

# LE BUTTONHOLE CHEZ LES HÉMODIALYSÉS À DOMICILE : UNE PRATIQUE PRÉCISE ET RIGOUREUSE POUR UN RÉSULTAT OPTIMAL À LONG TERME



Françoise DELESTRE, Patricia LABADIE, Infirmières, Hémodialyse, Hôpital Tenon, PARIS

La technique du buttonhole (BH) est utilisée par nos patients en hémodialyse quotidienne à domicile. Sa création suit un protocole précis. Notre objectif est de partager notre expérience et l'expertise de nos patients et de définir des indications et des contre-indications pour optimiser cette pratique.

## PRINCIPE

Piquer sur les mêmes points veineux et artériels pour créer une tunnelisation de la fistule.

## LOCALISATION

Il est possible de créer un buttonhole sur toutes les fistules quelle que soit la localisation sur le bras, cependant il faut tenir compte de l'ergonomie et de la dextérité du patient si cela est pour une auto ponction.

Un buttonhole peut donc être pratiqué sur des fistules ayant déjà des anévrysmes.



Buttonhole créée en 2014



Buttonhole sur FAV avec anévrysmes créée en mai 2015

Ne pas créer de buttonhole sur une FAV récente (faible débit, veine qui « roule »).

Attendre 1 mois de ponctions classiques sans problème pour la création de ce type d'abord.

## PROTOCOLE

Respecter les règles d'hygiène et d'asepsie cutanée de façon rigoureuse selon le protocole du service (lavage du bras au savon liquide puis désinfection cutanée avec de la Chlorexidine® alcoolique et port de gants stériles).

Si besoin, avant la ponction, utiliser de l'Emla® crème ou du sérum physiologique en compresse humide pour ramollir les croûtes.

Avant chaque ponction, retirer la « croûte » de la ponction précédente de façon minutieuse avec une aiguille pompeuse à bout émoussé pour ne pas léser l'orifice ou avec le grattoir prévu sur le capuchon des aiguilles émoussées.

Les recommandations habituelles aux points de ponction sont les mêmes que pour la ponction en « échelle » ou en « zone », à savoir éviter les zones de peau blanche ou cicatricielles ou trop fines qui risquent de provoquer un saignement continu autour de l'aiguille pendant la séance.

Respecter un écartement de 5 cm minimum entre les deux aiguilles.



Fistuline émoussée avec son grattoir

Il n'y a pas de risque de saignement tout au plus juste une goutte.

Cette croûte se présente parfois sous la forme d'une pellicule de peau sèche.

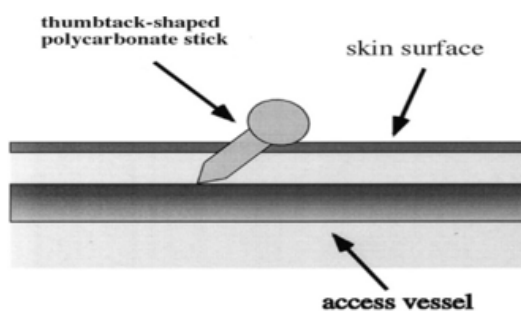
Prévenir le patient que l'ablation des croûtes ne se fait pas avec les ongles, ni avec l'aiguille de ponction.

Faire 6 ponctions consécutives avec fistulines n°15 ou cathéters de dialyse n°14 pour créer la tunnelisation, si possible par la même IDE (une taille inférieure cicatrise trop). La 7<sup>ème</sup> ponction est faite avec les aiguilles émoussées.

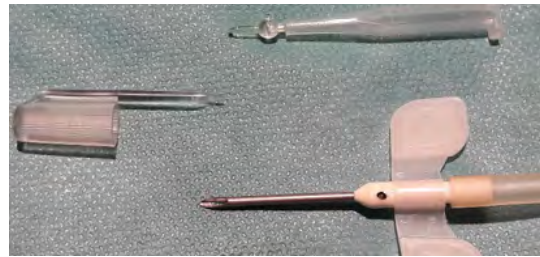
Si le passage dans la fistule n'est pas trouvé à la 7<sup>ème</sup> ponction, continuer 2 à 3 fois avec des fistulines n°15 (sans pour autant changer de points de ponctions). Si le buttonhole a été créé pour de l'autoponction, le patient reprend le geste après cette période.

Certains patients, sachant déjà se piquer avec des fistulines classiques, peuvent faire la création de la tunnelisation eux-mêmes.

Les points de ponction peuvent être repérés avec des « plugs » à mettre en place immédiatement après la compression. Ils ne sont pas obligatoires et ne changent rien au processus de cicatrisation de l'orifice cutané mais sont recommandés chez les patients qui cicatrisent vite ou pour ceux qui sont dialysés 3 fois par semaine.



Mise en place du plug (stick)



Plug (en haut),grattoir et Fistuline émoussée

Si le plug fait saigner la FAV, ne pas en mettre.

Quand les buttons ne sont plus utilisés (dès la disparition des croûtes dues aux autres ponctions), appliquer de la mupirocine (Bactroban®) sur les orifices cutanés (temps de contact 1h) à la fin de chaque séance, ensuite les pansements peuvent être retirés.

## AVANTAGES & INCONVÉNIENTS DU BUTTONHOLE

### ► **Avantages**

- Facilite l'apprentissage de l'autoponction.
- Limite le risque d'hématome à la ponction (aiguilles à bout émoussées).
- Evite la formation d'anévrisme sur les fistules récentes.
- Diminue le temps de compression.
- Pas d'hématome de compression

### ► **Inconvénients**

- Le passage formé dans la fistule ne s'ouvre pas, souvent après la ou les journées sans dialyse, l'aiguille émoussée risque de créer une tunnelisation secondaire, rendant difficile l'accès au « vrai canal » pour les ponctions suivantes.
- La fistule évolue dans son débit et sa position dans le bras, la tunnelisation cutanée peut ne plus être dans l'axe du passage de la fistule.

Dans les deux cas, il faut récréer le passage avec des aiguilles plume n°15 ou changer les points en recommençant le protocole de départ.

## RESSENTI DES PATIENTS (24 RÉPONSES SUR 32 PATIENTS INTERROGÉS)

### ► **La douleur**

- 17/24 utilisent des patchs Emla® (67%).
- 10 ressentent une douleur à la ponction malgré le patch (29%), le temps de contact n'ayant pas été déterminé. Pour 5 d'entre-eux, la douleur perdurait pendant la séance (29%), ce qui a nécessité un changement de point de ponction pour 3 patients sur 5.
- 15/24 utilisent le patch pour ramollir la croûte.

## ► La facilité du geste

- 24/24 trouvent l'ablation des croûtes difficile après une journée sans séance.
- En dehors de ce jour, 20/24 jugent que l'ablation des croûtes est toujours facile (83%).
- 13/24 utilisent les fistulines classiques pour faciliter l'ouverture du passage (54%).

## SUIVI ET COMPLICATIONS

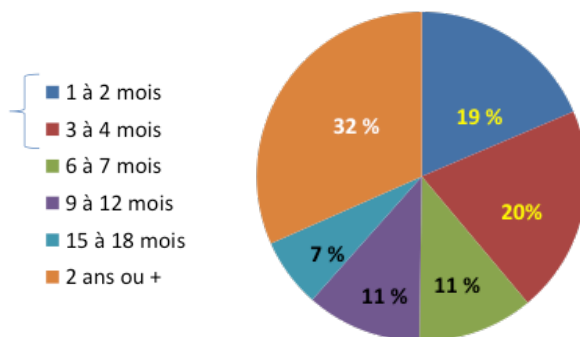
Le débit de la FAV est surveillé par Transonic tous les trimestres, plus en cas de difficultés de ponction à domicile. La surveillance régulière du débit permet de limiter le risque de sténoses serrées empêchant la ponction et l'interruption du traitement de dialyse.

## ► Résultats de l'étude sur le suivi des FAV de 38 patients en HDQ depuis 3 ans :

14 patients (37%) n'ont eu aucun examen.  
24 ont eu des examens (63%).

### Ancienneté en dialyse :

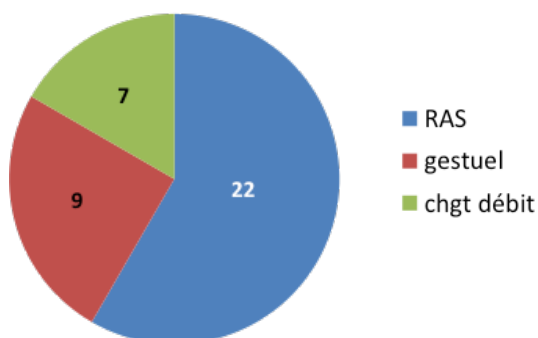
- 15 patients ont moins de 6 mois de dialyse (39%) donc des FAV récentes en cours de développement.



- 12 patients ont plus de 2 ans de dialyse (32%) et ont tous des anévrismes.

### Difficultés de ponctions

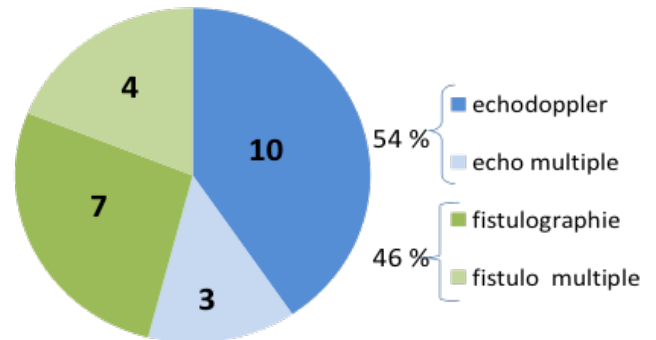
- 22 patients n'ont pas eu de difficultés de ponctions



(58%).

- 7 patients n'arrivaient plus à se ponctionner en raison d'une baisse de débit de fistule (17%).

### Examens pratiqués sur 24 patients



- 13 patients ont eu un écho doppler (54%).
- 11 patients ont eu une fistulographie (46%).
- 7 patients ont eu plusieurs examens.

Une seule infection a été constatée en HDQ (ponctions 6 jours sur 7 à domicile) avant la mise en place du protocole de Mupirocine®. Une fistule s'est compliquée de thrombose.

La perte de la gestuelle et l'apparition d'une douleur sont souvent le reflet d'une modification du débit de fistule. Notre étude des FAV ponctionnées 6 jours sur 7 à domicile, en BH permet d'affirmer que le risque infectieux est très faible, dans le respect du protocole de ponction précité.

## CONCLUSION

Le buttonhole est, dans notre centre, apprécié par nos patients à domicile.

Si cette technique offre de réels avantages dans l'auto-ponction (diminution de l'appréhension, aspect du bras moins traumatisé), elle n'empêche pas la fistule ainsi ponctionnée d'évoluer comme n'importe quelle fistule avec des hyper débits, des sténoses... Le devenir d'une FAV dépend surtout de la qualité vasculaire du patient.

Le devenir d'un buttonhole dépend du respect rigoureux du protocole de ponction.