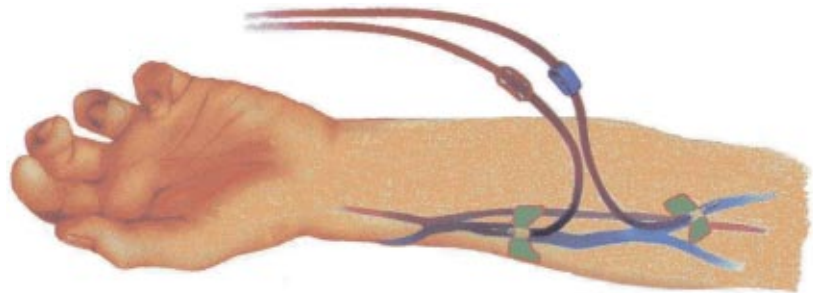


L'utilisation des abords vasculaires par les soignants

JEAN-CLAUDE CLERC - INFIRMIER ET DANIÈLE RAULET - CADRE DE SANTÉ
CENTRE DE DIALYSE DE LA FONDERIE - MULHOUSE

UNE PRATIQUE INFIRMIÈRE DE QUALITÉ N'EST-ELLE PAS UN ÉLÉMENT ESSENTIEL DE LA PRÉVENTION DES COMPLICATIONS DE CES ABORDS ?



Grâce à l'apport de nouvelles techniques, la surveillance des abords vasculaires, le dépistage et le traitement de leurs complications ont beaucoup progressé. Mais n'oublions pas que c'est l'utilisation de ces abords qui est la source la plus fréquente de complications, qui peuvent compromettre leur avenir. En hémodialyse, l'utilisation des différents abords, ne se résume pas en actes isolés : ponction de fistule ou branchement de K.T., mais font appel à un véritable travail de gestion, impliquant patients et soignants. Plutôt que de faire la promotion de la qualité des soins, nous avons cherché les moyens qui permettent d'apprendre les techniques spécifiques à l'utilisation des abords vasculaires, et ensuite de maîtriser ces dernières dans la pratique quotidienne.

Quatre volets dans notre travail :

- la formation des soignants,
- l'éducation des patients,
- l'utilisation et la surveillance des voies d'abord.

1) La formation des soignants

Nous avons listé sur une feuille, toutes les connaissances théoriques indispensables à la compréhension des abords vasculaires. Les sujets sont cochés au fur et à mesure de leur acquisition. Cette feuille fait partie du classeur contenant les protocoles, les informations, propres à l'unité de dialyse. Dans la progression de la formation, il est indispensable d'acquérir les connaissances concernant la surveillance et les complications des abords vasculaires, avant de débiter les ponctions. Ceci permet, de prendre confiance en soi, de se préparer psychologiquement à la première ponction, et évite de banaliser cet acte.

LA FONDERIE CENTRE DE DIALYSE (MULHOUSE)

FORMATION EN DIALYSE

I.D.E. en formation : _____ Responsable de la formation : _____

TROISIÈME SEMAINE : PONCTION DES ABORDS VASCULAIRES.

LES DIFFÉRENTS ABORDS VASCULAIRES

F.A.V. Goretex, K.T.
Protocole de ponction.
Examen clinique de l'abord vasculaire : le thrill.
Écouter les remarques du patient.

| NON ACQUIS | EN COURS | ACQUIS |
|------------|----------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

LA PONCTION:

Technique de ponction.
Compression, pansement.

| NON ACQUIS | EN COURS | ACQUIS |
|------------|----------|--------|
| | | |
| | | |

PRÉVENIR ET DÉTECTER LES COMPLICATIONS

Anévrismes, sténoses.
Infections, inflammations.
Saignements, ruptures.
Ischémie du membre. Œdèmes.
Thromboses.
Allergies au matériel aux désinfectants.
Difficultés de ponction.
Problèmes de débit, P.V. élevée.

| NON ACQUIS | EN COURS | ACQUIS |
|------------|----------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PRÉSERVER LE CAPITAL VEINEUX:
Précautions à prendre.

INFORMATION DU PATIENT :
Hygiène, protection, surveillance, de l'abord.

LA PREMIÈRE UTILISATION de l'abord vasculaire.
Accompagnement, soutien psychologique.
Précautions.

CONSIGNES POUR LES PONCTIONS A VENIR .

LES CATHÉTERS

LES DIFFÉRENTS K.T.
S/ claviers, Jugulaires, Quinton, Canaud ...

| NON ACQUIS | EN COURS | ACQUIS |
|------------|----------|--------|
| | | |
| | | |

RÈGLES D'UTILISATION
Protocoles de branchement.
Précautions lors des manipulations

| NON ACQUIS | EN COURS | ACQUIS |
|------------|----------|--------|
| | | |
| | | |

BRANCHEMENT DU K.T.
Examen de l'orifice, état du matériel (fissure...)
Aspiration du caillot, et branchement, fixation.
Débranchement, héparinisation, pansement.
Les thromboses.

| NON ACQUIS | EN COURS | ACQUIS |
|------------|----------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

27/66/0J-CI

Cette formation a été évaluée par questionnaires et entretiens. Elle est satisfaisante pour les I.D.E. en formation, même si certaines souhaieraient la participation des médecins.

La continuité dans le temps rencontre quelques difficultés, car il faut détacher des encadrants ayant à la fois le savoir en dialyse, la pédagogie, et la disponibilité nécessaire. C'est pourquoi nous pensons que cette formation doit faire appel non seulement aux soignants, mais aussi aux médecins, au pharmacien (quand la structure le permet). Les techniciens sont également sollicités : manipulation, alarmes, uniponctures.etc...

La formation est véritablement un travail d'équipe. La ponction des abords vasculaires nécessite un apprentissage gestuel, qui ne peut être acquis, que lors de l'encadrement. Les protocoles détaillant les techniques de ponction, existent rarement, donc il est difficile de les évaluer. Nous avons rédigé des fiches techniques, ponctions, incidents, et surveillance.

2) Le patient

Pour le patient, la voie d'abord est un élément essentiel de son traitement. Elle est le lien qui le relie, à l'indispensable machine, aux soignants qui l'utilisent... La moindre complication est source d'anxiété, et la possible maladie ou l'incompétence d'un soignant est redoutée.

A - Le patient participe à la surveillance de sa voie d'abord

Le patient participe à son traitement en surveillant sa voie d'abord. La mission de l'équipe soignante consiste à le préparer à cette auto surveillance en lui expliquant le fonctionnement de sa fistule, en répondant à ses questions. Nous lui donnerons les conseils d'hygiène, les informations qui sont résumées dans le livret d'accueil. Nous lui apprendrons à reconnaître le thrill, et à détecter les changements, signe de complications.

B - La surveillance post-opératoire après la création d'une F.A.V.

La surveillance du thrill et du souffle au stéthoscope (toutes les heures pendant 6 h. puis toutes les 4 heures pendant 2 jours) permet de dépister une thrombose de la voie d'abord.

La tension artérielle est prise à intervalle régulier. L'hypotension en particulier lors du lever du patient peut entraîner une thrombose. Pour la même raison le patient doit, autant que possible, garder le bras allongé, et le pansement ne doit pas être compressif.

En cas de thrombose, laisser le patient à jeun. Un ré-intervention chirurgicale ou un acte de radiologie interventionnelle sera nécessaire.

La cicatrisation et le développement de la F.A.V. demandent 2 à 4 semaines avant qu'elle ne soit ponctionnable.

C - La Première Ponction

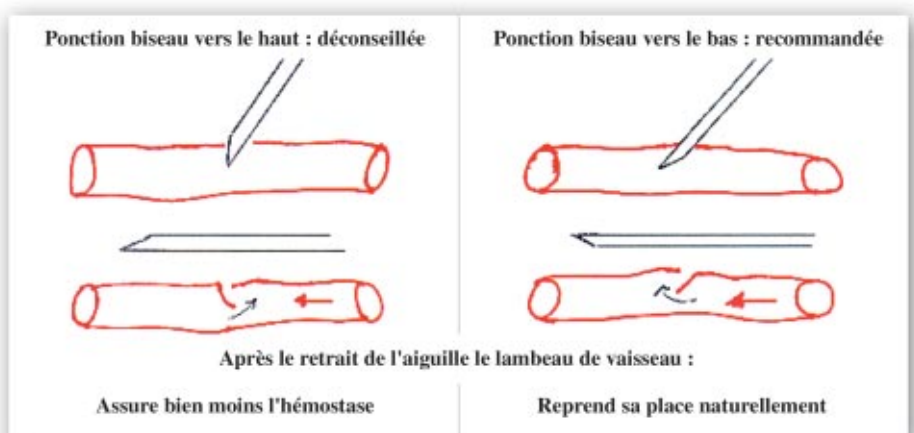
La manière dont se déroulent les premières ponctions, les premières séances de dialyse, joue un rôle important dans l'acceptation de la maladie, et de son traitement. Nous avons tendance à banaliser ces moments, à minimiser, voire à nier la douleur provoquée par nos soins, surtout lors d'actes répétitifs comme les ponctions. Notre objectif sera de prévenir la douleur, non seulement à l'aide d'analgésiques, mais aussi en étudiant nos gestes lors des ponctions. Pour la première ponction, les zones de ponction sont choisies par le médecin ainsi que l'utilisation d'analgésiques (Emla) et éventuellement l'uniponcture. Le nouveau patient est pris en charge, après le branchement des autres patients. La soignante peut à la fois se faire assister, et ponctionner dans de bonnes conditions de confort et de calme. Les vaisseaux sont encore fragiles, et les risques de perforer la paroi du vaisseau,

avec pour conséquences un hématome, et éventuellement la création d'un hématome, sont importants. La fixation de l'aiguille est faite en la laissant dans sa position naturelle, sans chercher à la plaquer sur la peau ; la pointe de l'aiguille ne doit pas être perceptible à la palpation. La pompe à sang est mise en route, et on augmente progressivement la vitesse en surveillant l'absence de diffusion. Nous laissons les aiguilles en place 10 à 15 mn avant la compression.

D - Précautions en dehors des dialyses

Nous avons créé une carte que les patients portent avec leurs papiers. Elle récapitule les informations concernant les accès vasculaires. Lors d'hospitalisations dans d'autres unités de soins les patients sont accompagnés d'une feuille d'information où sont résumées les informations indispensables à la préservation et la surveillance des abords vasculaires.

| | | |
|---|---|--|
| <p>Centre de Dialyse LA FONDERIE MULHOUSE Tél. 03.89.45.73.89</p> <p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>Né(e) le</p> <p>Téléphone <input type="text"/></p> <p>No. Séc. Soc. <input type="text"/></p> | <p>carte de patient dialysé.</p> <p>Je suis traité par hémodialyse à la fréquence de 3 séances par semaine toute interruption prolongée de mon traitement me met en danger de mort.</p> <p>Si nécessaire prévenir mon néphrologue à l'adresse suivante:</p> <p>Centre de Dialyse " LA FONDERIE " 19 rue de la Locomotive Téléphone: 03.89.45.73.89.</p> <p>Le centre de dialyse est ouvert: lundi, mercredi, vendredi, de 6h30 à 2h. mardi, jeudi, samedi, de 6h30 à 20h. en dehors des heures d'ouverture, renseignements au tél. 03.89.45.73.89.</p> | <p>ATTENTION</p> <p>Je suis un porteur d'un accès aux vaisseaux au bras droit, gauche, à respecter</p> <p>pas de prise de sang. pas de prise de T.A. pas de garrot</p> <p>En cas d'hémorragie effectuer une compression à l'endroit du saignement.</p> <p>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</p> |
|---|---|--|



Il faut alterner les points de ponction, car la répétition des ponctions au même endroit peut fragiliser le vaisseau, empêcher la cicatrisation. L'hémostase ne sera plus assurée que par un caillot, pouvant sauter à tout moment, et provoquer une hémorragie dramatique. Par contre lorsque la fistule est située à l'avant-bras, il faut éviter de piquer le bras, pour ne pas compromettre la réalisation de nouveaux abords. Préférer la veine cubitale, peu utilisée ; ce site de ponction nécessitera la surélévation de l'avant-bras, pour que l'aiguille ne soit pas comprimée par le poids du membre. Les prélèvements sanguins sont traditionnellement déconseillés dans les vaisseaux de la fistule. Pourtant la ponction avec une aiguille de faible calibre est peu traumatique, pour un vaisseau fréquemment ponctionné avec des aiguilles à fistule. Par contre, si les veines de la main, du bras opposé ne sont pas utilisables, il est préférable de prélever dans une veine collatérale de la fistule. Et ainsi de préserver les veines pouvant être utilisées pour la création de futurs abords. Une ou deux ponctions dans une veine non artérialisée peuvent suffire à l'abîmer, et la rendre non fonctionnelle.

3) l'utilisation de l'abord : Les ponctions

La ponction est une technique bien spécifique qui demande un apprentissage gestuel acquis lors de l'encadrement. Pour que cette démarche soit effectuée avec qualité il est indispensable d'utiliser des références communes à toute l'équipe.

Nous proposons de rédiger ensemble des fiches techniques sur les différentes étapes de la ponction. L'expérience de l'encadrement, le matériel utilisé, fournira le contenu de ces fiches, qui seront destinées après évaluation, à la rédaction des protocoles.



A- Avant la ponction

- **CONTRÔLER LE MATÉRIEL** : aiguilles, raccords, anticoagulants.
- **VÉRIFIER LES PRESCRIPTIONS** : changements des points de ponction, uniponcture.
- **VÉRIFIER LA PROPRETÉ** : faire laver le bras, rappel des conseils d'hygiène.
- **INSPECTER LA FISTULE** : détecter les signes infectieux ou allergiques.
- **PALPER LA FISTULE** : rechercher le thrill, détecter une thrombose.
- **QUESTIONNER LE PATIENT** : fièvre ? douleurs ? écoulements des points de ponction.
- **DÉTERMINER SI C'EST** : une F.A.V. ou un Goretex.
- **GORETEX** : identifier le sens du flux sanguin. Rechercher le battement de l'anastomose artérielle = artère.

EN CAS D'ANOMALIE, PREVENIR LE MEDECIN

B - La ponction avec des aiguilles métalliques

- **IDENTIFIER L'ARTERE** : elle peut être piquée dans le sens ou contre le flux sanguin.
- **IDENTIFIER LA VEINE** : Elle doit être piquée dans le sens du flux.
- **CHOISIR LES SITES DE PONCTION** : Espacés de plusieurs centimètres.
- **DESINFECTER LE SITE CHOISI**
- **METTRE LE GARROT** : Inutile pour les goretex
- **IMMOBILISER LE BRAS**
- **TENDRE LA PEAU DANS LE SENS CONTRAIRE DE LA PONCTION**
- **TRAJET ET PROFONDEUR DU VAISSEAU A APPRECIER** : REGARDER ET PALPER !
- **PIQUER LES FAV AVEC UN ANGLE DE 25° ET LES GORETEX UN ANGLE DE 45°**
- **DES QUE LE SANG APPARAÎT DANS L'EMBOÛT DE L'AIGUILLE** :
- **ABAISSER L'AIGUILLE VERS LA PEAU ET CATHETERISER**
- **ENFONCER TOTALEMENT L'AIGUILLE SANS CHANGER L'AXE**
- **ROTATION DE L'AIGUILLE DE 180°**
- **FIXER L'AIGUILLE EN LUI CONSERVANT SA POSITION NATURELLE**
- **FAIRE REFLUER LE SANG DANS LE RACCORD ET LE REMPLIR AVEC DU SERUM**

- **PIQUER DANS LES SECTIONS DROITES**
- **EVITER LES VIRAGES DES VAISSEAUX**
- **EVITER DE PIQUER DANS LE PLI DU COUDE**
- **EVITER DE PIQUER LES ENDROITS OÙ LA PEAU EST FRAGILE**
- **S'ABSTENIR DE PIQUER DANS LES HEMATOMES**
- **NE PAS PIQUER DANS LES ANASTOMOSES DES GORETEX**
- **FIXER L'AIGUILLE DES QU'ELLE EST PIQUEE**

La meilleure méthode de ponction est celle qui consiste à piquer en deux plans. On tire la peau, sens contraire à la ponction ; une fois la peau traversée, on la relâche pour ponctionner le vaisseau. L'orifice de ponction cutané est ainsi éloigné de celui de la veine. Le tissu cutané fait une barrière protectrice contre les infections, facilite l'hémostase et la cicatrisation.

C - les ponctions difficiles

L'abord vasculaire doit être ponctionnable par l'ensemble des soignants et non seulement par une ou deux I.D.E. Les échecs de ponction, par les hématomes qu'ils causent, compliquent la situation ; ils peuvent également créer de faux trajets.

En cas d'échecs répétés, il est indispensable d'en rechercher les causes : maladresse, manque d'expérience, technique inadéquate, ou bien veine insuffisamment développée ou trop profonde, et d'apporter les solutions nécessaires.

Lorsque le soignant est en difficulté, ne pas hésiter à faire appel à une collègue, ou au médecin !

D - Pendant la dialyse

Le patient doit être installé confortablement. La fixation des aiguilles doit lui permettre de mobiliser, avec prudence, le membre ponctionné. Chez les patients dialysés dans un lit le bras ne doit pas être raide, en extension, position qui peut entraîner des crampes douloureuses du bras ou de l'épaule. Les aiguilles ne doivent pas être douloureuses, au besoin vérifier leurs positions, la fixation. Positionner les raccords en boucle évite les tractions sur les aiguilles, donc leurs déplacements.

E - Contrôler le fonctionnement de l'abord en dialyse

L'efficacité d'une séance de dialyse est directement liée au débit sanguin dans le circuit extracorporel.

Les mesures des pressions veineuses et artérielles, nous renseignent sur le positionnement des aiguilles. Les pressions affichées sont à comparer avec les P.A. et P.V. antérieures. De nombreux facteurs tel que des sténoses hautes ou basses, un hématome, une fistule insuffisamment développée, une pompe à sang non occlusive, des plicatures des lignes, des coagulations, une hypotension, peuvent

ralentir le débit sanguin. Toutes ces causes de P.V. augmentées nécessiteront une vérification de la perméabilité des aiguilles ou un repositionnement de l'aiguille veineuse. Une P.A. diminuée, imposera le contrôle de la tension artérielle du patient, la recherche d'obstacles sur le circuit avant la pompe, et la vérification de l'aiguille artérielle. Si malgré ces contrôles, le débit de l'artère reste insuffisant, on

peut essayer de poursuivre la séance en posant un garrot légèrement serré au-dessus de l'aiguille artérielle. Toutes les manipulations sur le site de ponction doivent être effectuées avec la même asepsie que pour le branchement. Une dialysance anormalement basse, peut être causée par une inversion des aiguilles ou une pompe à sang dont on a oublié d'augmenter la vitesse.

PROBLÈME DE DÉBIT ARTÉRIEL

Causes possibles :

- Hypotension.
- Spasme
- Sténose basse.
- F.A.V. insuffisamment développée .
- Malposition de l'aiguille.
- Sténose, ou hématome compressif en amont de l'aiguille.
- Thrombose du vaisseau.

Signes :

- Augmentation de la pression artérielle.(-100 à -250)
- Raccord de la pompe à sang collabé. Micro-bulles, mousse dans la ligne artérielle.

Conduite à tenir :

PREMIER GESTE : VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE

- Replacer, ou surélever l'aiguille.
- Placer un garrot peu serré au-dessus de l'aiguille.
- En cas d'échec repiquer plus bas si hématome .
- Inverser le sens de ponction : piquer vers l'anastomose. Éviter de piquer dans les zones indurées, ou les hématomes. Examiner la fistule, s'assurer qu'elle fonctionne avant de piquer.
- Informer le médecin, transmissions pour la prochaine dialyse.
- En cas de thrombose, examens, et traitement seront effectués.

PRESSION VEINEUSE ANORMALEMENT ÉLEVÉE

Vérifier que :

Les raccords de branchement, ou les tubulures ne sont ni coincés, ni pliés

Les clamps sont complètement ouverts.

Un hématome (fistule transpercée par l'aiguille) :

Il est rapidement détecté par le patient.

Se faire aider et comprimer

Repiquer de suite si la situation le permet.

Sinon mettre en circuit fermé et repiquer après la compression. La restitution après avis du médecin peut être envisagée.

Dans tous les cas l'hématome doit être vu par le médecin et la voie d'abord examinée.

Une sténose au-dessus de l'aiguille veineuse, peut entraîner une pression veineuse élevée

La surpression est généralement présente dès la mise en route du circuit

Comparer la P. V. avec les P. V. antérieures

Phénomène à signaler, afin que des examens soient envisagés.

Des caillots dans les pièges à air, ou les aiguilles, peuvent également être à l'origine de P.V. augmentée.

Lors de l'utilisation d'un CATHÉTER avec une P.V. élevée, essayer :

De ramoner le K.T. à la seringue. (I. D. E expérimentée)

D'injecter du sérum.

D'inverser les connections (ligne artérielle connectée sur la veine et vice versa)

SAIGNEMENT DES POINTS DE PONCTION PENDANT LA SÉANCE.

Vérifier la fixation des aiguilles. Les positionner dans l'axe du vaisseau. Les aiguilles métalliques doivent être enfoncées jusqu'à la garde et maintenues avec une cravate.

Placer un pansement COALGAN légèrement compressif sur le point de ponction.

Fixer les tubulures de manière à ce qu'elles n'exercent pas de traction sur les aiguilles.

Faire une transmission pour changer les points de ponction.

COMPRESSION TROP LONGUE

(Allongement du temps de coagulation après le retrait des aiguilles)

Causes :

- Altération de l'hémostase.
- Surdosage en anticoagulant.
- Hyperpression dans la F.A.V. secondaire à une sténose.
- Hyperdébit de la F. A. V.
- Orifice de ponction agrandi, fragilité cutanée.

Conduite à tenir :

- Comprimer jusqu'à l'arrêt du saignement.
- Utiliser du COALGAN.
- Signaler au médecin si la compression excède dix minutes.

Bien comprimer :

- La compression doit être douce : elle ne doit pas interrompre complètement la circulation du sang.
- En retirant l'aiguille comprimer fortement, puis relâcher légèrement la compression.
- Comprimer légèrement plus fort sous le point de ponction.
- Le but de la compression est d'obtenir la formation d'un clou plaquettaire dans le trajet de la ponction, et une compression trop forte empêche cette hémostase

Bien piquer

- Changer le plus souvent les points de ponction.
- Pas de points de ponction rapprochés.
- Desserrer rapidement le garrot.
- **Fixer correctement les aiguilles.**

LES HEMATOMES

Causes :

Problèmes de ponction.

Compression des points de ponction inefficace ou insuffisante.

Mauvaise position des aiguilles.

Vaisseaux transpercés par les mouvements du patient.

Surdosage des anticoagulants.

Conduite à tenir :

Pour les ponctions, il est recommandé de piquer :

- en dessous de l'hématome pour l'artère.
- au dessus de l'hématome pour la veine.

Si un hématome s'est produit, il faut vérifier le fonctionnement de la fistule, surtout avant le départ du patient.

Un pansement alcoolisé (moitié eau, moitié sérum) légèrement compressif peut être mis en place pendant la dialyse.

Pour le retour au domicile, pansement alcoolisé non compressif !

Une crème (Hémoclair ou autre) peut être prescrite.

Prévoir éventuellement l'uniponction pour la, ou les prochaines dialyses.

Si besoin vérifier l'hémostase.

En fin de dialyse

Enlever l'aiguille avec la même angulation que pour la ponction et surtout **NE JAMAIS FAIRE DE COMPRESSION TANT QUE L'AIGUILLE N'EST PAS COMPLETEMENT SORTIE** : traumatisme du vaisseau et douleur.

Compression manuelle avec 1 ou 2 doigts, en repérant avec précision les orifices de ponction.

Faire un pansement non compressif, indiquer au patient quand il pourra l'enlever. Noter et transmettre les informations concernant l'abord vasculaire.

La ponction n'est pas un geste anodin : il faut s'enquérir des difficultés rencontrées lors des séances précédentes, des solutions choisies, examiner, ausculter, le site de ponction, interroger le patient, utiliser ses connaissances, avant d'agir...

En se penchant sur l'existant, on peut s'interroger, qu'en est-il vraiment ? On travaille le plus souvent dans la précipitation : il ne faut pas prendre de retard pendant les branchements, les patients sont pressés et mettent la pression ! La rapidité avec laquelle on pique est souvent un argument de qualité. Pour arriver à ce résultat on est tenté de faire l'impasse sur certaines étapes de la technique. Par exemple on constate que l'abord est thrombosé **après** l'avoir ponctionné . Et puis la série de ponctions est souvent synonyme de stress, alors plus vite on en est débarrassé ... Et que vivent les débutantes ? Combien de temps mettront-elles à égaler la cadence des anciennes ?

F - Les problèmes de ponction - savoir agir :

PENDANT LA PONCTION

Pas de sang dans l'aiguille :

- palper la fistule,
- réorienter l'aiguille sur le bon trajet, et à la bonne profondeur. Douleur = mauvaise direction.

Le débit est faible :

- mobiliser l'aiguille pour obtenir un débit correct.
- Vérifier par aspiration à la seringue qu'elle n'est pas coagulée
- Si pas de résultat repiquer en amont pour l'artère , en aval pour la veine.

Le point de ponction saigne :

- les aiguilles métalliques doivent être enfoncées complètement.
- scotcher un tampon stérile avec une pression légère, ou placer un coton hémostatique sur l'orifice de ponction.

L'hématome :

le vaisseau a été transpercé, deux possibilités :

- soit retirer l'aiguille, comprimer, et repiquer.
- ou bien laisser l'aiguille en place et repiquer plus haut

PENDANT LA DIALYSE

- L'aiguille vibre : La repositionner dans l'axe, éventuellement la surélever avec une compresse.
- Des incidents plus sérieux, comme l'ablation des aiguilles, ou des perforations de veines, nécessitent la connaissance de techniques de mise en circuit fermé du circuit sang.

EN FIN DE DIALYSE

- Douleur à l'ablation des aiguilles : comprimer uniquement lorsque les aiguilles sont retirées.
- Coagulation de l'aiguille veineuse : aspirer le caillot à la seringue, rincer au sérum. Ne jamais injecter.
- Ablation de l'aiguille veineuse à la place de l'artère : restituer doucement par l'artère.
- Compression prolongée : compression avec un hémostatique. Diminuer la pression par palier.

G - Les cathéters

Dans notre centre les K.T. jugulaires ou fémoraux sont mis en place uniquement lorsque les patients n'ont pas de voies d'abord, et temporairement. La manipulation des cathéters, et les branchements ne sont fait que par des soignants expérimentés, et avertis des risques importants d'infection. L'encadrement veille à ce que les protocoles soient strictement respectés.

- Respecter attentivement les protocoles de branchement-débranchement.
- N'utiliser que les antiseptiques prescrits.
- Ne pas utiliser d'autres clamps que ceux prévus par le fabriquant.
- Manipuler et fermer correctement les bouchons après la dialyse.
- Pas d'autres utilisation que les séances de dialyse

Incidents des cathéters

Les infections de l'orifice ou du trajet du K.T. se dépistent par la surveillance de l'orifice ; en cas de suintement ou de pus un prélèvement doit être effectué. La surveillance de la température est mise en route et guide la réalisation d'une éventuelle hémoculture.

La thrombose de l'une des voies nécessitera une désobstruction selon les protocoles du service. Si le débit est insuffisant on peut tenter une inversion des voies, après s'être assuré que la position du K.T. est correcte, et éliminer une éventuelle plicature. Les détériorations, les fissures des tuyaux, sont dépistés par un examen attentif du K.T.

4) La surveillance des voies d'abord

A - Transmettre les informations concernant les abords

Avant la ponction il est indispensable que la soignante puisse s'enquérir des difficultés

déjà rencontrées lors des séances précédentes. Sur notre feuille de dialyse un emplacement est réservé aux transmissions spécifiques à l'abord vasculaire. Les relevés de dialysance et de K.T.V sont également notés. Ces mesures ainsi que les mesures de P.A. et P.V. et la notation des saignements prolongés après dialyse , permettent la constatation d'éventuelles dérives de ces valeurs.

Dans le dossier patient (qui est en salle de dialyse) figure une feuille descriptive de l'abord. Elle comporte un croquis de la fistule, sa nature, les dates de l'intervention, les examens de contrôles et les incidents .

B - Mettre en place un protocole de surveillance

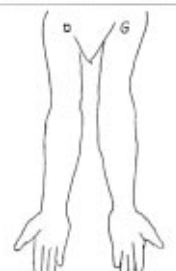
Le protocole de surveillance mis en place comporte donc :

- L'examen physique par l'I.D.E., à chaque dialyse, de l'abord : thrill, l'état de la peau, des orifices de ponction, signes d'infection.
- Un examen clinique hebdomadaire, par le médecin : auscultation au stéthoscope pour rechercher une modification du souffle, une sténose, un anévrisme...
- La surveillance des paramètres cliniques et de qualité d'épuration.

Le suivi de ces prospections, est opposé à un référentiel propre au centre. Ce dernier détermine les exigences de l'équipe médicale en qualité d'épuration, en débit sanguin et en volume de sang épuré de chaque patient. La comparaison entre le référentiel et les résultats du protocole de surveillance décideront des mesures à prendre. On s'assurera tout d'abord que la ponction est correcte, les aiguilles d'un diamètre suffisant, les réglages et la vitesse de la pompe à sang corrects, le temps de dialyse prescrit respecté.

Des investigations complémentaires seront menées, mesures de recirculation, examens radiologiques.

L'intervention sera décidée si une thrombose, un anévrisme, ou un abord insuffisant est dépisté. Cette démarche peut faire l'objet d'une procédure.

| | |
|---|---|
| DATE | DATE OFFRER |
| NOM | Origine I.F. |
| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | |
| DATE CREATION FAV | |
| DATE 1 ^{ère} DIALYSE | |
| DATE 1 ^{ère} UTILISATION | |
| DATE ANASTOMOSE |  |
| LONG ANASTOMOSE | |
| TYPE ANASTOMOSE | |
| MÉDECIN | |
| SITES PONCTIONS | |
| VEINE | |
| ARTÈRE | |
| IDE | |

C) La prévention des incidents des abords

| | | |
|--|--|--|
| 6) Evaluer l'action : la prévention du risque | | <input type="checkbox"/> Autres |
| A Quels sont les risques potentiels ?: | | |
| Gérer les risques suppose d'abord de bien les identifier. Leur connaissance est probablement la première étape d'une bonne gestion des risques | | Les risques potentiels sont d'origines diverses. Ils peuvent être liés aux techniques de soins, aux matériels, aux locaux. Une classification permet de mieux les identifier. Notre démarche consistait à répondre aux questions : Quels risques ? qui est concerné ? Ou ? Quelle fréquence ? Comment les réduire ? |
| PREVENTION DES RISQUES | | FICHE SIGNALÉTIQUE DES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES |
| <p>Que s'est-il passé ?</p> <p>A Technique</p> <input type="checkbox"/> Erreur de matériel <input type="checkbox"/> Erreur programmation générateur <input type="checkbox"/> Mauvaise manipulation <input type="checkbox"/> Technique dangereuse <input checked="" type="checkbox"/> Piqûre accidentelle <input type="checkbox"/> Exposition à un produit toxique ou corrosif <input type="checkbox"/> Autres <p>B Soins et hygiène</p> <input checked="" type="checkbox"/> Complications liées à la ponction ou la compression <input type="checkbox"/> Absence de prescription écrite <input type="checkbox"/> Erreur de posologie, erreur de patient <input type="checkbox"/> Erreur de voie d'administration <input type="checkbox"/> Non-respect du protocole <input type="checkbox"/> Incident transfusionnel <input checked="" type="checkbox"/> Non prise en charge de la douleur <input checked="" type="checkbox"/> Infection contaminante <p>C Patients</p> <input type="checkbox"/> Malaises, chutes lors des déplacements <input type="checkbox"/> Aggravation de l'état général <input type="checkbox"/> Accidents cardiaques <input type="checkbox"/> Incidents pendant la dialyse <input type="checkbox"/> Hypotension, coagulation, thromboses <input type="checkbox"/> Autres <p>D Organisation</p> <input type="checkbox"/> Insuffisance de formation du personnel <input type="checkbox"/> Insuffisance de personnel <input type="checkbox"/> Charge de travail trop importante <input type="checkbox"/> Non disponibilité du médecin <input type="checkbox"/> Urgences : système de gardes <input type="checkbox"/> Attente excessive des patients <input type="checkbox"/> Non respect du secret médical <input type="checkbox"/> Non respect du règlement intérieur <input type="checkbox"/> Non respect de la charte du patient | | <p>E Matériel</p> <input type="checkbox"/> Matériel non conforme, périmé <input type="checkbox"/> Matériel défectueux <input type="checkbox"/> Défaut de stérilisation <input type="checkbox"/> Défaut de maintenance <input checked="" type="checkbox"/> Pannes diverses <input type="checkbox"/> Rupture du stock des consommables <input type="checkbox"/> Autres <p>F Système informatique</p> <input type="checkbox"/> Erreur d'identité du patient <input type="checkbox"/> Information patient incomplète ou erronée <input type="checkbox"/> Dossier absent ou incomplet <input type="checkbox"/> Absence information personnel <input type="checkbox"/> Autres <p>G Sécurité biens et personnes</p> <input type="checkbox"/> Vol, perte d'objets <input type="checkbox"/> Agression physiques ou verbales <input type="checkbox"/> Intrusion de personnes <input type="checkbox"/> Blessures, chutes <input checked="" type="checkbox"/> Accidents du travail <input type="checkbox"/> Incendie, inondations <input type="checkbox"/> Accidents électriques <input type="checkbox"/> Exposition à un produit toxique <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement du système d'alerte <input type="checkbox"/> Défaut d'application des mesures de protection <p>H Locaux entretien</p> <input type="checkbox"/> Equipements ou installations dangereux <input type="checkbox"/> Température de l'eau, de l'air, inadaptée <input type="checkbox"/> Défaut de distribution de l'oxygène <input type="checkbox"/> Défaut d'entretien des locaux <input checked="" type="checkbox"/> Traitement des déchets et des rejets <input type="checkbox"/> Autres <p>I Hotellerie</p> <input type="checkbox"/> Repas non conformes <input type="checkbox"/> Rupture de la chaîne du froid <input type="checkbox"/> Intoxication alimentaire <input type="checkbox"/> Défaut de gestion du linge |

Les risques potentiels liés à l'utilisation de l'abord doivent être connus :

- Hémorragie.
- Anévrismes.
- Nécroses.
- Infections.
- Piqûres accidentelles.

De même il est utile d'identifier les patients à risques.

La prévention passe par la responsabilisation du soignant : c'est la même personne qui gère

la séance de dialyse du début à la fin. Certains incidents des abords, comme les infections (septicémies), et les ruptures d'anévrismes, peuvent entraîner le décès des patients. D'autres incidents peuvent sérieusement altérer leur qualité de vie. Pour mettre en oeuvre des mesures préventives, il faut avoir connaissance de ces événements. Il faut les recenser pour pouvoir analyser les circonstances, déterminer les moyens, mettre en action les mesures correctrices, et les évaluer : c'est la gestion des risques. Nous avons effectué un travail sur la gestion

des risques en dialyse, et constaté que l'utilisation des abords artério-veineux représentait une part importante des incidents pouvant se produire en dialyse.

Conclusion

Nous avons voulu insuffler une culture de qualité aux soignants que nous avons en formation.

Les résultats sont encourageants.... même si les difficultés sont nombreuses.