



Quelles sont les raisons pour lesquelles un médecin va prescrire une fistulographie ? Rôle infirmier

Mmes Josiane BODART et Sophie BERTANI - TOURNIAIRE, Infirmières dans le service d'hémodialyse chronique du CHRU de TOURS, Service du Dr. Josette PENGLOAN

Nous avons choisi de faire un relevé par ordre chronologique.

A chaque étape de la dialyse, nous pouvons observer des modifications de paramètres ou des difficultés qui vont nous amener à faire appel au médecin afin que celui-ci confirme nos observations.

C'est lors des différentes étapes de la dialyse que nous serons amenés à noter des changements de fonctionnement de la fistule.

A l'arrivée du malade :

Nous pouvons écouter ce qu'a observé le malade :

- Le constat qu'il «sent» moins bien battre sa fistule.
- Que le trajet de celle-ci est douloureux.

Dans un deuxième temps nous avons fait un relevé de ce que nous observons :

Avant le branchement :

Vérification du bon fonctionnement de la fistule.

Nous aurons une :

- Observation visuelle
- Observation à la palpation

1) Une Observation visuelle :

Avec : - Présence d'un œdème

- Présence d'un hématome
- D'une zone inflammatoire
- D'une veine battante car la sténose sur le site veineux entraîne une augmentation des pressions.
- Une turgescence sur la fistule
- Une circulation collatérale plus ou moins importante.

2) Une Observation à la palpation :

Nous pouvons constater une moins bonne perception du trajet vasculaire et retrouver :

- Un rétrécissement
- Une induration
- Une dilatation
- Le thrill sera parfois modifié ou non perçu, avec le stéthoscope, nous vérifions s'il y a un souffle présent ou non.

Attention, s'il y a un stent en place, la perception sera atténuée.

Nous rencontrerons quelquefois des difficultés de ponction et de cathétérisation de l'aiguille ou alors il n'y a pas de difficulté de ponction et de cathétérisation de l'aiguille mais le sang dans la tubulure de l'aiguille est plus foncé. Nous laissons l'aiguille en place et nous appelons le médecin.

Au branchement :

Lors de la mise en marche de la pompe à sang, nous remarquons une baisse du débit artériel. La tubulure de l'aiguille collabie ainsi que l'aiguille à la paroi au niveau de l'aiguille veineuse. Nous pouvons observer une augmentation importante de la pression veineuse habituelle.

Pendant la dialyse :

Les critères d'observation sont :

- La baisse du débit sanguin au cours de la dialyse (débit prescrit 300 ml/mn)
- Une augmentation des chiffres initiaux de la pression veineuse ou de la pression artérielle et quelquefois une douleur sur le trajet.
- Critères non observables mais sur prescription médicale.
- Le test de recirculation = protocole.

Après le débranchement :

Ce qui attire notre attention :

- L'augmentation du temps de compression habituel avec nécessité d'utiliser une compresse hémostatique. Une compression aux gants stériles.
- Exceptionnellement un temps de compression plus court à la suite de nos observations, le médecin du service demande une fistulographie suivie d'une dilatation ou non.

SITUATION ANXIOGÈNE POUR LE MALADE

Rôle infirmier :

- Nous aurons une écoute active qui nous permettra d'entendre et de comprendre les besoins du malade, ce qui nous aidera à évoquer entre autre le diagnostic infirmier de PEUR.
- Ce sont nos observations quotidiennes qui vont cibler le plus souvent ce diagnostic : cependant d'autres diagnostics infirmiers peuvent être posés mais nous ne les développerons pas ici.



PEUR :

Chaque personne exprimera ce sentiment d'une façon différente :

- Par de l'appréhension
- Par de l'hostilité : besoin parfois de trouver un coupable
- Agressivité ou irritabilité envers le soignant présent ---> comportement de lutte
- Sentiment d'impuissance.

Notre **attitude** devant telle ou telle expression devra **être aidante** afin de permettre au malade de mieux gérer cette situation stressante pour lui, il faut lui permettre d'exprimer sa peur.

Etre aidante :

C'est pour répondre à ses demandes :

- Demande d'information
- Demande de soutien

* **Demande d'information** en rapport avec la technicité de l'examen.

être à jeun ou non

déroulement et durée de l'examen

possibilité de prendre un repas ensuite sur le lieu de l'examen

D'autre part entendre :

- La peur d'avoir mal
- La peur d'être obligé de poser une autre voie d'abord.

Nécessité de rester sur place un certain temps après l'examen afin de surveiller l'état du bras. Le médecin expliquera les étapes au fur et à mesure de son déroulement; le médecin proposera une anesthésie locale.

Demande d'ordre professionnel :

- Besoin de savoir si la personne présente un terrain allergique ou une intolérance.
- Si c'est une première fistulographie
- Donner la lettre du médecin
- Informer les ambulanciers du malade et parfois la famille ou l'institution.

Après la fistulographie avec ou sans dilatation

A l'arrivée du malade, prendre du temps pour lui, être à son écoute afin de comprendre quel a été son vécu pendant cet examen. Explorer avec lui quels sont ses besoins du moment.

- Explication de la fistulographie avec les médecins
- Examen de la fistule, état cutané (hématome-œdème-etc...) et si besoin faire un schéma de la fistule ciblant les nouveaux points de ponction et noter s'il y a un changement dans le calibre de l'aiguille.
- Noter la date de l'examen sur le dossier de soins.

ATTENTION :

- Prudence au branchement, augmenter le débit très progressivement car la paroi est fragilisée.

Les surveillances seront celles :

- D'une complication infectieuse
- De la création d'un faux anévrisme
- D'une croûte sur le point de ponction de la fistulographie.

En présence de fils, en prévoir l'ablation au bout d'une semaine.

Tout ce travail d'observation et de prise en charge relève du rôle propre infirmier et il nous a semblé important de le partager avec vous avant l'intervention du Dr TURNEL avec lequel nous travaillons.