



LES CATHÉTERS

A propos d'une expérience de dix ans

PASCAL POUCHAIN - INFIRMIER - CENTRE D'AUTO DIALYSE - CORBIE

PRÉSENTATION DU CENTRE

Le centre d'autodialyse de Corbie existe depuis octobre 1993. Il comporte huit postes. Deux infirmiers libéraux réalisent 3000 séances annuelles. 21 patients sont traités en moyenne, à raison de trois séances hebdomadaires.

- Deux séances le lundi-mercredi-vendredi,
- Une séance le mardi-jeudi-samedi,

LES VOIES D'ABORD VASCULAIRE

90% des voies d'abords vasculaires sont des fistules artérioveineuses. Les 10% restant étant des cathéters centraux double lumière (Permcath Quinton 1993 - 1998, Ash Split 1998 - 2003) posés en veine jugulaire interne droite pour 13 cas et gauche pour 1 cas. La FAV est l'abord vasculaire de choix, privilégié dans le service.

RÉTROSPECTIVE DES CATHÉTERS SUR DIX ANS

Quatorze patients ont été traités au long cours, huit hommes et six femmes.

Les Indications de pose de cathéters :

- Pour 4 patients : Absence de pouls aux poignets
- Pour 4 : Difficulté de création d'un abord vasculaire
- Pour 3 : Perte temporaire d'un abord vasculaire
- Pour 3 : Insuffisance cardiaque

La durée moyenne d'utilisation :

- moins de 3 mois : 3
- 6 mois : 3
- 1 an : 4
- 2 ans : 2
- et plus : 2 (une à 4 ans, un à 9 ans)

PROTOCOLE DE CONNEXION

Préparation du matériel :

- Lavage des mains
- Ouverture du set de branchement
- Dépôt des gants stériles, des deux seringues et du pansement adhésif (Mépore 15 x 9 cm).
- Pulvérisation des compresses et des lignes sanguines avec du Frékaderm®.

Préparation du patient :

- Mise en place des masques
- Second lavage des mains
- Exposition du cathéter
- Désinfection par pulvérisation du cathéter et de son pourtour cutané.

PROTOCOLE DE DÉCONNEXION

Restitution par gravité des deux lumières sans déconnexion,
Désadaptation du cathéter des deux lignes sanguines
Ouverture d'un nouveau set de branchement
Utilisation de deux seringues : 1 x 10 cc de sérum physiologique pour rincer les deux lumières, 1 x 5 cc contenant 2,6 cc d'héparine pour faire le verrou hépariné.
Fermeture des deux lumières par deux nouveaux bouchons,
Protection du cathéter par deux compresses et recouvrement avec Mépore.

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA DIALYSE

- Sont surveillés à chaque séance :
 - Débit sanguin : toujours entre 250 et 300 ml/min.
 - Pression artérielle : entre - 100 et 250 mm Hg
 - Pression veineuse : entre + 100 et 200 mm Hg
- Sont mesurés une fois par mois :
 - Urée plasmatique début et fin de séance : Rapport supérieur à 3
 - KT/V avec OCM : toujours supérieur à 1,2.
 - Pourcentage de recirculation (BTM) : toujours inférieur à 10 %

LES COMPLICATIONS

Dans deux cas il y a eu une **perforation** du cathéter qui a entraîné le changement du cathéter. Pour un cas un **problème infectieux** a entraîné le retrait du cathéter. Chez cinq patients on a constaté une **Insuffisance de débit**. Pour quatre patients l'obstruction complète a nécessité le changement de cathéter.

Que faire en cas de complication ?

En cas **d'insuffisance de débit ou d'obstruction** : Inverser les lumières, si la manœuvre échoue, déconnecter, fermer le cathéter et faire appel au centre hospitalier et envoyer le patient pour désobstruction par urokinase ou pelage du cathéter s'il s'agit d'une récurrence.
En cas **de perforation** : Clamper, déconnecter et fermer le cathéter. Appeler le Centre Hospitalier et y envoyer le patient.
En cas **de problème infectieux** : Transférer le patient immédiatement au Centre Hospitalier

CONCLUSION

Le cathéter double lumière en autodialyse, nous semble être une voie d'abord utilisable au même titre qu'un autre abord vasculaire en raison de la qualité de l'épuration obtenue.

Elle permet la mise ou le maintien en autodialyse des patients souhaitant être traités hors centre lourd et pour lesquels cette voie d'abord est la seule utilisable à court ou moyen terme.

Le peu de complications observées confortent cette approche.