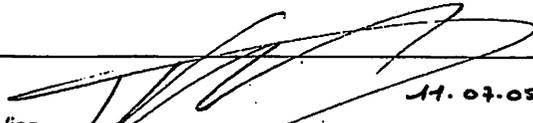
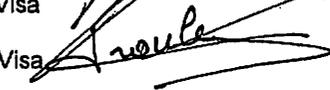
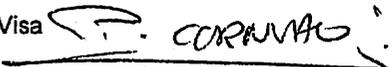


Validation :			
- Prof. P.Y. Martin	Chef de Service	Visa 	11.07.05
- Mme M. G. Droulez	IRUS	Visa 	11.07.05
- M P. Cornuau	ICO	Visa 	13.07.05

## Surveillance des Fistules

### Cadre de Référence :

Congrès Paris 2004 et Congrès Bordeaux 2005 de l'Association Francophone des Infirmiers (ères) de Dialyse et Transplantation Néphrologie (AFIDTN)  
 Revue Echanges de l'AFIDTN n°67 Septembre 2003 - n°71 Décembre 2004  
 Brescia MJ, Cimino JE, Appel K, Hurwich BJ. *Chronic hemodialysis using venipuncture and a surgically created arteriovenous fistula. New England Journal Medicine* 1992  
 Montero RC, Arellano FR, Contreras Abad MD, Gomez AM, Fuentes Galan MI - *Dommages de la peau pendant la ponction de la fistule artério-veineuse*  
 Leroux Robert C, Charmes JP, Rince M, Benevent D, Lagarde C - *Surveillance et soins de la fistule artério-veineuse* 1990  
 Bourquelot P - *Les accès vasculaires pour hémodialyse* - Ed.Masson 1996  
 AFIDTN - *L'abord vasculaire pour hémodialyse* - Ed.Masson 2004

### Introduction - Généralités :

C'est en 1966 que Cimino et Brescia ont imaginé la fistule artério-veineuse pour faire passer du sang artériel dans une veine superficielle. Dès lors, la ponction de cette veine permet d'obtenir un débit sanguin suffisant pour la dialyse.

De ce fait, la fistule est pour les patients hémodialysés très précieuse, certains la considérant même comme leur lien à la vie. Trois fois par semaine en moyenne, cette fistule sera ponctionnée (source la plus fréquente de complications pouvant compromettre son fonctionnement optimal) par des aiguilles de gros calibre et une surveillance de cet accès vasculaire doit être établie tant par le patient lui-même (rôle d'éducation thérapeutique de l'infirmier-ère) que par l'équipe infirmière.

Il est à préciser que seuls les soins à long terme sont abordés.  
 Le suivi post-opératoire nécessite des soins particuliers.

### Risques :

Sténose, thrombose, infection, hémorragie

**Principe : La fistule artério-veineuse doit faire l'objet d'une surveillance constante:**

Par le patient (tous les jours) :

- Reconnaître le « thrill » (sensation de flux vibratoire sous les doigts)
- Changement de l'état local de la peau
- Aspect douteux des orifices de ponction
- Reconnaître tous signes infectieux (chaleur, inflammation) au pourtour de la fistule
- **Signaler immédiatement aux soignants** l'apparition d'une douleur ou d'une tension au niveau de la fistule voire un changement de la configuration locale de la fistule (trajet modifié, anévrysme devenant plus proéminent, etc...)

Par l'infirmier-ère ( à chaque séance ) :

- Surveillance des mêmes paramètres énumérés pour le patient
- Auscultation au stéthoscope des bruits de la fistule.
- Recherche d'une présence éventuelle de croûtes, de dermatoses diverses, de signes inflammatoires rendant délicat la ponction spontanée avant avis médical.
- Recherche des signes de sténose voire de thrombose.
- Contrôler l'hémostase.
- Mesure du débit et du taux de re-circulation de la fistule de manière régulière et transcription de ces valeurs dans un document figurant au dossier infirmier.
- Consigner clairement le suivi des soins

Actions du patient :

- Ne pas porter de montre, bracelet, vêtement trop serré du côté de la fistule
- Ne pas prendre sa tension artérielle et prise de sang au même bras que la fistule
- Hygiène méticuleuse du bras (coté fistule)
- Appliquer une crème hydratante régulièrement
- Eviter les expositions au soleil.
- Eviter tatouages et acuponcture.
- Laver mains et fistule avec un savon désinfectant avant la dialyse.
- Retirer le pansement 6 à 8 heures post séance.
- Protéger son bras pour toute activité sale ou exposant la fistule à des blessures : jardinage, coupe de bois, travaux de mécanique, sports violents. etc...
- Ne pas dormir sur le bras concerné
- Etre capable de demander à l'infirmier-ère la rotation des points de ponction de la fistule pour éviter le plus possible la formation d'un anévrysme et permettre une meilleure cicatrisation entre chaque séance
- Si vous deviez faire une chute de la pression artérielle à la maison, vous devez vous étendre avec les pieds élevés et quand vous vous sentez mieux, vérifiez la vibration « thrill » dans votre fistule. Si le « thrill » est plus faible ou absent, avisez le service d'hémodialyse.

***Lorsque la pression artérielle est trop basse, il y a moins de pression pour faire circuler le sang dans la fistule, il est donc important de vérifier la vibration de votre fistule et d'aviser de tous changements.***

### Actions de l'infirmier-ère :

- Former le patient à l'auto-surveillance de sa fistule en lui expliquant son fonctionnement
- L'informer des complications qu'il peut rencontrer
- Répondre à ses questions et insister sur son rôle, en tant qu'acteur de soins

### Avant le branchement

- Installer le patient confortablement
- Prendre connaissance des informations au dossier concernant la fistule.
- Ne jamais prendre la tension artérielle au même bras que la fistule
- Palper et ausculter la fistule.
- Ausculter à chaque séance de dialyse la tonalité du « thrill », bruit du souffle produit par la fistule et s'assurer que le thrill est aussi audible au stéthoscope
- Examiner soigneusement le membre coté fistule ( oedème, couleur des téguments...)
- Varier les points de ponction de la fistule pour retarder le plus possible la formation d'un anévrisme et permettre une cicatrisation optimale entre chaque séance.
- Reconnaître tous signes inflammatoires rendant délicate la ponction de la fistule.
- Observer et signaler de façon systématique la présence de lésions de la peau.
- Si douleur au bras côté fistule ou de tension anormale au pourtour de la zone, surélever le bras du patient , de manière à « vider » la fistule : En temps normal, la lumière dilatée de la fistule s'aplatit ; si ce n'est pas le cas et que l'ensemble reste tendu et/ou douloureux, **Aviser le médecin** et éloigner tout risque de thromboses ou de sténoses éventuelles avant de débiter la séance de dialyse
- Etre attentif aux signes d'induration des tissus autour des sites de ponction

### Pendant la Séance

- S'assurer d'une fixation adéquate des aiguilles pour permettre la mobilisation du membre ponctionné pendant la séance
- Le site d'accès de la fistule doit toujours être visible. Surveiller son aspect.
- Notifier toute augmentation du besoin en héparine et/ou coagulation du filtre (sténose ?)
- Notifier toute augmentation des pressions veineuses ou chute du débit sanguin (sténose ?)
- Notifier toute aggravation d'une douleur au bras (ischémie ?)

### Lors du débranchement

- Effectuer l'hémostase en fin de séance par compression manuelle sans interrompre le flux.
- Signaler toute augmentation du temps de l'hémostase (sténose ?)
- Effectuer un pansement stérilement, non compressif et non circulaire.
- Consigner toutes observations dans le dossier du patient.
  
- Un suivi mensuel complémentaire est **recommandé** visant à déterminer le débit de la fistule (éventuelles variations à la hausse ou à la baisse de la pression) ainsi que le taux de re-circulation, et ce avant l'apparition de complication telle une sténose, afin d'éviter une intervention dans l'urgence.