



stratégie de création des abords vasculaires

Dr. D. BLANCHIER, C.H.G. ANGOULEME - Dr. P. BOURQUELOT, hôpital Saint Joseph, PARIS

I - LE POINT DE VUE NÉPHROLOGIQUE

Le médecin néphrologue est par définition le premier dans le temps à prendre en charge un futur dialysé.

Deux principales circonstances sont à distinguer :

- soit le patient est connu depuis longtemps comme insuffisant rénal; on prévoit généralement la création de l'abord vasculaire lorsque la clairance de la créatinine avoisine 20 ml/mn; on dispose alors de suffisamment de temps pour déterminer avec le chirurgien le meilleur abord possible pour le patient.

- soit le patient est découvert au stade d'urémie terminale et généralement dans un contexte d'urgence : décompensation cardiaque, altération majeure de l'état général, sepsis, dénutrition...

Les circonstances ne sont guère propices à la création d'un abord vasculaire permanent dans de bonnes conditions. Il est préférable de mettre en place un accès temporaire par cathétérisme veineux central.

Si on prévoit que le développement de l'abord sera assez rapide après sa création on peut se contenter d'un cathéter rigide en polyuréthane mis en place dans la veine jugulaire ou fémorale : la veine sous-clavière doit être abandonnée du fait du risque important de sténose secondaire (30 à 40%) ; mais si l'accès temporaire risque d'être utilisé plusieurs semaines voire plusieurs mois il est préférable de mettre en place un cathéter souple en silicone dans la jugulaire interne et de réaliser une tunnellisation sous-cutannée avec émergence au bord interne du grand pectoral, limitant ainsi les risques d'infection et améliorant le confort du patient en permettant son retour très rapide à domicile.

Plusieurs types de cathéter sont disponibles :

- cathéter de HICKMAN et cathéter de QUINTON à simple ou double lumière qui sont mis en place le plus souvent par voie chirurgicale et doivent également être enlevés de la même façon.

- TWIN-CATH développé par le Pr CANAUD à Montpellier : double cathéter silastic dans la jugulaire interne ; la mise en place est percutanée au lit du malade, l'utilisation immédiate avec un débit de dialyse possible à 300ml/mn, il peut être utilisé pendant jusqu'à 2 ans chez un même patient, et reposé plusieurs fois. Il nécessite des conditions d'asepsie rigoureuse pour la pose ainsi que pour l'utilisation. L'incidence des infections est d'environ 10 %.

Cette méthode originale nous paraît offrir de grandes perspectives d'avenir pour l'hémodialyse.

II - STRATÉGIE CHIRURGICALE DE LA CRÉATION DES ABORDS VASCULAIRES ARTÉRIO-VEINEUX POUR HÉMODIALYSE CHRONIQUE : NIVEAUX SUCCESSIFS

Fav Radiale (+S)

Fav Cubitale

Pav Avant-Bras

Fav Céphalique

Fav Basilique (+S)

Pav Bras, Cou, Thorax

Fav Saphène Interne (+S)

Fav Fémorale (+S)

Pav Cuisse

Cathéter Veineux Central Définitif

(S = superficialisation, Fav = fistule, Pav = pontage)