

Le tandem cathéter-fistule ou l'utilisation simultanée du cathéter et de la fistule

S. MARTINEZ - Infirmière en hémodialyse
Centre hospitalier - Route de Villeneuve - 47 AGEN

INTRODUCTION

A ce jour, seulement un petit nombre de patients a pu bénéficier de cette technique. En effet, cela ne fait que deux ans environ que nous l'utilisons et peu nombreux sont les patients à porter à la fois un cathéter jugulaire et une fistule. Certains ont eu besoin d'une hémodialyse en urgence, et il a été nécessaire de poser un cathéter profond avant une création de fistule ; d'autres ont une fistule fragile et les échecs de ponction ont conduit à la pose du cathéter. Dans ces deux cas, nous sommes confrontés à la fragilité de l'abord vasculaire : hématome survenant à la ponction ou bien spontanément en séance, mauvais débit à l'aspiration. De plus, le retour sanguin, par la pression qu'il exerce, est souvent plus traumatisant que l'aspiration. D'où le stress de l'infirmière qui ne veut pas abîmer cette fistule récemment créée, soit en piquant, soit en la soumettant à de trop fortes variations de pression. Et inquiétude du patient qui espère bien qu'on ne lui fera pas trop mal et que "cette fois ça marchera". En outre, on sait que la longévité des fistules souffre énormément d'une utilisation trop précoce.

LE PRINCIPE DE LA TECHNIQUE

Après avoir laissé le temps à la fistule artérioveineuse de se développer (au minimum un mois) nous procédons à la première ponction, avec une aiguille de petit

calibre (17 G) qui servira à l'aspiration du sang, et nous utilisons le cathéter en place pour le retour veineux. Nous procédons pareillement pendant 4 à 5 séances, puis, suivant le développement de la fistule, et sa fonctionnalité, nous tenterons la deuxième aiguille.

Avantages :

Aiguille de petit calibre,
Technique équivalente à la bipoonction : meilleure épuration dès le début,
Si malgré tout, il y a échec sur la fistule, reste la possibilité d'utiliser le cathéter exclusivement.

Inconvénients :

Moins confortable pour le patient,
Le temps de compression peut être allongé (> 30 mn) à cause de l'héparinisation supplémentaire liée au cathéter.

Précaution particulière :

Nécessité de doubler les précautions en matière d'asepsie (ponction + ouverture du cathéter).

D'où un protocole précis, validé par les médecins néphrologues, dont je vais vous exposer les différentes phases.
Les diapositives vous permettront de mieux visualiser notre travail.

PROJECTION DES DIAPOSITIVES ET PRESENTATION DU PROTOCOLE

INDICATIONS

Lors des premières utilisations de la FAV chez les patients porteurs de cathéter. On utilise alors la fistule en aspiration, la restitution se faisant sur une des branches du cathéter.

MATERIEL NECESSAIRE

Un set de branchement de cathéter

- + 1 casaque stérile
- + 4 paires de gants stériles
- + 1 seringue de 10 ml
- + 1 seringue de 2 ml
- + 1 aiguille 19g x 25 mm (jaune)
- + 2 bouchons stériles de cathéter
- + 1 flacon de BETADINE DERMIQUE
- + 1 flacon héparine pure 5 ml à 5000 UI/ml

Un set de branchement de fistule

- + 1 aiguille à fistule 17 ou 16G
- + sparadrap stérile
- + 1 seringue de 10 ml
- + 1 compresse bétadinée

INSTALLATION DU PATIENT

Le patient se lave les mains et le bras de la fistule.

L'IDE le pèse, lui prend la pression artérielle, les pulsations, la température, vérifie le bon fonctionnement de la fistule après le lavage du bras.

L'AS se lave les mains, les désinfecte à l'alcool à 70°, met un masque au patient et décolle le pansement du cathéter, laissant en place les compresses le protégeant.

PREPARATION DU CHAMP DE TRAVAIL

Après avoir effectué un lavage des mains antiseptique, l'IDE s'habille stérilement avec l'aide de l'AS

L'AS présente le matériel stérile nécessaire à l'IDE

L'IDE prépare le cathéter selon le protocole d'utilisation du cathéter profond. Elle fait un bilan sanguin si prescription.

BRANCHEMENT

Aspirer à l'aide de la seringue de 10 ml les éventuels caillots et l'héparine contenue dans chaque branche

Rincer les 2 branches avec le sérum hépariné, les envelopper d'une compresse bétadinée bien essorée.

Fermer le plateau de Kt. Changer de gants

Ouvrir le set de branchement de fistule

Désinfecter largement la fistule à la BETADINE et mettre en place le champ stérile sous le bras

Piquer le vaisseau et fixer l'aiguille. S'assurer d'un bon débit puis rincer l'aiguille. Garder son bouchon dans le plateau stérile

Injecter l'héparine de charge si prescription

Connecter la ligne d'aspiration à l'aiguille

Fermer le set de FAV et changer de gants

Connecter la ligne veineuse à la branche du Kt

L'AS démarre la pompe à sang. Surveiller le débit sanguin, le vaisseau et la pression veineuse.

Si aucun problème ne se pose, ouvrir le set de Kt, hépariner la branche artérielle du Kt et fermer d'un bouchon stérile

Imprégner les branches du Kt de BETADINE et les entourer de compresses stériles sèches. Fixer avec le sparadrap stérile

Replier les champs sur le Kt. Fermer le plateau de Kt

Injecter l'HBPM si prescription

Attacher la ligne artérielle dans la main du patient

Augmenter la vitesse de la pompe à sang en fonction de la fragilité du vaisseau, de son débit et de la pression veineuse

Prendre la pression artérielle, les pulsations. Noter les éventuelles remarques sur le dossier de soin.

DEBRANCHEMENT

Pour ne pas reprendre le protocole entier du débranchement, je préciserai simplement qu'avec les mêmes précautions d'asepsie, nous déconnectons la ligne artérielle de l'aiguille, que nous fermons d'un bouchon (celui ayant été gardé dans le plateau de branchement de la fistule). Puis nous déconnectons la ligne veineuse (administration éventuelle de médicament) nous l'héparinons et la fermons d'un bouchon stérile. Le cathéter est protégé ensuite par des compresses et du sparadrap large. Cela fait, nous effectuons la compression du point de ponction qui sera au minimum de 30 mn.

CONCLUSION

Le branchement simultané permet d'éviter les problèmes liés au retour sanguin en pression, mais pas ceux liés à la qualité de la fistule (mauvais débit, hématomes à la ponction).

Malgré cela, moins de stress pour l'équipe soignante et pour le patient et nous recensons une majorité de ponctions réussies. Le tandem cathéter-fistule apporte une réelle satisfaction aux utilisateurs. De plus, les incidents au niveau de l'abord vasculaire s'ajoutent au stress de la mise en dialyse et sont particulièrement mal vécus par le patient. Alors, pour éviter de piquer trop tôt une fistule récente et les dommages que cela peut entraîner, ne pourrait-on pas, en cas de nécessité de démarrage précoce de la dialyse, mettre un cathéter en place afin de faire bénéficier plus de patients de son utilisation ?

REMERCIEMENTS A :

Docteur Alessandri, à l'ensemble de mes collègues du service d'hémodialyse d'Agen qui a participé à l'élaboration de ce protocole, et à Marie-Françoise, Nicole et Viviane pour leur prestation très photogénique