

Accès vasculaires pour hémodialyse

Indications des Cathéters Veineux Centraux

JY Bosc

AIDER Santé – Fondation Charles MION

AIDER SANTE Formation Montpellier



Conflits d'intérêts ???

Néant

Accès vasculaire : Historique

1960	Shunt artério-veineux périphérique Quinton W- Scribner B
1961	Cathéter fémoral percutané Shaldon S
1966	Fistule artério-veineuse Brescia MJ, Cimino JE
1969	Cathéter sous-clavier percutané Erben J
1969	Pontage saphène autologue May J
1974	Pontage carotide bovine, v. ombilicale Butt KM
1976	Pontage PTFE Baker LD
1979	Cathéter sous-clavier percutané Uldall R Système "à puits": Biocarbon, Hemasite Golding AL - Shapiro FL
1981	Microchirurgie Bourquelot P. et coll.
1982	Angioplastie percutanée Gordon DH. Et coll.

Accès vasculaire : Historique

1982 Cathéter sous-clavier percutané double-lumère
Uldall R

Cathéter atrial silicone
Taylor GT

1983 Bi-Cathéter jugulaires internes tunnelisés silicone
Canaud B

1991 Thrombolyse
Poulain F., Raynaud A., Bourquelot P.

1992 Chambre implantée/jugulaire percutané silicone
My H

1997 NKF DOQI
Schwab S. et coll.

2007 European Best Practice Guidelines
Tordoir J., Canaud B. et coll.

Adéquation du choix de l'accès

ESKD life plan

National Kidney Foundation. DOQI
clinical practice guidelines for vascular access.
Am J Kidney Dis 2020

“Right access for the right patient at the right time
for the right reasons”

adapté au projet de vie et au choix thérapeutique du patient

Préservant le capital vasculaire restant si un autre abord s'avérerait
nécessaire

Le moins impactant sur l'autonomie & la qualité de vie du patient

Patients incidents

Au regard de la mortalité toutes causes et des hospitalisations toutes causes

PAS de preuve formelle pour choix AV ou CVC

Au regard du risque de mortalité

PAS de preuve formelle pour Conversion de CVC en FAV ou PAV durant la première année de traitement

Conversion de CVC en FAV ou PAV au regard des risques infectieux

Very Low-Moderate Quality of Evidence

**CVC tunnésés plutôt que non tunnelisés (JI)
sauf si durée < 2 semaines**

Expert Opinion

Patients prévalents

**Au regard de la mortalité, des hospitalisations, fonctionnalité
PAS de preuve formelle pour choix AV ou CVC**

CVC tunnésés pour utilisation brève ou prolongée

**Réflexion & évaluation régulière multidisciplinaire pour conversion
en AV**

Expert Opinion

National Kidney Foundation. DOQI
clinical practice guidelines for vascular access.
Am J KidneyDis 2020

CVC en urgence

CVC non tunnelisés (JI) ... durée < 2 semaines

Prise en charge en urgence en hémodialyse

Défaut momentané de fonctionnalité des AV périphériques
(thrombose, sepsis cutané étendu...)

Décompensation syndrome cardio-rénal résistant au ttt diurétique

Expert Opinion

National Kidney Foundation. DOQI
clinical practice guidelines for vascular access.
Am J KidneyDis 2020

CVC tunnelisés pour une courte durée d'utilisation

CVC tunnelisés (JI) ... durée > 2 semaines

Prise en charge définitive en hémodialyse (non programmée... AV non créé ou non mature ... **refus de création AV**)

Patient transplanté nécessitant HD rapide et non programmée (rejet aigu...)

Patient en DP avec DP temporairement impossible

Transplantation rénale assurée (donneur vivant)

Patient HD avec AV temporairement non fonctionnel

Attente de DP

Expert Opinion

National Kidney Foundation. DOQI
clinical practice guidelines for vascular access.
Am J KidneyDis 2020

CVC tunnélisés permanents

CVC tunnelisés (JI) ...

Absence de possibilités après Multiples échecs de créations d'AV

Refus du patient informé des risques infectieux

Espérance de vie limitée

Absence de possibilités de création AV / comorbidités vasculaires artérielles & veineuses (Artériopathies sévères Pression digitale < 70 mm Hg sans revascularisation raisonnable envisageable, Occlusions veineuses centrales sans reperméabilisation raisonnable envisageable)

Insuffisance cardiaque sévère (autonomie précaire adaptée)

Expert Opinion

National Kidney Foundation. DOQI
clinical practice guidelines for vascular access.
Am J KidneyDis 2020

Sites CVC

CVC tunnelisés Jugulaires Internes

Partie haute du corps plutôt que membres inférieurs (JI, JE, Fem, SS CI, Lomb)
Côté opposé au membre supérieur éligible à AV ou porteur AV immature ou non fonctionnel

À droite (anatomiquement plus simple) pour Patient sur liste d'attente de Tx rénale
Ou du côté où un AV est impossible

CVC fémoraux tunnelisés (< 1 mois) en attente de AV fonctionnel ou DP fonctionnelle

Préserver capital vasculaire des membres supérieurs

Contre indiqués (pathologies veineuses gémoro-iliaques, atcd chirurgie vasculaire ilio-fémorale, hygiène...)

Expert Opinion

National Kidney Foundation. DOQI
clinical practice guidelines for vascular access.
Am J KidneyDis 2020

CVC

Insertion CVC guidée par échographie

Moderate Quality of Evidence

Imagerie du positionnement des CVC (jugulaires internes)

Expert Opinion

National Kidney Foundation. DOQI
clinical practice guidelines for vascular access.
Am J KidneyDis 2020

FAV ... presque toujours mieux...

Fistule artério-veineuse "native" distale
Membre supérieur non dominant ... **idéal pas toujours possible**

Inadéquation entre le nombre de patients en attente
d'une transplantation rénale et les greffons
disponibles

Survie du greffon rénal limitée

Raréfaction du capital vasculaire d'une population de
patients incidents et prévalents vieillissante

FAV ... souvent pathologiques

Fistule artério-veineuse acquise ou congénitale est toujours pathologique

Fistule s'inscrit dans un schéma thérapeutique (AV d'hémodialyse)

Compromis

Toujours un retentissement hémodynamique local, régional
(...Aggravation acrosyndrome ou artériopathie) **et général**
(...Décompensation Insuffisance cardiaque).

Il y aura toujours des indications de CVC