

MISE EN PLACE DE LA TECHNIQUE « BUTTON HOLE » DANS UNE GRANDE ÉQUIPE.

Nous sommes un centre lourd et UDM d'hémodialyse en région parisienne. Nous comptons un total de 126 patients pour 30 postes dont 9 patients en technique Button Hole actuellement



Laurette BALLIN, Rosaline MOURA, Infirmières,
Centre de dialyse, Clinique du Landy, SAINT OUEN

Nous précisons que nous avons pris le parti de n'appliquer cette technique qu'à une petite partie de nos patients, ainsi nous pouvons affiner notre pratique.

Nous allons, tout d'abord expliquer ou réexpliquer ce qu'est la technique du Button Hole.

C'est une technique de ponction des fistules artério-veineuses en hémodialyse. Cette technique consiste à créer un tunnel, en piquant toujours dans le même point de ponction avec une aiguille standard, par la même infirmière et dans lequel, après plusieurs séances, on placera une aiguille dite « mousse » c'est à dire à embout arrondi.

Les principales raisons de sa mise en place dans notre service sont tout d'abord la diminution voire même la disparition complète de la douleur à la ponction.

Ensuite, c'est la possibilité d'apporter une autonomie au patient : en le formant à la ponction, le patient pourra ensuite se piquer seul et ainsi partir en vacances, ou faire ses dialyses à domicile ou en autodialyse.

La ponction étant un acte relativement anxiogène pour les patients dialysés, cette technique diminue nettement le stress à la ponction.

Et on a remarqué également que les FAV étaient mieux préservées : moins d'anévrysme, suppression des hématomes ou de problème cutané dus aux ponctions traditionnelles.



Comment l'organiser au sein d'une équipe soignante?

Nous sommes une équipes de 18 infirmiers : 2 (Rosa et Laurette) sont formées à la création du tunnel, c'est à dire à ponctionner pendant plusieurs séances avec des aiguilles tranchantes jusqu'à pouvoir mettre une aiguille mousse. Et 5 infirmiers sont formés à la ponction, c'est à dire à prendre le relais et à pouvoir piquer directement dans le tunnel avec les aiguilles mousses.

La création du tunnel demande du temps, de la patience et de l'adaptation de la part de l'infirmier. En pratique cela veut dire que l'infirmier va réorganiser son planning, pour être le seul pendant 2 à 3 semaines à prendre en charge le patient et à le piquer avec des aiguilles standards, jusqu'à pouvoir mettre une aiguille mousse. L'importance de cette organisation est que le même infirmier aura la même technique de ponction, la même gestuelle et donc créera un tunnel unique. C'est lui le premier maillon de la chaîne.

Pour pouvoir aider nos collègues à prendre ensuite le relais, des protocoles (suivi de FAV, photos) ont été élaborés pour uniformiser la pratique de ponction (même angle de ponction, pas de garrot, positionnement du bras...).

L'infirmier qui a créé le tunnel essaie ensuite d'être présent aux premières ponctions de ses collègues.

Un doppler de FAV est également demandé avant de démarrer les ponctions, pour anticiper tous problèmes qui pourraient compromettre la bonne mise en place du tunnel.

Une fois que l'équipe infirmière se sent à l'aise lors de la ponction d'un patient, nous discutons ensemble, et avec le patient, de la possibilité de lui apprendre à se piquer seul. C'est ensuite chacun des membres de l'équipe qui permettra au patient d'apprendre et d'évoluer dans sa technique.

Les transmissions infirmières sur nos feuilles de séance sont également un bon outil d'aide à la ponction et au suivi des FAV.

Nous essayons également de réunir l'équipe infirmière formée au Button Hole ainsi que le néphrologue pour discuter des difficultés de ponction, de l'évolution de notre technique ou pour envisager la mise en place du Button Hole à de nouveaux patients.

Comme nous l'avons donc dit c'est une organisation qui demande beaucoup d'investissement et de motivation de la part de l'équipe « Button Hole ».

Pour mettre tous les atouts de notre côté quant à la réussite de cette technique, nous avons pris des précautions particulières notamment quant à l'hygiène et à l'asepsie de l'abord vasculaire. Tout le monde, patients et personnels soignants, y ont été sensibilisés, et le nombre réduit d'infirmiers formés diminue également les risques d'échec, d'infection ou de complications à la ponction.

CONCLUSION

Depuis 2 ans que nous avons débuté, 11 patients ont été en Button Hole dont 4 qui se piquent seuls. Et sur ces 4 patients, une patiente est passée en dialyse à domicile.

On remarque également que le stress et la douleur chez nos patients ont diminué à 100%, ils l'expriment très clairement.

Les équipes infirmières ainsi que les patients sont plus sensibles à la surveillance de la FAV.

D'ailleurs, à ce jour, nous ne comptons aucune infection de FAV, chez aucun de nos patients en Button Hole, aucune complication majeure de ponction, et nous observons une nette diminution du temps de saignement à la compression ; et plus AUCUNE utilisation de pansement hémostatique pour les patients en Button Hole.