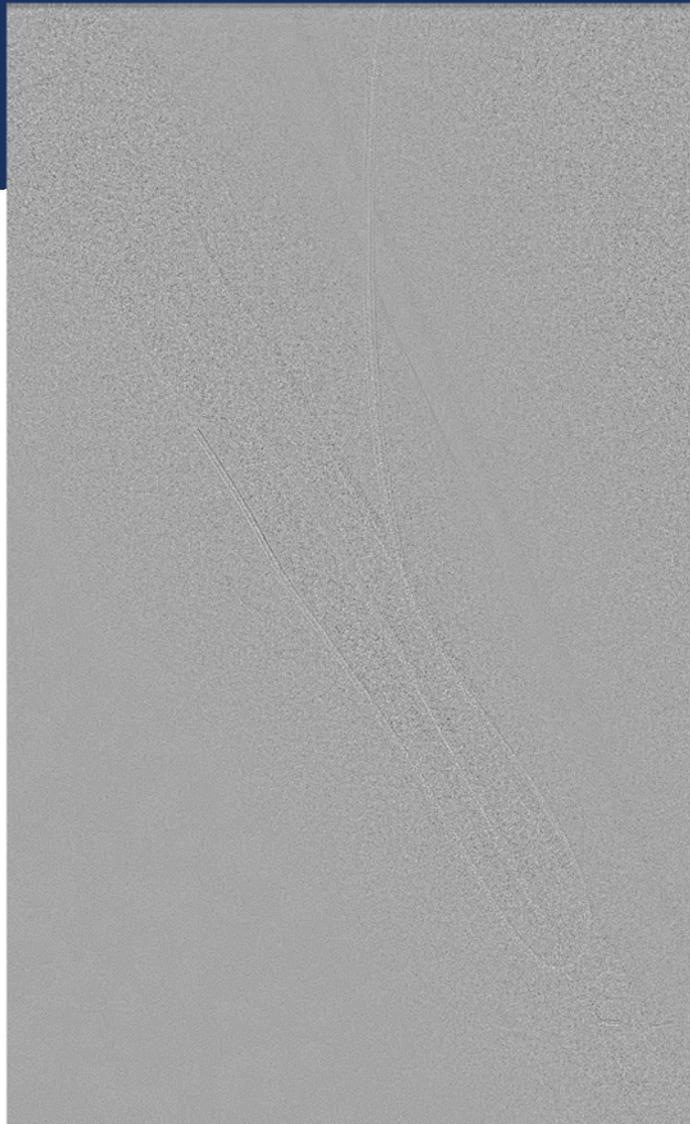
ASPECT FINAL

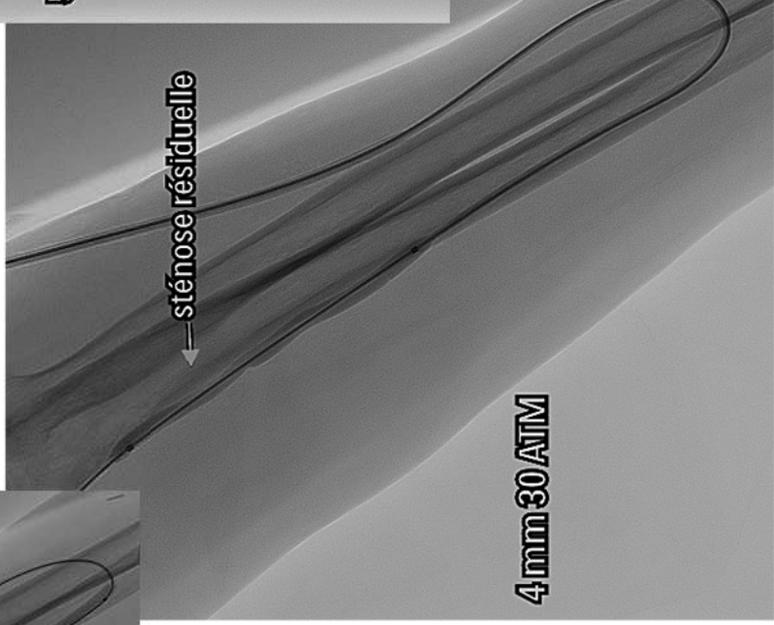
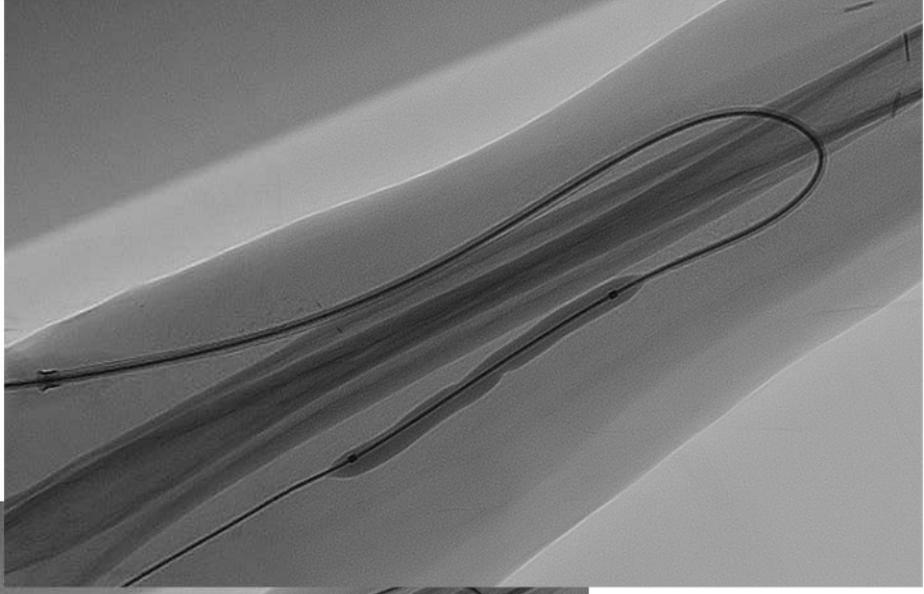
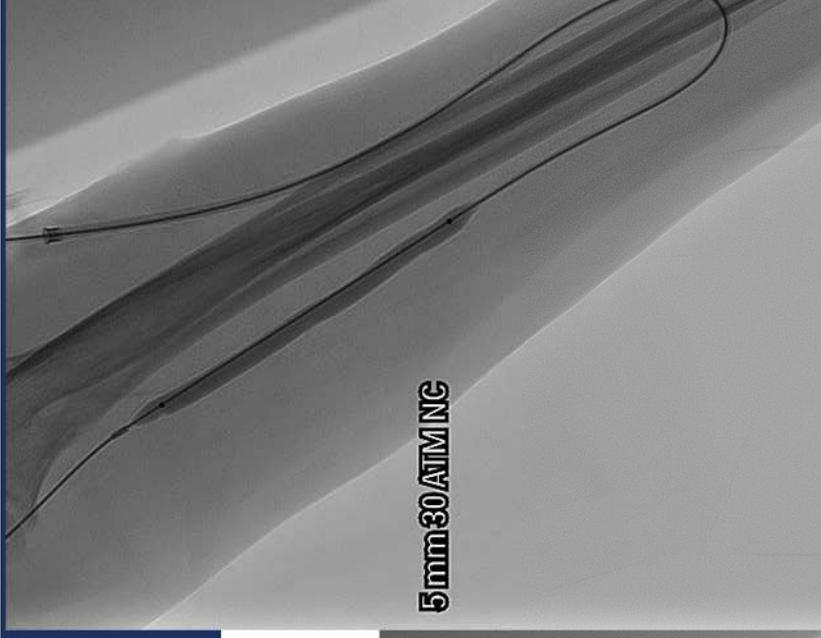
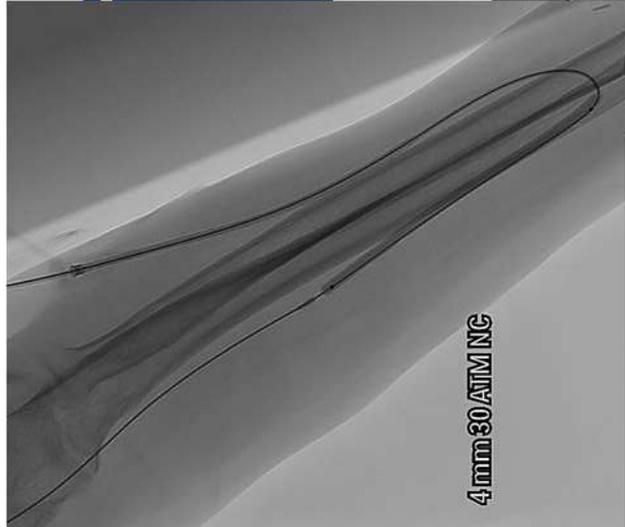


AVRIL 2023

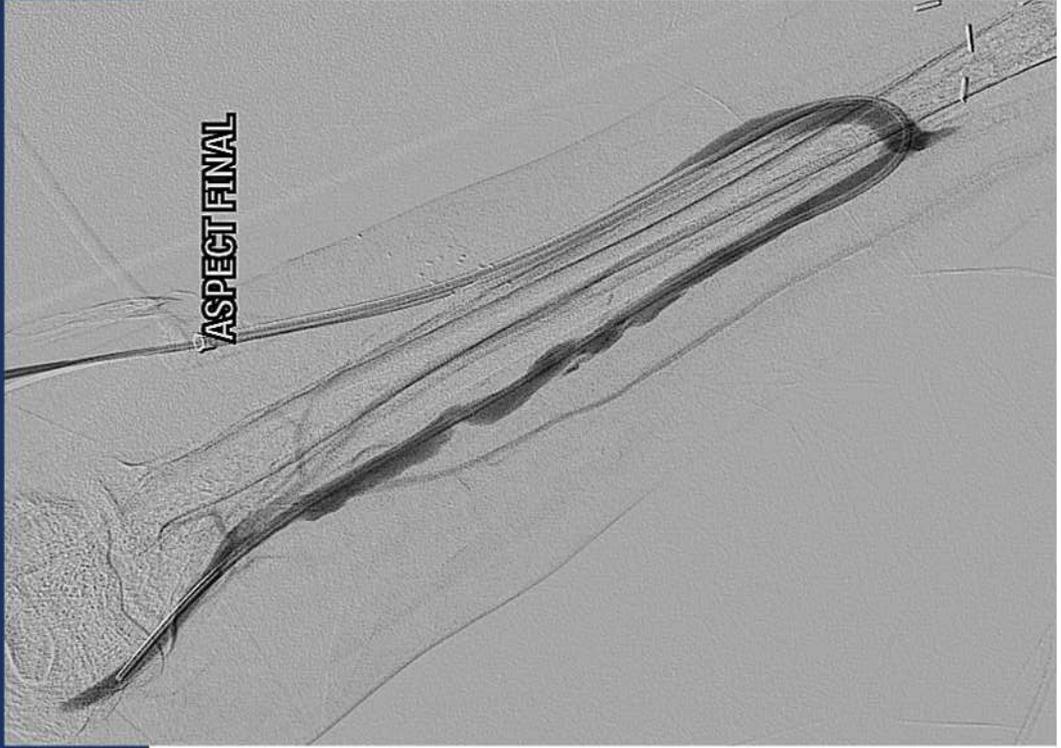


JUILLET 2023

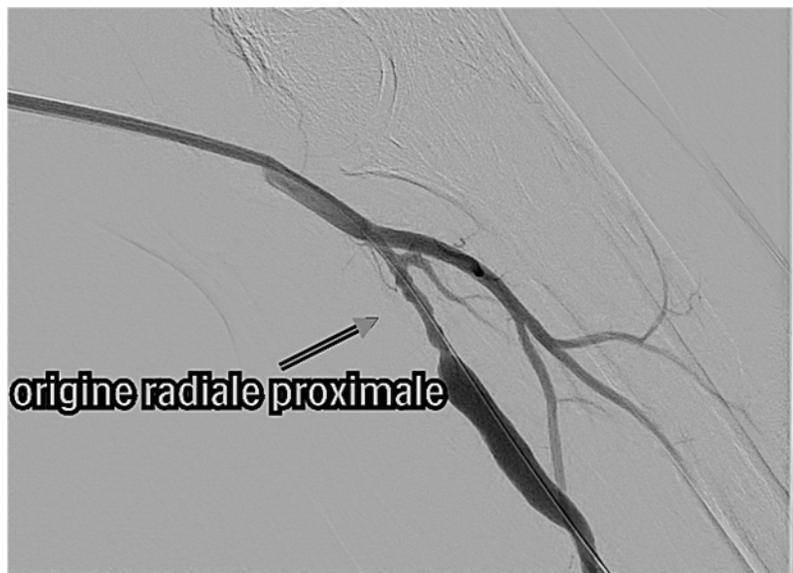


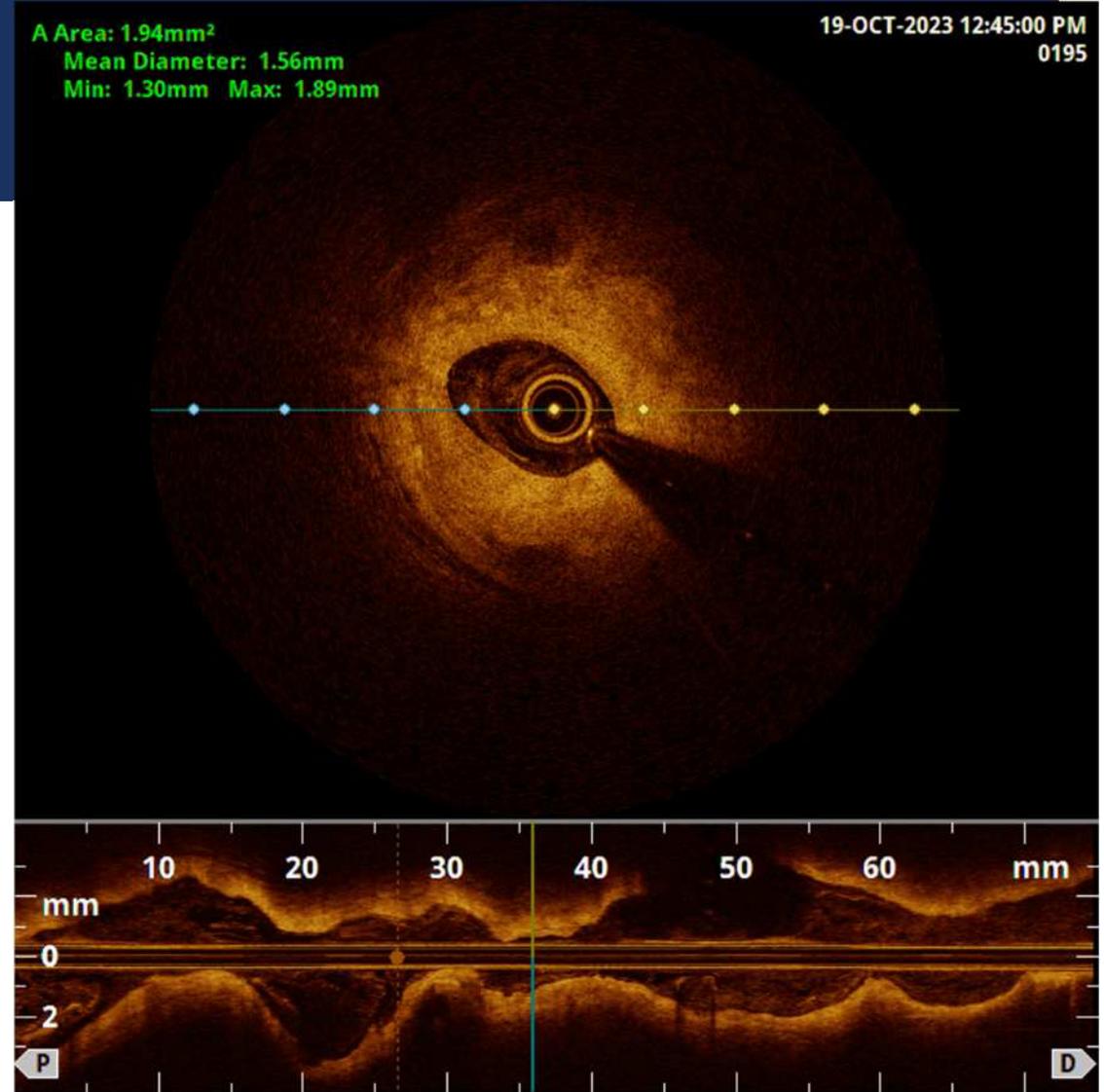
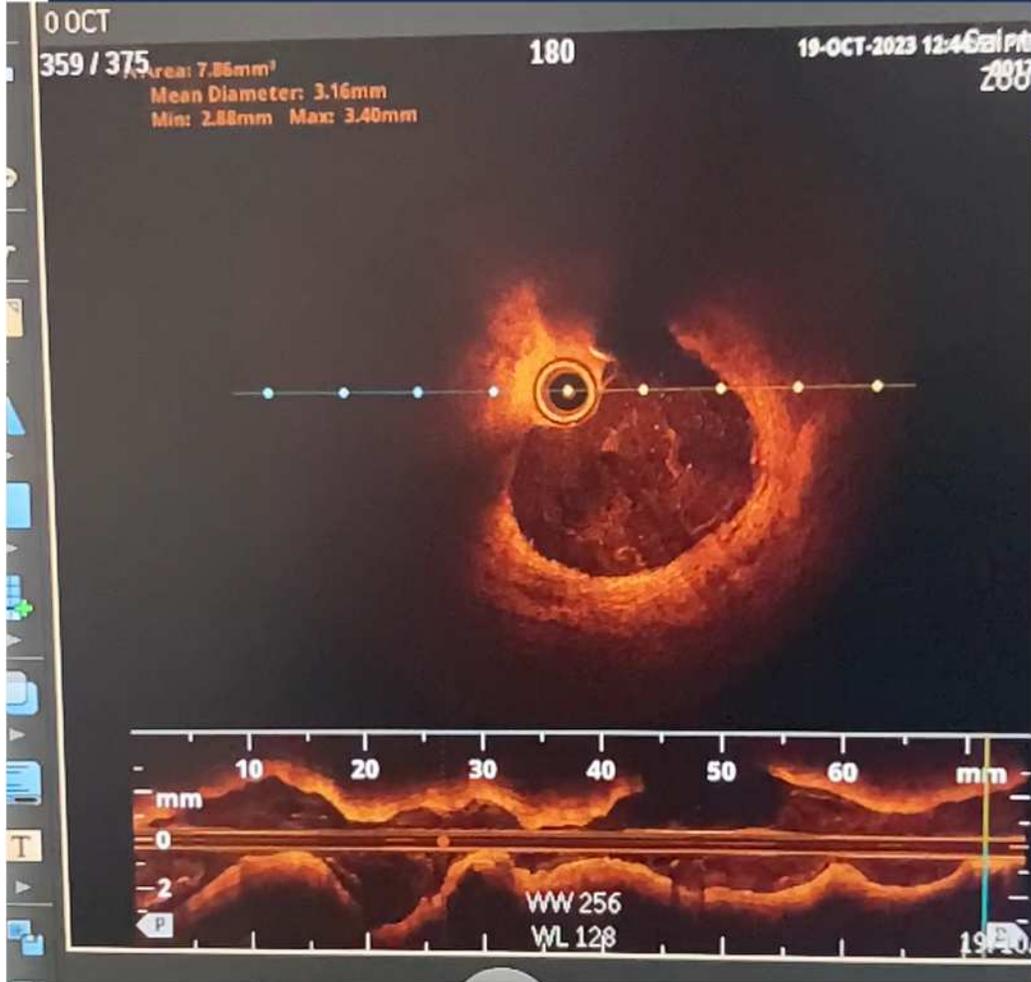


**ASPECT FINAL**



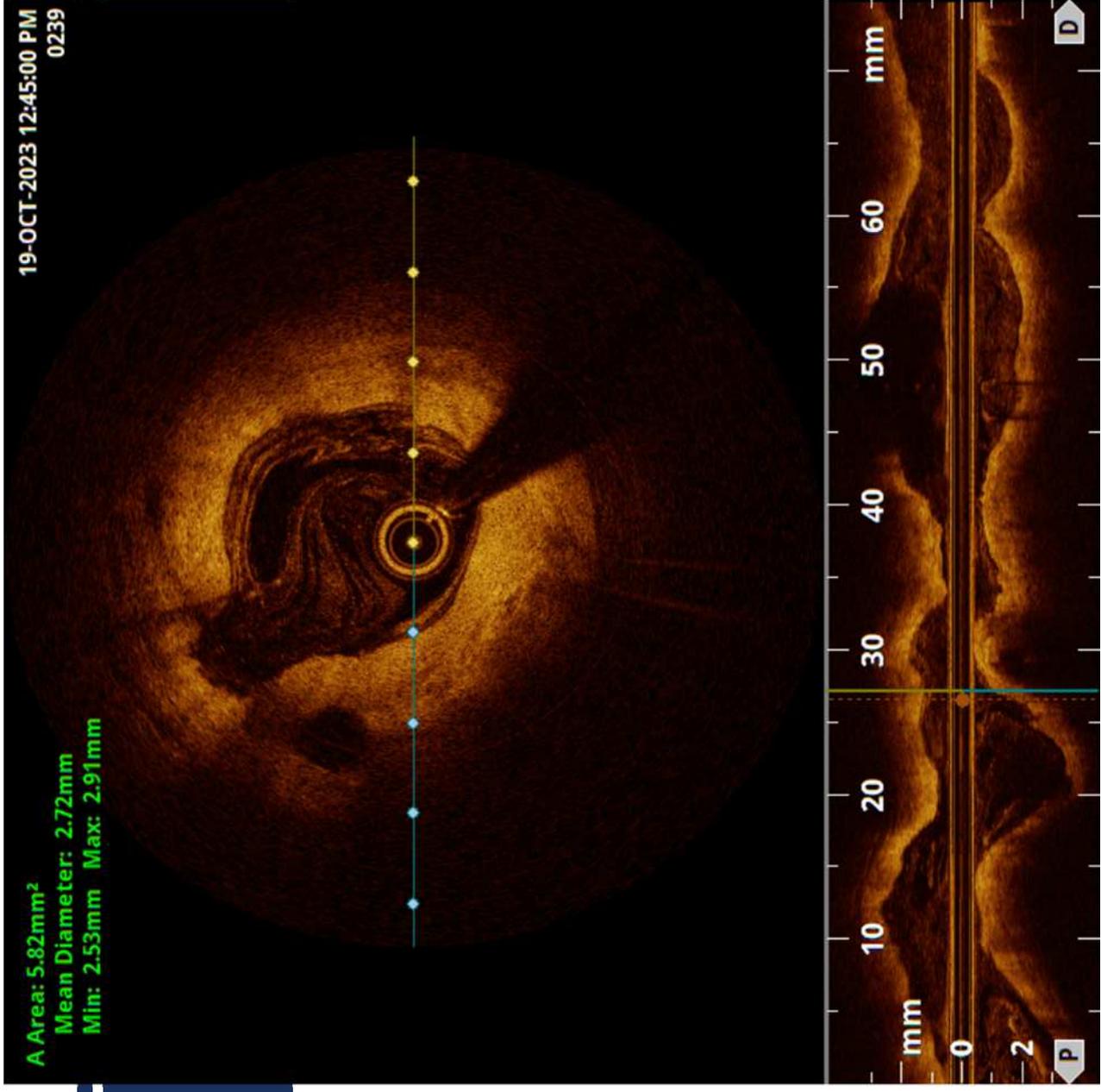
OCTOBRE 2023





19-OCT-2023 12:45:00 PM  
0239

A Area: 5.82mm<sup>2</sup>  
Mean Diameter: 2.72mm  
Min: 2.53mm Max: 2.91mm



## Comment le chocwave “craque” le calcium in situ



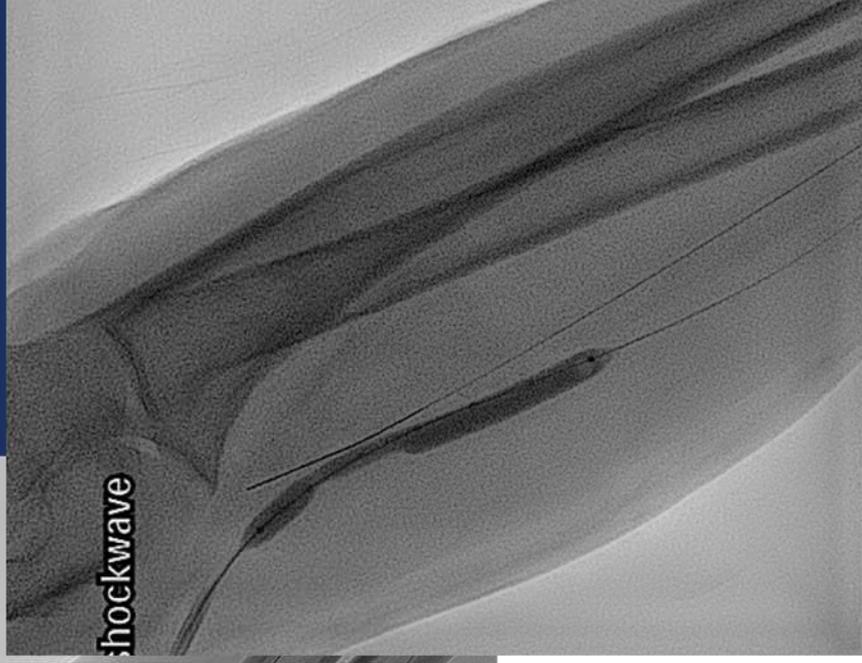
La bulle de vapeur en expansion et en effondrement crée une courte rafale **d'ondes de pression soniques**.

---

Les ondes de pression soniques traversent le vaisseau avec une pression effective **d'environ 50 atm**.

---

Un **effet de champ localisé** dans le vaisseau fracture à la fois le calcium **intimal et médial**.

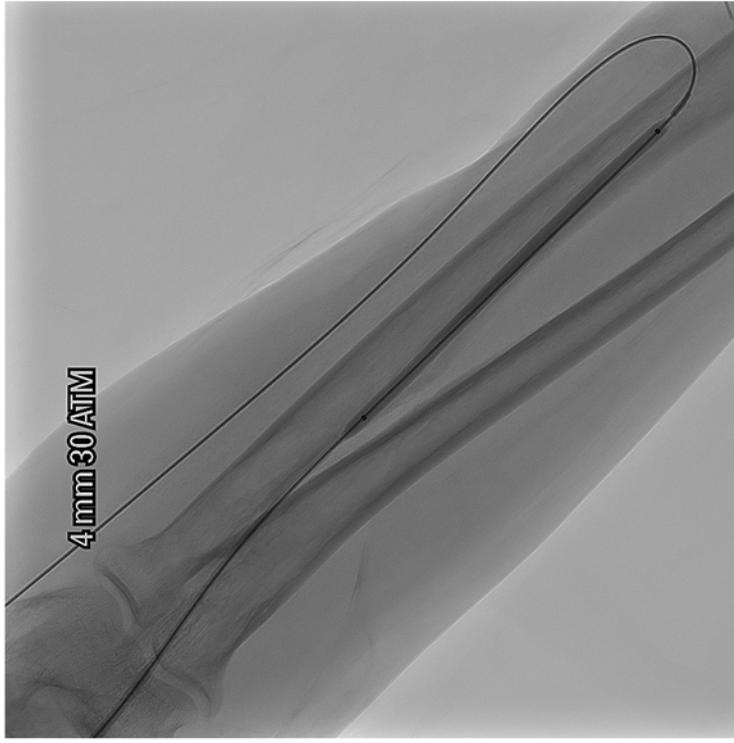


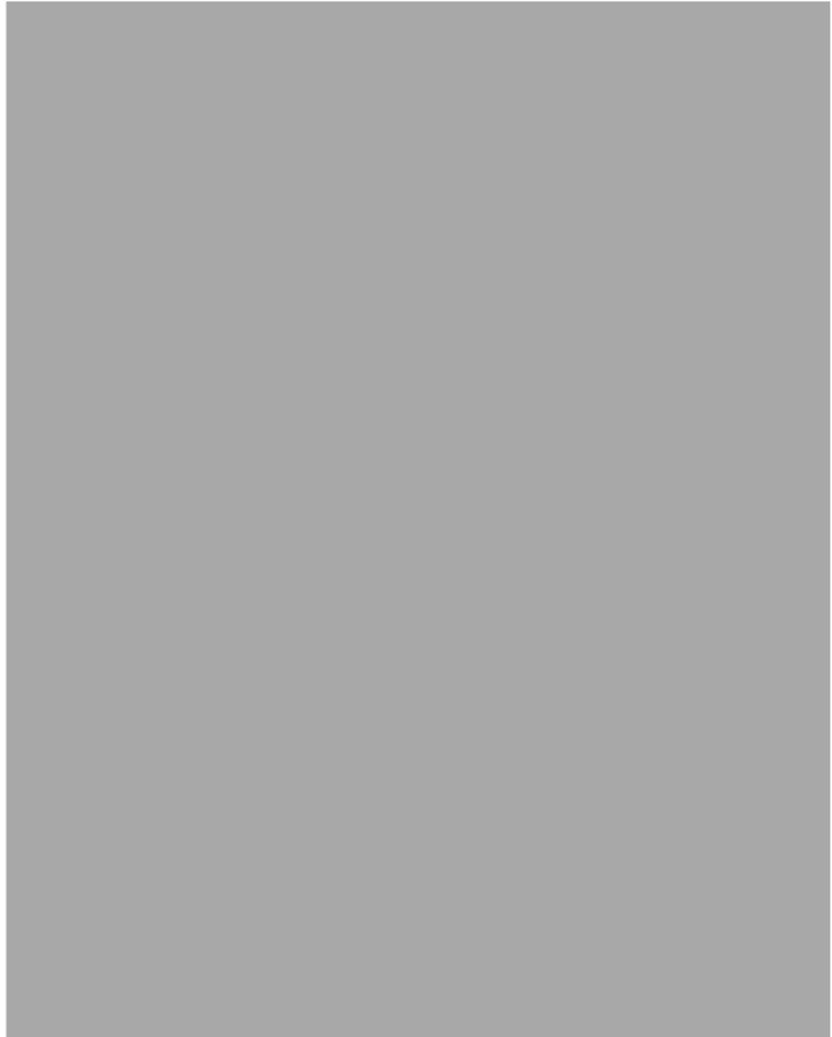
shockwave



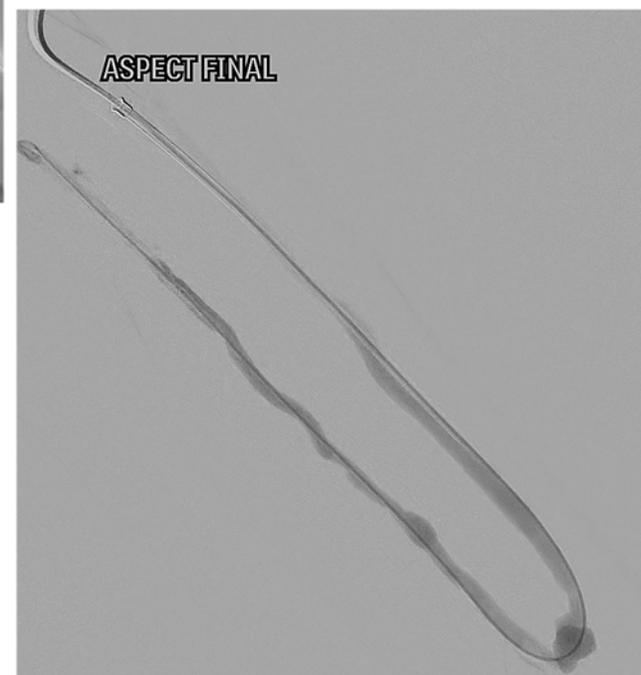
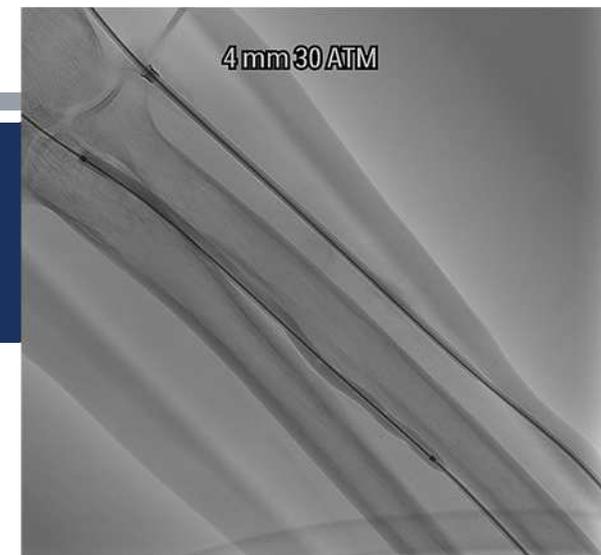
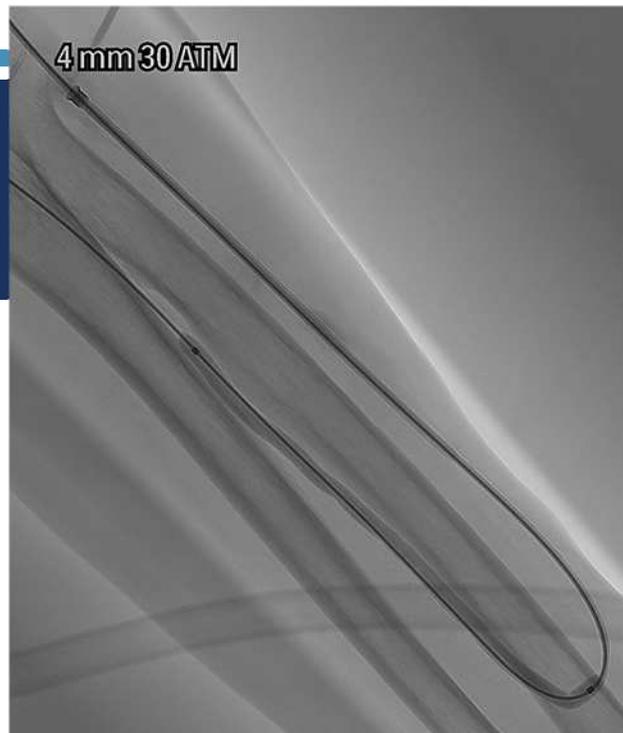
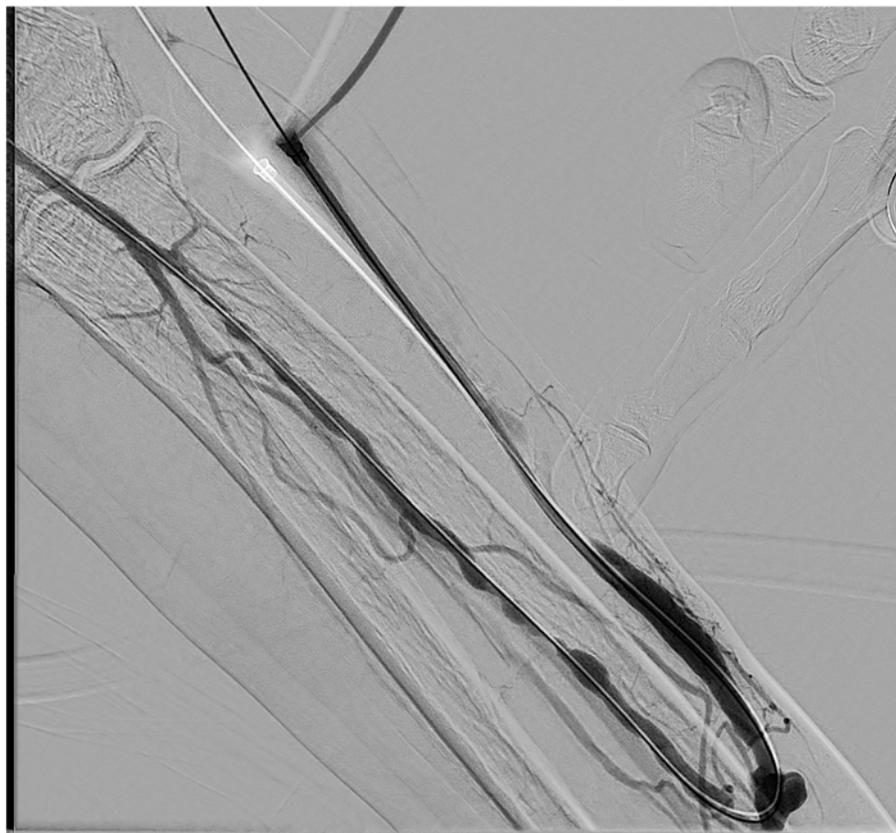
ballon shockwave 4mm

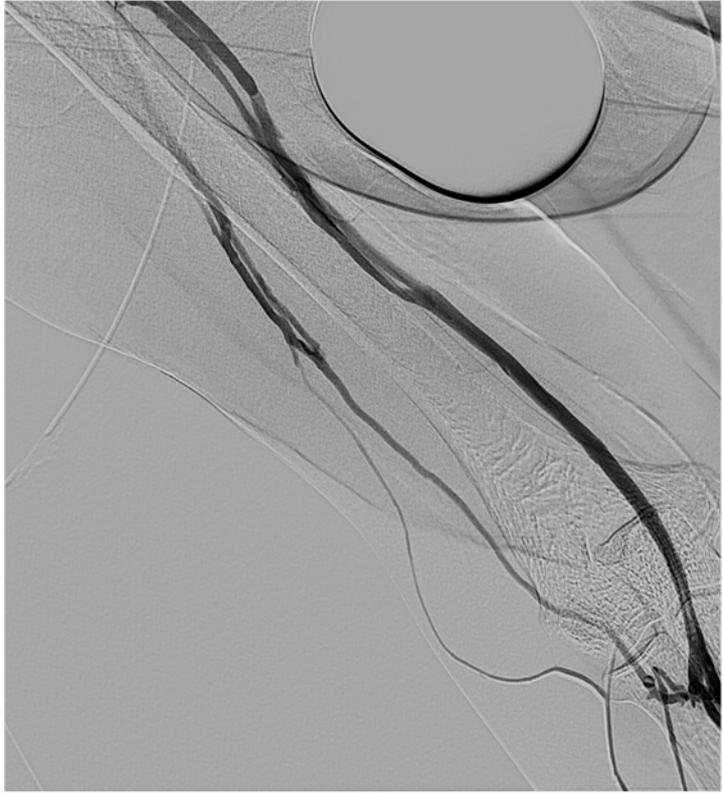






MAI 2023 (7 MOIS!!)





## QUE FAIT ON?

- Dilatation itérative?
- Nouveau shockwave?
- Athérectomie?
- Stent?
- Autre abord ( risque isdhémie, pas de veine à droite).
- Pontage?