

Surveillance de l'abord vasculaire

Nadia MAROC, Infirmière - Clinique de l'Orangerie

Laurent PAREY, Infirmier - Hôpital Européen de Paris - La Roseraie - 93 AUBERVILLIERS

Notre propos concerne l'éducation du patient et la prévention des complications relatives à l'abord vasculaire au travers de la surveillance de celui-ci.

L'abord vasculaire chez l'insuffisant rénal est d'une importance vitale d'où l'intérêt particulier que nous nous devons de lui porter afin de prévenir et diminuer les risques d'incident.

Bref rappel sur les fistules :

B.H. SCRIBNER conçoit en 1960 le 1^{er} abord vasculaire permanent sous forme d'un court-circuit (shunt) artério-veineux externe. Celui-ci posait des problèmes de thromboses et d'infections fréquentes.

Plus tard, **CIMINO BRESCIA** propose la fistule artério-veineuse interne, offrant une plus grande longévité.

Les cathéters centraux peuvent être utilisés de façon temporaire en cas d'urgence, ou définitive en cas d'impossibilité totale de création de fistule.

La décision de créer une fistule doit être prise suffisamment tôt par rapport à la date prévue du début du traitement par hémodialyse, pour laisser à la fistule le temps de se développer.

L'ÉDUCATION DU PATIENT

Elle débute avant la prise en charge en hémodialyse puis continue pendant celle-ci. Répondre aux questions, expliquer, contribuent à rassurer le patient et à le pré-

parer activement à la surveillance de sa fistule.

Les conseils porteront sur :

L'hygiène

- Maintien de l'hygiène corporelle
- Pas de prise de tension artérielle sur le bras porteur
- Pas de prélèvements sur la fistule en dehors de la dialyse
- Ne pas se coucher sur le bras porteur au risque de favoriser une thrombose
- Port de vêtements serrés, bijoux, montre, du côté de la fistule à proscrire
- Port d'un pansement de protection lors d'activités à risque.

L'apprentissage d'éléments d'auto surveillance

- Palpation de la fistule
- La reconnaissance du thrill
- Le réflexe de noter tout changement, toute modification ressentie et qui peut être signe d'une complication.
- Prise de température : l'apparition d'un état fébrile peut être en rapport avec une infection sur la fistule et doit amener à consulter.

LA PRISE EN CHARGE EN HÉMODIALYSE

On distingue quatre axes de surveillance avant le branchement.

Information

Il s'agit de regrouper toutes les informations susceptibles de nous aider dans notre

compréhension des problèmes rencontrés.

- Interrogatoire du patient (*à chaque séance*)

Il se conduit à l'aide de phrases simples, en tentant en cas de problèmes d'établir des critères d'équivalence de l'intensité de la douleur, la sensation ressentie...

Douleur, œdème, fièvre, chaleur dans le bras, autosurveillance...

- Prescription médicale (et connaissance des protocoles établis) (*à chaque séance*)

Il peut y avoir des conditions particulières d'utilisation de la fistule (uniponction, vitesse de pompe, mode de ponction...)

- Schéma de fistule

Il est souhaitable qu'un schéma puisse être accessible à la moindre demande de l'équipe en cas de problème de ponction. Il peut être joint au cahier de dialyse car lorsqu'il existe, on le considère comme faisant partie du dossier de soins.

- Tableau de relevé des PV et PA

Au premier abord pouvant sembler rébarbatif à effectuer régulièrement, il est le seul document permettant de dépister une éventuelle anomalie avant la ponction. Joint au cahier ou au dossier de soins, il permet une vue d'ensemble sur les dernières séances.

- Lecture des séances précédentes du cahier de dialyse (*à chaque séance*).

La lecture des commentaires infirmiers des séances précédentes est une source d'information non négligeable, sous réserve que ceux-ci soient rédigés de façon précise, claire et compréhensible par tous, d'où la nécessité de standardiser la présentation des divers incidents.

Difficulté de ponction, claquage, hémorragie...

- Résultats des derniers tests de débit effectués

Effectué dans certains centres, ce test permet de dépister des complications de manière sûre et pour un coût quasiment nul.

Il consiste à effectuer de manière régulière (une fois par mois) le relevé de différents paramètres de pression veineuse, artérielle et flux de retour dans le piège à bulles après une augmentation progressive du débit de la pompe à sang jusqu'à 500 ml/mn. Le débit auquel la fistule collabe sera le seuil de référence pour les prochains tests.

Concrètement, il permet ainsi de surveiller l'évolution de la fistule et de déceler de manière précoce les sténoses de la fistule.

Observation

La fistule

- L'état cutané (*à chaque séance*)

On recherche des signes d'infection (points suspects, nécrotiques...), d'œdème, etc.

- Trajet de la fistule

Plus facile à l'aide du schéma, on peut néanmoins le déterminer.

- Anévrismes
- Développement
- Circulation collatérale développée

Palpation

- Débit. Flux (*à chaque séance*)
- Thrill. Souffle (*à chaque séance*)
- Induration
- Hématome
- Œdème
- Chaleur

Peut-être signe d'infection

- Positionnement (*à chaque séance*)

On peut repérer le trajet, la profondeur, s'il y a déplacement à la palpation ("roule").

Auscultation

Elle se pratique au stéthoscope.

- Flux
- Souffle

LES COMPLICATIONS ET LEUR PRÉVENTION

La prévention des complications pré suppose la tenue correcte du cahier de dialyse par la notation des éléments de surveillance afin d'assurer la continuité des soins.

Les éléments relatifs à la surveillance de l'abord veineux peuvent être à l'origine d'arbres de décision. En fonction des incidents rencontrés, ceux-ci détermineront les conduites à tenir afin d'engager l'équipe soignante à réfléchir sur l'élaboration de protocoles.

Les infections

Évitables par l'application des règles d'asepsie et par la participation du patient invité à respecter les règles d'hygiène élémentaire.

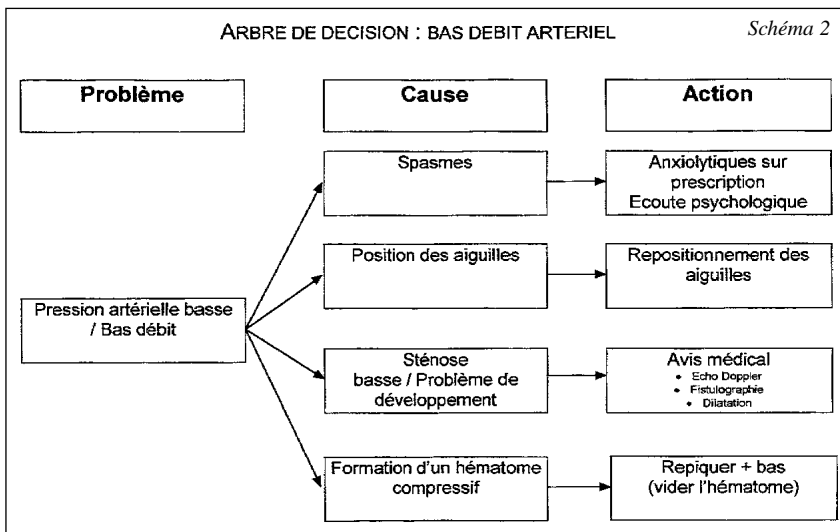
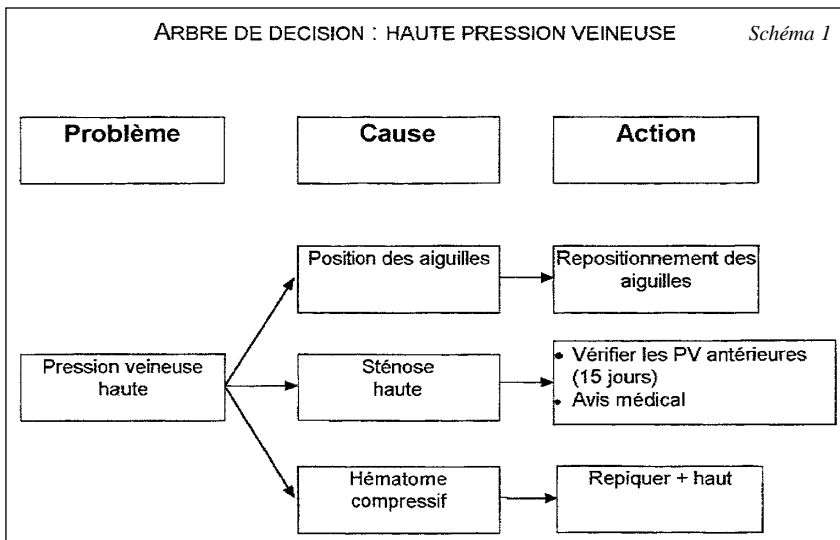
Les sténoses

Elles sont dues à l'épaississement de la paroi veineuse artérialisée. Non traitées, elles peuvent conduire à la thrombose de la fistule. Prévenir ce risque nécessite une surveillance des paramètres de pression artérielle et veineuse. Nous vous proposons deux exemples d'arbres de décision.

Effectué dans certains centres, le test de débit permet de dépister les éventuelles sténoses de manière sûre et pour un coût quasiment nul.

Il consiste à effectuer de manière régulière (une fois par mois) le relevé des différents paramètres de pression veineuse, pression artérielle et flux de retour dans le piège à bulles après une augmentation progressive du débit de la pompe à sang jusqu'à 500 ml/mn. Le débit auquel la fistule collabe sera le seuil de référence pour les prochains tests.

Concrètement, il permet ainsi de surveiller l'évolution de la fistule et de déceler de manière précoce les sténoses de la fistule. (*Schémas : arbres de décision 1 et 2, page suivante*).



Les hématomes

- Survenant à la ponction, il faut retirer l'aiguille responsable, comprimer, repiquer plus bas si elle est sur un site artériel, plus haut sur un site veineux.
 - En cours de dialyse : mauvaise fixation de l'aiguille.
 - Mise en circuit fermé. Retirer l'aiguille responsable, rincer l'aiguille fonctionnelle, repiquer en fonction de l'étendue de l'hématome ou mise en uniponction.
 - Au débranchement : erreur de manipulation au moment du retrait de l'aiguille.
- Prévenir les hématomes suppose de maîtriser le geste de ponction et d'ablation des aiguilles.

Le siège de l'hématome, son importance déterminent les conditions de ponctions ultérieures (uniponction ou non).

Les anévrismes et ruptures de FAV

Dus à l'épaississement de la veine artérialisée, ils témoignent d'une fragilité de la paroi. Le piquage itératif participe à la destruction localisée ou à l'apparition d'ulcérations. La complication majeure est la rupture de fistule.

Afin de réduire le risque d'anévrisme, il faut changer régulièrement les points de ponction.

Temps de coagulation après retrait des aiguilles

De même qu'un temps de coagulation très long doit nous alerter, un temps de coagulation très court doit également être pris en compte.

Un temps court doit faire songer à une erreur d'héparinisation, un syndrome inflammatoire (par les dépôts de fibrine) ou un bas débit.

Un temps trop long nous amène à penser également à un problème d'anémie, d'hémostase (suite aux anticoagulants ou non), une hypertension ou hyperdébit (possibilité de sténose), ou une faiblesse cutanée. L'utilisation d'hémostatiques de contact ne doit pas être systématique. Tout problème de coagulation doit faire rechercher la cause première. (Schéma 3)

