

DEVENIR DES ABORDS VASCULAIRES EN CENTRE LOURD AVEC OU SANS MESURE DE DÉBIT PAR TRANSONIC



Joëlle MARIN, Julie CLUZE, Infirmières, Dialyse, Clinique Bouchard, MARSEILLE

La surveillance des abords vasculaires est une préoccupation qui concerne de plus en plus de centres de dialyse comme en attestent les nombreuses communications présentées aux sessions nationales de l'AFIDTN.

Mais elle n'est pas encore généralisée.

En 2005, inspirés par une étude décrite en congrès, nous avons décidé de créer le groupe « Surveillance des Abords Vasculaires » (SAV) et d'utiliser l'évolution des débits de FAV (Fistule Artério Veineuse) mesurés par le Transonic.

Aujourd'hui en 2018, c'est la privation de Transonic pendant deux ans qui nous amène à mesurer l'importance d'une prise en charge organisée des AV de nos patients.

La file active du centre lourd d'hémodialyse de la clinique Bouchard à Marseille compte 180 patients.

18% des patients dialysent grâce à un KT tunnellisé, les autres sont porteurs d'une fistule artério veineuse native ou prothétique.

Aujourd'hui l'équipe SAV réunit :

- Un néphrologue qui fédère et guide l'équipe.
- 8 IDE dits référents AV, tous ont suivi la formation post basique AFIDTN Abords Vasculaires.
- Un chirurgien bientôt 2...
- Un angiologue pour les dopplers.
- Une attachée de recherche clinique.

Les référents décident des dopplers sur des critères précis. Ils récupèrent le compte rendu et selon la description discutent avec le médecin l'indication d'une dilatation de FAV. Ils organisent l'admission au service ambulatoire selon les disponibilités du patient et l'inscription au bloc opératoire. Ils récupèrent le compte rendu opératoire et s'assurent qu'un autre geste ne sera pas nécessaire.

Ils assurent la formation des nouveaux IDE sur le thème AV. Ils sont les interlocuteurs de tous les autres IDE, recueillent

leurs observations et décident ensemble ce qu'il convient de faire.

Le groupe se réunit tous les trimestres et organise une rencontre annuelle pluridisciplinaire pour présenter la synthèse des résultats.

A l'occasion de cette rencontre le groupe présente un travail de recherche effectué dans l'année :

- La ponction de FAV avec le point de vue d'un néphrologue, d'un psychologue et d'un IDE.
- La présentation des cas cliniques de thrombose de FAV : recherche de circonstances communes ou particulières.
- L'élaboration d'un questionnaire destiné à réajuster la formation AV des IDE.
- L'élaboration d'un document « Ma Fistule » pour les patients et les aidants avec des photos et un lexique du vocabulaire technique.
- Les avantages et inconvénients des différents modes de compression de FAV. Sans relever de consensus, nous avons insisté sur une compression adaptée à l'état du patient et l'évaluation de la durée de l'hémostase.

Le groupe participe à des études comme la recherche des facteurs de risques induisant une thrombose de FAV, le profil des patients dont la thrombose récidive souvent et rapidement, l'étude ProxiFAV+75.

De façon générale, les objectifs du groupe visent à améliorer les pratiques professionnelles. Pour cela :

- Le groupe organise l'observation cinétique des mesures de débits de chaque patient.
- Cette courbe permet de dépister les sténoses (baisse significative du débit), principale cause de thrombose.
- Cette organisation permet à chaque IDE de s'impliquer et de détecter un problème pour réagir rapidement.

Le Transonic est le « Gold standard », la référence pour la mesure des débits de FAV pour le groupe.

LES LIMITES

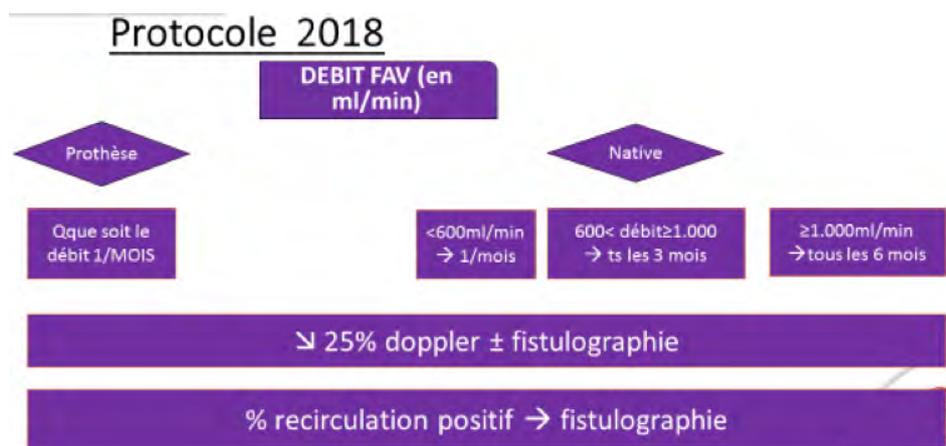
- Le groupe a dû intégrer la mesure des débits dans l'ensemble des soins du parcours habituel des patients en hémodialyse.
- Il a fallu une forte mobilisation pour assurer la régularité de la surveillance. Les mesures sont planifiées par les référents et sont réalisées par l'IDE qui prend en charge le patient le jour J.
- Au début tous les néphrologues ne considéraient pas la baisse de débit comme une valeur diagnostic, l'évolution des résultats les ont convaincus.
- Les limites sont aussi techniques avec des pannes nous privant de l'appareil ponctuellement puis définitivement.

LES AVANTAGES SONT PERÇUS AU LONG COURS ET NOUS OBSERVONS :

- Une amélioration de la qualité des AV jugée sur le critère de l'amélioration des débits car 80% des AV ont un débit supérieur à 600ml/mn.
- L'examen est non invasif, non douloureux, se réalise pendant la séance, le résultat est immédiat. Ce temps d'examen est précieux, il permet d'échanger avec le patient à propos de sa FAV et de le rassurer.
- Grace à une meilleure anticipation, le patient est dans une situation moins anxiogène. On prend le temps de lui expliquer et d'organiser avec lui la suite : Doppler, fistulographie-dilatation.
- Une cohésion d'équipe car tous les intervenants sont considérés comme acteurs et communiquent. Les IDE sont capables d'argumenter leurs observations.
- « Un transfert de compétence » car l'amélioration des compétences des IDE permet de libérer du temps médical pendant la visite. Les néphrologues savent qu'ils ne seront sollicités qu'en cas de problèmes.
- Les soignants sont tous très attentifs, ils ont tous conscience que l'AV est le lien à la vie des patients dialysés.

LES DOCUMENTS UTILISÉS

Le protocole, disponible très facilement



La fiche de surveillance annuelle accessible dans le dossier de chaque patient (idem pour les KT qui sont aussi suivis).



| SURVEILLANCE DES ABORDS VASCULAIRES - ANNÉE 2018 | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| | né(e) le | | | | | | | | | | | |
| | ABORD VASCULAIRE : - CHIRURGIEN : | | | | | | | | | | | |
| | DATE DE CREATION : 00/00/00 - DIABÉTIQUE : Faux | | | | | | | | | | | |
| DEBIT (ml/min) | Jan | Fev | Mars | Avr | Mai | Juin | Juil | Aout | Sept | Oct | Nov | Dec |
| 1000-1500 | | | | | | | | | | | | |
| 900 à 1000 | | | | | | | | | | | | |
| 800 à 900 | | | | | | | | | | | | |
| 700 à 800 | | | | | | | | | | | | |
| 600 à 700 | | | | | | | | | | | | |
| 500 à 600 | | | | | | | | | | | | |
| 400 à 500 | | | | | | | | | | | | |
| < 400 | | | | | | | | | | | | |
| Recirculation | | | | | | | | | | | | |
| Doppler | | | | | | | | | | | | |
| Fistulographie | | | | | | | | | | | | |
| Angioplastie | | | | | | | | | | | | |
| Chirurgie | | | | | | | | | | | | |
| Nouvel Abord | | | | | | | | | | | | |
| Assessins | | | | | | | | | | | | |
| Plaque/Endogic | | | | | | | | | | | | |
| am | | | | | | | | | | | | |

Le bon d'examen détaillé pour guider l'angiologue.

patient)

Médecin Prescripteur :

CB6 : 9062

IDE Référent (e) :

6335

Date et heure :

Prado 13008

(Etiquette du

Tel secrétariat

Tel secrétariat :

242 Avenue du

BON D'EXAMEN DOPPLER SUR UN ABORD VASCULAIRE D'UN PATIENT

Type d'abord :

- Goretex huméro-Axillaire
- Native radiale
- Native huméro-céphalique
- Native huméro basilique
- Autre

DébitAV :ml/

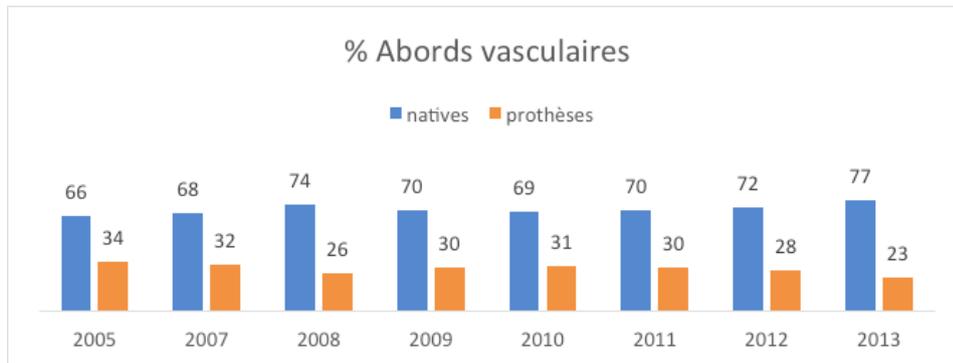
Date du dernier doppler : mn

Indication :

- CARTOGRAPHIE
- Surveillance systématique d'un AV
- Post Fistulo
- Recherche de vol vasculaire
- Repérage avant la 1^{er} ponction
- Diminution débit transonic
- Allongement du temps de compression
- Accessibilité Abord Vasculaire (Profondeur....)
- Baisse des pressions artérielles
- Hausse des pressions Veineuses
- Bilan d'anévrisme
- Commentaire :

ÉVOLUTION DES RÉSULTATS

Amélioration du ratio native/prothèse, plus de native comme le préconisent les recommandations de la SFAV (Société Française des Abords Vasculaires).

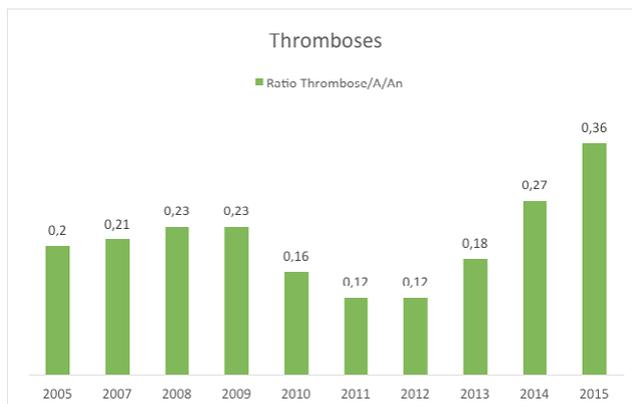


De 2005 à 2012, nous avons étudié une centaine d'abords vasculaires par an en n'incluant que ceux utilisés depuis plus de 6 mois.

Diminution du nombre de thromboses et augmentation du nombre de fistulographies/dilatation.

2013, début des problèmes techniques : Baisse du nombre de mesure, plus de thromboses et de fistulographies.

2014-2015, Le Transonic est inutilisable.



Le groupe décide de quantifier les thromboses.

Parallèlement, il propose un recueil de données avec d'autres critères comme les PV, PA, KT/V, chute de TA, temps d'hémostase, il s'agit de faire une moyenne des valeurs mensuelles.

Trop chronophage ???

Moins significatif ???

Cela ne fonctionne pas ! L'idée ne fédère pas et la surveillance devient aléatoire mais continue de bénéficier de l'amélioration des compétences des IDE.

COÛT DE LA PRISE EN CHARGE

► *Fistulographie et dilatation sans stent de FAV*

- EZAF001 : 209€, anesthésiste (honoraires médicaux) : 94€, plus deuxième acte : fistulographie (EKQH002) : 57€ (115€/2), ZZLP025 anesthésie : 24€ (48 €/2).
- GHM 05K26 : 1031€ en ambulatoire, 1129 € une nuit (clinique).

► *Fistulographie et désobstruction sans stent de FAV*

- EZPA001 : Désobstruction d'un accès vasculaire artérioveineux, par abord direct : 418€ plus anesthésie (honoraires médicaux) : 176€, plus deuxième acte : fistulographie (EKQH002) : 57€ (115€/2), ZZLP025 anesthésie : 24€ (48 €/2).
- GHM 05C21 : Créations et réfections des fistules artérioveineuses de la CMD 11 : 930€ (clinique) en ambulatoire ou ≥ 1 nuit, si ≥ 3 jours avec pathologie associée ou complication : 2019€.

CONCLUSION

Les résultats ont permis la nouvelle acquisition d'un Transonic et la relance du groupe.

L'attitude dynamique de l'équipe est très agréable à partager. Il y a une relation de confiance entre le soignant et le soigné. On ne peut que constater un effet positif d'une surveillance des débits (patients/soignants).

Quel que soit l'outil utilisé, on encourage les équipes à organiser la surveillance des abords vasculaires en observant la cinétique des débits. Du point de vue santé publique, la prévention n'est-elle pas moins onéreuse que la fatalité ?

La prévention vaut mieux que l'urgence.