



athétérisme veineux fémoral prolongé pour hémodialyse

Docteur Guy LAMBREY, Hervé MORDACQ : I.D.E dialyse - BEAUVAIS

L'Hémodialyse nécessite un accès vasculaire :

- permettant un débit de C.E.C. suffisant
- aisément utilisable
- n'entraînant pas de complications :
 - . infectieuses
 - . hémodynamiques
 - . vasculaires (thrombose, sténose)

L'accès le plus habituel est la fistule ou le pontage artérioveineux réalisé au niveau d'un membre supérieur; il demande un délai de plusieurs semaines avant d'être utilisable.

Dans certains cas un accès immédiatement fonctionnel est nécessaire :

- insuffisance rénale aiguë
- insuffisance rénale chronique terminale non suivie en milieu néphrologique
- transfert en hémodialyse depuis la D.P.
- F.A.V. non utilisable
 - . thrombose
 - . hématome
 - . infection

La voie veineuse centrale a, dans la très grande majorité des équipes, supplanté le classique shunt artérioveineux de Scribner

ACCÈS VEINEUX CENTRAUX

Ponctions fémorales répétitives

Avantages :

- pas de matériel à demeure
- simplicité, rapidité, coût
- peu de risques (hématome)

Inconvénients :

- temps de pose, compression
- confort
- répétition limitée

Accès idéal pour la dialyse en urgence intéressant pour des temps de séance inférieurs ou égaux à 2 heures ou pour une durée brève (moins de 2 semaines)

Cathétérisme jugulaire simple

Pour certains, c'est l'accès de première intention

Avantages :

- pose assez simple
- peut être laissé à demeure

Inconvénients

- risque infectieux qui augmente avec la durée du cathéter
- confort
- risque de pneumothorax ou hématome

Cathétérisme sous-clavier simple

Avantages :

- plus confortable
- plus propre

Inconvénients :

- pneumothorax
- sténose veine sous-clavière

ACCÈS VEINEUX CENTRAUX

Cathéter jugulaire tunnelisé

QUINTON

Avantages :

- sécurité
- durée longue
- tolérance
- confort

Inconvénients :

- abord chirurgical
- coût
- débit ?

CANAUD

Avantages :

- idem au QUINTON
- pas d'abord chirurgical (réalisable au lit du malade)

Inconvénient :

- coût

Cathéter fémoral à demeure

CANAUD propose l'utilisation de son cathéter par voie fémorale en cas d'impossibilité d'accès jugulaire

PAGE et LEGENDRE ont publié en Novembre 1993 une série encourageante de 12 cas

NOTRE EXPÉRIENCE

Dès l'ouverture du centre en Novembre 1979

ponction fémorale répétée que nous utilisons encore en urgence et dans certains cas

A partir de 1980 jusqu'en 1986

Cathéter sous clavier tunnélisé

A partir de 1986

cathéter de QUINTON par voie jugulaire

A partir de 1992

cathéter de CANAUD double en jugulaire

Puis très rapidement utilisation de la voie fémorale avec une expérience de 6 cathéters

INDICATIONS

- 2 fois : insuffisance rénale chronique non suivie
 - . infection du cathéter jugulaire simple
- 1 fois : insuffisance rénale aiguë
- 2 fois : reprise chirurgicale d'une F.A.V. thrombosée
 - . échec accès jugulaire
- 1 fois : transfert en hémodialyse depuis la D.P.
 - . cathéter jugulaire pour réanimation

TECHNIQUE

Mise en place

- au lit du malade
- 3 fois : cathéter simple
- 3 fois : double cathéter
- tunnélisation sur l'abdomen : 1 fois
- tunnélisation sur la cuisse : 5 fois
- sortie en zone propre

MAINTENANCE

Au branchement

- soins d'urgence
- aspiration d'éventuelle "carotte", héparine résiduelle
- raccordement à C.E.C.

Au débranchement

- héparinisation (dépend de la longueur du KT)
- bouchon Luer-Lock
- pansement adhésif

RÉSULTATS

Durée d'utilisation

- 50 jours (14 - 70)
- 15,6 séances (3 - 30)

Efficacité

- simple lumière : bon débit (400/400 ml/mn) mixing peut être important suivant la longueur du KT
- double lumière : débit (300 ml/mn)

Complications

- thrombose de cathéter : 0
- problème de débit artériel : 1
émurgence abdominale
- pression veineuse élevée : 0
- infection émergence : 1
- septicémie : 0
- thrombose veineuse : 0
- Pas d'examen Doppler réalisé à ce jour
- problèmes techniques :
 - fixation : 2
 - cathéter blessé : 1
 - fuite : 1

CONCLUSION

1°) Notre expérience très limitée est encourageante et semble confirmer :

- la bonne tolérance de cet accès fémoral pendant une durée de plusieurs mois
- sur le plan fonctionnel : mobilité préservée, absence de gêne subjective
- sur le plan infectieux : une seule infection au point d'émergence du tunnel
- sur le plan hémodynamique : pas de thrombose veineuse
- sur le plan efficacité : bons débits sanguins

2°) Notre attitude actuelle est la suivante :

- urgence : ponction fémorale
- si accès transitoire pour une courte durée avec dialyse jusqu'à 2 fois par semaine : répétition des ponctions fémorales
- si accès pour une durée plus longue avec dialyse fréquente :

cathéter de CANAUD jugulaire (double de préférence) ou éventuellement cathéter de QUINTON

- En cas d'impossibilité ou de difficulté de la voie jugulaire la mise en place d'un cathéter de CANAUD à demeure dans la veine fémorale :

- . pacemaker
- . cathéter jugulaire pour réanimation
- . ventilation assistée
- . échec de ponction jugulaire
- . traumatisme du cou

3°) L'accès fémoral prolongé nous paraît contre-indiqué dans les cas suivants :

- ATCD de phlébite ou existence d'une thrombose veineuse
- existence d'une compression pelvienne

4°) En cas d'alitement un traitement anticoagulant préventif par l'héparine de bas poids moléculaire nous semble souhaitable

5°) Enfin il nous semble raisonnable de réserver cet accès aux contre-indications de l'accès jugulaire.