

PRÉSENTATION DE NOTRE TRAVAIL SUR LE BUTTON HOLE EN HÉMODIALYSE QUOTIDIENNE



Catherine NOWACK, Laurent DUFRAISSE,
Infirmiers, AURA, PARIS

IL Y A DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE PONC- TION DE FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE :

- La méthode classique qui est la méthode la plus largement utilisée. Elle est pratiquée avec des aiguilles métalliques acérées en ponction directe. Celle-ci entraîne souvent des surdéveloppements de FAV (anévrismes).
- La méthode Button Hole est une technique décrite depuis les années 60, par les néphrologues Twardowski et Kubawa en 1977 puis diffusée aux USA, Canada et en Asie.

Cette technique consiste à créer, chez le patient dialysé, un tunnel artériel et un tunnel veineux au niveau de la FAV, par des points de ponction qui vont être toujours les mêmes. Cette technique protégerait la FAV.

**L'EXPÉRIENCE A MON-
TRÉ QUE CE SONT LES
MÉTHODES CLASSIQUES
QUI FAVORISENT
LES ANÉVRISMES**

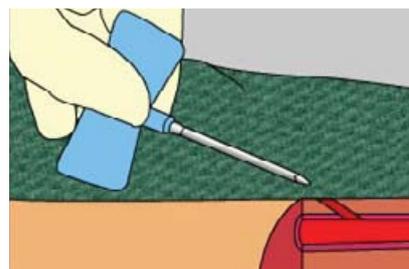


LA TECHNIQUE BUTTON HOLE

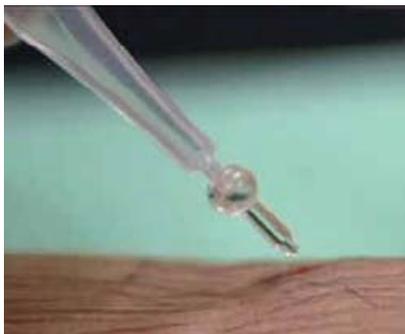
- **Matériel utilisé** : des aiguilles tranchantes



- **Technique de ponction** : la préparation du tunnel nécessite 2 semaines avec 6 séances de dialyse. Nous gardons le même point, le même trajet, le même angle d'insertion et idéalement, les ponctions se font par la même infirmière. Une fois le tunnel créé, nous n'utiliserons que des aiguilles émoussées (aiguilles non tranchantes à bout arrondi).



- **Mise en place du bouton (1) :** pour la création du tunnel, après chaque séance et une fois la compression terminée, nous introduisons, dans le tunnel en formation, un «bouton» que l'on va laisser en place entre les 2 séances. Les boutons sont utilisés pendant 6 séances (6 à 8).



1. Mise en place du Bouton



2. Insertion du bouton (1)

On introduit le bouton dans le tunnel en formation à l'aide du guide, une fois le bouton inséré, on désolidarise le bouton du guide, puis le bouton sera maintenu en place à l'aide d'un opsité.



3. Insertion du bouton (2)



4. Le trou «bouton»

L'ablation de la croûte doit être faite de façon stérile et complète



5. Aspect après création du tunnel



6. Ablation effectuée avec ce petit outil fourni avec l'aiguille mousse.

L'**auto-ponction** est un objectif omniprésent lors de la création du tunnel. Il faut penser à la faisabilité (position du bras) pour le patient.



7. Autoponction

AVANTAGES DU BUTTON HOLE

- Moins de douleurs (plus anesthésie)
- Moins d'anxiété
- Moins d'échecs de ponction
- Moins d'hématomes
- Ponction plus rapide
- Moins de temps de compression
- Moins d'infections

Limites du Button Hole

- Patients obèses (plus de graisse sous cutanée)
- Veines mobiles
- Présence de tissus très cicatriciels
- FAV prothétiques

Complications

- Rares
- Suintement autour de l'aiguille
- Effet tremplin
- Infections



8. Aspect d'une FAV après 12 ans de ponction Button Hole



9. Aspect échographique du BH.

On aperçoit bien le tunnel sur l'écho

A ce jour

- 13 patients ont bénéficié de la création d'un Button Hole.
- 8 patients sont autonomes.

Au début de la mise en place, nous avons fait une priorité aux patients en Hémodialyse quotidienne (HDQ), puis ensuite nous avons étendu aux patients en **3 fois par semaines**.

La même IDE pour la création du tunnel soit au minimum 6 ponctions consécutives.

Pour les **3 fois par semaine** : création sur 2 semaines.

Nécessité d'adapter le planning IDE sur le même roulement que le patient.

Mise en place du BH au CHK

Il est nécessaire d'avoir la même IDE pour les 6 ponctions consécutives.

En HDQ, présence de l'IDE pendant 6 jours, ce qui pose des problèmes d'organisation.

Ce qui nous a amené à prendre la décision de créer le BH sur 5 jours consécutifs.

Le bouton est laissé en place du 5^{ème} au 8^{ème} jour.

La ponction du 6^{ème} jour (samedi) est faite selon la méthode traditionnelle par une IDE différente et à distance des points BH.

FORMATION DU PERSONNEL

- 1 IDE formé(e) en Belgique sur 2 jours.
- Organisation du planning de l'IDE en formation et de l'IDE formateur sur 5 jours de présence consécutifs.
- Difficulté d'organisation, disponibilité des 2 IDE sur une même période.
- Evolution de la formation vers une formation sur 2 jours en double avec la présence sur les jours suivants d'au moins 1 IDE confirmé(e) à la technique BH.

- Nécessité de prévoir l'IDE dans la même salle que le patient le temps nécessaire, pour le suivi et la prise d'autonomie éventuelle si auto-ponction.

Ce qui implique un intérêt, une motivation et une disponibilité de l'IDE.

BIBLIOGRAPHIE

1. **The Button Hole Technique for arteriovenous fistula cannulation** Lynda K. Ball
2. Nephrology nursing journal _ May-June 2006 _ Vol. 33, No. 3
3. **Effect of Button Hole Cannulation With a Polycarbonate Peg on In-Center Hemodialysis Fistula Outcomes: A Randomized Controlled Trial ?** Emma Vaux, MD, PhD,¹ Jennie King, RN, BSc(Hons),¹ Swee Lloyd, RN,¹ Jane Moore, RN,¹ Leo Bailey, RN,¹ Isabel Reading, MSc, PhD,² and Ramesh Naik, MD¹
4. **Different sites versus constant sites of needle insertion into arteriovenous fistulas for treatment by repeated dialysis** . Twardowski, Z.and Kubara, H : Dial transplant 1979 ;8:978-980