

Dialyse

p é r i t o n é a l e

LA POSE MÉDICALE DU CATHÉTER DE DIALYSE PÉRITONÉALE

Dr E. BOULANGER

Service de Néphrologie B, Hôpital Calmette, Lille.

Les cathéters de dialyse péritonéale ont fait l'objet d'améliorations tant en ce qui concerne les matériels que les techniques d'implantation. Différents types de cathéters sont actuellement disponibles : le Toronto-Western, le cathéter de type Missouri (col de cygne), le cathéter de Tenckhoff (avec 2 manchons en dacron), le cathéter Life-Catch (2 disques sur le segment intra-péritonéal), le cathéter de Moncrief-Popovich (avec extériorisation du cathéter dans un deuxième temps)...

Trois techniques d'implantation sont proposées : technique médicale néphrologique percutanée, procédure chirurgicale classique et enfin implantation par vidéo-coelioscopie.

Nous décrivons et rapportons une technique de pose médicale percutanée différente des poses habituelles. L'intérêt de cette technique réside en sa simplicité, et en la sécurité qu'elle apporte vis-à-vis des complications hémorragiques par l'absence de dissection du muscle grand droit.

Les contre-indications à la pose d'un cathéter de dialyse péritonéale comprennent l'obésité, la faiblesse de la sangle abdominale, les antécédents multiples de chirurgie abdominale, d'irradiation abdominale et pelvienne, les stomies, les troubles de la coagulation... Certaines de ces contre-indications sont absolues, d'autres relatives.

Avant la pose médicale du cathéter, plusieurs précautions sont à prendre. En effet, il faut expliquer au patient le déroulement futur de cet acte. Il est indispensable de déterminer à l'avance l'orifice de

sortie du cathéter afin que celui-ci ne se situe pas, ensuite, sur un lieu de frottement (ceinture). Un bilan pré-opératoire classique est réalisé, de même qu'un lavement rectal évacuateur. Le patient sera rasé au niveau thoraco-abdomino-pubien, un bain sera proposé la veille de la pose du cathéter et le patient dormira dans des draps propres.

Le jour de la pose un sondage urinaire systématique est réalisé, le patient étant à jeun depuis minuit. Une perfusion de sérum glucosé isotonique est prescrite pour la totalité de la durée de l'acte. Une antibio-prophylaxie à base de céphalosporine de première génération est systématique. Le patient est prémédiqué trente minutes avant la pose du cathéter. Les cathéters sont toujours posés le matin tôt afin de bénéficier d'un temps suffisant en cas de complications précoces.

La pose du cathéter est effectuée par le même opérateur néphrologue.

La pose médicale en elle-même : après badigeonnage large, un champ opératoire est mis en place. Les gestes sont effectués sous anesthésie locale.

Nous créons une ascite artificielle puis, nous effectuons une incision de 3 à 4 cm à environ 2 cm en dessous et à droite de l'ombilic. Vient ensuite le temps de la dissection qui est réalisé jusqu'à l'aponévrose antérieure du muscle grand droit. Ce dernier n'est pas disséqué. Ensuite, par l'intermédiaire d'un guide métallique, nous pouvons alors introduire un guide pelable en matière plastique. Dans ce guide est introduit le cathéter de dialyse péritonéale. Le manchon de dacron est fixé à l'aponévrose antérieure de ce

muscle, le manchon étant donc situé dans l'espace sous-cutané. Ensuite un trajet sous-cutané est réalisé, l'orifice de sortie du cathéter étant latéralisé à droite. La particularité de cette technique percutanée réside donc dans l'absence de dissection du muscle grand droit.

Suites immédiates de la pose : l'ablation de la sonde urinaire se fait immédiatement après la pose ; un repas léger est proposé le midi avec mise au fauteuil. Une radiographie de l'abdomen sans préparation est effectuée dans les 24 heures afin de vérifier l'emplacement du cathéter. Des « lavages péritonéaux » à petit volume sont effectués (500 cc toutes les 6 heures). Si cela est possible, la mise en œuvre définitive de la dialyse péritonéale est reportée au moins de 2 semaines. Dans le cas contraire, nous effectuons, soit de nombreux échanges à petit volume, soit la dialyse péritonéale automatisée nocturne afin de réduire la pression intra-abdominale.

Patients : 48 patients. Les indications de la prise en charge en dialyse péritonéale sont diverses : choix du patient, sujet jeune en attente de transplantation ; sujet insuffisant cardiaque ou hépatique ; sujet âgé. L'âge moyen est de 58 ans (18 - 89), 25 hommes (52 %) et 23 femmes (48 %). L'étiologie de l'insuffisance rénale comprend : glomérulopathie : 13 patients (27 %) ; diabète : 12 patients (25 %) ; néphropathie interstitielle : 11 patients (23 %) ; vasculaire : 7 patients (15 %) ; polykystose : 2 patients (5 %) ; non déterminée : 3 patients (6 %). Le cathéter de dialyse péritonéale (référence Bernas-Médical) est de type Tenckhoff, 46 cm, 1 cuff, droit, orifice de sortie à droite.

La surveillance moyenne est de 8,9 mois (1 à 23) par patient (428 mois au total). La mise en route de la dialyse péritonéale a été immédiate pour 6 patients et retardée de 15,88 jours pour 42 patients. La technique de dialyse péritonéale est pour

Dialyse péritonéale

24 patients (50 %) UV Flash, 16 patients (33 %) double poche, 8 patients (17 %) dialyse péritonéale automatisée.

Les évènements pris en compte sont les suivants :

– *complications mécaniques* : saignement au niveau de l'orifice ; hématome ; déplacement primaire ou secondaire du cathéter ; fuite (qu'elle soit au niveau de l'orifice ou en zone sous-cutanée).

– *complications infectieuses* survenant au niveau de l'orifice de sortie du cathéter, ou du trajet du cathéter, ou infections du liquide de dialyse péritonéale. Ces évènements ont été séparés selon un délai de survenue : avant 60^e jour ou après 60^e jour.

RÉSULTATS

Les résultats sont résumés dans les 2 tableaux ci-dessous. Le tableau I rapporte les évènements survenus avant J60 ; ces évènements sont donc considérés comme en rapport avec la pose du cathéter. Le tableau II résume les évènements survenus après le 60^e jour (n'ayant donc pas de rapport avec la pose du cathéter de dialyse péritonéale).

Tableau I :
Événements survenant avant J60

	MÉCANIQUES			INFECTIEUSES	
	Saignement	Hématome	Déplacement	Fuite	
Conservation du KT	1	0	4	6	4
Ablation du KT	0	0	2	2	4

Tableau II :
Complications après J60

	MÉCANIQUES			INFECTIEUSES	
	Saignement	Hématome	Déplacement	Fuite	
Conservation du KT	0	0	3	2	7
Ablation du KT	0	0	0	1	3

DISCUSSION

Avant le 60^e jour : on ne note aucune complication hémorragique ayant amené à la reprise chirurgicale ou à l'ablation du cathéter. Un seul saignement, au niveau de l'orifice, est noté : la patiente recevait de l'aspirine à visée anti-agrégant plaquettaire. Les déplacements sont survenus au nombre de 6 avant le 60^e jour ; 4 n'ont pas nécessité de changement de cathéter, étant donné l'absence de dysfonction du cathéter. 2 cathéters ont été changés en raison d'un volume de sortie insuffisant. Notons la survenue de fuite chez 8 patients ; pour 6 d'entre eux l'arrêt provisoire de la dialyse péritonéale a permis une cicatrisation totale, 2 cathéters ont dû être retirés. En ce qui concerne les complications infectieuses, on note que 4 cathéters ont dû être retirés pour infection de l'orifice, du trajet, ou infection du liquide de dialyse péritonéale.

Après le 60^e jour : les complications mécaniques n'ont nécessité qu'une seule ablation de cathéter en raison de fuites. Notons que la patiente réalisait de nombreux efforts abdominaux en raison de son activité professionnelle physique. Les complications infectieuses amenant

l'ablation du cathéter à distance sont au nombre de 3 ; pour chaque cas il existait une surinfection du liquide de dialyse péritonéale avec surinfection du trajet du cathéter et de l'orifice de sortie de celui-ci.

Précisons que le total des ablations de cathéter avant le 60^e jour est de 8, mais une ablation de cathéter a été comptée 2 fois (1 fois en complication mécanique, 1 fois en complication infectieuse) étant donné qu'il était survenu une surinfection après fuite. Au total 7 cathéters ont dû être retirés pour cause en rapport avec la pose du cathéter, soit 14,6 %.

CONCLUSION

Nos résultats sont actuellement encourageants pour une technique percutanée simple. L'absence de dissection du muscle grand droit permet d'obtenir une sécurité vis-à-vis des complications hémorragiques comme nous le précisons dans nos résultats, puisqu'aucun hématome n'est à signaler. La survenue de fuites qui pourraient, *a priori*, paraître plus fréquentes, n'est pas plus importante que dans les autres séries de pose percutanée. Par ailleurs, signalons que lorsque l'indication de dialyse péritonéale est posée, le cathéter peut être mis en place dans les 24 heures à 48 heures suivantes. Cette disponibilité concernant la pose n'était pas le cas antérieurement, puisque nous avions (en dehors des situations d'urgence) un délai d'attente d'environ un jour à une semaine lorsque nous désirions que la pose soit réalisée de manière chirurgicale. La durée d'hospitalisation est donc nettement réduite, ce qui permet d'obtenir un coût nettement inférieur.

La pose médicale percutanée du cathéter de dialyse péritonéale, sans dissection du muscle grand droit, est donc pour nous une expérience très positive en de nombreux points.