



es cathéters jugulaires

J.F. de FREMONT, A VANDERWEE, Claude VAURS, G. COHEN, *Polyclinique Saint Côme - COMPIEGNE*

INTRODUCTION

La veine jugulaire est actuellement utilisée préférentiellement pour poser les cathéters d'hémodialyse centraux. En effet, la voie sous-clavière n'est pratiquement pas utilisée en raison du risque de sténose de cette veine, ce qui, dans ce cas, risque d'amputer le capital veineux du dialysé puisque si l'on crée une fistule artériovoineuse du côté de la sténose, ceci aboutit au risque d'œdème du bras. Il est vrai qu'il est toujours possible de dilater ces sténoses, voire de mettre en place une endoprothèse ce qui limite le risque d'amputation du capital veineux. Toutefois, la voie jugulaire est néanmoins à ce jour, utilisée prioritairement.

I - LES CATHÉTERS :

Deux types de cathéter jugulaire sont utilisés; il s'agit :

- du cathéter de QUINTON. Celui-ci nécessite le plus souvent, un abord chirurgical de la veine. Toutefois, les derniers modèles permettent de le placer percutané avec repérage éventuel de la veine jugulaire à l'écho-doppler précédent le geste.

- le Twin Cath de CANAUD. Ce cathéter peut-être implanté par abord médical ou chirurgical. Dans le premier cas, là encore, certains proposent un repérage de la veine jugulaire par voie échographique préalablement au geste.

II - MODE D'UTILISATION DES CATHÉTERS AU COURS DE LA DIALYSE

Dans notre centre, ces cathéters sont utilisés tant au branchement qu'au débranchement, en utilisant des casaques, des gants stériles et des champs stériles perforés.

Au branchement, après s'être habillée, l'infirmière nettoie localement, ouvre les branches du cathéter, aspire les caillots, rince les branches au sérum physiologique et branche simultanément les deux lignes avec une aide.

Au débranchement, les lignes artérielles et veineuses sont restituées in situ. L'infirmière après s'être habillée rince les branches à l'eau stérile, injecte de l'Héparine de bas poids moléculaire, ou de l'Héparine dans les deux branches du cathéter. Celles-ci sont fermées à l'aide d'un bouchon stérile. Après nettoyage locale, un pansement est réalisé.

III - ETUDE COMPARATIVE DES CATHÉTERS

30 cathéters ont été utilisés chez 28 malades d'âge moyen 66 ± 18 ans. Deux patients avaient moins de 40 ans, 6 avaient un âge compris entre 41 et 60 ans, 12 entre 61 et 80 ans et 8 supérieurs à 80 ans. L'indication a été jugée comme temporaire dans 18 cas et définitive dans 10 cas.

Le cathéter de QUINTON a été utilisé en moyenne 9 ± 5 mois représentant 133 mois/patient; le Twin Cath 7 ± 3 mois soit un total de 104 mois/patient ($p \leq \text{NS}$).

Le nombre de séances pratiquées était de 1225 pour le QUINTON, 1028 pour le Twin Cath. Au cours des séances, ont été notés les problèmes de débit, l'utilisation éventuelle de l'UROKINASE ou la nécessité temporaire d'inverser les lignes artère et veine. Dans 13 % des séances, ces difficultés ont été observées avec le cathéter de QUINTON. Ils ne l'ont été que dans 5,1 % des séances réalisées avec le Twin Cath ($p = 0,05\%$).

Les infections ont également été répertoriées avec l'un et l'autre cathéter. Il a été observé 9 infections avec le cathéter de QUINTON et 6 infections avec le Twin Cath. Ceci représente une infection tous les 15 mois d'utilisation pour le cathéter de QUINTON et 1 infection tous les 17 mois d'utilisation pour le Twin Cath ($p = \text{NS}$).

Ces infections ont été décelées soit par des rougeurs cutanées du tunnel, soit par une fièvre inexplicée, soit par un écoulement par les orifices cutanés.

Les germes en cause ont été le bacille pyocyanique dans 2 cas; le staphylocoque doré dans 3 cas; la corynébactérie dans 1 cas et dans 9 cas, le prélèvement est revenu négatif.

Le traitement a consisté, lorsqu'il y avait des signes généraux à l'utilisation d'une AMINOSIDE associée à un AMPICILLINE. En cas de staphylocoque doré, la VANCOMYCINE était utilisée.

Dans 3 cas, le cathéter a dû être ôté en raison de signes généraux importants.

Dans quelques cas, notamment lorsque les signes généraux étaient inexistantes, les signes locaux peu importants, la PYOS-TACINE a été utilisée même lorsque les prélèvements étaient négatifs considérant qu'il s'agissait quand même d'un staphylocoque doré.

Une étude échographique des veines jugulaires a été réalisée chez 12 malades par écho-doppler pulsé. 10 veines jugulaires restaient normales après utilisation d'un cathéter. Dans un cas, il existait une sténose modérée et dans un autre cas, une thrombose complète de la veine jugulaire.

	N	Durée Moyenne d'utilisation (mois)	Durée cumulée (mois)	N séance	% séances avec problèmes
QUINTON	15	9±5	133	1227	13,5%
TWIN CATH	15	7±3	104	1028	5,1%
PS	NS	NS	NS	NS	=0,05

IV - INDICATIONS : FAUT-IL UTILISER LES CATHÉTERS JUGULAIRES OU LES CATHÉTERS FÉMORAUX ?

Les cathéters fémoraux sont dans notre expérience utilisés si le malade n'a pas de voie d'abord artério-veineuse ou encore si celui-ci dispose d'une voie d'abord artério-veineuse non ponctionnable, à condition que les ponctions fémorales ne durent pas plus de 15 jours.

Si ce délai est plus élevé une voie jugulaire est utilisée préférentiellement. Tant et si bien que les indications de nos cathéters jugulaires ont été les suivantes :

1) Abord temporaire par absence de voie d'abord artério-veineuse à l'arrivée en dialyse, par thrombose de la fistule artério-veineuse sans possibilité immédiate de réfection de celle-ci.

2) Abord définitif : dans quelques cas limités aucune voie d'abord n'a été possible (malade artériopathique majeur, malade diabétique multi amputé), la voie d'abord jugulaire peut-être une bonne indication.

CONCLUSION :

Les cathéters jugulaires sont utilisés le plus souvent comme une voie d'abord temporaire. Ils sont faciles d'utilisation mais nécessitent des précautions particulières lors de celle-ci.

Certains cathéters jugulaires semblent donner plus de problèmes de débit que d'autres. Le nombre d'infections est équivalent.

Le retentissement sur les veines jugulaires n'est pas négligeable puisqu'il est possible d'observer des sténoses et des thromboses.