Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Angioplastie d'une fistule artério-veineuse d'hémodialyse

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nature de l'intervention :

_____

_____

Dr

Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire

Des examens ou des anomalies constatées lors de vos séances de dialyse ont montré un dysfonctionnement de votre fistule artério-veineuse qui peut nécessiter une intervention.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé du déroulement et des suites normalement prévisibles de l'intervention, mais également de ses bénéfices, de ses risques et des autres possibilités de traitement.

L'équipe de néphrologie et le chirurgien vasculaire vous expliqueront ces différents éléments. Cette fiche est destinée à compléter cette information et à vous permettre de demander toute précision supplémentaire que vous jugerez utile.

I - À QUOI SERT UNE FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE ?

La fistule artério-veineuse est utilisée pour permettre les séances d'hémodialyse. Elle peut être constituée directement entre une artère et une veine ou comporter un substitut vasculaire appelé pontage artério-veineux.

Avec le temps, un ou plusieurs rétrécissements, appelés sténoses, peuvent apparaître sur la fistule ou sur les veines qui assurent son drainage. Ces sténoses diminuent la circulation du sang dans la fistule. Elles peuvent rendre les séances de dialyse plus difficiles ou moins efficaces et favoriser la formation d'un caillot conduisant à une thrombose, c'est-à-dire à l'occlusion complète de la fistule.

Les sténoses peuvent se situer près de la connexion entre l'artère et la veine, sur la partie de la fistule utilisée pour les ponctions, plus haut sur le bras ou au niveau des grosses veines situées dans le thorax. Plus rarement, elles peuvent concerner l'artère qui alimente la fistule.

II - COMMENT SE MANIFESTE UN DYSFONCTIONNEMENT DE LA FISTULE ?

Un dysfonctionnement de la fistule peut être découvert lors de son examen clinique, d'un écho-Doppler ou au cours des séances de dialyse.

Il peut notamment se manifester par :

- une diminution du débit de la fistule ou des difficultés à obtenir une dialyse efficace ;
- des difficultés de ponction ;
- une modification ou une diminution du frémissement habituel de la fistule, appelé thrill ;
- une veine dure, tendue inhabituellement sous la peau
- un saignement plus prolongé après le retrait des aiguilles de dialyse ;
- un gonflement du bras ou l'apparition de veines visibles sur le bras, l'épaule ou le thorax.

La disparition complète du thrill peut traduire une thrombose de la fistule et nécessite une prise en charge rapide.

III - EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE À L'ANGIOPLASTIE ?

Toutes les sténoses ne nécessitent pas obligatoirement un traitement. La décision dépend de leur importance, de leur localisation et de leur retentissement sur le fonctionnement de la fistule et sur les séances de dialyse.

Lorsqu'un traitement est nécessaire, l'angioplastie par ballonnet est habituellement proposée en première intention.

Selon la situation, les autres possibilités peuvent être :

- une surveillance simple ;
- une reprise chirurgicale de la fistule ;

- la création d'une nouvelle fistule.

En l'absence de traitement d'une sténose significative, celle-ci peut s'aggraver et entraîner une diminution du débit, des difficultés de dialyse ou une thrombose avec perte de la fistule. La mise en place temporaire d'un cathéter de dialyse peut alors devenir nécessaire.

Votre chirurgien vous expliquera la solution qu'il estime la plus adaptée à votre situation.

IV - COMMENT SE DÉROULE L'ANGIOPLASTIE ?

L'intervention est réalisée au bloc opératoire ou dans une salle dédiée aux gestes endovasculaires, le plus souvent en ambulatoire. Vous devez respecter les consignes qui vous ont été données concernant le jeûne et vos médicaments. Ne modifiez jamais de vous-même un traitement anticoagulant ou antiagrégant (médicaments qui fluidifient le sang) avant l'intervention.

L'angioplastie est habituellement pratiquée sous anesthésie locale ou loco-régionale du bras. Une anesthésie générale est rarement nécessaire.

La fistule est ponctionnée sans incision chirurgicale. Un petit dispositif est introduit dans le vaisseau afin de permettre le passage du matériel. Une injection de produit de contraste permet de visualiser la fistule et de repérer le ou les rétrécissements sous contrôle radiologique.

Un ballonnet est ensuite placé au niveau de la sténose puis gonflé pendant quelques secondes afin d'élargir le vaisseau. Plusieurs dilatations peuvent être nécessaires. Dans certaines situations, des ballonnets spécifiques, notamment des ballonnets délivrant localement un médicament, peuvent être utilisés.

La mise en place d'une endoprothèse (stent) reste exceptionnelle dans une fistule. Elle peut notamment être nécessaire en cas de déchirure du vaisseau ou dans certaines sténoses situées en dehors des zones habituellement utilisées pour les ponctions de dialyse.

À la fin du geste, le matériel est retiré et le point de ponction est comprimé ou fermé par un point de suture. Le fonctionnement de la fistule est contrôlé par la présence du thrill, éventuellement par un échodoppler.

La durée de l'intervention dépend du nombre, de la localisation et de la difficulté des lésions à traiter.

EN CAS DE THROMBOSE DE LA FISTULE

Si la fistule est complètement bouchée, une désobstruction peut être tentée en urgence.

Elle consiste à retirer ou aspirer le caillot et à traiter, lorsqu'elle est retrouvée, une sténose ayant favorisé la thrombose. Des médicaments destinés à dissoudre le caillot peuvent parfois être utilisés.

Le succès de cette procédure n'est pas garanti. Si la fistule ne peut pas être récupérée, un cathéter de dialyse et/ou la création d'un nouvel abord vasculaire peuvent devenir nécessaires.

V - QUELS SONT LES BÉNÉFICES ATTENDUS ?

L'objectif de l'angioplastie est de rétablir une circulation sanguine suffisante dans la fistule afin de permettre des séances de dialyse efficaces et de prolonger autant que possible la durée d'utilisation de votre abord vasculaire.

Elle peut également permettre d'éviter ou de retarder une thrombose, une intervention chirurgicale ou la mise en place d'un cathéter de dialyse.

Le résultat obtenu après l'angioplastie n'est toutefois pas nécessairement définitif. Les sténoses de fistule ont tendance à récidiver et plusieurs angioplasties peuvent être nécessaires au cours de la vie de la fistule.

VI - QUELS SONT LES INCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

En dépit de tout le soin apporté à sa réalisation, une angioplastie de fistule peut être suivie d'incidents ou de complications.

Échec de l'angioplastie : la sténose peut parfois être impossible à franchir ou à dilater correctement. Une nouvelle tentative, une intervention chirurgicale ou la création d'une nouvelle fistule peuvent alors être proposées.

Thrombose et perte de la fistule : la fistule peut se boucher pendant ou après l'intervention, notamment lorsque sa circulation sanguine était déjà très diminuée. Une désobstruction est alors généralement tentée. Malgré cela, il n'est pas toujours possible de sauver la fistule. La perte de la fistule peut nécessiter la mise en place d'un cathéter de dialyse dans l'attente d'un nouvel abord vasculaire.

Déchirure ou perforation du vaisseau : le gonflage du ballon peut entraîner une déchirure de la paroi du vaisseau et, exceptionnellement, une perforation responsable d'un saignement. Cette complication peut être traitée par un gonflage prolongé du ballon, par la mise en place d'une endoprothèse couverte ou, plus rarement, par une intervention chirurgicale.

Hématome ou saignement : un hématome au niveau du point de ponction est possible et disparaît habituellement spontanément. Un saignement plus important peut nécessiter une compression prolongée et, rarement, une intervention chirurgicale.

Réaction au produit de contraste : une réaction au produit de contraste utilisé pendant l'intervention est exceptionnelle. Elle peut se manifester notamment par une réaction cutanée ou exceptionnellement une réaction allergique plus grave. Tout antécédent de réaction lors d'une injection de produit de contraste doit être signalé à l'équipe médicale.

Infection : une infection du point de ponction ou de la fistule est rare mais possible.

Exposition aux rayons X : la réalisation de l'angioplastie nécessite l'utilisation de rayons X. L'exposition est limitée au niveau nécessaire à la réalisation de l'intervention. Lors de procédures particulièrement longues ou répétées, des effets liés à l'irradiation peuvent exceptionnellement survenir. Si l'exposition reçue au cours de votre intervention justifie une surveillance particulière, votre chirurgien vous en informera.

Complications liées à l'anesthésie : des complications liées à l'anesthésie ou à la sédation sont possibles. Elles vous seront expliquées par le médecin anesthésiste lorsqu'une consultation d'anesthésie est nécessaire.

VII - RESTÉNOSE ET ÉVOLUTION À DISTANCE

L'angioplastie traite le rétrécissement présent au moment de l'intervention, mais ne supprime pas le mécanisme responsable de sa formation.

Une nouvelle sténose, appelée resténose, peut donc apparaître au même endroit ou sur une autre partie de la fistule, parfois dans les mois suivant le traitement.

Une nouvelle angioplastie peut alors être nécessaire. Lorsque les récidives deviennent trop fréquentes ou lorsque les angioplasties ne permettent plus d'obtenir un résultat satisfaisant, une reprise chirurgicale ou la création d'une nouvelle fistule peuvent être proposées.

Les sténoses et resténoses sont très fréquentes chez les patients porteurs d'une fistule ou d'un pontage artério-veineux. Une surveillance régulière de la fistule reste donc nécessaire après le traitement.

VIII - SUITES DE L'INTERVENTION ET SURVEILLANCE

Après l'intervention, le point de ponction et le fonctionnement de la fistule sont surveillés pendant quelques heures.

La fistule peut généralement être utilisée dès la séance de dialyse suivante, y compris le jour même. Si un fil a été placé au niveau du point de ponction, son retrait sera organisé. Le chirurgien vous donnera les consignes adaptées à votre situation.

Une douleur modérée ou un petit hématome au niveau du point de ponction sont possibles dans les jours qui suivent.

Après votre retour à domicile, vous devez contacter rapidement votre équipe de néphrologie ou votre équipe de chirurgie vasculaire en cas de :

- disparition du thrill de la fistule ;
- saignement persistant malgré une compression ;
- augmentation rapide d'un hématome ;
- gonflement important du bras ;
- douleur importante ou inhabituelle ;
- fièvre, rougeur ou chaleur au niveau de la fistule.

En cas de saignement abondant incontrôlable ou de malaise important, comprimez le point de saignement et contactez immédiatement les services d'urgence.

CONCLUSION

Cette fiche ne peut pas décrire toutes les situations possibles.

Votre chirurgien vous a proposé cette intervention parce qu'il estime que les bénéfices attendus sont supérieurs aux risques dans votre situation. Il peut être amené, en fonction des constatations faites pendant l'intervention ou d'une complication imprévue, à adapter le geste prévu afin de préserver votre fistule ou d'assurer votre sécurité.

L'équipe de néphrologie, le chirurgien et le médecin anesthésiste restent à votre disposition pour répondre à vos questions et vous fournir toute précision complémentaire que vous souhaiteriez obtenir avant l'intervention.

Document remis le :

Nom et signature du patient :

Nom et signature du médecin :
