

« Le traitement durable des insuffisants rénaux débute par la préservation du réseau veineux chez tout le monde. »

Lorsque le patient insuffisant rénal arrive au stade de la dialyse, le traitement le plus durable est l'hémodialyse reposant sur l'accès au sang par le biais d'une fistule artérioveineuse native, c'est-à-dire une veine propre du membre supérieur du patient anastomosée sur une artère la plus distale possible. Cette technique sera le fil conducteur et c'est par rapport à elle que se positionneront les techniques alternatives.

En effet tous les patients ne sont pas transplantables, la dialyse péritonéale est limitée dans le temps par la fibrose du péritoine, l'hémodialyse sur cathéters veineux centraux est grevée de complications infectieuses ou occlusives parfois ingérables.

La fistule artérioveineuse à l'avant-bras est de loin le plus durable de tous les abords vasculaires pour hémodialyse que l'anatomie humaine et l'imagination des chirurgiens permettent d'envisager. Encore faut-il pour cela que le patient ait encore des veines utilisables à l'avant-bras et que leur drainage au coude et vers la veine cave supérieure ne soit pas compromis lorsque l'heure de la dialyse a sonné. Malheureusement, le corps médical dans son ensemble représente et de loin la première cause de « mortalité » des veines, centrales ou périphériques.

Toute ponction sur une veine, que ce soit à visée de prélèvement sanguin ou d'injection, peut générer sténose ou thrombose de la veine ainsi cathétérisée. Il ne faut donc jamais piquer les veines de l'avant-bras pour quelque motif que ce soit et limiter au maximum les ponctions veineuses au coude. La solution est techniquement simple et réalisable chez la majorité des patients : **NE PIQUER QUE LES VEINES DU DOS DE LA MAIN.**

Cette recommandation apparemment simple s'avère malheureusement longue à mettre en pratique tant il faut éduquer et s'opposer à des habitudes quasiment ancestrales. On nous répond que la ponction des veines du dos de la main est souvent techniquement plus difficile et plus douloureuse, ce qui serait déjà moins vrai si tous les sites médicaux ou infirmiers où se pratiquent les prélèvements s'équipaient d'un sèche-cheveu, instrument d'une incomparable efficacité en complément du garrot usuel pour dilater des veines effectivement souvent spasmées. Il a souvent été dit ou écrit dans le passé qu'il fallait « préserver un bras » de toute ponction chez l'insuffisant rénal, qu'il fallait « progressivement ponctionner les veines des malades chroniques depuis la main jusqu'au coude », des notions qu'on sait aujourd'hui largement insuffisantes ou fausses.

La dictature de la ponction des veines du dos de la main doit s'instaurer en priorité chez les malades présentant une insuffisance rénale même légère mais elle devrait s'ériger en règle pour tous les prélèvements chez tous les individus sans exception. En effet, comment peut-on affirmer qu'un patient venant aujourd'hui pour une simple prise de sang ou qu'on endort pour une appendicite ne sera pas dialysé dans 10 ou 20 ans ?

On peut considérer que le capital veineux d'un individu est d'autant plus précieux qu'il est plus jeune et qu'il est donc moins crucial de préserver le réseau veineux d'une patiente âgée de 75 ans à fonction rénale normale. Il est toutefois assez rare de connaître l'état de la fonction rénale d'un patient lorsqu'il vient pour une prise de sang diagnostique.

La préservation des veines centrales est également fondamentale mais on s'adresse là aux médecins spécialistes encore plus malaisés à gérer dans leurs habitudes et certitudes. Tout cathéter veineux central est potentiellement délétère pour les veines qu'il traverse et cela est aussi vrai des chambres implantables, des électrodes d'un pace-maker ou d'un défibrillateur.

La présence d'une sténose ou occlusion d'une veine sous-clavière ou d'un tronc veineux brachio-céphalique est en général totalement asymptomatique tant qu'il n'y a pas de fistule artérioveineuse d'amont à drainer. Elle peut en revanche générer des oedèmes massifs et douloureux du membre dans les heures suivant la création d'une fistule par le chirurgien.

Ces sténoses ou occlusions veineuses centrales sont particulièrement difficiles à gérer par les techniques endovasculaires ou chirurgicales classiques.

De la même façon qu'un chirurgien évitera la création d'une fistule du côté d'un pace-maker, les rythmologues doivent s'interdire de mettre un pace-maker du côté d'une fistule de dialyse déjà existante. On sait aussi que la veine jugulaire interne est relativement plus tolérante que la veine sous-clavière et qu'il faut donc quasiment mettre les cathétérismes sous-claviers hors la loi au profit de la voie jugulaire interne.

En résumé, les infirmières doivent piquer les veines du dos de la main, à l'extrême rigueur le pli du coude, jamais l'avant-bras. Réanimateurs et cardiologues doivent prohiber les cathétérismes sous-claviers.

Dr Turmel-Rodrigues, radiologue vasculaire spécialisé dans les problèmes de l'abord vasculaire du dialysé. (Neuilly-sur-Seine, Tour)

28/01/2010

Liens d'intérêts : l'auteur n'a pas transmis de liens d'intérêts concernant les données diffusées dans cette interview ou publiées dans la référence citée.