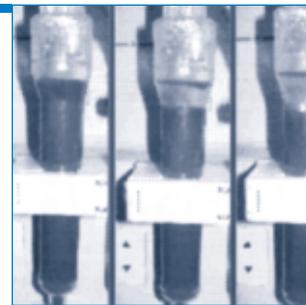


Mise en œuvre du protocole de décroissance d'héparinisation

Aspect infirmier



G. GRANDMAITRE, IDE - F. DUTILLET, IDE - A.R.P.D.D. - 51 - REIMS

Présentation de l'Association Régionale pour la Promotion de la Dialyse à Domicile de Reims.

Le centre allégé de l'ARPDD accueille 32 patients qui ne peuvent être autonomes mais dont l'état de santé ne nécessite pas le centre hospitalier.

Un médecin néphrologue est présent à chaque séance.

L'unité est composée de 10 postes.

Le personnel comprend :

4 IDE + 2 AS

1,5 médecins (1 temps plein + 1 mi-temps)

Et le personnel du siège administratif de l'association.

Je vais vous expliquer comment nous avons mis en œuvre le protocole de décroissance d'héparinisation, expliqué précédemment par le Dr Canivet, au niveau de l'équipe soignante.

Les 13 patients, choisis sur dossiers, après avoir signé un consentement éclairé, ont été inclus dans l'étude. Deux sont sortis de l'étude en semaine 3 et 4, je vous en donnerai les raisons plus tard.

Après concertation de l'équipe, nous avons élaboré une fiche de suivi (ci-dessous).

Voici la fiche de suivi avec les consignes de surveillance. Descriptif de la fiche.

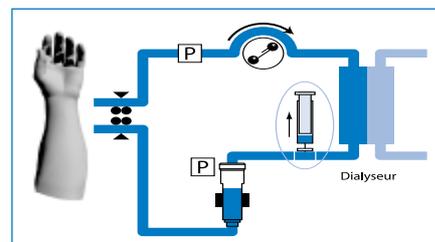
Nom - Prénom - Semaine - Doses - Consigne d'héparinisation.

Au démarrage, on remplit le vase d'expansion et le piège à bulles au maximum avec la solution héparinée à 5000 u/l pour que les lignes soient uniformément rincées.

Pas de branchement à blanc de manière à ne pas injecter de sérum hépariné au patient.

Prélèvements pour le suivi biologique durant la séance N°2 de chaque semaine.

PRÉLÈVEMENTS SANGUINS



Ce suivi biologique consistait en l'évaluation du TCA, de l'activité anti Xa. Ils ont été présentés par le Dr Canivet.

Ils se pratiquaient dans le site de la ligne veineuse après le rein. L'injection d'héparine de la deuxième heure se faisait après le prélèvement (T120).

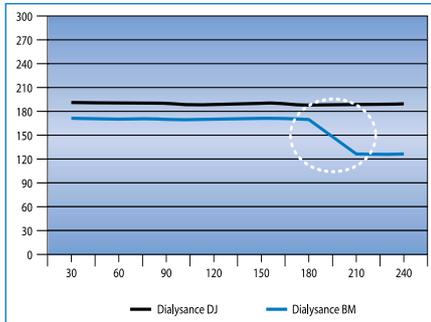
Malgré les prélèvements de 30 ml répartis sur 6 semaines soit 180 ml durant la durée du protocole il n'a pas été noté de spoliation sanguine ; la restitution a toujours été de qualité.

FICHE DE SUIVI

nom :		PROTOCOLE CRYSTAL ST				
SEMAINE 1/8		Hépariner flex avec 50 mg d'héparine par litre				
		REMPILIR LE VASE D'EXPANSION ET LE PIEGE A				
		Héparine 40 mg de charge - 10mg à la deuxième heure				
LIGNES		REIN				
Date	Vase d'expansion	Piège à bulles	blanc	rose	rouge	coag en masse
						PRELEVEMENTS à T0 T15 T60 T120 T180 T240
EN DIALYSE, REMPLIR LE VASE D'EXPANSION ET LE PIEGE A BULLES AU MAXIMUM, BAISSER REGULIEREMENT LE NIVEAU DE LA COLLERETTE POUR EVITER LA FORMATION DU CAILLOT						
APRES LE T 0 , PRELEVEMENTS DANS LE SITE DE LA LIGNE VEINEUSE , APRES LE REIN, injection de l'HEPARINE de la deuxième heure après le prélèvement de T120						
BRANCHEMENT DIFFERE, PAS DE PERFUSION DE PHYSIO OU DE BICAR PENDANT LA DIALYSE						
BIEN EVALUER COLLERETTE , PETIT CAILLOT , GROS CAILLOT						

Jusqu'à la semaine 5, c'est-à-dire flex héparine + 1000 u de charge, nous avons pu diminuer les doses sans incident.

SUIVI DE LA DIALYSANCE IONIQUE



Ce protocole a été piloté en cours de dialyse avec la surveillance de la dialysance ionique mesurée par le Diascan.

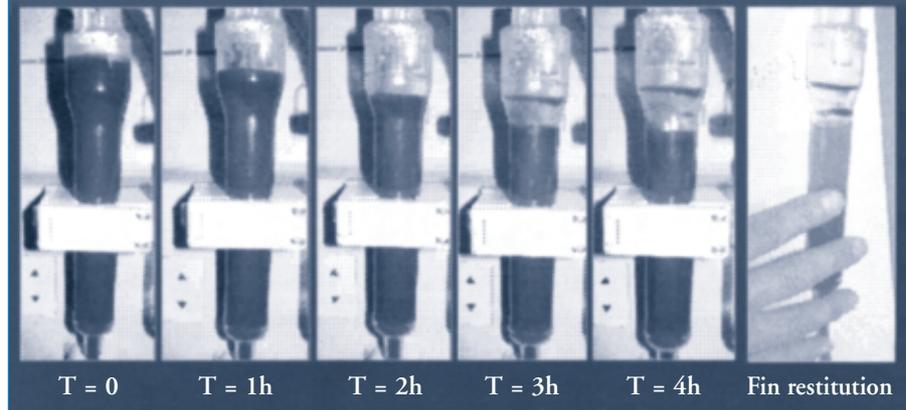
La dialysance ionique mesurée par le Diascan est le reflet de la clairance effective de l'urée.

Une diminution de cette valeur permet de détecter une amorce de coagulation.

Nous avons pris comme exemple une dialyse sans problème (graphique courbe noire) au cours de laquelle la dialysance ionique d'un Crystal ST 3400 reste stable (190 ml) et une séance où une chute de la dialysance (courbe bleue) est observée à 3 h 20 min de dialyse. C'est une amorce de coagulation (formation de caillots) au niveau de la membrane.

Nous avons été amenés à débrancher lors de l'effondrement de la dialysance. Pour les deux patients sortis de l'étude en semaine 3 et 4, les courbes de dialysance chutaient. Les mesures de débit de fistule et les échodopplers ont montré 1 sténose serrée chez les deux patients.

ÉVOLUTION DU NIVEAU DANS LE PIÈGE À BULLE



Nous étions également attentifs aux surveillances des pressions veineuses et artérielles.

Nous avons été amenés à descendre le niveau des pièges à bulles remplis au maximum dès le départ pour éviter une formation de caillots.

Vous pouvez voir la formation des colle-rettes à des niveaux successifs en fonction de la descente du niveau des pièges à bulles et l'absence de caillot à la restitution.

CONCLUSION

- **Traitement des patients à risque hémorragique.**
- **Meilleure surveillance de l'abord vasculaire.**
- **Relation qualité de FAV et héparinisation.**
- **Temps de compression.**
- **Risque sténose et thrombose.**
- **Confort du patient et du personnel.**
- **Pas de charge de travail supplémentaire.**
- **Tout au plus une modification de nos habitudes.**

Ce protocole a par ailleurs permis :

Une meilleure surveillance de fistule grâce à un changement d'attitude face à des problèmes de rein partiellement restitué. Auparavant, nous augmentions les doses d'héparine avant de nous préoccuper de la fistule.

Une meilleure qualité de dialyse grâce à la maîtrise de l'héparinisation sans crainte de coagulation.

Un gain sur les temps de coagulation des points de ponction. Donc plus de confort pour le patient, pour le personnel aussi. Cette méthode ne représente pas de charge de travail supplémentaire, une modification de nos habitudes tout au plus.

Suite à ce protocole nous avons pu faire bénéficier d'une dialyse sans héparine à une de nos patientes à haut risque hémorragique. Celle-ci est porteuse d'une stomie avec saignement permanent aggravé par les séances de dialyse, responsable d'une anémie chronique malgré de fortes doses d'EPO et d'une supplémentation martiale.

La dialyse sans héparine a permis de diminuer nettement les hémorragies.

Nous avons diminué de plus de la moitié les doses d'héparine des patients qui sont sous cette membrane.