

Cathéters fémoraux tunnelliés sur de longues durées

A. Moinat¹, H. Treguer² et B. Wehbe²

¹Service de néphrologie, CHU de Brest;

²Service de néphrologie-hémodialyse, Centre hospitalier de Cornouaille, Quimper

Résumé • Summary

L'abord vasculaire fémoral peut être la seule alternative lorsque le capital veineux des membres supérieurs est épuisé.

Cinq patients ont bénéficié de la mise en place d'un cathéter fémoral tunnellié, laissé en place pour une durée médiane de trois mois (extrême trois à onze mois).

Aucune complication précoce n'a été observée. Les problèmes infectieux et thrombotiques sont survenus de façon tardive et sans conséquence grave.

La nouvelle génération de cathéters souples et biocompatibles peut rester en place de manière prolongée en fémoral.

Mots clés: Cathéter fémoral – Complications – Problèmes infectieux – Problèmes thrombotiques.

The femoral vascular access may be the only alternative when the upper limbs venous capital is exhausted.

Five patients benefited from the setting up of a tunneled femoral catheter, for a median period of three months (three months minimum, eleven months maximum).

No early complication has been observed. The infectious and thrombotic problems were late to appear and with no serious consequences.

The new generation of biocompatible and flexible catheters can keep in place for a long time in femoral.

Key words: Femoral catheter – Complications – Infectious problems – Thrombotic problems.

■ Introduction

Le recours à la voie d'abord fémorale permanente en hémodialyse est rare, du fait de ses nombreux inconvénients (thromboses, infections, etc.). Cependant, la nouvelle génération de cathéters, moins rigides, plus biocompatibles et peu thrombogènes a réduit un bon nombre de ces inconvénients. Ils peuvent maintenant être laissés en place pendant une longue période chez des patients ambulatoires. La méthode de référence actuelle est le cathétérisme des voies jugulaires internes selon la technique de Canaud. Devant l'épuisement complet du réseau veineux des membres supérieurs et l'impossibilité d'utiliser la voie jugulaire interne, la voie fémorale reste parfois la seule alternative. Nous avons posé chez cinq patients un cathéter tunnellié en fémoral.

■ Patients et méthodes

- Patients: deux hommes et trois femmes nécessitaient un accès veineux central pour poursuivre l'EER. L'âge médian était de 76 ans (extrêmes: 61 à 78 ans).
- Implantation des cathéters: dans trois cas, la tunnellisation a été effectuée de haut en bas, le point d'émergence du cathéter se situant à mi-cuisse. Chez les deux autres patients, la tunnellisation a été réalisée de bas en haut, et le cathéter émergeait dans la fosse iliaque. Dans tous les cas, l'extrémité distale était dans la veine cave inférieure. Les manipulations de branchement et de débranchement ont été faites dans des conditions rigoureuses d'asepsie. A la fin de la séance, le cathéter a été rincé au sérum physiologique puis rempli avec de l'héparine (1,8-2 ml), fermé hermétiquement et protégé par un pansement occlusif. trois patients ont pu bénéficier d'une anticoagulation par voie générale.

■ Résultats (Tableau 1)

- Durée du cathétérisme: les cathéters sont restés implantés en moyenne sept mois (extrêmes: trois à onze mois).
- Le débit sanguin moyen obtenu était voisin de 200ml/min. La qualité de l'épuration a été jugée satisfaisante avec un $KT/V \geq 1,2$.
- Complications précoces: aucune.
- Complications tardives:

Infectieuses: une inflammation superficielle au niveau de l'émergence du cathéter a été traitée par rifampicine-protamine localement dans les trois cas, sans conséquence grave. Une septicémie à *Staphylocoque aureus* est survenue chez un patient. L'analyse de l'extrémité du cathéter et du point cutané de l'émergence, a mis en évidence le même germe que dans les hémocultures.

Thrombotiques: dans deux cas une thrombophlébite segmentaire suspendue du confluent fémoral gauche et de la veine fémorale superficielle a nécessité d'emblée l'ablation du cathéter, son remplacement par un cathéter controlatéral et un traitement anticoagulant.

Les problèmes de mauvais débit secondaires à des caillots intra-luminaux (dans quatre cas) ont cédé sous urokinase.

■ Discussion-conclusion

Le choix de la voie fémorale s'est imposé chez trois patients, car leurs antécédents ne permettaient pas d'envisager une autre alternative. Dans les deux autres cas, le choix a été dicté par les avantages spécifiques de cette voie:

Tableau I : Caracteristiques des cinq patients ayant bénéficié d'une pose de cathéter fémoral.

| Patient | Sexe | Age | Indication | Durée d'implantation | Complications | Devenir du cathéter | Devenir du patient |
|---------|-------|-------|--|----------------------|---|--|-------------------------------|
| 1 | F | 76 | IRCT, transfert urgent de DP en HD pour perte d'UF, thyroïdectomie + parathyroïdectomie, Pace Make | 3 mois | Inflammation superficielle de l'émergence | Création FAV et ablation cathéter | EER |
| 2 | F | 63 | IRCT : syndrome cave supérieur pour carcinome du 1/3 supérieur de l'œsophage | 11 mois | Thrombo-phlébite MI. Septicémie | Ablation et remplacement controlatéral du cathéter | EER |
| 3 et 4 | 1F/1H | 78/77 | IRCT : épuisement des possibilités des voies d'abord MS, espérance de vie brève | 3 et 4 mois | Inflammation superficielle de l'émergence | En place | Décès sans rapport avec l'IRC |
| 5 | H | 61 | Prise en charge IRC. Diabète. Notion d'utilisation répétée des axes veineux thoraciques | 3 mois | Thrombo-phlébite MI | Ablation cathéter et création FAV | EER |

- Elle est réalisable au lit du malade et permet le branchement en hémodialyse rapidement.
- Elle respecte le capital veineux des membres supérieurs pour l'avenir, mesure essentielle compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie des sujets en hémodialyse.
- Les phénomènes de coagulation et de thrombose sont limités et sans conséquence grave.
- La tunnellation protège le cathéter du risque infectieux, et peut être réalisée sur la face interne de cuisse, ou dans la fosse iliaque pour éloigner d'avantage l'émergence du pli inguinal.

- La mobilité des patients est conservée.

Adresse de correspondance :

Dr Adnan Moinat
 Service hémodialyse
 Hôpital de la Cavale Blanche
 Boulevard Tanguy Prigent
 F-29200 Brest