UNIVARC SOS FAV
UNITÉ VASCULAIRE RADIO CHIRURGICALE

HYPERDEBIT : QUAND ET COMMENT TRAITER ?

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

DÉFINITION & ENJEUX

- **Définition** : Débit FAV >20% du débit cardiaque (>2L/min en pratique)
- **Prévalence** : 5-20%, en augmentation?
- **Problématique** : Complication grave, mal connue, pas suffisamment détectée, traitement mal codifié.

QUAND SUSPECTER UN HYPERDEBIT ?

Signes d'alerte :

- **Cardiaques** : dyspnée, ICC haut débit (cardiopathie pré-existante?)
- **Ischémiques** : douleur, froideur, IPD <0,3 (artériopathie associée?)
- **Locaux** : douleurs FAV, saignements prolongés, dystrophie

Patients à risque d'intolérance :

- Diabète, AOMI, âge >75 ans
- **Insuffisance cardiaque** multifactorielle : mal connue, mais ne pas négliger le rôle de la FAV
- FAV proximales, débit élevé dès la création

Il faut surtout le rechercher par des examens systématiques avant qu'il ne devienne symptomatique.

PATIENTS A RISQUE DE COMPLICATION SEVERE

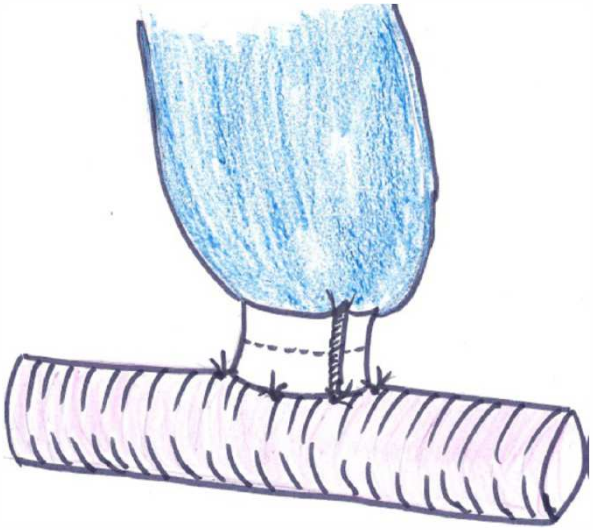
- Diabète, AOMI, âge >75 ans
- **Insuffisance cardiaque** multifactorielle : mal connue, mais ne pas négliger le rôle de la FAV
- FAV proximales, débit élevé dès la création
- **JEUNES : conséquences graves, évolution insidieuse, dystrophie artérielle**.

QUAND TRAITER ? ALGORITHME DÉCISIONNEL MODULÉ SELON LE CONTEXTE :



- **URGENCE**
  - Débit >3L/min
  - Insuffisance cardiaque causée ou aggravée par la FAV
  - Ischémie de main stade 3 ou >
  - Neuropathie ischémique monomélique
- **TRAITEMENT PRÉCOCE**
  - **FAV récente** + sujet **jeune** → Traiter même si bien toléré
  - **Risque évolutif majeur** → dystrophie artérielle irréversible
- **TRAITEMENT NON URGENT**
  - **Vérifier l'indication par contrôle ED : traiter** si hyperdébit bien toléré > 2 l/min
- **SURVEILLANCE PROLONGÉE**
  - **FAV ancienne** + débit **stable** + bonne tolérance
  - **Capital vasculaire limité** → risque de ne pas pouvoir refaire de FAV

COMMENT TRAITER ? ARSENAL THÉRAPEUTIQUE



- **BANDING : Technique de référence**
  - **Technique** : Réduction calibre anastomose
  - **Résultats** : 90% de succès
  - **Débit cible** : 0,8-1,2 L/min (- 30 à 50 % du débit initial)
- **Autres techniques :**
  - **PAVA / PAVA like**
  - **Anévrysmorraphie** + réduction taille anastomose
  - **Distalisation** selon anatomie, risque thrombose +++
- **CE QUE JE NE FERAI JAMAIS :**
  - **DRIL : Risque majeur** : thrombose fréquente du pontage, ischémie secondaire très difficile à traiter
  - Ligatures artérielles (LARP, LARD)
- **Traitement endovasculaire complémentaire** ? traitement ischémie (ATL artérielle)

LA DELICATE BALANCE BÉNÉFICE/RISQUE : CRITERES DECISIONNELS STRATEGIQUES

- **FACTEURS PRONOSTIQUES**
  - **Âge** : Jeune = traitement précoce (prévention dystrophie)
  - **Ancienneté FAV** : Récente = évolutif / Ancienne stable = surveillance
  - **Capital vasculaire** : Réseau dégradé = prudence (pas de plan B)
  - Tolérance : cardiopathie préexistante ? Artériopathie associée ?
- **RISQUES de l'abstention**
  - **Chez le jeune** : Dystrophie artérielle **irréversible**
  - **FAV évolutive** : Décompensation cardiaque
  - **Dystrophie veineuse** de la FAV : augmente le risque de thrombose après TT
- **RISQUES du traitement**
  - **Thrombose FAV** (5-15%) → Facile à traiter si « banding », plus difficile pour les autres techniques, grave si capital vasculaire limité
  - **Récidive d'hyperdébit.**

CONCLUSION :

- **Excès de débit : complication sous estimée : à rechercher** par surveillance régulière des FAV par **examen clinique et ED** (toujours par le même examinateur)

- **Les indications de traitements seront modulées selon les enjeux particuliers de chaque patient et de chaque FAV.**



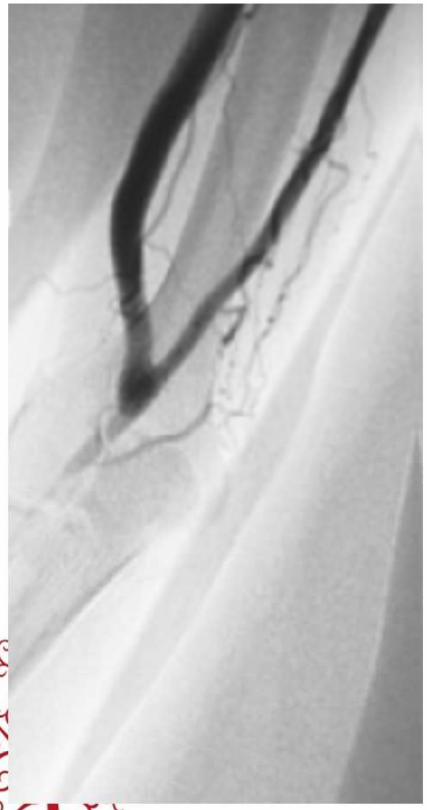
- **Le BANDING reste la technique de référence :** simple, efficace, reproductible, réversible, respecte les artères.

CONCLUSION : PRÉVENTION = PRIORITÉ ABSOLUE

- **Stratégie "Distal First" :**
  - **Principe fondamental** : FAV distale = risque d'hyperdébit moindre
  - **Donc** : Privilégier systématiquement les créations distales si possible

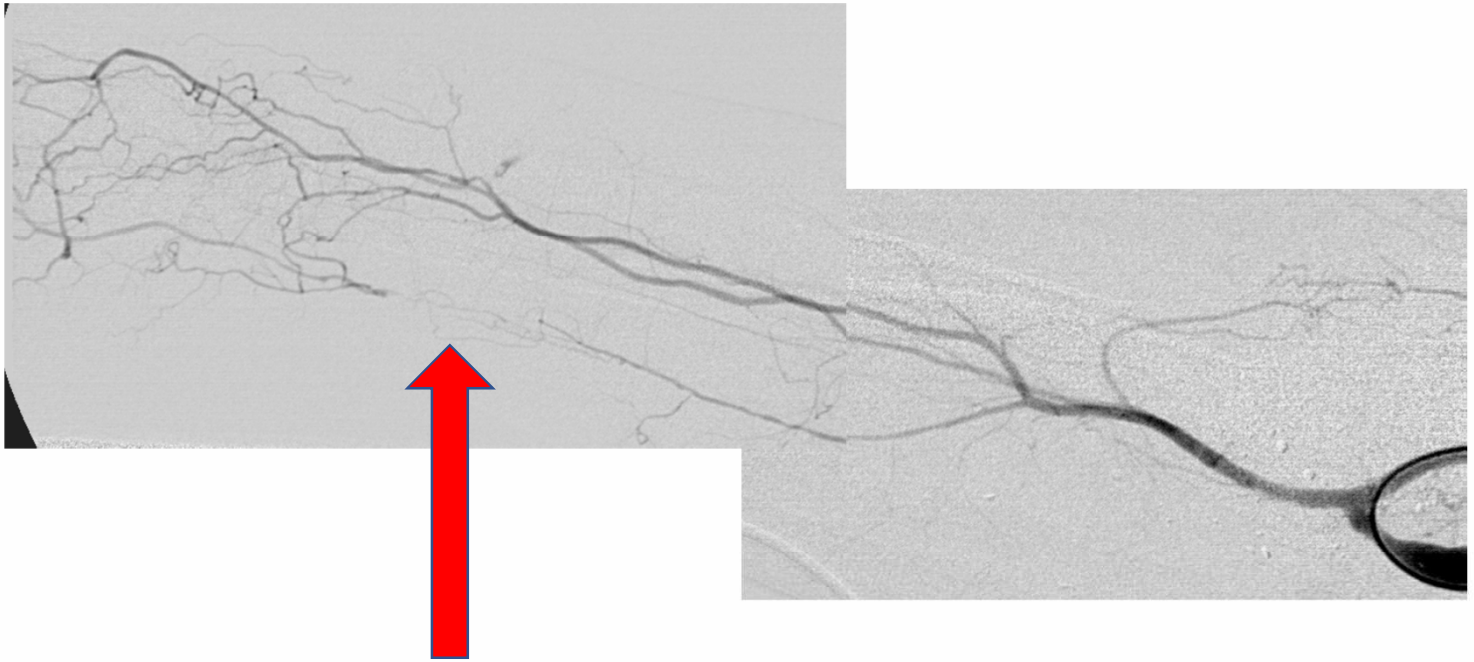
- **Gestion des sténoses post-anastomotiques :**
  - **NE PAS dilater** si débit suffisant pour dialyse
  - Sténose modérée = protection naturelle contre l'hyperdébit

- **FAV chez les patients greffés :**
  - ne pas oublier, elles continuent d'évoluer.



COMPRESSION





Ischémie distale sur abord proximal

BIBLIOGRAPHIE

1. Guidelines et recommandations :

- Lok CE, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. Am J Kidney Dis. 2020;75(4): S1-S164

- Schmidli J, et al. Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2018;55(6): 757-818

BIBLIOGRAPHIE

2. Ischémie et FAV :

- Besarab A, et al. Digital Pressure Measurements in the Diagnosis and Treatment of Vascular Access-Induced Hand Ischemia. J Vasc Surg. 2018;68(5):1657-1663

- Goff CD, et al. Measurement of digital pressures during creation of arteriovenous fistulas for hemodialysis access. J Vasc Surg. 2015;62(2):424-428

BIBLIOGRAPHIE

3. Impact hémodynamique :

- Alkhouli M, et al. Cardiac and Vascular Effects of Arteriovenous Fistula in Chronic Kidney Disease Patients. J Am Heart Assoc. 2019;8(24):e012784
- Basile C, et al. The relationship between the flow of arteriovenous fistula and cardiac output in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant. 2008;23(1):282-287
- Reddy YNV, et al. Arteriovenous Fistula and Cardiovascular Outcomes in Kidney Disease. Circulation. 2022;145(11):793-795
- MacRae JM, et al. Arteriovenous Fistula-Associated High-Output Cardiac Failure: A Review of Mechanisms. Am J Kidney Dis. 2004;43(5):e17-1-e17-6


MERCI