UNIVARC SOS FAV
UNITÉ VASCULAIRE RADIO CHIRURGICALE

ALGORITHME DES CREATIONS DE FAV : CE QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS

Dr Viviane DUEDAL, chirurgie vasculaire Paris / SFAV à AIX EN PROVENCE, 18-20 juin **2025**

OBJECTIFS COMMUNS :

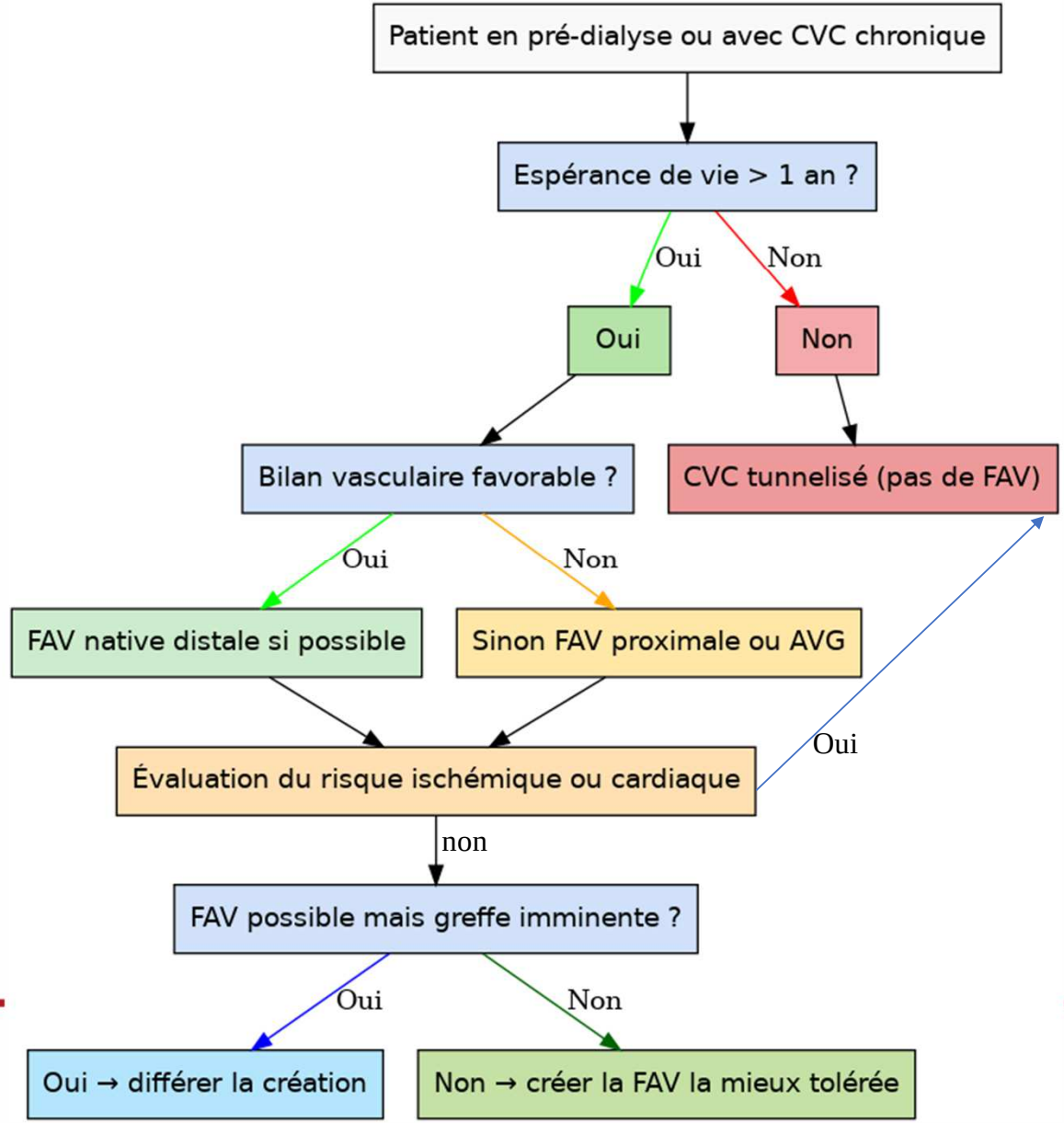
- Accès vasculaire fonctionnel, durable et tolérable
- Réduction de la dépendance aux cathéters
- Préservation du capital veineux



Recommandations KDOQI 2019

- Abandon du “Fistula First” systématique
- Désormais : **“Right access, in the right patient, at the right time, for the right reason”**
- *Approche individualisée selon* :
  - Espérance de vie
  - Anatomie vasculaire
  - Type de dialyse prévu
  - Tolérance cardiaque
- Préférence pour FAV native distale si faisable
- AVG ou CVC si mauvais pronostic ou anatomie défavorable




Patient en pré-dialyse ou avec CVC chronique
Espérance de vie > 1 an ?
Oui
Non
Oui
Non
Bilan vasculaire favorable ?
CVC tunnelisé (pas de FAV)
Oui
Non
FAV native distale si possible
Sinon FAV proximale ou AVG
Évaluation du risque ischémique ou cardiaque
Oui
non
FAV possible mais greffe imminente ?
Oui
Non
Oui → différer la création
Non → créer la FAV la mieux tolérée

Recommandations KDOQI 2019

- Abandon de la « règle des 6 » remplacée par :
- Une approche fonctionnelle et dynamique, orientée vers
  - Surveillance clinique + échographique régulière
  - Évaluation de la cannulation effective (facilité, qualité des débits, absence d'infiltrats)
  - Utilisation du score "Rule of 6s" comme guide indicatif, mais pas normatif

« La décision d'utiliser une FAV ne doit pas reposer uniquement sur des mesures échographiques, mais sur la capacité réelle à être ponctionnée de manière fiable et tolérée. »

Recommandations SFNDT / HAS

- Création **précoce**, mais **pas systématique**
- Évaluation indispensable par **échographie doppler + clinique**
- Importance d'un **parcours de soin structuré** : néphro–imagerie–chirurgie
- Algorithme basé sur **trois piliers** :
  - Données cliniques (âge, comorbidités, autonomie, projet de greffe)
  - Données morphologiques (calibre, longueur, continuité veineuse/artérielle)
  - Données fonctionnelles (FEVG, ischémie, tolérance hémodynamique)

📌 **Réf** : *Consensus SFNDT 2022 sur les abords vasculaires*, rapport de groupe de travail

Recommandations ERA 2023 (European Renal Association)

- **Évaluation globale avant toute création de FAV** pas seulement anatomique, mais **fonctionnelle, cardiaque et contextuelle**
- **Choix du type d'abord selon le profil du patient**
  - FAV **native distale** : si veines utilisables + bon état général
  - FAV **proximale ou prothétique (AVG)** : si veines superficielles inexploitables
  - **Cathéter tunnelisé** : si FAV impossible ou contre-indiquée (pronostic vital court, IC sévère, AOMI majeure)
- Création d'abord **si bénéfice attendu > 1 an**
- **Insistance sur les risques fonctionnels post-FAV**
  - Le **vol artériel** doit être anticipé (notamment chez les diabétiques, AOMI)
  - Le **retentissement cardiaque** doit être évalué (FEVG basse, cœur dilaté, surcharge chronique)
  - **Une FAV bien faite peut être délétère** si mal tolérée

📌 **Réf** : *ERA Vascular Access Guidelines Update 2023*

La réalité clinique et l'adaptation nécessaire

- **Les limites d'un algorithme pur :**
- Les dernières recommandations tiennent **compte du contexte qui est souvent complexe** :
  - Patients âgés, multi-comorbides
  - Patients jeunes (ou moins jeunes), avec projets de greffe…
  - Antécédents vasculaires/artériels lourds
  - Prévalence du diabète, de l'HTA
  - Contraintes psychomotrices (Parkinson, AVC, Alzheimer)
  - Image corporelle, autonomie, confort, souhaits du patient



Les certitudes :

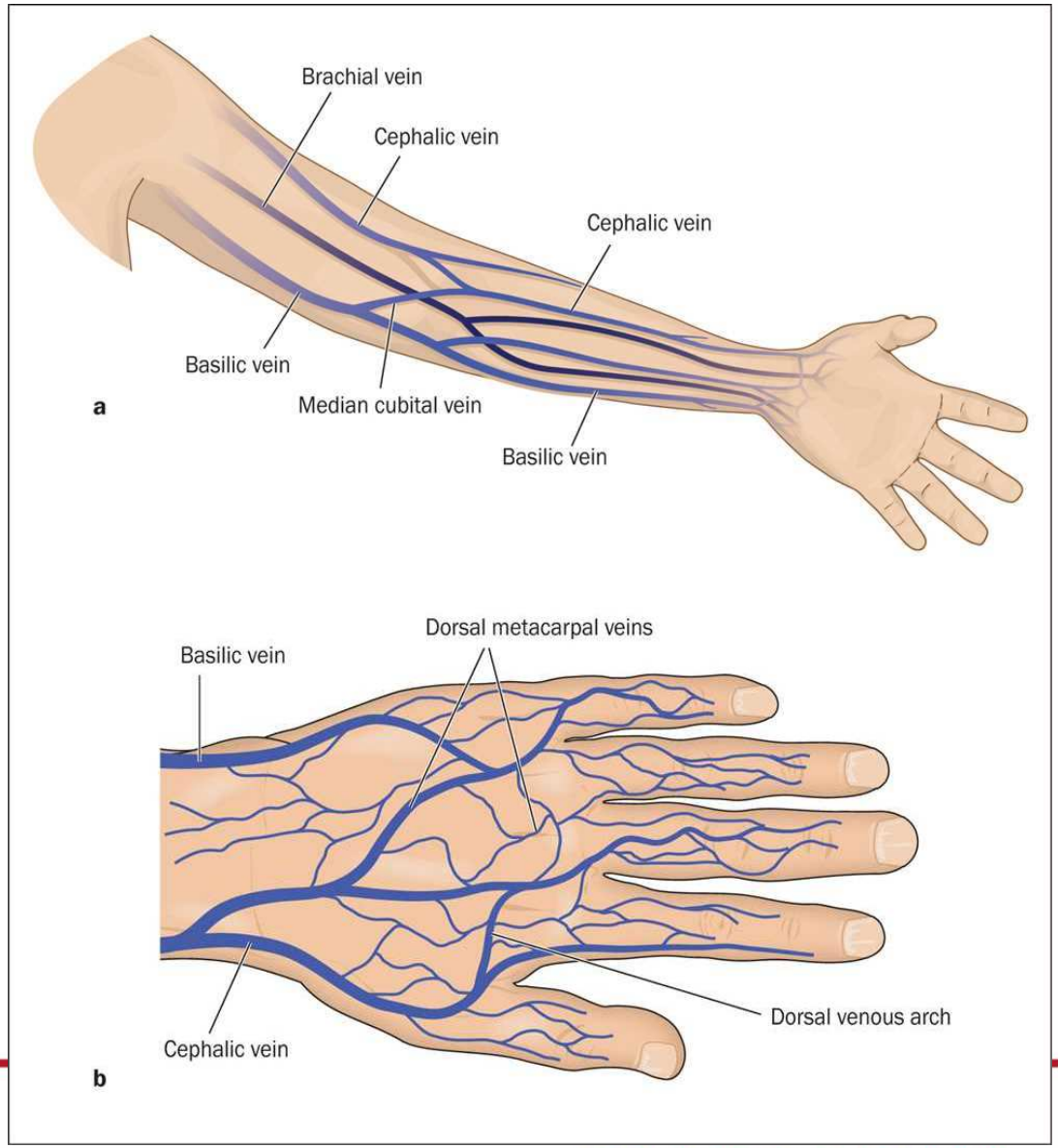
1) Il n’est pas obligatoire de créer une FAV

2) Si une création de FAV est décidée :

- Privilégier les FAV **veineuses natives**
- Préférer les FAV **distales**

Toujours rechercher une veine distale

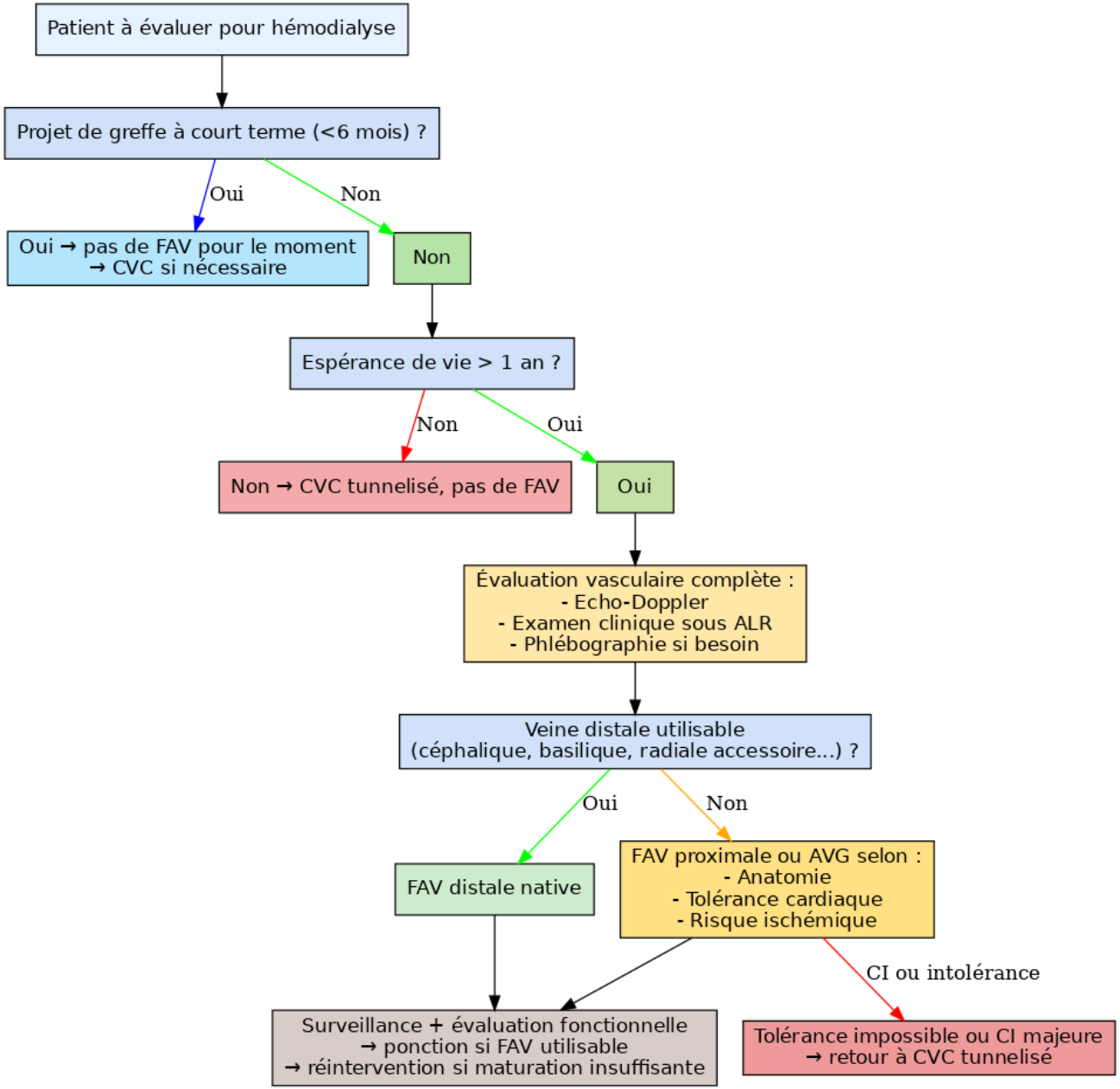
- Ne pas se limiter à la céphalique du poignet, rechercher aussi :
  - Basilique de l'avant-bras
  - Radiale accessoire
- Compléter le bilan :
  - Phlébographie si doute ou ATCD chirurgicaux
  - **Réexamen après ALR** (Clinique + ED) : vasodilatation démasque les veines



Pourquoi prioriser une FAV distale ?

👍 Avantages	❌ Risques des FAV proximales
Moindre débit = meilleure tolérance	Risque de FAV mal tolérée
Moins de vol artériel	Perte de capital artériel et veineux
Préserve l'avenir chirurgical	Moins d'options en cas de perte de l'abord, de retour en dialyse
Meilleure accessibilité ponction	Superficialisation





UNIVARC | SOS FAV
UNITÉ VASCULAIRE RADIO CHIRURGICALE

Conclusion :

- Les recommandations structurent la réflexion, mais ne suffisent pas. Multiples données entrent encore dans notre décision (ATCD de complications de FAV, de CVC, perception de la fragilité tissulaire…)
- Le contexte clinique, parfois complexe, est sans doute l'élément le plus important de la décision, ce qui rend la **concertation pluridisciplinaire** souvent indispensable.



Conclusion :

- La FAV ne doit pas seulement être efficace, elle doit être **adaptée, tolérée et durable, sans compromettre l'avenir.**
- Priorité absolue : **préserver l'avenir** de nos patients.
- Les capacités de calcul de l'**IA** permettront d'affiner nos indications en analysant les complications au **long terme**.




MERCI