

P

ose de cathéter de dialyse péritonéale par vidéo-coelioscopie.

FÉLIX O. (IDE), VIEIRA J. (Surveillant), GRENET A. (IDE), GUICHAOUA A. (IDE), LAURENT E. (IDE).
Service Néphrologie-Hémodialyse, Dr D. CHOURAQUI et Dr P. SENIUTA. Service de Chirurgie, Dr F. LÉVY.
Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine, BORDEAUX.

INTRODUCTION

Le développement de la vidéo-coelioscopie a amené des progrès considérables dans les interventions de chirurgie abdominale. Cette technique nous a paru intéressante, comme appoint pour l'implantation du cathéter de dialyse péritonéale (1).

Elle permet d'éviter les inconvénients d'une laparotomie, et les difficultés de la pose percutanée du cathéter. A l'heure actuelle en France, plusieurs centres utilisent la vidéo coelioscopie, soit dans la sauvegarde du cathéter, soit dans sa pose proprement dite. (2,3,4,5,6)

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

Le patient est préparé comme pour toute intervention de chirurgie abdominale. L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, le patient est placé en décubitus dorsal, en position de Trendelenburg.

Dans un premier temps, le chirurgien réalise une petite incision sous-ombilicale, qui permet de créer le pneumopéritoine par l'insufflation de l'abdomen en CO₂. Ensuite l'objectif de la caméra est introduit dans la cavité péritonéale permettant l'exploration de la cavité abdominale.

Dans un second temps, on réalise une incision transrectale et la pose du cathéter de dialyse péritonéale tunnelisé, suivant une technique tout à fait classique. L'incision ponctiforme au niveau de la fosse iliaque controlatérale au cathéter permet l'introduction, à travers un trocart, de la pince à préhension. Cette pince facilite le placement dans le cul-de-sac de Douglas, de l'extrémité perforée du cathéter.

A travers le même trocart, on peut introduire des instruments qui permettent l'effondrement de brides intestinales ou pariéto-épiplœiques.

Les trois incisions cutanées sont suturées par des points séparés, et après exsufflation de l'abdomen, le cathéter est testé par infusion-drainage de 500 ml de dialysat, effectué par l'infirmière de dialyse péritonéale présente au bloc lors de chaque pose de cathéter.

Les pansements sont réalisés séparément, en prenant soin en particulier de celui de l'émergence du cathéter, qui est laissé en place pendant 10 jours.

LES AVANTAGES DE LA VIDÉO-COELIOSCOPIE

- L'insertion du cathéter se déroule sous contrôle de la vue, et sans inconvénient ni traumatisme d'une chirurgie à ciel ouvert. Ainsi l'incision étant plus petite, les douleurs abdominales sont moindres en post opératoire.
- Le risque de saignement est très faible; une éventuelle hémostase est possible sous contrôle visuel.
- La vidéo-coelioscopie permet d'effondrer des brides intestinales ou pariéto-épiplœiques, de dégager la cavité péritonéale et de positionner l'extrémité du cathéter dans le cul-de-sac de Douglas.
- L'anesthésie générale est de courte durée. Dans les suites opératoires, on assiste à une reprise du transit intestinal, un lever plus précoce (48h) diminuant ainsi les problèmes de décubitus prolongé (phlébite, escarre...).
- La surveillance des pansements s'effectue quotidiennement, motivant en cas de problèmes (taches) l'ouverture précoce du pansement. En l'absence de complications, la réfection de ceux-ci ne se fera qu'au bout de 10 jours.
- L'hospitalisation est de courte durée diminuant ainsi l'hospitalisme. Le patient récupère rapidement son autonomie. Il prend alors contact de façon ambulatoire avec la technique de DPCA.

LES INCONVÉNIENTS DE LA TECHNIQUE

1 - En per-opératoire :

- Risques de perforations digestives ou vasculaires lors de l'introduction du coelioscope sur un abdomen multi opéré.
- Risques éventuels de décompensation cardiaque après le pneumopéritoine.

2 - Secondairement :

- Risque de fuite du dialysat au niveau de la plaie de coelioscopie si la dialyse péritonéale est débutée trop rapidement après la pose du cathéter.

3 - Les difficultés techniques :

- Matériel très coûteux nécessitant pour la plupart des établissements, la mise en commun par différentes spécialités.
- Le maniement du matériel reste très difficile par un non-spécialiste ou par un chirurgien non expérimenté (l'utilisation de la vidéo-coelioscopie par un néphrologue seul semble être aléatoire).

LES RÉSULTATS

Généralités

Depuis le mois de février 1993, à la Polyclinique Bordeaux-Nord, nous avons posé 13 cathéters de dialyse péritonéale chez 12 patients, et nous avons effectué 15 vidéo-coéloscopies.

Chez deux patients, nous avons pratiqué une autre endoscopie. Dans un premier cas, pour la libération d'un cathéter colonisé par l'épiploon. Dans le deuxième cas, pour l'intervention sur une péritonite appendiculaire; le cathéter de ce patient, pour une raison de propreté, a été enlevé dans le même temps opératoire. Chez ce patient, un deuxième cathéter de dialyse péritonéale fut posé par vidéo-coéloscopie deux mois et demi après.

La vidéo-coéloscopie a été réalisée chez 5 hommes et 7 femmes d'âge moyen 65,5 ans (43 à 88 ans). La néphropathie initiale, dans la plupart des cas, était une néphroangiosclérose.

A l'heure actuelle, le recul pour la pose du cathéter est de 6,5 mois en moyenne (2 à 13 mois) et le recul de la mise en DPCA de 5,5 mois (de 1 à 11 mois).

Étude de cas

Dans la majorité des cas, la dialyse péritonéale a débuté 3 semaines environ après la pose du cathéter.

- Dans un cas où la dialyse a commencé au 10ème jour, nous avons observé une fuite du dialysat par la cicatrice d'introduction du coéloscope. L'arrêt de la DPCA pendant 3 semaines et la surveillance des pansements par l'infirmière de dialyse péritonéale a permis la reprise sans problème.

- Il n'a pas été observé de problème technique pendant la pose du cathéter, sauf dans un cas où il s'agissait d'une hémorragie pariétale après la mise en place du trocart pour la pince à préhension. Cette hémorragie a été traitée par des points pariétaux et des lavages péritonéaux tous les jours pendant une semaine, sans conséquence sur la mise en route de la dialyse péritonéale.

- Pour une patiente, nous avons dû ouvrir le pansement au 8ème jour. Elle présentait une fièvre masquée par une infection urinaire. Nous avons découvert un abcès de la paroi, évacué par méchage. La rigueur dans la réfection des pansements, individualisant le cathéter de dialyse péritonéale et la plaie médiane, a permis de conserver l'intégrité de ce cathéter. La dialyse péritonéale a été mise en route sans difficulté 2 mois et demi après la pose du cathéter.

- Dans 5 cas, nous avons pu effondrer des brides intestinales chez les patients ayant des antécédents d'une chirurgie abdominale.

- Dans un cas, il a été possible d'effectuer une cure de hernie inguinale dans le même temps opératoire que la pose du cathéter de dialyse péritonéale.

- Grâce à cette technique, tous les cathéters de dialyse péritonéale sont restés dans leur position initiale dans le cul-de-sac de douglas. Nous n'avons donc pas observé de problème de vidange et d'infusion.

CONCLUSION

L'intérêt de la vidéo-coéloscopie semble être évident pour les patients ayant des antécédents d'une chirurgie abdominale, et surtout comme une technique de sauvegarde du cathéter.

D'autre part on observe une diminution du nombre des déplacements et du non fonctionnement des cathéters.

L'intérêt de cette chirurgie peu traumatisante et qui assure un bon fonctionnement du cathéter de dialyse péritonéale apporte une autonomie plus rapide à domicile face à la maladie.

A notre avis, la vidéo-coéloscopie dans la pose du cathéter de dialyse péritonéale devrait être évaluée à une plus grande échelle, peut-être par des études multicentriques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - C. GAUDRY, R. NGUYEN TAN LUNG, O. KOURILSKY. Repositionnement d'un cathéter de dialyse péritonéale par coéloscopie. Bull. Dial. Périt. 1992, 4, 143-145.
- 2 - D. MUTTER, J.F. MARICHAL, P. PETITJEAN, M. VIX, S. EVRARD, J. MARESCAUX. Sauvegarde d'un cathéter de dialyse péritonéale chez l'insuffisant rénal chronique. Apport de la chirurgie laparoscopique. Presse Médicale 1992, 21, 1584.
- 3 - F. SCHILLINGER, G. ELHOMSY, R. MONTAGNAC, W. MATTA, T. MILCENT, G. ROUSSEL, L. PELLEGER. Implantation du cathéter de dialyse péritonéale par vidéo-coéloscopie. Bull. Dial. Périt. 1993, 1, 13-15.
- 4 - J.C. ETIENNE, D. HILLION, A. BRUET, A. MOUDJ, A. FINGERHUT. Pose de cathéter de dialyse péritonéale continue ambulatoire sous contrôle coéloscopique. Bull. Dial. Périt. 1993, 4, 115-118.
- 5 - F. SCHILLINGER, G. ELHOMSY, R. MONTAGNAC, W. MATTA, K. VARAEI, B. DE L'HAMAIDE, A. DINH. Intérêt de la coéloscopie dans la cure de hernie inguinale et la pose simultanée de cathéter de dialyse péritonéale: à propos de deux cas. Bull. Dial. Périt. 1994, 1, 157-159.
- 6 - D. MUTTER, J.F. MARICHAL, F. HEIBEL, S. EVRARD, J. MARESCAUX, T. HANNEDOUCHE. La coélio-chirurgie: une nouvelle alternative à la chirurgie abdominale chez l'insuffisant rénal traité par DPCA. Néphrologie 1993, 14, 195-198.