

LA DIALYSE PÉRITONÉALE

L'orifice du cathéter de dialyse péritonéale : un souci commun

Travail Infirmier Régional Haute et Basse NORMANDIE

C. PAYNEL, Infirmière - 14 LISIEUX - M-Ch. PADERNOZ, Infirmière - 50 SAINT-LÔ

Pour débiter le Travail Infirmier Régional (TIR) regroupant les centres de Dialyse Péritonéale (DP) de la région Haute et Basse Normandie, notre choix s'est porté sur un sujet prioritaire commun en DP : l'émergence du cathéter (KT) de dialyse péritonéale (DP). Nous avons donc travaillé sur l'élaboration d'un projet de protocole commun de l'émergence saine du KT de DP.

QU'EST-CE QUE LE TIR NORMANDIE ?

La toute première réunion du 13/11/1997 réunissait les centres d'Alençon, Caen, Evreux, Le Havre, Lisieux, Rouen, et Saint-Lô. Ils étaient rejoints, par la suite, par les centres de Cherbourg, Flers et Harfleur. Nous sommes partis sur la base de trois réunions de travail par an dont les dates sont programmées un an à l'avance pour faciliter l'organisation de chaque équipe. Chaque centre représenté, dans la mesure du possible, par deux infirmières, reçoit à tour de rôle le groupe de travail et en profite pour lui présenter l'organisation de son propre service. Un compte-rendu de chaque réunion est envoyé au chef de service et au cadre infirmier de chaque centre.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE TRAVAIL DU TIR NORMANDIE ?

- Optimiser la prise en charge des patients en DP.
- Élaborer des documents infirmiers favorisant les bonnes pratiques en DP.
- Valoriser le rôle infirmier.
- Favoriser les échanges inter équipes.

QUELLE ÉTAIT NOTRE ATTITUDE FACE À L'ÉMERGENCE DANS LES DIFFÉRENTS CENTRES AU 13/11/1997 ET CE QUI A ÉTÉ DÉCIDÉ ?

- Chaque équipe a présenté le protocole d'émergence saine appliqué dans son service.
- Chaque équipe a présenté un bilan

rétrospectif sur deux ans avec pour thème : les infections d'émergence.

- Élaboration d'un projet de protocole commun de soin et d'une grille de suivi.

QUEL EST LE CONSTAT QUI A ÉTÉ POSÉ ?

Au cours de cette première rencontre, nous avons constaté que la plupart de nos problèmes étaient :

- des problèmes relatifs à la technique de pose du KT.
- des problèmes relatifs à/aux actions dans les heures/jours qui suivent la pose du KT.
- des problèmes relatifs aux soins d'émergence.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DU PROJET ?

Nous avons formulé des objectifs communs :

- Voir disparaître les problèmes de l'émergence cutanée.
- Envisager une attitude commune face aux problèmes posés.
- Faire reconnaître le TIR.
- Motiver les autres centres de la région à se joindre au groupe de travail.

QUELLES SONT LES ACTIONS DU PROJET ?

- Confronter les expériences des différents centres.
- Lister les difficultés rencontrées et leurs origines.
- Lister ce qui existe dans les différents centres.
- Prendre les problèmes d'émergence en amont : la pose du KT et les soins apportés dans le premier mois qui suit la pose.

Lors de la confrontation de nos différentes expériences, nous nous sommes rapidement aperçus que les problèmes liés à la pose du KT et ceux rencontrés dans le premier mois post pose du KT, échappaient à notre rôle infirmier propre, et demeuraient du domaine de la prescription médicale.

Jugeant toutefois ces problèmes importants, nous avons confronté nos réflexions, nos inquiétudes avec les médecins et chirurgiens des centres. Pour cela une réunion de travail a eu lieu fin Novembre 1998 : "le KT de DP".

A cette occasion, nous leur avons présenté une réflexion sur la préparation idéale du patient à la pose du KT de DP.

Ainsi que le début de notre travail sur le projet de protocole commun d'une émergence saine de l'orifice de KT.

QUE S'EST-IL PASSÉ EN 1998 ?

L'élaboration du projet de protocole commun a réuni les huit centres concernés trois fois et, 82 patients ont été inclus dans le projet au départ ; les autres, au fur et à mesure de leur arrivée en DP.

PREMIÈRE RÉALISATION : ÉLABORATION D'UN PROJET DE PROTOCOLE COMMUN D'UNE ÉMERGENCE SAINE DU KT DE DP

Voir annexe 1 page suivante

DEUXIÈME RÉALISATION : GRILLE DE SUIVI DE L'ÉMERGENCE DU KT DE DP

Voir annexe 2 page suivante.

Nous avons dû réaliser une grille de suivi afin d'avoir un support écrit, et que la surveillance de l'orifice du KT soit possible par tous de la même manière et de façon objective.

Nous avons dû définir pour cela des critères de surveillance ainsi qu'une légende afin que l'annotation soit commune et facile pour tous. Dès lors que la cotation devient insuffisante, le patient sort du protocole d'orifice saine pour bénéficier de soins appropriés. (consignes médicales propres à chaque centre).

TROISIÈME RÉALISATION : SORTIE DE LA GRILLE DE SUIVI

Voir annexe 3 page suivante.

Cette grille de sortie est utilisée jusqu'à la date de réinclusion dans le protocole.

Annexe 1

ELABORATION D'UN PROJET DE PROTOCOLE COMMUN D'UNE EMERGENCE SAINNE DE KT DE DP

Départ de l'inclusion : 1 mois après la pose du cathéter.

Périodicité :

- deux fois par semaine.
- si douche : préalablement à la douche, l'ancien pansement sera entièrement retiré et un immobilisateur maintiendra le KT ; le pansement sera refait à la sortie de la douche.

Préparation du matériel :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| * Produit ménager | * 4 ou 5 paquets compresses 7.5cm X 7.5cm |
| * Alcool | * Sérum physiologique : 20 ml |
| * Papier absorbant (type Sopalin) | * Ciseaux |
| * 2 masques de bonne qualité | * Hypafix 10cm X 10cm |
| * 1 Bétadine Scrub moussante | * Sac poubelle |

Technique :

- Nettoyer le plan de travail avec un produit ménager.
- Mettre un masque de qualité, opérateur et patient.
- Faire un lavage simple des mains, au savon (ou Bétadine Scrub)
- Essuyez les mains avec un papier absorbant
- Préparer le matériel et ouvrir les paquets de compresses :
 - 1 paquet sera imbibé de Bétadine Scrub
 - 2 paquets de Sérum Physiologique
 - 1 paquet reste sec.
- Dégager les vêtements.
- Décoller le sparadrap et ôter toutes les compresses.
- Se laver les mains à la Bétadine Scrub pendant 1 mn 30.
- S'essuyer les mains avec un papier absorbant.
- Pratiquer un examen du trajet de KT, avec une compresse, par l'opérateur.
- Nettoyer l'émergence de l'intérieur vers l'extérieur avec les compresses de Bétadine scrub.
- Nettoyer le KT de l'orifice d'émergence vers l'embout titane inclus.
- De la même manière, rincer avec les compresses de Sérum Physiologique.
- Puis sécher.
- Faire une cravate avec une compresse sèche.
- Poser une compresse (pliée en deux) sur la cravate.
- Clore le pansement avec de l'Hypafix, celui-ci immobilisant le KT sur 5 cm avant l'embout titane.

QUATRIÈME RÉALISATION : FICHE DE CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DU PROTOCOLE COMMUN DU SOIN D'ÉMERGENCE SAINNE DU KT DE DP

Afin que le projet de protocole et les différentes grilles, puissent être utilisés uniformément, nous avons été amenés à définir des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- sur décision médicale.
- un mois après la pose du KT. (à dater de la pose et jusqu'à l'inclusion dans le protocole, le soin d'urgence est effectué selon la prescription médicale propre au service.)
- l'émergence saine est définie par un aspect comparable à celui d'un orifice naturel.

Critères d'exclusion :

- non-respect du protocole.
- sur décision médicale.
- émergence non saine, nécessitant des soins particuliers.
- sortie de la technique : repli hémodialyse, transplantation, décès.

CINQUIÈME RÉALISATION : FICHE DE MOUVEMENT DES PATIENTS SOUS PROJET DE PROTOCOLE.

Voir annexe 4 page suivante.

Pour nous permettre le suivi des patients sous projet de protocole, et éventuellement en assurer la validation, une fiche de mouvement des patients sous projet de protocole a été mis en place.

Sur cette feuille de mouvement, nous listons pour chaque centre tous les patients entrés dans le protocole ; cela nous permet d'apprécier pour l'année le nombre de fois où un patient s'est trouvé exclu et le motif de l'exclusion.

QUEL EST LE BILAN À DEUX ANS DE NOTRE TRAVAIL ?

Tout au long de la durée du travail régional a lieu, lors de la première réunion de l'année civile, un bilan d'utilisation de la grille de suivi. La forme retenue pour ce bilan est, pour chaque centre, la mise à jour de la feuille de mouvement.

Nous sommes donc en mesure de vous présenter le bilan à deux ans de notre travail. (Graphiques page suivante).

Nom du patient : _____ ANNEE: _____ Annexe 2

Date pose KT: _____ de l'émergence du cathéter de dialyse péritonéale. Etablie le 10/02/2000
 Date 1^{er} pansement: _____ Date d'inclusion: _____ Par le TIR NORMANDIE
 Etat cutané de l'émergence de départ: _____ Si report motif: _____ Annule le 28/01/1999
 Personne en charge du pansement: _____

CRITÈRES	JANV	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
ETAT CUTANE												
CATHEETER - couleur (noter la couleur) - drainage (Intérieur, VISUEL, ou EXTÉRIEUR)												
PANSEMENT - fréquence (par semaine) - fixation (Correcte, Moyenne, Insuffisante) - occlusivité (Oui ou Non)												
Sortie du projet de protocole, date :												
Grille remplie par :												

LEGENDE pour l'état cutané:

- 2 = EXCELLENT = type orifice naturel	- 2 = PASSABLE = rougeur avec inflammation, suintement
- 4 = BIEN = croûte avec émergence saine	- 1 = INSUFFISANT = sortie de protocole
- 3 = MOYEN = rougeur (R), érosité (non inflammatoire donc cicatriciel) (S), croûte épaisse (C)	

Nom du patient : _____ ANNEE: _____ Annexe 3

Sortie de la grille de suivi de l'émergence du cathéter de dialyse péritonéale. Etablie le 10/02/2000
 Par le TIR NORMANDIE
 Annule le 28/01/1999

DATES	JANV	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
CAUSES (Incidents-Germes)												
ETAT ET EVOLUTION -de l'émergence -du tunnel												
TRAITEMENT -Local -Général												
FREQUENCE DU PANSEMENT												
GRILLE REMPLIE PAR :												

NOM du PATIENT	Date de Pose du KT	Mis en DP Le :	Date d' INCLUSION	Date d' EXCLUSION	MOTIFS (Exclusion)	Date de RENCLUSION	Date de SORTIE DEFINITIVE	MOTIFS (Sortie)

QUELS SONT LES PROBLÈMES QUI ONT ÉTÉ RENCONTRÉS ?

- ➔ Difficulté à définir un protocole commun à dix centres de DP.
- ➔ Pour une application optimale du projet par tous, nécessité de définir les critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi que la légende de manière rigoureuse.
- ➔ Les difficultés liées à la méthodologie et à la terminologie en vue de l'accréditation.

Suite à l'intervention des cadres infirmiers de la région, qui se sont joints tardivement à nos travaux, nous avons dû, en tenant compte des exigences liées à l'accréditation, effectuer des modifications, tant dans les termes que dans la forme de notre travail.

QUELLES SONT NOS CONCLUSIONS ?

Si nous avons pu présenter aujourd'hui un bilan à deux ans de notre travail, nous ne pouvons réaliser une évaluation comparative avec la situation antérieure, car il n'existait alors aucune traçabilité du suivi de l'urgence. Pour les années futures, grâce à l'utilisation de la grille de suivi, il sera possible d'effectuer une étude comparative afin de valider notre protocole.

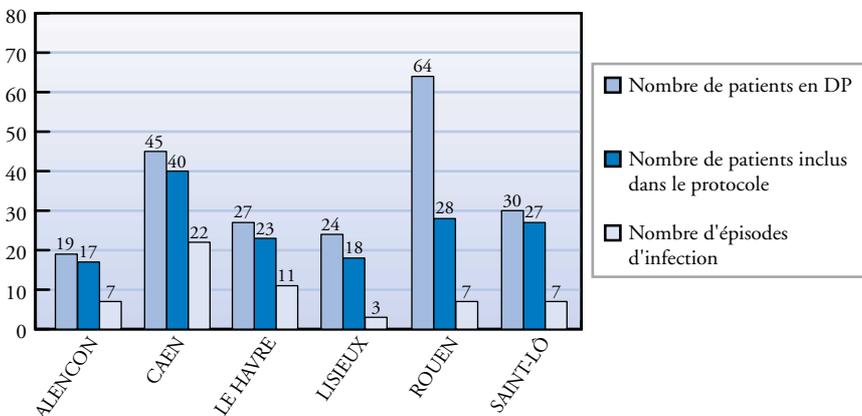
En nous, demeure l'envie de poursuivre l'expérience commune du TIR sur d'autres thèmes.

REMERCIEMENTS

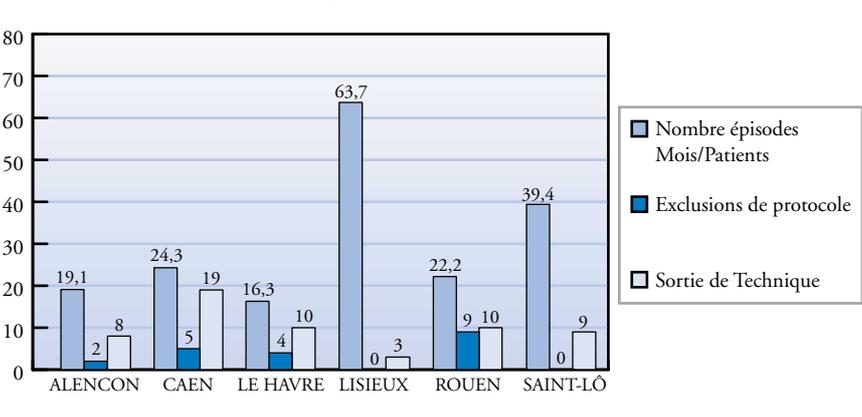
Nous tenons en premier lieu à remercier les médecins et les cadres infirmiers de nos différents centres, pour nous avoir permis de participer au TIR.

Une attention pour les laboratoires BAXTER, et particulièrement pour Sophie FLAMBARD et Dominique MAURICE, sans qui notre travail n'aurait pas vu le jour.

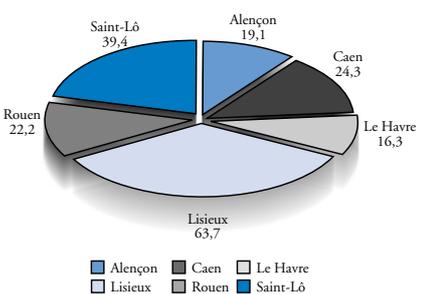
Situation des patients dans les différents centres



Situation des patients en dialyse péritonéale



Nombre d'épisodes d'infection mois/patients



Causes des infections de l'urgence du cathéter de dialyse péritonéale

