

# BDP

le bulletin de  
la dialyse péritonéale

**Tiré à Part du BDP volume 9 n°2**

**LESTAGE DU CATHETER DE DIALYSE  
PERITONEALE**

**T. DANTOINE, D. BENEVENT, C. LAGARDE,  
C. LEROUX-ROBERT.**  
Service de Néphrologie  
CHU Dupuytren - 87000 Limoges

## LESTAGE DU CATHETER DE DIALYSE PERITONEALE

**T. DANTOINE, D. BENEVENT, C. LAGARDE,  
C. LEROUX-ROBERT.**

Service de Néphrologie  
CHU Dupuytren - 87000 Limoges

Le déplacement permanent du cathéter de dialyse péritonéale dans la partie haute de l'abdomen provoque des difficultés de drainage pouvant rendre hasardeuse la poursuite du traitement. Il s'agit d'un incident relativement rare. Diaz-Buxo et collaborateurs relèvent une fréquence de 5,5%(1). Nous en avons observé, en 18 ans de pratique, 6 cas (sur 282 patients traités par dialyse péritonéale tous avec cathéters de Tenckhoff) soit une incidence de 2% . La cause de ce déplacement n'est pas connue avec certitude : nos 6 patients n'avaient pas d'adhérences péritonéales lors de la pose du cathéter.

Plusieurs méthodes ont été décrites pour repositionner le cathéter et empêcher son déplacement ultérieur : accélération du transit intestinal, repositionnement chirurgical, cathétérisation du cathéter par des sondes semi-rigides (1). Des succès ont été publiés, mais la cause du déplacement restant le plus souvent méconnue, des récurrences restent possibles, imposant une réintervention.

Dans notre expérience, nous avons 4 fois, par mini-laparotomie, repositionné l'extrémité du cathéter dans le cul de sac de Douglas. Les résultats immédiats ont été bons. Mais le cathéter s'est à nouveau déplacé dans un délai variant de quelques jours à quelques semaines. Chez 3 patients, nous avons tenté de fixer le cathéter, par suture au fil non résorbable à la paroi abdominale antérieure, en para-médian (3 cas) ou dans un tunnel créé par suture du péritoine viscéral (3 cas). Là aussi le résultat immédiat fut bon mais suivi d'un déplacement ultérieur, probablement dû au rejet des fils au bout de quelques mois. De plus, avec ces techniques il existe peut-être un risque de volvulus sur le cathéter fixé.

Enfin, nous avons été amenés à lester le cathéter dans 2 cas en raison de ces échecs répétés :

- Dans le premier cas, un embout de titane avec olive de serrage a été fixé à l'extrémité du cathéter. Le résultat a été bon puisque la durée des drainages est passée de 45 à 10 minutes. Mais des déplacements transitoires de brève durée (quelques jours) ont pu être visualisés sur des radiographies de l'abdomen. Parallèlement, les drainages devenaient de mauvaise qualité. Le résultat s'est maintenu 1 an jusqu'au décès du patient. Cet échec partiel a été attribué à la légèreté du lest (moins de 5 grammes).

- Dans l'autre cas, nous avons lesté le cathéter par une olive d'acier inoxydable de 15 grammes munie d'un embout avec noix de serrage. Compte tenu du risque de pression de cette olive sur la vessie ou le rectum, le cathéter était raccourci de 4 cm dans le même temps. Depuis 4 mois le cathéter se maintient en position médiane, entre l'ombilic et le cul de sac de Douglas, alors qu'il était fixé dans le flanc gauche avant l'intervention. Les drainages sont de bonne qualité et sont passés

de 45 mn à moins de 10 mn. Aucun effet secondaire n'est noté.

L'efficacité d'un lest dépend de son poids et de sa densité. De nombreux métaux denses (plomb, mercure, tungstène...) ne sont pas implantables. Un lestage par tungstène enrobé dans le silicone du cathéter a été proposé (2). Mais il est systématique et doit nettement augmenter le prix des cathéters. Le titane est assez peu dense ( $D = 4,4$ ) et un lest de 15 grammes serait de gros volume. Son inertie est son avantage majeur et il n'est pas magnétique. L'acier inoxydable implantable a fait depuis longtemps la preuve de sa bonne tolérance in vivo. Il est plus dense que le titane ( $D = 7,9$ ). Son inconvénient est d'interférer avec les examens par scanner ou IRM. Nous avons soumis un lest aux conditions d'un examen par IRM in vitro sans constater de vibration, de mouvement ou d'échauffement. Un éventuel examen abdominal en IRM sur un patient porteur d'un cathéter lesté sera donc a priori sans conséquence, mais les images abdominales seront très certainement illisibles.

Au total, le lestage du cathéter paraît régler les problèmes de déplacement dans une série très limitée. Il serait intéressant de disposer sur le marché de ce dispositif. Dans l'immédiat, en l'absence de marquage CE pour cette toute nouvelle technique il est possible de se procurer des lests auprès du fabricant pour utilisation sous la responsabilité du médecin prescripteur. Un marquage CE pour commercialisation par les voies normales pourra être obtenu dès que l'efficacité du dispositif sera établi sur une petite série. Nous nous tenons à la disposition des praticiens intéressés par ce lestage.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

1 - DIAZ-BUXO J.A., TURNER M.W., NELMS M.

Fluoroscopic manipulation of Tenckhoff catheters.

Clin. Nephrol. 1997, 47, 384-388.

2 - DI PAOLO N., PETRINI G, GAROSI G, BUONCRISTANI U., BRARDI S.,  
MONACI G.

A new self-locating peritoneal catheter.

Perit. Dial. Int. 1996,16, 623-627.