

## □ **Place des infirmières et du patient dans la gestion de l'abord vasculaire**

*Didier BORNICHE*

*Hémodialyse, Hôpital de Bois Guillaume, CHU de Rouen – d.borniche@wanadoo.fr*

### **Introduction**

La clef de voûte du traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale par l'hémodialyse est sans aucun doute l'accès au sang du patient. Il est nécessaire qu'une prise en charge précoce soit effectuée afin de ne pas hypothéquer l'avenir. En pré-dialyse, la protection du capital veineux va permettre de réaliser ultérieurement un accès vasculaire facilement utilisable afin de mettre en œuvre les différentes techniques d'hémodialyse.

### **Préservation du capital veineux**

#### *Pourquoi ?*

Une politique de protection du réseau veineux doit être mise en place le plus précocement possible chez tout patient ayant une insuffisance rénale ou porteur d'une maladie générale telle que le diabète, susceptible de léser le rein

#### *Comment ?*

#### *Le patient*

Il est indispensable de l'associer à cette politique en l'informant le plus largement possible de l'importance de cette démarche pour l'avenir.

La mission de l'équipe soignante consiste à le préparer à cette auto surveillance en lui expliquant le fonctionnement de la fistule artérioveineuse, en répondant à ses questions. Des conseils d'hygiène, la reconnaissance du thrill, la détection des changements ou l'apparition de signes de complications doivent être intégrés dans son éducation.

#### *L'équipe soignante*

L'enseignement des règles de bonne pratique suivantes est essentiel :

Préserver le capital veineux des membres supérieurs de tout insuffisant rénal. De la protection du capital vasculaire dépendra plus tard la qualité de vie du patient.

Réfléchir sur la pertinence d'effectuer les prises de sang sur le dos de la main, sur la pose d'une voie veineuse périphérique ou/et d'un cathéter central en tenant compte du bénéfice risque pour le patient.

Proscrire la pose de cathéter sous-clavier qui pourrait être, encore plus que les cathéters jugulaires, à l'origine de sténoses qui compromettraient les possibilités futures de créer un abord vasculaire.

## **Rôle infirmier dans la prise en charge de l'abord vasculaire**

### *Surveillance postopératoire après création d'un abord vasculaire*

La surveillance habituelle en postopératoire comprend la prise des constantes, la vigilance, la douleur et la surveillance du pansement.

Plus spécifiquement, surveiller la tension artérielle qui ne doit pas chuter (risque de thrombose immédiate).

Une auscultation régulière au niveau de l'anastomose permet de dépister une thrombose de la voie d'abord (absence de souffle).

### *Préparation à la première ponction*

- Le patient doit être vu par l'infirmière avant la première ponction afin de le préparer psychologiquement
- Prévoir dans l'organisation du travail qu'une infirmière expérimentée soit disponible.
- Repérer les sites de ponction (au besoin à l'aide de l'échographe) et faire prescrire l'application (1h30 avant) d'un analgésique de contact.
- Hygiène : faire laver le bras du patient.

### *Ponctions*

Après la création de l'abord vasculaire, pendant une période d'au moins trois semaines, aucune ponction ne doit avoir lieu.

La ponction ne doit pas être considérée comme un geste anodin, elle nécessite un apprentissage gestuel parfaitement maîtrisé. Elle ne peut être envisagée qu'après un examen clinique systématique de l'abord vasculaire et du membre supérieur avant de réaliser l'antisepsie : présence du thrill à la palpation, d'un souffle à l'auscultation, absence d'anomalie locale (inflammation, induration, œdème, ulcération cutanée)

### **Préparation des ponctions**

- Contrôle de l'hygiène du bras porteur de l'abord vasculaire
- Installation confortable du patient
- Prendre connaissance d'éventuelles transmissions concernant l'abord vasculaire
- Utilisation de kits stériles, à usage unique, avec champs absorbants, compresses, garrots, cupule pour antiseptique et bandelettes adhésives
- Antisepsie du bras, attention aux allergies du patient
- Tenue de l'infirmière : casaque, masque et lunette, gants stériles.
- Containers à aiguilles usagés au lit du patient.
- Choix des sites de ponction : Ils se situent là où le(s) vaisseau(x) sont facilement ponctionnables en évitant si possible le pli du coude et le bord cubital afin de prévenir d'éventuels traumatismes provoqués par les aiguilles lors d'un mouvement involontaire.
- Choix du type et du calibre des aiguilles : Il est important de savoir si le vaisseau à ponctionner est superficiel ou non afin d'adapter la longueur de l'aiguille à utiliser (aiguille courte pour vaisseau superficiel, aiguille longue pour vaisseaux plus profonds).
- Les premières dialyse s'effectueront avec des aiguilles de petit calibre (17G) puis seront progressivement augmentées afin d'obtenir un débit sanguin capable d'atteindre les objectifs cibles fixés préalablement (dose de dialyse).

## **Surveillance et détection des complications**

- Le débit sanguin est réglé de manière optimale en fonction de la prescription.
- Dans les premières minutes de traitement, une surveillance attentive des pressions artérielles et veineuses va permettre de détecter des aiguilles mal positionnées et ainsi d'éviter la formation de volumineux hématomes
- Pendant la dialyse une différence importante entre pression artérielle et pression veineuse justifiera ultérieurement une mesure du débit de l'abord
- Le monitoring de la dialysance ionique en vigueur sur certains générateurs de dialyse permet de dépister un éventuel dysfonctionnement de l'abord
- Une mesure régulière, même en absence de problème, du débit de l'abord vasculaire doit être faite (utilisation du Transonic® ou de la dialysance ionique) et consignée sur une feuille de surveillance
- A la fin, après avoir ôté les aiguilles, la compression sera de préférence manuelle, un temps d'hémostase supérieur à 10 minutes nécessitera la recherche d'une sténose d'aval.
- Un pansement adhésif stérile non compressif terminera les soins.

## **Conclusion**

Grâce à l'apport de nouvelles technologies, la surveillance des abords vasculaires, le dépistage et le traitement de leurs complications ont beaucoup progressé. Une formation adaptée est indispensable pour chacun des membres de l'équipe soignante et doit permettre un véritable travail de gestion, gratifiant pour l'infirmière et bénéfique pour le patient.