

Dialyse

p é r i t o n é a l e

PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE POUR UNE DIALYSE ADÉQUATE

B. GLATHOUD, *infirmière conseil en dialyse péritonéale*

Thérapies rénales, Laboratoire Baxter.

Holistique ou globale, peut-on parler de dialyse adéquate sans parler d'information pré-dialyse, de suivi clinique et biologique et de qualité de vie dans le cadre de la prise en charge des patients insuffisants rénaux ?

En effet aujourd'hui, de plus en plus, les équipes sont confrontées à un élément majeur : la gestion du long terme, ce que l'on pourrait appeler le capital « suppléance », c'est-à-dire 10-20 voire 30 ans de dialyse et transplantation avec, comme enjeu principal, la qualité de vie de ces patients associée à une bonne qualité de dialyse.

On sait que, si, pour un certain pourcentage de patient, il existe un impératif médical imposant une orientation vers telle ou telle technique, pour la majorité d'entre eux le choix se fera sur d'autres facteurs. L'information donnée au patient va lui permettre de se responsabiliser vis-à-vis de son traitement, la notion de choix et de consentement éclairé du patient paraît devenir un droit pour celui-ci et un devoir pour l'équipe médicale.

Les objectifs de la FNAIR illustrent l'importance de cette responsabilisation.

1. **L'information**, car un patient formé est un patient actif.

2. **La défense des intérêts des patients** : « personne mieux que celui-ci ne peut connaître comment est ressenti le traitement avec ses souffrances, ses peines et ses dépendances ».

En effet, une information précoce, objective et la plus complète possible a un im-

portance psychologique amenant une meilleure observance, une diminution des urgences et une meilleure qualité de vie. Il a été montré, également, un impact économique avec une diminution des hospitalisations, un développement des techniques alternatives et une meilleure réinsertion socio-professionnelle, critère incontournable de qualité de vie.

Cette notion d'information est retrouvée au niveau de la conclusion de la Conférence de Consensus (ces deux techniques, hémodialyse et dialyse péritonéale sont complémentaires et non concurrentielles, il est donc fondamental que le patient soit informé des avantages et des inconvénients de ces deux techniques afin de pouvoir fixer son choix et ainsi mieux adhérer à la prescription) et du rapport de l'IGAS qui mentionne la notion de gestion du long terme et de prise en compte de facteurs autres que médicaux pour optimiser la prise en charge des patients insuffisants rénaux. Ce droit à l'information semble être également une préoccupation, certes tardive mais réelle des législateurs qui l'ont officialisé dans la Charte du Patient Hospitalisé de mai 1995 et dans le Code de Déontologie Médicale de septembre 1995.

Par quelles étapes passe cette information ?

1 – Le recueil de données

Un certain nombre de facteurs dépendent du patient lui-même, bien sûr son histoire médicale mais aussi son âge, son entourage familial, son caractère, son aptitude et désir d'autonomie, sa compliance à des

traitements antérieurs. L'éloignement de son domicile, sa volonté de poursuivre une activité socio-professionnelle, qu'il faut dans le contexte actuel encourager, sont à prendre en compte. L'information commence donc par laisser le patient s'exprimer sur son vécu, ses acquis.

2 – L'apport de connaissances

Un apport de connaissances, d'éléments essentiels sur les différentes techniques de suppléance avec les mots s'y rapportant permettent au patient de mieux comprendre le langage du médecin et d'échanger avec lui.

3 – L'aide au choix

Une aide au choix le plus adapté pour lui, lors de la prise en charge mais, également, sur du long terme, en fonction de l'évolution de son autonomie. En effet, la notion de complémentarité des techniques et de réversibilité est aussi capitale : aucun choix, aucune thérapie n'est, à de rares exceptions près, définitive et inéluctable.

Si le patient a choisi la dialyse péritonéale, la phase suivante d'une dialyse adéquate sera la détermination des éléments de prescription et de surveillance de cette dialyse.

Pour optimiser la prescription, la membrane péritonéale sera caractérisée à l'aide des tests de perméabilité et de tolérance clinique. La détermination du mode de dialyse péritonéale correspond à la perméabilité membranaire du patient. En effet, pour un patient avec une perméabilité basse (hypoperméable), on privilégiera la DPCA qui apporte des temps de stase longs pour une diffusion optimisée ; pour les patients dits à perméabilité moyennement haute ou moyennement basse (normoperméables) et qui repré-

Dialyse

p é r i t o n é a l e

sentent la majorité des patients, les techniques DPCA ou DPA pourront leur être proposées, et pour les patients dits à perméabilité haute (hyperperméables) on favorisera la DPA.

Ces tests permettront également de définir les différents volumes et concentrations des dialysats, l'adaptation du système de DP étant fonction du degré d'autonomie du patient et de ses activités socio-professionnelles.

Adapter, oui, mais il sera important d'évaluer cette prescription et de la réadapter au fil du temps dans le cadre du suivi du patient.

Que compose ce suivi ?

1 - L'équilibre hydro-sodé

L'objectif du maintien de l'équilibre hydro-sodé est de contrôler la pression artérielle et la volémie. Ce contrôle se fera par la pesée ventre vide, le bilan des entrées-sorties et la mesure de la pression artérielle. Cet équilibre sera facilité par l'adaptation des agents osmotiques, des temps de stase et des traitements médicamenteux.

2 - La quantification de l'épuration

Un élément indispensable à la dialyse adéquate sera la quantification de l'épuration pour prévenir tout phénomène de sous-dialyse et l'on sait que la dialyse péritonéale est une dialyse à l'équilibre avec l'association de temps de stase courts pour optimiser l'épuration des petites molécules et de temps de stase longs pour optimiser l'épuration des grosses et moyennes molécules. Équilibre que l'on retrouve au niveau de l'ultrafiltration, le temps de stase long peut favoriser un phénomène de réabsorption qui sera compensé avec les stases courtes qui permettent, elles, une ultrafiltration. La surveillance de cette qualité d'épuration se fera avec la réalisation et le calcul de la

clairance globale hebdomadaire de la créatinine dont la norme est aujourd'hui de 60 l/semaine et du KT/V global hebdomadaire de l'urée dont le minimum est de 1,9 en dialyse continue. Au regard de ces résultats, il y aura adaptation des volumes, des temps de stase, éventuellement transfert de méthodes de dialyse péritonéale, en effet, un patient ayant démarré la dialyse péritonéale en dialyse péritonéale automatisée avec une membrane péritonéale de basse perméabilité peut être sous dialysé car les temps de stase pendant la séance sont plus courts et ne permettent pas toujours l'optimisation de l'épuration des grosses molécules. DPCA veut dire Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire et, de cette continuité dépend souvent la qualité de la dialyse, cavité péritonéale pleine en permanence, pour des échanges sans interruption, un phénomène de diffusion constant.

3 - L'équilibre acido-basique

Il est important également de maintenir l'équilibre acido-basique (ou concentration en ions OH⁻ et H⁺ des liquides corporels) ; c'est une constante, une obligation pour l'organisme et permet le maintien du PH plasmatique à sa norme. Son objectif est de prévenir toutes perturbations des métabolismes cellulaires, l'hypercatabolisme protidique et l'ostéodystrophie rénale étant celles dont nous entendons le plus parler dans le cadre de l'insuffisance rénale. Son contrôle se fera par la mesure de la réserve alcaline dont la norme est entre 25 et 29 mmol/l (avec une tolérance de 22 mmol/l en normale basse pour les insuffisants rénaux). L'optimisation de cet équilibre acido-basique passe par une bonne dose de dialyse et sera facilitée par un dialysat adapté (lactates à 40 mmol/l), lactates qui se métabolisent en bicarbonates et permettent la correction de l'acidose due à l'afflux des ions H⁺ dans l'organisme.

Pourquoi est-ce important ? On sait que les bicarbonates, à l'origine, sont élaborés

par les reins et qu'au cours d'une insuffisance rénale, le taux circulant est réduit ; or les ions H⁺, eux, affluent toujours via les protéines. Ces bicarbonates circulants étant insuffisants, l'organisme va chercher au niveau osseux les tampons dont il a besoin pour éliminer ces ions H⁺, car son objectif, à lui, est de maintenir un pH sanguin à 7,4 au détriment des cellules osseuses (ostéodystrophie rénale). En parallèle, l'acidose est aussi facteur de catabolisme protéique, favorisant une dénutrition.

4 - L'équilibre phospho-calcique

Un bon équilibre phospho-calcique, pourquoi ?

Pour prévenir l'ostéodystrophie rénale (destruction des cellules osseuses) provoquée par une hyperparathyroïdie et une ostéoplasie adynamique (phénomène d'os mort dû au non-renouvellement des cellules osseuses) favorisée par une non-stimulation de la PTH.

S'il y a déséquilibre, il sera caractérisé par des perturbations de la calcémie corrigée ou ionisée, de la phosphorémie et de la parathormone plasmatique, ces trois éléments étant étroitement liés.

La PTH est à l'origine de la formation et de la destruction des cellules osseuses avec comme objectif, l'équilibre entre destruction et formation. Or, toute variation de taux (stimulation ou freinage) est fonction de la calcémie qui, elle, dépend de la phosphorémie. Comment ?

Tout insuffisant rénal a une hyperphosphorémie due à une diminution de l'excrétion urinaire avec diminution, également, du calcitriol (vitamine D) qui entraîne une baisse de l'absorption du calcium au niveau du tube digestif ; ces deux éléments favorisent une hypocalcémie qui va entraîner une stimulation de la PTH. Dans quel objectif ? Dans le but de ramener la calcémie à un taux normal (obligation pour l'organisme). Comment

Dialyse

p é r i t o n é a l e

s'y prend-elle ? En allant chercher le calcium dans les os.

A l'inverse, s'il y a une hypercalcémie liée à une hypophosphorémie, (parfois due aux chélateurs de phosphore), l'organisme cherchant toujours une régulation de la calcémie va freiner la PTH entraînant, là, un non-renouvellement des cellules osseuses.

Dans les deux cas, il y aura trouble du métabolisme osseux. En dehors de ces troubles biologiques, nous aurons également des signes cliniques tels que le prurit, les douleurs osseuses, les nausées, les vomissements, la constipation, voire la confusion...

Cet équilibre sera maintenu par une bonne dose de dialyse mais également par des conseils diététiques adaptés, pas toujours faciles à mettre en pratique car, du fait d'une alimentation hyperprotidique en dialyse péritonéale, il y a toujours apport conséquent de phosphore d'où, l'importance de l'adaptation des chélateurs. Actuellement, c'est le carbonate de calcium qui est le chélateur de phosphore privilégié et, sa prescription sera facilitée par l'utilisation de dialysat à calcium physiologique (1,25 mmol/l).

5 - L'équilibre nutritionnel

Un autre élément clé de la dialyse est l'équilibre nutritionnel afin de prévenir ou corriger une malnutrition.

Quels sont les facteurs influençant la nutrition des patients dialysés ?

Le patient peut ne pas manger parce qu'il a perdu le goût, l'envie ou parce qu'il a une dentition en mauvais état. Il peut avoir une pathologie associée comme le diabète qui va influencer sur sa ration alimentaire. La méconnaissance ou l'ignorance peuvent être les seules raisons d'une alimentation déséquilibrée voire complètement inadéquate. Des éléments socio-professionnels, financiers comme l'isolement, le manque de ressources ou les comportements alimentaires auront

également une importance non négligeable sur l'alimentation.

Certains aspects de la dialyse péritonéale peuvent affecter le statut nutritionnel du patient : l'absorption du glucose, l'augmentation de la distension abdominale, la fuite protéique.

La sous dialyse et l'acidose sont des facteurs favorisant également la malnutrition par hypercatabolisme protidique.

Son suivi sera effectué par les enquêtes alimentaires, par des examens biologiques tels que l'albumine, la pré-albumine, l'aPNA ou le nPCR, etc., et par des examens cliniques tels que le S.G.A. (Subjective Global Assessment) ou le MNA (Mini Nutritional Assessment) et la courbe de poids.

Comment sera-t-il maintenu ?

De façon unanime, les conseils diététiques semblent indispensables ; ils seront adaptés à chaque patient en fonction de ses habitudes, de ses goûts, de ses besoins propres et de ses ressources pour que l'alimentation reste un plaisir. Les grandes règles sont, bien sûr, une alimentation équilibrée et variée en protéines, glucides, lipides. Elle représente environ 30 à 35 kcal/kg/jour avec une répartition de 15 à 20 % de protides, de 30 à 35 % de lipides et de 50 à 55 % de glucides (dont un certain pourcentage sera apporté par le dialysat). La qualité de la dialysance est importante : un patient sous-dialysé est un patient qui retrouve tous les symptômes du syndrome urémique avec nausées, vomissements ce qui ne favorise pas l'envie de se mettre à table. Ce qui pourra aider à la prévention voire à la correction d'un mauvais état nutritionnel sera, bien sûr, toute supplémentation orale et dialytique, cette dernière favorisant l'observance au traitement car inclus dans le geste de dialyse, en espérant n'avoir jamais besoin d'arriver à une alimentation parentérale.

Mais la dialyse adéquate ne passe-t-elle pas par la qualité de vie ? Et sur quels critères, peut-on parler de qualité de vie ?

La réinsertion socio-professionnelle ou peut-être plus exactement la préservation d'un statut le plus proche de celui antérieur à la maladie, l'autonomie semblent reconnues comme éléments de bonne qualité de vie, ainsi que le maintien à domicile. La diminution des journées d'hospitalisation et la morbidité est également facteur de cette qualité de vie qui pourra être évaluée au cours de l'entretien effectué lors de la consultation et, parfois, de façon plus scientifique, au décours de questionnaires. Cette qualité de vie sera optimisée par une bonne dose de dialyse, une méthode adaptée, un matériel approprié et un suivi personnalisé. Mais qui, mieux que les patients peuvent le dire ?

Il faut adapter la dialyse au patient et non l'inverse, on ne vit pas pour dialyser mais on dialyse pour vivre. (Monsieur VOLLE, Président de la FNAIR).



(Illustration tirée de la revue FNAIR, avec l'aimable autorisation de son auteur, D. BOUZOU)