

# DESINSERTION D'AIGUILLE (DA) entre gravité et prévention Recommandations et rôle du Binôme IDE- AS.

F. CHAVOUTIER IDE - Dr A. ABBASSI - MARIE-LOUISE IDE  
Hôpitaux – Saint – MAURICE 94410 – POLE TIRC

- Absence de conflit d'intérêt direct ou indirect avec le sujet de la présentation

# INTRODUCTION

- L'IRC terminale est une maladie grave avec de nombreuses complications médicales ou iatrogènes. Certaines peuvent cependant être évitées ou fortement diminuées si des mesures préventives sont mises en application.

C'est le cas de la **DESINSERTION** ou **DESADAPTATION D'AIGUILLE** pendant la séance de dialyse.

- LA **DA** est un incident potentiellement grave voire fatal avec un grand risque de décès immédiat.
  - En cas de DA artérielle : Le générateur détecte l'incident et déclenche une alarme sonore et arrête la pompe.
  - Par contre, en cas de DA veineuse, le générateur ne détecte pas l'anomalie et le retour veineux se fait dans le champ ou dans le lit du patient.
- La fréquence est inconnue (1 DA catastrophique/100000 séances). Dans l'étude de l'AURA AUVERGNE, l'incidence estimée est de 0,19 ‰ séances chez 2,9% patients. Des facteurs de risque ont été retrouvés dans cette étude.
- En l'absence de vigilance du personnel et/ou du patient, des complications gravissimes peuvent survenir très rapidement avec un risque majeur de décès.
- L'analyse de ce type d'évènement et sa gravité doivent être adoptées systématiquement pour que des mesures préventives, correctives et un traitement efficaces soient appliqués.

# RISQUES et Score de gravité

- DECES rapide du patient ou dans l'année.
- RESPONSABILITES : IDE – Equipe.
  - Ex : A titre d'exemple en mai 2011, une patiente est décédée à Saint-Liziers dans un centre de dialyse suite à une DLV. Elle s'est vidée de son sang. L'IDE a été jugée pour homicide involontaire : Le procès pour homicide involontaire a eu lieu le 23 mai 2011 (une hémorragie importante entraînait la mort de la septuagénaire dans un centre d'autodialyse).
- L'évènement grave est certes rare mais évitable si le personnel est
  - Vigilant
  - Respecte les protocoles de soins
  - Assure une surveillance et une sécurité de qualité.

- Un score de gravité aigu, (pyramide de BIRD), a été mis au point par certaines équipes :



<b>GRADE 0</b>	<b>AUCUNE CONSEQUENCE</b>
<b>GRADE 1</b>	<b>ADAPTATION SECONDAIRE DU TRAITEMENT : DOSE EPO</b>
<b>GRADE 2</b>	<b>TRAITEMENT IMMEDIAT : REMPLISSAGE VOLEMIQUE</b>
<b>GRADE 3</b>	<b>HOSPITALISATION ET/OU TRANSFUSION RETARDEE</b>
<b>GRADE 4</b>	<b>ADMISSION EN SOINS INTENSIFS</b>
<b>GRADE 5</b>	<b>DECES DU A LA DA</b>

Situation clinique - Terrain

# Expérience d'un centre

- **DONNEES :**

**Nombre des patients de l'association AURA Auvergne : 518 patients - Durée de l'étude : 44 mois.**

**DA : 15 PATIENTS. 8 H – 7 F - Age moyen 72 ans.**

**28 DA : 22 AV - 6 Ktc**

**3 patients ont présenté respectivement 8 – 6 – 2 DA.**

**12 patients : 1 SEULE DA.**

**Gravité : Gravité 0 : 22 - Gravité 2 : 1 - Gravité 3 : 4 - Gravité 4 : 1 - Grade 5 : 0.**

**Décès à distance dans l'année : 6 patients.**

**Facteurs de risque :**

**Neuropathie périphérique : 6. Hypnotique : 6. Trouble psychologique : 4**

**Anévrysme de la FAV : 4. Syndrome d'apnée du sommeil : 3. Mobilité réduite : 3.**

**Lignes attachées au lit : 28.**

- **Approche et recommandations du centre : Démarche systématique AVEC Identification des patients à risque. Attention particulière portée à l'environnement et à la surveillance de la séance, Notification de tous les épisodes. Utilisation d'un détecteur externe (VNM GAMBRO).**

# Dans Notre service

La totalité des cas constatés dans le service est difficile à recenser : pas de déclaration systématique.

Nous avons recensés au moins 23 CAS :

- Grade 0 : 8 CAS
- GRADE 1 : 2 CAS
- GRADE 2 : 1 CAS
- GRADE 3 : 10 CAS
- **GRADE 5 : 2 CAS** en 2019 - 2022

Facteurs de risques et causes constatés :

Troubles cognitifs – comportements.

Handicap visuel

Habitude des patients : se couvrir totalement le corps.

Techniques :

En lien avec le soin (fixation des aiguilles lignes ou mauvaise fixation)

Dispositif défectueux ou non adapté - Cathéter à fistule – Fistule anévrysmale.

Symptomatologie Clinique : Douleurs – Crampes.

# Problématique

## 1 – L'APPROCHE :

## DECLARATION ET REX

- La DA est certes rare mais peut être dramatique en cas de détection tardive.
- L'analyse de ce type d'évènement et sa gravité doivent être adoptées systématiquement pour que des mesures préventives, correctives et un traitement soient appliqués avec efficacité (REX).  
**Ne pas négliger l'évènement même sans gravité**
- La déclaration de l'EI doit être également systématique et obligatoire ainsi que la recherche des facteurs de risques.
- L'objectif est de diminuer l'incidence et la gravité



## 2 - L'impact

- En cas de désinsertion de l'aiguille veineuse :
  - En l'absence de vigilance du personnel et/ou du patient, des complications hémodynamiques gravissimes peuvent survenir très rapidement avec un risque majeur de décès :
- Devant la gravité de l'évènement, l'équipe soignante doit prendre conscience de la situation et de ne pas banaliser ce genre d'incident, grave pour :
  - Le patient : Morbi-mortalité.
  - Le soignant prenant en charge le patient :
    - Sentiment d'échec.
    - Culpabilité.
    - Impact psychologique
    - Et responsabilité ....
  - Toute l'équipe en particulier en cas d'incident grave.
  - Responsabilité de l'établissement.
  - Logistique – surcoût

# Le VECU Soignant : témoignage IDE

- **Mon vécu de l'ide devant la désinsertion aiguille :**
  - Stress élevé devant la situation.
  - Situation d'horreur.
  - Stupeur.
  - Difficulté de repérer l'aiguille dans le champ, risque d'AES.
  - Vécu traumatisant pour l'ide qui a pris en charge le patient avec remise en question importante, sentiment de culpabilité.
  - Besoin de verbaliser le vécu traumatisant pour le patient et pour l'équipe.
- **Chaque geste en dialyse à son importance vitale.**
- **Il est indispensable** de rechercher systématiquement les causes, évaluer les situations à risques et mettre en œuvre des actions préventives et correctives.

# Les causes : point de vue de l'IDE

Les causes sont souvent multifactorielles.

- **FACTEURS HUMAINS**

- Formation insuffisante des équipes
- Absence de protocole sécurité des abords vasculaires
- Absence de sensibilisation à ce thème (cela n'arrive qu'aux autres)
- Fatigue des équipes, heures sup, absentéisme du personnel
- Désorganisation des équipes Vacataires, intérimaires.
- Protocoles différents.

- **PATIENTS A RISQUE**

- Présence de patients complexes dans nos services de dialyse
- Anxiété des patients avec des comportements agressifs et impulsifs
- Patients douloureux avec agitation Démence avec risque d'arrachage d'aiguille
- Patients avec antécédents psychiatriques (patient qui veut se mettre debout - risque suicidaire)
- Patient refusant le protocole de fixation d'aiguille car allergies ou autres prétexte
- Décollement des strips : Patient poilu. Patient diabétique (hypoglycémie).
- ....

# Les causes : point de vue de l'IDE

- **FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX**

- Idéalement le générateur devrait se situer coté abord vasculaire.
- Mauvaise fixation des aiguilles et des lignes ou non adaptée au profil du patient : protocoles de soins différents.
- Obstacles à ce manquement :
  - Locaux exigus
  - Lourdeurs des lits et générateurs provoquant des troubles musculosqueletiques des soignants

- **FACTEURS MATERIAUX**

- Risque plus élevé avec des wallaces car il n'y a pas d'ailettes.
- La circulation extracorporelle de sang dans le circuit peut entrainer une dilatation des connexions wallaces prolongateurs avec un risque de déconnexion
- Transfixion de la FAV avec l'aiguille qui rebique

# REFLEXIONS et ACTIONS : 10 recommandations

Dans le cadre et suite à ces différents événements, plusieurs REX ont eu lieu et des recommandations ont été mises en place et en cours de révision (Groupe de travail Sécurité Abords Vasculaires). Elles reposent sur :

## 1 - Règles générales :

- Importance de la formation et de la sensibilisation systématique et régulière de toute l'équipe soignante sur cette thématique sans oublier les nouvelles IDE – AS, les vacataires et intérimaires.
- Le travail collaboratif et complémentaire des IDE – AS dans la PEC : Installation – Branchement – Surveillance.
- Homogénéisation des pratiques et mise en place de protocoles communs.
- Réorganisation des équipes pour meilleure surveillance et l'adapter selon le patient à risque ou non.

# REFLEXIONS et ACTIONS : 10 commandements

## 2 - Règles spécifiques :

- **1 - L'identification des patients à risque** : troubles des fonctions supérieures. Patients algiques. Les patients qui dorment pendant la séance. Patients agités. Patients avec crampes. Fistule anévrysmale.
- **2 - La bonne installation des patient** (ERGONOMIE), générateur côté FAV si possible.
- **3 - L'éducation du patients** à la surveillance de sa FAV (session d'ETP?) : Le bras de la FAV doit être apparent et découvert à tout instant.
- **4 - La surveillance régulière du champ de FAV et KT par l'IDE et l'AS (rôle+++)** et à chaque passage ou soin. Intérêt d'un champs transparent!?
- **5 - Le bon vissage des lignes des lignes** au branchement et à vérifier après branchement.

# REFLEXIONS et ACTIONS : 10 commandements

- **6 - La bonne fixation des aiguilles** permettant une bonne sécurité et réduisant au maximum le risque de DA. Vigilance particulière avec les cathéters à fistules.
- **7 - La bonne disposition des lignes** réduisant au maximum la traction sur les aiguilles en cas de mouvement du patient :

**FIXATION DE PREFERENCE SUR LE BRAS ET NON SUR LE LIT!**

- **8 - Le bon ajustement des pressions veineuses** : Veiller à ne pas trop écarter les fourchettes de la PV, en particulier pour la limite basse : Tolérer au Max 20-30 points par rapport à la PV moyenne observée pendant la séance. **Le branchement des patients à risque**, dans la mesure du possible, sur des générateurs possédant le module VNM qui détecte les variations rapides de PV.
- **9 - L'utilisation du dispositif de détection de sang** (application de bandes réactives autour des aiguilles de la FAV connectées par Bluetooth au générateur) en particulier pour les patients à risques.
- **10 - La déclaration systématique de l'évènement** : Création d'un intitulé spécifique (désinsertion d'aiguille au niveau de la GED) et analyse systématique du cas (REX)

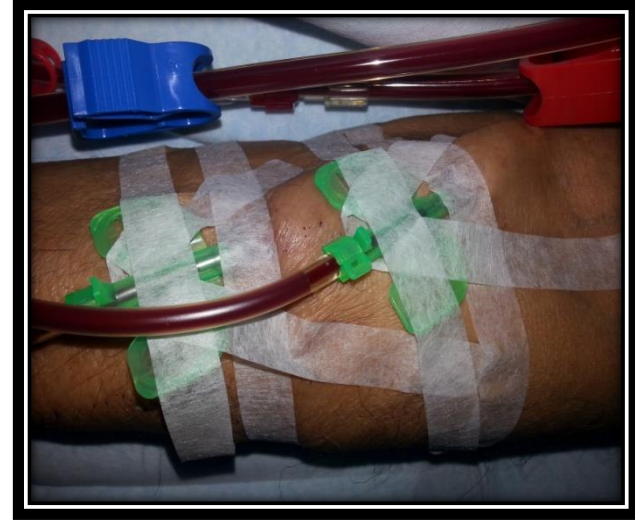
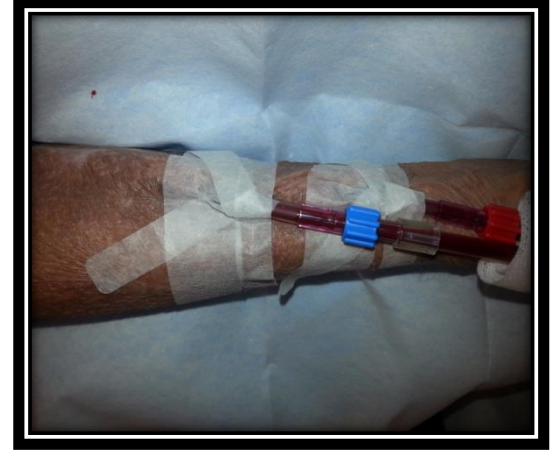
**Et pour finir pas une seule minute d'inattention.**

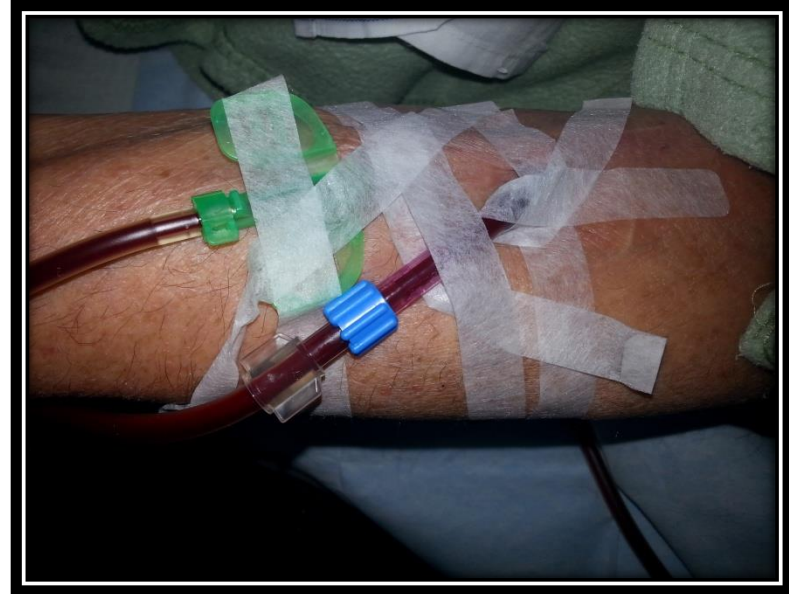


# Conclusion

- La DA est un incident grave mais évitable. Il engage le pronostic vital du patient et la responsabilité de l'infirmière.
- Toute l'équipe soignante doit prendre conscience de la gravité de l'évènement et mettre en place des mesures préventives et correctives efficaces.
- Le rôle de l'AS et de l'IDE est majeur dans l'éducation et la prévention des risques et leur vigilance doit être renforcée pour détecter l'incident rapidement.











Merci de votre attention