

RÉFÉRENTE ET COORDINATRICE ABORDS VASCULAIRES (AV) : REcul DE 3 ANS



Marie-Edith DARID, Infirmière, Arnaud GRELIER, Cadre de Santé, UNH, Clinique de la Baie des Citrons, NOUMÉA, NOUVELLE CALÉDONIE

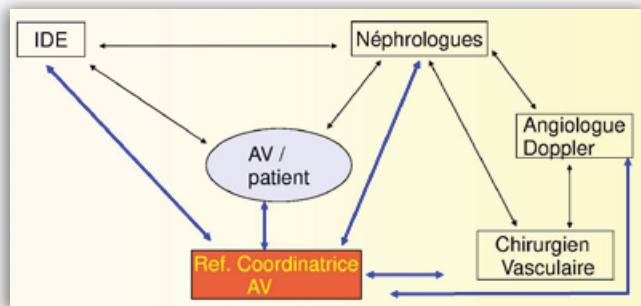
L'Unité de Néphrologie Hémodialyse (UNH) est une structure privée basée en Nouvelle Calédonie. Elle est composée de 4 unités :

- un Centre lourd et une Unité d'Hémodialyse de Proximité (UHP terme calédonien pour « autodia-lyse ») à Nouméa,
- une Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) à Bourail distante de 170 km de Nouméa
- une UHP à La Foa à 110 km du centre lourd.

Nous réalisons environ 15 000 séances/an.



Avant la création du poste, les informations concernant l'AV du patient étaient trop dispersées, ce qui occasionnait des difficultés de prise en charge et des dysfonctionnements en termes d'organisation et de transmissions d'informations entre les différents acteurs et le patient ; par exemple, renseignements souvent incomplets sur la fistule, bilan pré-opératoire non fait, dossier de consultation pré-anesthésie incomplet, patient insuffisamment informé, etc.



Maintenant, la fonction de référente coordinatrice des AV permet la centralisation de toutes les informations inhérentes à l'AV et le lien entre les différents acteurs (IDE, néphrologues, chirurgien vasculaire, angiologue, patient) (flèches bleues).

En parallèle de cette nouvelle organisation, il a été indispensable de créer quelques outils pour la surveillance des AV.

Nos unités ne disposant pas de Transonic, d'Echo doppler ni de mesure de débit par BTM, quatre outils ont été créés.

LA FICHE D'EXAMEN CLINIQUE

Les objectifs de cet examen clinique sont :

- d'une part, de détecter des signes avant-coureurs permettant de déclencher ou pas des explorations complémentaires (fistulographie, écho doppler...),
- et d'autre part, d'éviter des dysfonctionnements ain-

Le poste de référente AV a été créé en janvier 2011 afin d'assurer un meilleur suivi des abords et prévenir les complications, d'autant que les néphrologues sont de plus en plus débordés.

La référente AV assure le lien entre l'AV/patient et l'équipe multidisciplinaire.

LE TABLEAU RÉCAPITULATIF DU SUIVI DES AV

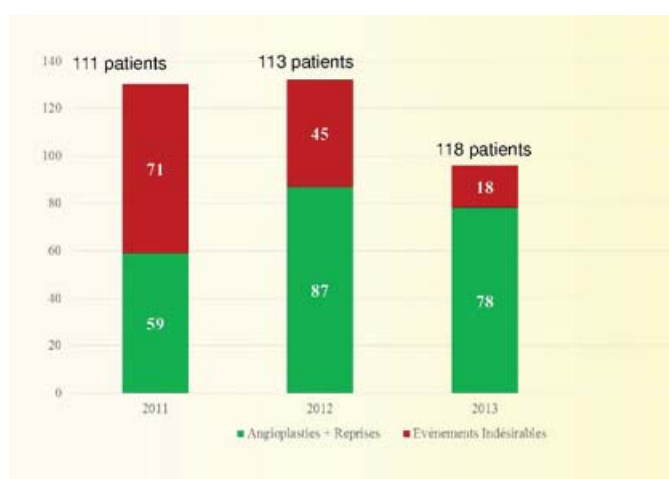
Le tableau récapitulatif donne une vision globale de tous les AV/dialysé des différentes unités sur un seul document en réseau accessible à l'ensemble de l'équipe médicale (derniers examens ou gestes chirurgicaux en hyperlien, informations sur le nombre d'angioplasties, reprises, présence ou non de stent, débit, sténoses...) constituant une synthèse à visée décisionnelle (diagnostique et thérapeutique).

Le tableau est mis à jour en temps réel grâce à des réunions hebdomadaires avec, d'une part, les néphrologues et, d'autre part, le chirurgien vasculaire.

La référente coordinatrice AV faisant le lien entre les différents acteurs.

Cet outil est très utilisé et apprécié par l'équipe médicale et sera bientôt disponible pour l'équipe paramédicale.

Cent	Nom	AV	Créat	Angio P	Dernière angio P	Thromb	Reprise	Stent	Débit ml/min	Dernier échodop	Fistule G	Sténos	Commentaire	CAT
JF	C...	rr G	Oct 2011	0		oct 2013	Nov 2013	non	1350	Nov 2013			thrombose le 21/10, bloc le 22/10	éch le 20/11/13
Bdc	C...	pax D	Mar 2011	4	Août 2012		Jun 2013	Oui	850	Oct 2013			resection anévrysmale + juxta; pas d'évolution du 2è. 2 sténoses d'aval à sux	Sux Ex.
JF	D...	h c G	Août 2012	1	Oct 2012			non	800	Oct 2012		oui	AV n° 8/ échec thrombectomie le 30/07/12/ Ex n°9 h c G le 08/08/12	examen pr greffe
Bourail	D...	rr D	mai 2007	0			Oct 2007	non	1450	Fév 2013		oui	sténose postanast. Sux PA	éch le 07/04/14
Bourail	D...	r c G	avr 1993	0			Nov 2002	non	850	Avril 2013	1994,2000,2002			PA à sux.
Bdc	D...													éch le 28/04/14
Bourail	D...	pax G	Août 2011	1	Fév 2013		Mar 2013	non	1240	Fév 2013	Oct 2013	oui	Réanastomose veineuse du pax le 27/03	Fistule le 22/10 à Bt
Bdc	D...	rr G	Mars 2012	3	Oct 2012		Janv 2013	non	1350	Fév 2013		oui	angio P le 20/0/12. Tjs sténose dop sept. tsangio le 12/10. reanast janv13	pressions ok
Bdc	El...	rr D	fév 1993	1	Oct 2008			non	800	Nov 2008	1994,2008		Anévrysmes ++ DCD	OCD
bdc	Fi...	h c D	Sept 2012	2	Fév 2014		Nov 2013	Oui	650	Oct 2013		oui		éch à prévoir
JF	F...	rr D	Juil 2004	0				non	1200	Nov 2013	2007		Anévrysmes ++	éch ok
Bdc	Fi...	rr G	sept 2009	1	Déc 2012	1		non	600	Oct 2013		oui	Artère cubitale occlus/sténoses de l'artère radiale attention vol. Méd basil occluse	JNP depuis juil. Sux PV
Bdc	Fi...	rr D	Nov 2013										éch le 24/10/13. ablation déc 13	éch le 28/01/14
JF	G...	rr G	Jun 2012	2	Août 2013			non	960	Avril 2013		oui	reanast à prévoir + lig perforante	examen pr greffe en sept 2013
JF	G...	h b sup G	Dec 2008	4	Fév 2013			non	1750	Nov 2013			angio fév 13. Sux PV +++	ok
Bdc	Gi...	rr D	mai 2011	0				non	800	Avr 2012		oui	Pa à surveiller	OCD
Bdc	Gc...	rr G	Oct 2012	1	Fév 2013			non	650	Mars 2013			contrôle post angio OK	
Bourail	Gi...	h b sup D	Dec 2010	0			Mai 2011	non	1690	Jan 2014			réduction anastomose en 2011 pour hyperdébit	éch ok



Evénements Indésirables vs Angioplasties et gestes chirurgicaux

Grâce à cette nouvelle organisation et à l'utilisation de ces outils nous avons mesuré l'impact d'un poste de référente et coordinatrice AV avec un recul de trois ans.

RÉSULTATS

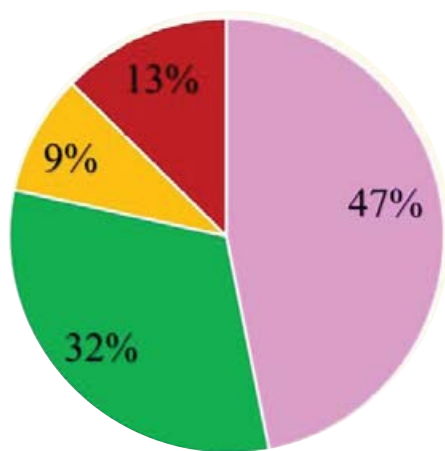
Nous avons comptabilisé les différents événements AV répartis de la manière suivante :

- Les **Événements Indésirables (EI)** qui sont les thromboses, cathéters tunnelisés et fémoraux,
- Les **angioplasties et reprises** constituant les événements curatifs et/ou préventifs.

Nous constatons une nette diminution du nombre d'événements indésirables qui peut s'expliquer par une prise en charge améliorée en termes de réactivité et d'anticipation, l'efficacité des outils créés en 2011 et l'augmentation des gestes chirurgicaux.

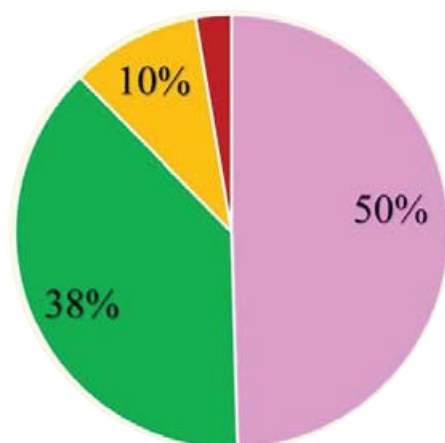
Ceci malgré une légère augmentation du nombre de dialysés au fil des années.

Les graphiques suivants nous montrent la répartition des patients concernés par les différents événements sur la population totale de nos dialysés (4 centres). Par événements multiples, comprendre les personnes qui ont eu plusieurs actes (Exemple : Mme X débute sa séance avec des problèmes de débit, on lui pose un KT fémoral, une angioplastie est programmée, et quelque temps après elle doit bénéficier d'une ré-anastomose car récive).



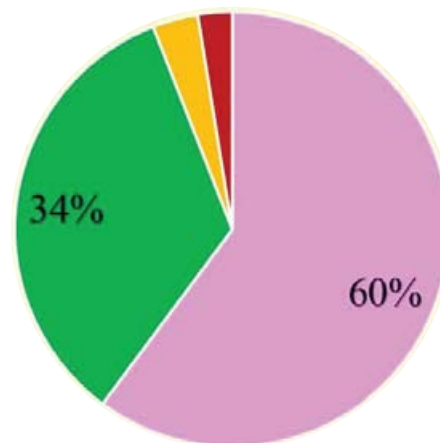
Patients concernés sur Patients Totaux en 2011

En 2011 : Il y avait peu de coordination, les événements étaient gérés dans l'urgence avec beaucoup de poses de KT (9% de mise en dialyse sans AV) et 13% de dialysés à événements multiples montrant une prise en charge tardive d'un problème vasculaire. Ce système engendre une désorganisation du service et des plannings patients, du stress pour les équipes soignantes et une augmentation probable des coûts (à évaluer).



Patients concernés sur Patients Totaux en 2012

En 2012 : La coordination et le meilleur suivi des abords vasculaires associés à une augmentation des angioplasties préventives ont permis de réduire à 3% les dialysés relevant des événements multiples.



Patients concernés sur Patients Totaux en 2013

En 2013 : Le travail initié depuis 2 ans se poursuit avec une diminution des KT passant de 10 à 3% et une stabilisation à 3% de ceux à événements multiples permettant ainsi d'augmenter le nombre de dialysés sans souci d'AV à 60% (contre 47% en 2011).

Légende :

- Aucun événement
- Événements multiples
- Angioplasties + Reprises
- KT + Thromboses

BILAN

Le bilan de ces 3 dernières années montre :

- un bénéfice pour le bien-être des dialysés avec moins de perturbations dans le planning et moins d'hospitalisations,
- une diminution du stress des équipes,
- une réduction des coûts engendrés (cf pose de KT).

L'entente et la stratégie mises en place entre le chirurgien vasculaire et les autres acteurs sont primordiales pour pérenniser et améliorer la gestion des abords vasculaires.

Avant de conclure, il faut souligner qu'en plus de tout ce travail, la coordinatrice AV voit aussi les futurs hémodialysés en consultation avec le néphrologue pour les explications et la programmation des étapes jusqu'à la création de l'AV. Elle les accompagne pour la mise en dialyse (positionnement des patchs anesthésiants, choix du matériel de ponctions, aide à la ponction....).

En fin de compte, la création de ce poste et les tâches y incombant ont permis une nette diminution des événements indésirables grâce à l'augmentation des angioplasties préventives et à l'efficacité de la coordination des équipes multidisciplinaires. On constate un bien être certain des patients, de l'équipe IDE et médicale. Reste à voir en termes de coûts, l'impact engendré. L'objectif à moyen terme est de former des IDE dans chaque unité à l'utilisation de la fiche d'examen clinique. L'IDE en dialyse devrait être la **gardienne** (en matière d'éducation et de prévention) et la **sentinelle** (par une alerte précoce) de l'abord vasculaire.

Nous tenons à remercier le Dr Philippe Léger (chirurgien vasculaire), l'équipe de l'UNH, et Fred Lemaître (statisticien).

BIBLIOGRAPHIE

1. « Examen Clinique des abords d'hémodialyse. » Dr T.Pourchez SFAV 2011
2. « Surveillance des abords vasculaires : quels outils ? » Didier Borniche SFAV 2011