

11 mars 2016

Marie-Edith DARID

## **ABORDS VASCULAIRES (AV) OUTILS DE SURVEILLANCE ET PRÉCAUTIONS**

**Intervention de Monsieur BORNICHE, président de l'AFIDTN**

### **1/Préservation du capital veineux**

La préservation du capital veineux chez l'insuffisant rénal est primordiale avant la mise en hémodialyse mais aussi pendant et elle concerne les deux bras. En effet l'hémodialysé, tout au long de son parcours, peut avoir plusieurs abords vasculaires (AV).

Concrètement les ponctions (prise de sang, injections ATB.....) doivent se faire de préférence au dos de la main opposée ou dans la FAV par une IDE de dialyse.

Astuce: pour faire apparaître les veines de la main : en plus du garrot chauffer le dos de la main avec un sèche cheveu ou coussin de gel chauffant.

### **2/ Création de l'AV**

La création de l'AV est la première étape d'un long parcours qui attend le patient. L'information par l'équipe pluridisciplinaire (néphrologue, angiologue, chirurgien, radiologue, IDE) est un élément capital. Une arrivée préparée en dialyse contribue à une meilleure acceptation de la maladie rénale.

### **3/ Évolution d'une fav après sa création**

Le débit immédiat doit être de 400 à 500 ml/min.

Maturation 4 à 6 semaines d'où la décision de l'acte chirurgical à prévoir en amont : problématique de l'évolution de l'IRC vers le stade terminal.

### **4/ Quand ponctionner ?**

**La règle des 6:**

- Débit > 600 ml/min
- Diamètre > 6mm
- Profondeur < 6mm
- Création depuis 6 semaines

NB: il s'agit là de la situation idéale. Il nous arrive parfois de ponctionner avant (importance de l'échodoppler et du temps de compression manuelle au retrait des aiguilles).

**La ponction :**

Casaques, lunettes, gants, désinfection

Le garrot est nécessaire pour éviter la ponction transfixiante.

Position ergonomique aussi bien pour le patient que pour l'IDE.

Ponction dans le sens du flux (pour les 2 aiguilles)

Fixation efficace mais facile à enlever.

Fixer les 2 aiguilles indépendamment l'une de l'autre

Compression manuelle les 6 premières séances au moins 15 minutes

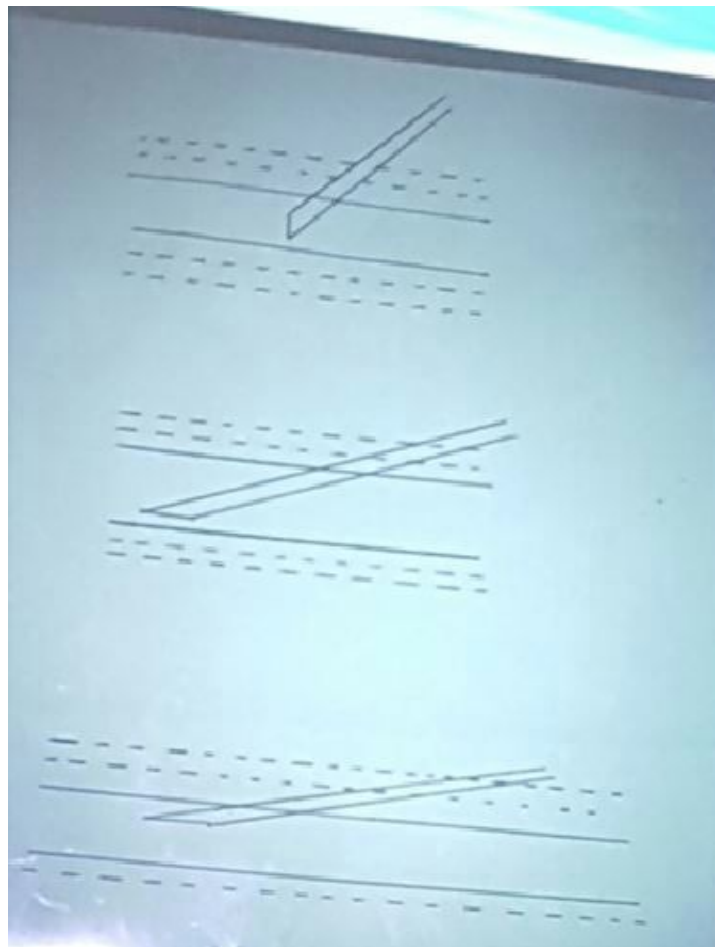
Une fois les 6 premières séances effectuées sans problème, il est possible d'augmenter les gauges des aiguilles, l'idéal étant les 15G voire 14G pour un débit pompe entre 300 à 400ml/ min.

A noter que la vitesse de pompe n'est pas délétère pour le patient, c'est le débit de la fav qui l'est (exemple de l'hyper débit)

Privilégier la ponction biseau vers le haut (lumière vers le bas) :

Toujours dans le sens du flux, elle a l'avantage de diminuer le risque de transfixion de la fav d'autant qu'en piquant avec le biseau vers le bas (lumière vers le haut) nous avons tendance à prendre un angle trop important.

(voir image ci-dessous)



### **5/ Surveillance des AV : objectifs**

Rechercher les éléments pertinents de dysfonctionnement  
Mise en oeuvre de moyens d'exploration : débit BTM avec la 5008 , transonic ou échodoppler.  
Équipe pluridisciplinaire de proximité  
Sensibiliser l'équipe soignante  
Prévention  
Protocole de soins.

La sténose fait le lit de la thrombose.

### **6/ l'examen clinique :**

Connaissance du montage chirurgical  
Dialogue avec le patient  
Examen visuel du bras  
Auscultation de la FAV au stéthoscope (souffle)  
Palpation des vaisseaux (thrill)  
Le MBL ou manoeuvre du bras levé (vidange de la Fav à l'élévation du bras)

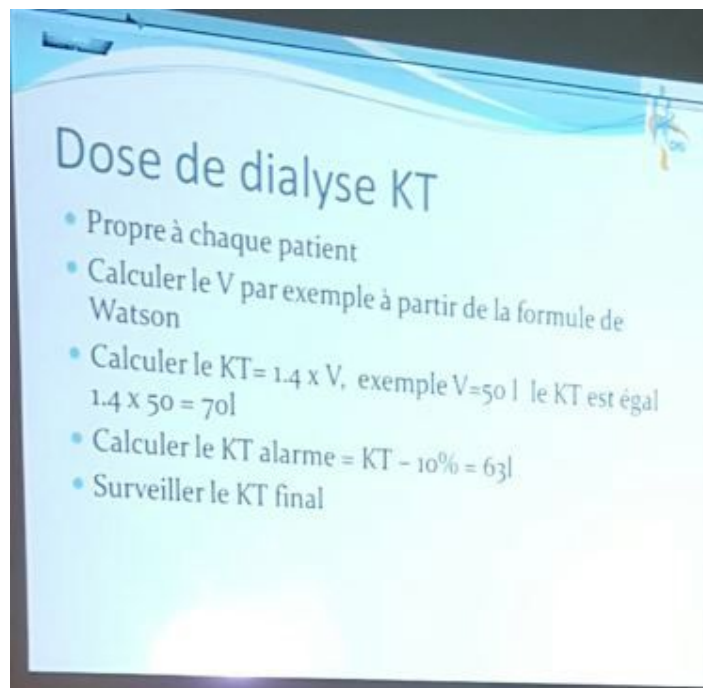
### **6/ Les pressions:**

Elles appliquent la loi de Poiseuille qui en résumé dit que dans un vaisseau les pressions (artérielle et veineuse) doivent être sensiblement équivalentes. On accepte un différentiel d'environ 30 mmHg entre la PA et la PV.

### **7/ La dose de dialyse:**

Selon Mr Borniche se référer à la dose dialyse est plus parlant que le KT/V car elle s'exprime en litre (cf image ci-dessous).

Faire une moyenne du KT sur 10 séances ce qui donne le KT . Le KT alarme = KT - 10%.  
Surveiller le KT final.



**CONCLUSION:** Savoir détecter les dysfonctionnements de manière préventive. Il faut savoir que selon les normes de la HAS, le taux de thrombose doit être de 0.25 ép/an/patient pour les fistules natives et de 0.5 ép/an/patient pour les pontages (de type Goretex). Beaucoup de sténoses se situent en péri anastomotique, se pose le débat suivant: dilatation ou reprise !

