



e Twin-Cath Qu'en pensons-nous ?

DELARGILLIÈRE Véronique, CATOIRE Isabelle - Infirmières, GEAGEA Christine - Cadre infirmier,
Hémodialyse - Néphrologie - C.H. Laënnec - CREIL

I - DÉFINITION

En 1986, l'équipe de néphrologie de Montpellier, menée par le professeur Canaud, a été la première à présenter une nouvelle méthode d'accès vasculaire. Elle consiste à l'implantation percutanée, sous anesthésie locale et dans la même veine jugulaire interne de 2 cathéters indépendants en élastomère de silicone.

Une tunnellisation sous-cutanée fait apparaître l'émergence des cathéters dans la région pré-thoracique.

II - INDICATIONS :

A court terme

- Défaillance de la fistule artério-veineuse (thrombose, sténose, débit insuffisant, infection...)
- Attente d'un développement de fistule
- Repos du capital veineux
- I.R.C. au stade terminal sans abord vasculaire «préventif»
- I.R. transitoire

A long terme

- Système vasculaire en mauvais état (diabétique, chimiothérapie)
- Les sujets âgés
- Fonction myocardique défaillante
- Retour du patient de dialyse péritonéale en hémodialyse
- Patient dont l'espérance de vie est limitée (AEG, tumeur néoplasique en stade terminal).

III - POSE DU TWIN-CATH

- *Présentation du plateau*
- *Principales étapes d'implantation*
- *Références du film*
- *Étude comparative de la pose au bloc ou dans le service, à efficacité similaire*

Nous avons pu observer que la mise en place percutanée par un opérateur entraîné est plus rapide, moins agressive et moins coûteuse en temps et en matériel que la pose chirurgicale.

Par ailleurs, elle laisse plus de possibilités à la mise en place itérative.

Intervention chirurgicale

1) Décision opératoire

- Tributaire du planning opératoire
- Peut nécessiter le changement des jours de dialyse
- Hospitalisation de 48 H minimum

2) Anesthésie générale

- Bilan pré-opératoire (sanguin, examens paracliniques, consultation pré-anesthésique)
 - Stress de l'anesthésie
 - Jeûne obligatoire
 - Accès veineux
 - Réveil parfois difficile
 - Risque des complications liées à l'anesthésie
- On peut conclure que l'avantage considérable de l'anesthésie générale réside dans le fait que le patient est rassuré de ne pas assister au geste opératoire.

3) Esthétique

- Cicatrice plus large

4) Risques de complications immédiates (pneumothorax)

- Prise en charge immédiate

5) Coût

- Forfait journalier (3 jours = 165 F)
- Plateau simple (1300 F TTC)
- Prix de journée (2 jours : environ 5 000 F)
- Transport (VSL x 2)

Implantation dans le service

- Pose dans les 24 H
- Aucune modification
- En ambulatoire

Anesthésie locale

- TP - TCK (facultatif)

- Petit déjeuner léger

Ceci implique que l'anesthésie locale nécessitant une très bonne coopération du patient est quelquefois plus mal supportée. En effet, la position peu confortable pendant 75 mn que dure la pose, et la douleur que ressent la plupart des patients restent l'inconvénient majeur.

- Voie percutanée, ligature de 2 fils

- Intervention moins rapide

- Plateau complet (1700 F TTC)

- VSL ou véhicule personnel.

IV - COMPLICATIONS

1) Immédiates :

- Ponction artérielle
- Hémothorax
- Pneumothorax
- Embolie gazeuse
- Malposition du cathéter (boucle)
- Hématome...

2) Tardives :

- Insuffisance de flux
- Thrombose ou sténose veineuse
- Infection
- Dysfonctionnement du cathéter (déplacement)
- Déconnection accidentelle ou rupture du cathéter
- Saignement dû à l'héparine.

V - VÉCU DU TWIN-CATH

Statistiques :

- Date : de novembre 1993 à mai 1995
- Population : 7 hommes et 12 femmes
- âge des patients : de 21 ans à 86 ans (moyenne d'âge : 64 ans)

Par le patient :

- Esthétique :

- Cicatrice plus ou moins importante au niveau du cou
- Vêtements, pour les femmes :
 - Moins de choix
 - Décolleté limité
 - Gêne par le soutien-gorge
- pour les hommes :
 - Atteinte à la virilité
- Image du bras intacte



- Hygiène :

- Plus rigoureuse
- Précautions pour se doucher (poser opraflex)
- Pansement gênant à la toilette
- Pansement entraînant des démangeaisons

- Relation avec le conjoint :

- Blocage (pansement au niveau du sein)

- Vie sociale :

• Contre-indique le port de la ceinture de sécurité (selon l'emplacement)

• Limite la pratique de certains sports (mouvement de rotation réduit selon l'implantation)

- Par rapport à la dialyse :

- Pas de douleur (pas de ponction)
- Liberté de mouvement pendant la dialyse
- Moins anxieux (a moins peur des risques thrombotiques/fistule)
- Allongement du temps de préparation (dialyse plus longue !...)

Par le personnel infirmier

- Asepsie rigoureuse

- Augmentation de la charge de travail :

- Préparation du matériel
- Branchement plus long
- Aide au branchement

- Planification des Twin-Cath :

- 2 à 3 par jour maximum

- Dialyse :

- Faible taux de recirculation (8 à 10 %)
- PV faible (n'excède pas la moitié du débit sanguin)
- Débit sanguin élevé (400 ml/mn)
- Excellente biocompatibilité
- Risques infectieux limités
- Absence des risques inhérents à la ponction (hématome...)

- Bilan de coagulation :

- Nécessité de ponctionner le bras

CONCLUSION

Notre expérience dans le domaine du Twin-Cath nous montre tous les jours que ce moyen d'accès vasculaire peut être une alternative satisfaisante permettant le maintien des patients dans la technique, et facilitant le travail infirmier.

Cette technique, par sa simplicité et son efficacité, est adoptée par un nombre croissant de Néphrologues.

Initialement considérée comme un accès provisoire, le cathérisme de la voie jugulaire peut constituer aussi, dans certaines conditions, et pour des indications restant à définir, une solution durable.