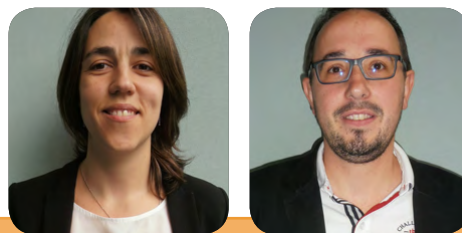


UTILISATION DE LA FISTULE ARTÉRIOVEINEUSE POUR L'ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS INTRAVEINEUX CHEZ LE PATIENT TRANSPLANTÉ RÉNAL



Christelle ROUX, Infirmière Coordinatrice de Transplantation, **Antoine MOMPAS, Gwendol BLANCHET**, Infirmiers, Martine HERVOIL, Cadre de Santé, Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation, CHU, ANGERS

Le projet de recherche infirmière, actuellement en cours dans le service de néphrologie-dialyse-transplantation du CHU d'Angers, part d'un constat.

Lorsqu'un patient Insuffisant Rénal Chronique (IRC) porteur d'une Fistule Artério Veineuse (FAV) est greffé, le devenir de sa fistule est assez incertain.

Doit-on la conserver ou bien la ligaturer ? Une chose est sûre : En général, la surveillance de la FAV est beaucoup moins accrue en post transplantation¹.

Cependant la greffe est un traitement non définitif et le retour en dialyse est possible à plus ou moins long terme. Par conséquent, il est primordial de préserver le capital veineux du patient transplanté² car ce dernier aura besoin d'une FAV fonctionnelle ou la possibilité d'en créer une autre.

De plus les patients transplantés nécessitent fréquemment des traitements intra veineux à plus ou moins long terme du fait de leur fragilité immunitaire et du risque de rejet³. Lorsque ce dernier est difficile à perfuser, on lui pose une Voie Veineuse Centrale (VVC) avec les complications infectieuses et thrombotiques associées à ces cathéters⁴.

Cette pratique est plutôt contradictoire avec le statut d'immunodéprimé du patient transplanté. D'autant plus, selon notre propre expérience, il s'avère assez aisé et moins douloureux de poser un cathéter de perfusion sur une fistule, dès lors que le personnel est formé à cette technique.

Cette stratégie de perfusion est une pratique assez courante dans notre service et nous n'avons jamais observé de complication de type infectieux ou thrombotique. Nous n'avons cependant pas de donnée chiffrée. Cette technique reste peu habituelle car nous nous sommes retrou-

vés en confrontation avec des pratiques différentes dans d'autres services avec la pose intempestive de VVC ou autre (PICC line).

Dans la majorité des cas, la décision de poser une VVC est prise face à un capital veineux détérioré, conséquence de perfusions répétées en périphérique alors que les patients possèdent une FAV.

Toutes ces connaissances et constats, nous ont permis de poser notre question initiale : La perfusion sur la FAV préserve-t-elle vraiment le capital veineux du bras controlatéral sans entraîner de complications supplémentaires sur celle-ci ?

L'ÉTAPE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Lors de l'écriture du protocole, il n'y avait pas d'article sur le sujet lorsque l'on lançait la recherche avec les mots clés : FAV, Voie Veineuse Périphérique (VVP), transplantation rénale.

Lors du congrès de la Société Française d'Abord Vasculaire de 2016, un chirurgien vasculaire de Clermont-Ferrand a présenté son étude sur l'évolution à long terme des FAV après la transplantation rénale. Cette étude a conclu que la thrombose fait partie de l'histoire naturelle de la FAV après

la transplantation rénale.

Il faut préserver la perméabilité des FAV. Cependant, la ligature est conseillée si la FAV est à l'origine de certaines complications¹.

Nous sommes actuellement partagés entre deux convictions de néphrologues :

- D'un côté, la préservation de la perméabilité de la FAV en interdisant toutes ponctions. Et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui contre-indiquent la pose d'une VVP au niveau de la FAV.
- De l'autre côté, l'opinion des néphrologues qui luttent pour la préservation du capital veineux périphérique en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques dans l'insuffisance rénale chronique (française (HAS), Européenne (EBPG) et Américaine (KDOKI)).

Lorsque l'on consulte le décret Infirmier du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, celui-ci est peu précis.

Entre une pratique devenue courante dans un service et les différentes recommandations, se pose la question de la meilleure pratique et surtout, quels sont les bénéfices pour le patient ?

L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer l'impact, sur le risque de complication au niveau de la FAV en comparant deux stratégies d'administration des traitements intraveineux chez les patients insuffisants rénaux transplantés. Groupe FAV versus groupe bras controlatéral.

LA MÉTHODE UTILISÉE

Il s'agit d'une étude pilote expérimentale visant à démontrer que l'utilisation de la FAV pour l'administration des traitements IV n'est pas néfaste pour le fonctionnement de celle-ci. L'échantillon le plus homogène choisi pour cette étude est l'ensemble des patients admis en post-opératoire d'une transplantation rénale ayant une FAV fonctionnelle.

Nous sommes contraints au nombre de transplantation annuel au CHU d'Angers, d'où l'objectif d'inclure 50 patients sur 2 ans et de les suivre sur 1 an soit une durée d'étude de 3 ans.

LES CRITÈRES DE JUGEMENT

► *Le critère de jugement principal*

Le critère de jugement principal sera le nombre de complications (sténose, thrombose, hématome, infection, anévrisme et nécrose cutanée) survenues au cours de l'année suivant la transplantation au niveau de la FAV du patient.

► *Les critères de jugement secondaires*

Cette étude a plusieurs objectifs secondaires qui portent sur l'évaluation de l'impact des deux stratégies d'administration de thérapeutiques intraveineuses chez le patient transplanté rénal au cours de la première année post-transplantation. Les critères d'évaluation secondaires concernent les thématiques suivantes : l'évaluation de l'atteinte du capital veineux périphérique par deux échographies du bras opposé à la FAV (au début et à la fin de l'étude), l'évaluation de la douleur pour chaque pose de cathéter, la facilité d'insertion de chaque cathéter et les différentes complications des VVP (infection locale, lymphangite, extravasation, hématome, obstruction).

LE DÉROULEMENT DU PROTOCOLE

Il se compose en quatre parties : l'inclusion, la randomisation, la surveillance en hospitalisation et lors des consultations.

► *L'inclusion*

Quand un patient est admis pour une transplantation dans le service de néphrologie du CHU d'Angers, ce dernier va en réanimation 48 à 72 heures puis revient en néphrologie pour la surveillance post opératoire, la reprise de la fonction rénale et le programme d'éducation thérapeutique. Notre protocole débute au retour de leur séjour en réanimation. Cela permet d'écarter les thromboses de FAV per opératoire. A ce moment nous vérifions les critères d'inclusion et de non inclusion pour savoir si nous lui présentons l'étude. Ensuite le patient, s'il est d'accord, signe des consentements et nous prévoyons assez rapidement le doppler initial de la FAV ainsi que la cartographie du bras controlatéral.

► *La randomisation*

En effet il est important de faire un état des lieux de la fistule. Nous faisons donc une surveillance clinique, une photo et comme dit précédemment, un doppler de la FAV couplé à une cartographie du bras controlatérale. Ces deux dopplers permettront de voir l'évolution des abords vasculaires. Cela nous permet également de savoir si l'on peut perfuser et de connaître les éventuelles anomalies structurelles de la FAV.

Dès que cet état des lieux est fait, nous pouvons alors randomiser notre patient. C'est-à-dire l'enregistrement informatisé anonyme du patient dans un logiciel qui nous détermine (tirage au sort) dans quel groupe le patient se trouve ; groupe perfusion sur FAV ou groupe perfusion sur le bras controlatéral.

Ensuite nous attendons le retrait de la VVC pour le perfuser en périphérique selon le groupe de recherche auquel il appartient.

► **La surveillance en hospitalisation**

Pendant son hospitalisation nous faisons une surveillance de la FAV quotidienne et lors des ponctions. Cette surveillance clinique simple permet de déceler certaines complications. La ponction sur FAV est réalisée selon un protocole écrit en s'inspirant des recommandations de l'HAS⁵ et de l'AFIDTN⁶. La ponction sur VVP est réalisée selon le protocole UPLIN du CHU d'Angers. Nous remplissons à chaque ponction un formulaire permettant d'évaluer nos critères secondaires tels que la douleur, la difficulté de ponction, le nombre de tentative et le type de traitement. Toutes les complications retrouvées lors de l'examen clinique doivent être vérifiées par doppler et confirmées médicalement. S'il y a une nouvelle hospitalisation durant la première année de transplantation du patient, nous reprenons nos surveillances spécifiques selon le protocole PerFAV.

► **La surveillance en consultations**

Le patient est suivi lors de ses consultations de greffe standard. L'évaluation clinique de la FAV se fait à J15 puis tous les mois. Un Doppler est prévu à J15 après la dernière VVP, à 6 mois puis 1 an. Nous donnons un carnet de suivi au patient. Celui-ci permet de répertorier toutes les perfusions faites hors du service de néphrologie du CHU d'Angers et répertorie le bras sur lequel il a été perfusé. Cela nous permet de calculer le biais possible sur le résultat de certain patient. Une cartographie est également prévue à 1 an de suivi avant la sortie d'étude. Elle nous permettra de voir l'état du capital veineux du patient et la possibilité de création de FAV entre le début et la fin de l'étude.

CONCLUSION

La préservation du capital veineux chez l'IRC et le patient transplanté est une priorité.

La conservation et la surveillance de la FAV en néphrologie, dialyse et transplantation au CHU d'Angers est une prise en charge habituelle.

A ce jour (Mars 2017), nous sommes à 16 patients inclus, dont 13 randomisés. Avec 8 patients dans le groupe expérimental (FAV) et 5 patients dans le groupe standard (contralatéral).

Dans le groupe expérimental, sur 40 poses de perfusions tout patient confondu, il n'y a pas eu d'incident depuis le début de l'étude, comme pour le groupe standard.

Même si tout ceci est d'actualité, il faut du temps pour terminer et publier cette étude. En sachant, qu'il s'agit d'une étude pilote, il faudra attendre les résultats d'une étude

de plus grande envergure pour garantir des données probantes sur une plus grande population de patient. Donc en attendant les publications, tous au travail !

Ce travail est aussi un projet de service, une dynamique de toute une équipe qui touche tous les acteurs de soins au quotidien. L'intérêt à la recherche paramédicale, permet d'évaluer et de mettre à jours nos pratiques et d'actualiser nos connaissances.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sabrina BEN AHMED. Evolution à long terme des fistules artérioveineuses après transplantation rénale, EXPERIENCE MONOCENTRIQUE, CHU Clermont-Ferrand [document électronique] SFAV, 2016, <http://www.sfav.org/Publication/SFAV2016/S9-IN068.pdf> [consulté le 04.01.2017]
2. M. François. Règles de base de la préservation du capital vasculaire. [document électronique] SFAV, 2012, <http://www.sfav.org/publication/SFAV2012/003.pdf> [consulté le 23.05.2015]
3. Ravani P. et al. Temporal Risk Profile for Infectious et Noninfectious Complications of Hemodialysis Access. J. Am. Soc. Néphrologie 24 : 1668-1677, 2013.
4. Blot F, Comment prévenir les infections liées aux cathéters ?, Réanimation 16 (2007) §253-§255
5. SHFF – HAS / Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques / Service des recommandations professionnelles / Novembre 2005 [document électronique] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Catheters_veineux_2005_recos.pdf [consulté le 01.06.2015]
6. AFIDTN. L'abord vasculaire pour hémodialyse. Former pour mieux soigner. 3ème édition, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2014, page 89