

Bulletin de la Dialyse à Domicile

Home Dialysis Bulletin (BDD)

Journal international bilingue pour partager les connaissances et l'expérience en dialyse à domicile

(Edition française) (English version available at same address)

Fuite péritonéale tardive liée à un défaut de paroi : rapport d'une complication rare.

(Late peritoneal leakage due to an abdominal wall defect: report of a rare complication.)

Maria do Pilar Burillo Simões de Baião Figueiredo ¹, Andreia Curto ², Joana Marques ^{1,3}, Vasco Fernandes ¹, Ana Carina Ferreira ^{1,3}, Fernanda Gomes ¹, Teresa Marques ¹, Cristina Jorge ^{1,3}

¹Unidade Local de Saúde São José, Departamento de Nefrologia

²Unidade Local de Saúde Amadora-Sintra, Departamento de Nefrologia

³Nova Medical School Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Pour citer : Burillo Simões P, Curto A, Marques J, Fernandes V, Ferreira AC, Gomes F, Marques T, Jorge C. I've got you under my skin: late peritoneal leak due to abdominal wall defect. Bull Dial Domic [Internet].2025;8(1). DOI : <https://doi.org/10.25796/bdd.v8i1.86163>

Résumé

La fuite de liquide de dialyse est une complication de la dialyse péritonéale dont le taux d'incidence est de 5 %. Les fuites tardives sont rares et les symptômes sont discrets, car la perte de liquide se produit le plus souvent à travers des défauts de la paroi abdominale.

Nous rapportons le cas d'une femme diabétique de 83 ans qui avait débuté une dialyse péritonéale automatisée un mois après la pose du cathéter. Trois ans plus tard, la patiente s'était plainte de fatigue, d'œdème périphérique et de tension abdominale. L'inspection a montré un érythème local et une peau d'orange. Une tomodensitométrie a montré une infiltration de dialysat périombilical suggérant une fuite péritonéale. Une exploration chirurgicale a été demandée ; celle-ci a révélé un défaut aponeurotique de 5 mm et une herniorraphie a été pratiquée. La patiente a repris ses traitements habituels sans autre complication.

Les fuites de dialysat peuvent conduire à l'abandon de la technique. La présentation clinique peut être insidieuse, ce qui a été mis en évidence dans ce cas. La surveillance active a été poursuivie et la patiente a été prise en charge sans qu'il soit nécessaire de recourir à une hémodialyse temporaire.

Mots-clés : Dialyse péritonéale, paroi abdominale, chirurgie, tomographie informatisée

Summary

Dialysate leakage is a complication of peritoneal dialysis with a 5% incidence rate. Late leaks are rare, and symptoms are subtle, as fluid loss occurs most often through abdominal wall defects.

An 83-year-old diabetic woman was started on automated peritoneal dialysis one month after catheter placement. Three years later, the patient complained of tiredness, peripheral edema, and abdominal pressure. Inspection showed local erythema and orange-peel skin. A computed tomography scan showed periumbilical drainage, suggesting a peritoneal leak. The patient was referred for surgery, which found a 5 mm aponeurotic defect; a herniorrhaphy was performed. The patient resumed her usual treatments without further complications.

Dialysate leaks may lead to discontinuation of peritoneal dialysis. The clinical presentation can be insidious, as in this case. Active surveillance was pursued, and the patient was managed without the need for temporary switching to hemodialysis.

Keywords : peritoneal dialysis, abdominal wall, surgery, computed tomography

Auteur correspondant :

Address: Rua da Beneficência 8, 1069-166 Lisboa, Portugal

Telephone number: +351 21 792 4200

Email: pilarbsimoes@gmail.com



Open Access : cet article est sous licence Creative Commons CC BY 4.0 : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>

Copyright: les auteurs conservent le copyright.

Introduction

La fuite de dialysat péritonéal est une complication rare de la dialyse péritonéale (DP). Elle survient plus fréquemment au cours des trente premiers jours suivant l'insertion du cathéter et le liquide provenant du site de sortie ou autour de celui-ci est la présentation la plus courante. Les fuites tardives sont rares et les symptômes sont plus discrets car la perte de liquide se produit le plus souvent à travers les défauts de la paroi abdominale. Les patients peuvent se plaindre d'un œdème sous-cutané ou génital, d'un gonflement ou d'une légère gêne [1]. Les techniques d'imagerie telles que la tomодensitométrie sont utilisées pour confirmer le diagnostic et guider la prise en charge chirurgicale [2].

Description de l'observation

Il s'agit d'une femme de 83 ans atteinte d'une insuffisance rénale terminale (IRT) due à une néphropathie diabétique présumée. Elle a débuté une dialyse péritonéale automatisée (DPA) en 2021, un mois après la pose percutanée d'un cathéter de DP en silicone, à double manchon, au niveau de la paroi abdominale paramédiane gauche.

La patiente avait des antécédents connus de diabète sucré de type 2 avec des complications microvasculaires (rétinopathie et néphropathie) et macro vasculaires (artériopathie périphérique et cardiopathie ischémique) et d'hypothyroïdie. Elle avait eu deux grossesses non pathologiques et menées à terme. Elle n'avait pas d'antécédents connus de malformations de la paroi abdominale, de chirurgie de la paroi abdominale (en dehors de la pose d'un cathéter) ou d'autres facteurs de risque tels que des traitements antérieurs aux stéroïdes.

Le suivi initial après le début de la DP s'est déroulé sans incident. Trois ans plus tard, le Kt/V de l'urée était de 2,2, la clairance de la créatinine à 63 litres par semaine, le débit urinaire résiduel de 1 litre par jour et il n'y avait pas de perte d'ultrafiltration (UF). Cependant, la patiente s'est présentée lors d'une consultation de suivi ordinaire en se plaignant de fatigue, d'anorexie et d'œdème périphérique. Compte tenu de la possibilité d'une perte supplémentaire de la fonction rénale résiduelle, la dose de dialyse a été augmentée en ajoutant un échange manuel supplémentaire avec de l'icodextrine pour augmenter l'UF péritonéale.

Une semaine plus tard, elle s'est présentée au service des urgences de notre établissement, se plaignant d'une sensation de pression sous l'ombilic. L'inspection a montré un érythème local et un aspect peau d'orange de la peau, qui ne suivait pas le trajet du tunnel sous-cutané, mais s'étendait plutôt à toute la région infra-ombilicale (*Figure 1*).



↑ *Figure 1. Aspect de peau d'orange dans la région abdominale*

Le site de sortie ne présentait aucun signe d'inflammation et l'effluent péritonéal était clair. Les signes vitaux de la patiente étaient normaux.

Afin d'évaluer une éventuelle fuite péri cathéter et exclure une rupture du cathéter, une tomодensitométrie (TDM) a été réalisée avec perfusion de produit de contraste dans la cavité péritonéale (*Figures 2 et 3*). Le protocole comprenait une tomодensitométrie standard sans contraste suivie d'un temps de contact de 2 heures avec un dialysat de glucose à 1,36 % auquel 100 ml de produit de contraste ont été ajoutés, soit un total de 2 litres de liquide infusé. Un second scanner a été réalisé par la suite. L'imagerie a montré un passage de dialysat sur la ligne médiane, dans la région périombilicale, où l'on a également constaté une densification importante du tissu adipeux. La pression intrapéritonéale n'a pas été mesurée à ce moment-là.



↑ Figure 2. Coupe transversale de tomодensitométrie montrant le placement du cathéter à travers la paroi abdominale dans la cavité péritonéale (flèche verte)



↑ Figure 3. Tomодensitométrie transversale montrant une fuite de produit de contraste à travers la ligne blanche (flèche verte)

Une petite rupture de la tubulure du cathéter entraînant un drainage par le point le plus faible de la paroi abdominale (dans ce cas, la linea alba) a été considérée comme la cause la plus probable et la patiente a été orientée vers une chirurgie corrective non urgente.

Après la tomodensitométrie, le liquide péritonéal a été complètement drainé sans aucune sorte de dysfonctionnement. Le protocole de dialyse a été modifié, y compris l'interruption de l'échange manuel diurne, afin de réduire la pression intrapéritonéale. La patiente a été mise sous traitement antimicrobien avec 250 mg de ciprofloxacine toutes les 12 heures et de la nystatine orale prophylactique au cours des jours suivants, en attendant l'intervention chirurgicale. Comme il n'y a pas eu de perte d'ultrafiltration, le nouveau protocole a été maintenu pendant toute cette période, avec une surveillance attentive.

La chirurgie a été pratiquée deux semaines plus tard, par une incision infra-ombilicale qui a révélé un petit défaut aponévrotique de 5 mm au niveau de l'ombilic. Une herniorraphie a alors été réalisée et le cathéter de DP n'a pas été touché. La patiente a repris ses traitements habituels sans autre complication.

Discussion

La littérature définit la fuite tardive de dialysat péritonéal comme se produisant dans les 30 jours après la mise en place du cathéter. Les données de recherche sont rares. La plus grande étude de cohorte rétrospective à ce jour rapporte le même taux d'incidence de 5 % pour les fuites précoces, dans les 30 jours, et les fuites tardives (tout au long des 10 années suivantes). Seuls 3,6 % d'entre elles sont présentes après 3 ans, ce qui donne une idée de leur rareté [3]. Les facteurs de risque habituels sont la chirurgie abdominale, une grossesse antérieure et un traitement aux corticostéroïdes [1]. Une étude plus petite a rapporté une plus grande incidence de fuites tardives chez les patients en dialyse péritonéale avec cathéter placé à gauche, comme notre patiente, traités par DP continu ambulatoire [4]. Il est raisonnable de se demander si l'échange supplémentaire que nous avons ajouté au protocole la semaine précédente n'a pas contribué à l'augmentation de la pression intra-abdominale, à la hernie et à l'apparition ultérieure de fuites.

On manque également de données sur l'incidence des différents types de fuites (péritonéales, péri cathéter, sous-cutanées). Une étude canadienne rapporte que 2 des 8 cas de fuites tardives sont liés à une hernie de la paroi abdominale [5] tandis que le rapport le plus récent sur les fuites tardives les relie à une piqûre accidentelle du cathéter, soulignant la rareté des fuites tardives, quelles qu'en soient les causes [6].

Comme indiqué précédemment, les symptômes sont également plus difficiles à cerner. Les fuites réelles sont présentes dans moins de 25 % des cas. L'écoulement du dialysat autour du cathéter est la manifestation la plus courante [3] mais notre patiente n'a pas présenté ce signe.

En outre, l'aspect peau d'orange est encore moins fréquente et mentionnée comme un signe possible à prendre en compte dans encore moins de rapports [7,8], bien qu'elle ait été le résultat le plus marquant de l'examen physique dans ce cas particulier.

Conclusion

Les fuites de dialysat sont des complications mécaniques de la DP, dont l'incidence est estimée à 5 %. La présentation clinique peut être discrète, ainsi que le montre ce cas. Les fuites de dialysat peuvent conduire à l'abandon de la technique. Dans ce cas, la surveillance active a été poursuivie ; la prise en charge a compris une réparation de la paroi abdominale sans qu'il soit nécessaire de le transférer temporairement en hémodialyse. Cette stratégie présente plusieurs avantages pour les patients, car elle maintient sa qualité de vie et réduit le risque de morbidité associé aux procédures invasives, tout en optimisant les ressources institutionnelles.

Contributions des auteurs

Les auteurs Pilar Burillo Simões et Andreia Curto ont participé à la rédaction de la majeure partie de ce manuscrit, tandis que Joana Marques, Vasco Fernandes, Fernanda Gomes, Teresa Marques, Cristina Jorge et Ana Carina Ferreira ont apporté un éclairage clinique inestimable, revu et approuvé la version finale.

ORCIDid

Maria do Pilar Burillo Simões de Baião Figueiredo: <https://orcid.org/0000-0002-6651-1378>

Andreia Curto: <https://orcid.org/0000-0001-5830-6086>

Joana Marques: <https://orcid.org/0000-0002-7216-8086>

Vasco Fernandes: <https://orcid.org/0000-0003-1798-4387>

Ana Carina Ferreira: <https://orcid.org/0000-0002-1323-5293>

Fernanda Gomes: <https://orcid.org/0009-0008-5406-8015>

Teresa Marques: <https://orcid.org/0009-0000-3726-9351>

Cristina Jorge: <https://orcid.org/0000-0001-7850-4805>

Consentement du patient

La patiente a donné son accord pour la publication du cas.

Financement

Ce travail n'a bénéficié d'aucun soutien financier.

Conflits d'intérêts

Nous n'avons connaissance d'aucun conflit d'intérêt lié à cette publication. Nous confirmons également que le manuscrit a été lu et approuvé par tous les auteurs cités.

Références

1. Leblanc M, Ouimet D, Pichette V. Dialysate leaks in peritoneal dialysis. *Semin Dial.* 2001;14(1):50-54. doi:10.1046/j.1525-139x.2001.00014.x
2. Duquennoy S, Leduc V, Podevin E. Imaging and leaks in peritoneal dialysis. *Bull Dial Domic.* 2021;4(2):61-63. doi: <https://doi.org/10.25796/bdd.v4i2.61763>
3. Tzamaloukas AH, Gibel LJ, Eisenberg B, et al. Early and late peritoneal dialysate leaks in patients on CAPD. *Adv Perit Dial.* 1990;6:64-71.
4. Albaz M, Kantaci G, Tuğlular S, Tercüman N, Tetik G, Ozener C. Causes of late leaks in peritoneal dialysis patients. *EDTNA ERCA J.* 2002;28(4):170-172. doi:10.1111/j.1755-6686.2002.tb00238.x
5. Hirsch DJ, Jindal KK. Late leaks in peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 1991;6(9):670-671. doi:10.1093/ndt/6.9.670
6. Horowitz L, Ashley J, Brassil M, Marcuzzi D, Perl J. Late peritoneal dialysis exit-site leak: a case report. *Kidney Med.* 2023;5(7):100647. doi:10.1016/j.xkme.2023.100647
7. Bullmaster JR, Miller SF, Finley RK Jr, Jones LM. Surgical aspects of the Tenckhoff peritoneal dialysis catheter. A 7-year experience. *Am J Surg.* 1985;149(3):339-342. doi:10.1016/s0002-9610(85)80103-3
8. El Maakoul S, Darbal K, Ouzeddoun N, Benamar L. Maintenance of peritoneal dialysis despite subcutaneous leakage: a case report. *Bull Dial Domic [Internet].* 2024 Sep. 8 [cited 2025 Jan. 25];7(3):121-6. <https://doi.org/10.25796/bdd.v7i3.83813>