

Gaine de fibrine autour des cathéters de dialyse sous-claviers ou fémoraux

J.Y. DE VOS - Clinique Werken Glorieux, Centre d'Hémodialyse, Renaix - BELGIQUE.

INTRODUCTION

Nous voyons souvent qu'un cathéter de dialyse à lumière unique (CDLU), en combinaison à un système d'uniponction, donne des problèmes d'aspiration artérielle insuffisante alors que le retour veineux se fait sans problème. Ceci suggère une sorte de mécanisme valvulaire dans ou autour de l'extrémité du cathéter de dialyse.

MATERIAUX

A : Les cathéters de dialyse à lumière unique (CDLU) que nous utilisons habituellement sont :

- Vas-Cath Gambro SC 2100 en polyuréthane 8 Fr.
- Miramed Uni-Cath 370 en polyuréthane 8 Fr.
- Medcomp 01 CMD 240 en polyuréthane 8 Fr.
- Medcomp MCTC 1235 S en Silicone 12 Fr. type TESIO

B : - fil de guide de cathéter Medcomp 01 CMB 310

C : - Héparine Standard 5 000 U/ml (Novo)

- Urokinase Choay 75.000 U.I (Sanofi-Pharma)

D : - Angiographie digitalisée : ADAC - DPS 4050 (laboratoires Adac).

METHODE

Les instructions de routine en fin de session de dialyse concernant le cathéter de dialyse à lumière unique sont les suivantes :

- rincer le contenu du cathéter par 10 ml de solution physiologique.
- remplir le cathéter avec environ 1,5 ml ou 2,0 ml d'héparine standard pure (= contenu du cathéter).
- fermer le cathéter au moyen d'un stop Luer - Lock.

Ceci se fait 3 fois par semaine, après chaque dialyse. Entre-deux, il n'y a aucune manipulation du cathéter de dialyse.

Les cathéters demeurent environ 5 semaines, à condition qu'il n'y ait aucun problème d'aspiration artérielle, cassure, thrombose, etc. Le cathéter est remplacé par un nouveau, par la technique de Seldinger (fil de guide).

L'extraction définitive du CDLU se faisait chez quelques patients, pendant une période d'observation de 6 mois, sous angiographie digitalisée.

RESULTAT

1. L'hypothèse de l'existence d'une sorte de gaine autour de l'extrémité du cathéter provoquant un mécanisme valvulaire, s'est avérée exacte car nous avons observé plusieurs fois que, pendant la manoeuvre d'extraction du cathéter, cette gaine, entourant la surface du cathéter, est également écartée. Cette gaine est grise, mesure 1 mm d'épaisseur et environ 30 mm de longueur. Elle est constituée de fibrine et de thrombocytes (photos 1 + 2).

Les examens bactériologiques se sont toujours avérés négatifs.

L'existence in vivo fut démontrée grâce à l'angiographie réalisée durant la manoeuvre d'extraction du cathéter de dialyse à lumière unique (photo3).

2. Lors de l'existence d'un tel mécanisme valvulaire, on peut normaliser la situation en injectant dans le cathéter, en bolus, de l'urokinase.

Photo 1 :
gaine autour
du cathéter

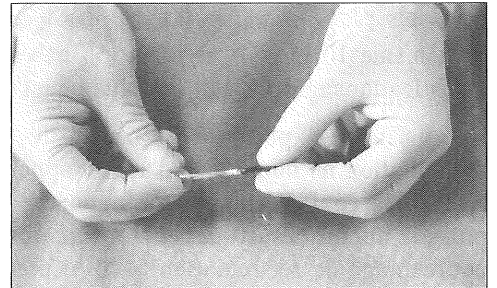
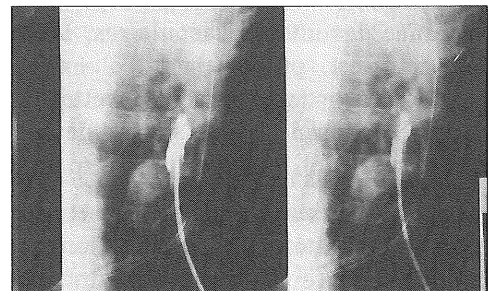


Photo 2 :
structure
fibrineuse et
thrombocytaire
de la gaine

Photo 3 :
angiographie
digitalisée



DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Ce n'est qu'exceptionnellement que cette gaine est retirée avec le cathéter de dialyse.

Dans la plupart des cas, la gaine est pelée et reste dans les tissus sous-cutanés ou dans le lit vasculaire et ceci souvent sans symptômes cliniques.

2. Cependant dans certains cas, ceci s'accompagne d'épisodes de toux, dyspnée, douleur thoracique, parfois rétrosternale, hypotension, parfois suivies d'hémoptisie, ou d'un infiltrat pulmonaire radiologique, suggérant une embolisation pulmonaire avec des symptômes d'infarctus pulmonaire.
3. Après avoir écarté les problèmes de cassure, caillot, torsion, une aspiration artérielle inadéquate peut être normalisée en remplaçant le cathéter par la méthode de Seldinger ou en remplissant d'Urokinase.