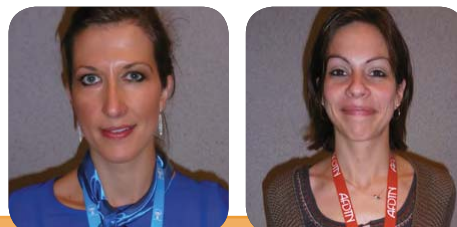


LA PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONNEMENTS DES CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX TUNNELISÉS EN HÉMODIALYSE



Laetitia FOURCAULT, Faisant Fonction Cadre de Santé, Adélaïde WATRIN, Infirmière – Hémodialyse Hôpital Maison Blanche, CHU, REIMS

L'utilisation des cathéters veineux centraux tunnelisés pour l'hémodialyse chronique, expose nos patients à diverses complications, telles que l'infection et l'altération de la qualité de l'épuration extra rénale. Les complications infectieuses sont la 2^{ème} cause de mortalité chez les patients hémodialysés chroniques. Antérieurement, nos pratiques étaient basées sur une utilisation exclusive de solution dosée à 46 % de citrate pour fermer les cathéters veineux centraux tunnelisés. Or, nous avons constaté que nous utilisons de plus en plus fréquemment de l'urokinase 100000UI chez ces patients ayant pour conséquence, une perte de temps et une augmentation des coûts.

C'est pourquoi, nous avons envisagé de revoir notre protocole de soin pour la fermeture des cathéters veineux centraux tunnelisés et de réaliser une étude observationnelle selon différentes variables : Âge, sexe, néphropathie causale, ancienneté de dialyse, cause du cathéter.

Le nouveau protocole de soin utilise un produit composé :

- D'un antiseptique (la taurolidine).
- D'un anticoagulant (le citrate de sodium dosé 4%).
- D'un antithrombotique (soit l'héparine sodique; soit l'urokinase 25000UI).

Notre objectif étant de mesurer le nombre d'infections des cathéters veineux centraux tunnelisés, d'évaluer le débit sanguin à H2 et de diminuer le recours à l'urokinase 100000UI.

Le principe de notre protocole est le suivant :

Pour tous les cathéters veineux centraux tunnelisés, utilisation d'un verrou à base d'héparine so dique comme antithrombotique à chaque séance sauf lors de la dernière séance de la semaine où nous utilisons l'urokinase 25000UI comme antithrombotique.

Si recours à l'urokinase 100000UI, nous faisons un verrou à base d'urokinase 25000UI à chaque séance pendant 4 semaines puis reprise du protocole habituel.

Pour analyser les résultats, nous avons commencé par faire une étude de la population concernée. Elle est de 16 patients, dont l'âge moyen est de 73,56 ans et répartie selon le sexe : femmes 62,5% et hommes 37,5%. L'étude s'est effectuée sur 5 mois.

Les néphropathies prévalentes concernant cette population sont principalement les néphropathies diabétique et hypertensive.

La mise en place d'un cathéter veineux central pour hémodialyse concerne principalement les patients où de grosses difficultés chirurgicales pour la création d'un abord vasculaire ont été rencontrées.

Avant la mise en place du protocole de soin, 7 patients sur 16 ont eu recours au protocole de désobstruction par urokinase 100000 UI une ou plusieurs fois. Après la mise en place du protocole, aucun recours à l'urokinase 100000 UI n'a eu lieu.

Le débit sanguin moyen à H2 est de 268,75 ml/h dont 15 patients sur 16 ont un débit sanguin à H2 supérieur ou égal à 250 ml/h.

En 2 mois, notre consommation d'urokinase 100000UI est passée de 142 unités à 20 unités par mois. En avril, aucune consommation n'a été constatée.

En conclusion, nous constatons après 5 mois d'étude que :

- Aucune infection n'a été relevée.
- La consommation d'urokinase 100000UI a diminué.
- Le débit sanguin à H2 est \geq 250 mL/h pour 93,75% des patients étudiés.

C'est pourquoi, au regard de ces résultats satisfaisants, nous envisageons de prolonger l'utilisation de notre protocole de soin et d'envisager une étude comparative avec les verrous à base de citrate 4%.