

Dialock®

un nouvel abord vasculaire

M. KREDER, C. KONRAD, C. MAETZ et W. MIANA - IDE - Service de Néphrologie et Dialyse -
G. BRAUER, Réalisateur audiovisuel direction de la communication, C. KLEIN, Technicien de laboratoire
Hôpital Civil - 67 STRASBOURG

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Strasbourg prend en charge environ 140 patients hémodialysés. Une centaine de patients sont suivis en centres allégés ou en auto-dialyse. 60 autres patients sont dirigés vers l'Allemagne, par manque de places dans les structures existantes. Ceci représente environ **300** dialysés orientés en cas de problèmes vers nos unités. Le service d'hémodialyse du CHU se compose de 4 unités de dialyse dont une s'occupe plus particulièrement des patients à problèmes, tant sur le plan de l'abord vasculaire que de l'état général. L'équipe qui a réalisé ce travail dépend de cette unité. Parmi les patients à problèmes précités, 20 sont porteurs de cathéters centraux (KT) de façon transitoire.

Lorsqu'il est impossible de réaliser un abord vasculaire de bonne qualité, en cas d'insuffisance cardiaque majeure ou d'ischémie des membres supérieurs, la nouvelle attitude thérapeutique de notre centre s'oriente depuis 1999 vers le **Dialock®**.

PRÉSENTATION DU DIALOCK®

Le Dialock® est un site implantable rectangulaire en titane auquel sont adaptés deux cathéters. Il est placé en sous-cutané en région sous-clavière. Sa taille est de 5/3 cm sur une épaisseur de 1,2 cm, son poids est de 50 g.

Il présente :

- des valves anti-retour
- des trous latéraux qui permettent sa fixation sur l'aponévrose
- des orifices d'entrée des KT. Ces derniers sont en silicone renforcé dont la

Matériel



longueur initiale est de 40 cm. Leur taille définitive est déterminée en salle d'opération sous contrôle radioscopique. Leur diamètre externe est de 3,5mm, interne de 2,7mm

- des orifices de ponction parallèles et distants de 1,5cm. Pour les ponctions, nous utilisons des aiguilles 15G à ailettes de 6cm de long, adaptées au site. Leur structure est métallique. Elles sont prolongées par un raccord en silicone muni d'un clamp.

LA POSE DU DIALOCK®

I - L'information au patient :

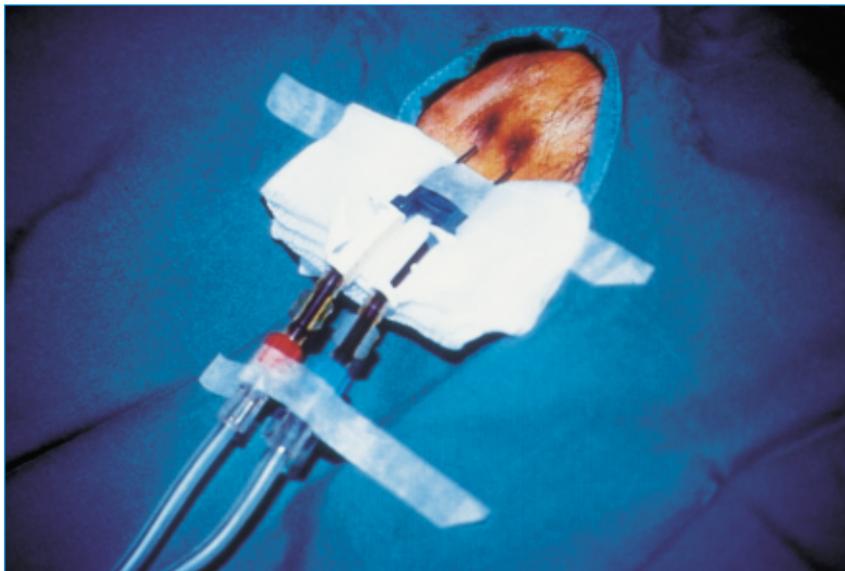
Types d'informations données :

- Présentation du site et des aiguilles.

Site d'implantation



Branchement



- Son implantation sous-cutanée : région sous-clavière.
- Le type d'anesthésie : anesthésie générale, sous neuroleptique ou locale.
- Le lieu : salle d'opération.
- La durée d'hospitalisation : environ 48 heures.
- Le fonctionnement : identique à celui des KT mais nécessité de la ponction.

II - Les examens complémentaires :

- Echographie des veines jugulaires et sous-clavières.
- Phlébographie des veines profondes des membres supérieurs si nécessaire.
- Bilan préopératoire classique.

III - Le geste opératoire

Les étapes de l'intervention :

- Repères cutanés : marquage de l'endroit de la pose du Dialock®.
- Pose des KT jugulaires par le médecin néphrologue. La voie jugulaire est choisie en priorité. Le KT veineux sera plus long de 3cm par rapport au KT artériel, ceci pour éviter la recirculation.
- Tunnelisation des KT et mise en place du site avec raccordement des cathéters.

- Fixation du site à l'aponévrose.
- 1^{ère} ponction faite par le chirurgien.
- Rinçage des voies avec le mélange anticoagulant et antibiotique (citrate à 3.8 % et gentamycine 80mg .)
- Retrait des aiguilles et pansement.

LES SOINS INFIRMIERS

La ponction

La ponction du Dialock® a lieu dès le lendemain de l'intervention sauf cas particulier (hématome, œdème local). Les branchements et débranchements se déroulent de façon identique à ceux des cathéters, conformément au protocole d'hygiène établi au service. Le patient, l'infirmière et l'aide portent un masque ainsi qu'une charlotte. L'infirmière procède à un lavage antiseptique des mains puis enfile un sarrau et des gants stériles; elle est secondée par l'aide.

I - Avant la ponction :

Le choix du type d'anesthésie locale revient au patient (patches type Emla ou injection de Xylocaïne)

II - La ponction et le branchement :

Les différentes étapes :

- Désinfection de la peau en quatre temps.

- Ponction du site : il est nécessaire de maintenir le site. La ponction s'effectue horizontalement à environ deux cm du site pour faciliter l'insertion des aiguilles.
- La 2^{ème} aiguille est ponctionnée parallèlement, et à 1,5cm de la première, ce qui permet une marge suffisante pour éviter une traction cutanée.
- Les aiguilles sont clipées à l'aide des ailettes. Celles-ci sont destinées à maintenir la stabilité du système. Il est important de varier les points de ponction.
- Aspiration du contenu des deux voies (antibiotique, anticoagulant, éventuels caillots).
- Rinçage des voies et des prolongateurs.
- Branchement au générateur.
- Pansement stérile et rabat du champ pour la durée de la séance.

III - Le débranchement :

Après la déconnexion des lignes :

- Injection du mélange d'antibiotique et d'anticoagulant.
- Retrait des aiguilles une après l'autre.
- Compression brève des orifices de ponction.
- Fermeture avec un pansement stérile.

Suite à des problèmes de septicémies rencontrés sur quelques sites, la décision d'associer un antibiotique à l'anticoagulant a été prise dans certains centres. Le choix médical de notre centre se conforme à cette attitude préventive. A ce jour nous n'avons rencontré aucun problème infectieux.

SUIVI

- Traçabilité : le numéro de lot du Dialock® implanté est conservé dans le dossier du patient.
- Un taux résiduel de gentamycine a été prélevé une fois par semaine pendant six mois. Les taux résiduels restant insignifiants, l'équipe médicale a décidé l'arrêt des prélèvements.

- Nous disposons d'un appareil Transsonic® nous permettant d'assurer un contrôle débitmétrique régulier (tous les 2 mois environ) et de vérifier le taux de recirculation. Lors de ce contrôle, nous pouvons évaluer l'écart entre le débit pompe requis et le débit réel dans le système.
- Le calcul du KT/V se fait selon la formule de Lowrie.

CONCLUSION

Au début de notre travail nous pensions que le nombre de sites implantés serait plus important, notre expérience reste donc limitée.

A ce jour nous avons 3 sites fonctionnels et un 4^{ème} dans un centre privé. Tous nos sites sont utilisés pour l'hémodialyse et sont placés au niveau du thorax .

Pour la ponction, l'initiation a été progressive et rapide au niveau de l'équipe. Nous avons formé quelques IDE du centre privé cité plus haut, qui se propose d'utiliser le Dialock® avec les mêmes indications que nous. En ce qui concerne l'état cutané, la peau est saine; d'autre part cette barrière est un facteur important de longévité du système. Un pansement protecteur identique à celui utilisé pour la FAV est appliqué après la compression.

Nos impressions: nous n'avons pas rencontré de problème d'utilisation particulier, hormis les problèmes de perméabilité habituels des KT (baisse de débit, caillots).
Celles des patients: le Dialock® est bien accepté grâce à la discrétion de l'emplacement, l'intégrité corporelle étant respectée. La ponction est bien tolérée.

Notre expérience bien que récente (9 mois) a mis en évidence l'intérêt de faire le repérage cutané dans l'unité, en position de ponction, avant l'intervention.

Nous proposons un allègement du protocole de branchement et débranchement et de traiter le Dialock, comme une FAV.

Est-ce que le site doit être la solution de dernière intention ou peut-on élargir les indications ?

Le coût du Dialock étant de 22000 FF, si nous mettons en parallèle les examens complémentaires multiples, les échecs d'abords vasculaires répétés, les hospitalisations, peut-on imaginer un recours plus large à ce type d'abord ?