

# *Impact d'une prise en charge tardive de l'insuffisance rénale chronique*

Mme CORROYER - Polyclinique de Bois Bernard - Mme RIEZ - Polyclinique du Bois - LILLE

L'incidence des nouveaux patients arrivant en insuffisance rénale chronique terminale est en augmentation constante (6 à 9 % par an).

Malgré l'amélioration technologique des moyens de suppléance, la morbi-mortalité reste élevée.

La prise en charge néphrologique est considérée comme tardive quand le premier contact de l'insuffisant rénal avec le Néphrologue a lieu moins d'un mois avant le début de la dialyse.

En outre, un certain nombre de patients ayant bénéficié d'une première consultation néphrologique jugent sans intérêt la poursuite du suivi, dans la mesure où le problème rénal n'est qu'un élément d'une polyopathie, et arrivent en insuffisance rénale terminale.

## **IMPACT SUR LE SERVICE D'HOSPITALISATION**

qui est dans la plupart des cas un service de MEDECINE INTERNE - NEPHROLOGIE

### **1) accueil du patient dans l'urgence**

**2) soins prodigués en urgence** avec surveillance accrue car patients présentant souvent de lourds désordres métaboliques :

- Patient perfusé sur KT central
- Surveillance ++ des constantes car association fréquente :
  - H.T.A. (hyperhydratation)
  - problèmes cardiaques (troubles du rythme, coronarite, insuffisance cardiaque)
  - troubles respiratoires (surcharge)
  - anémie sévère (transfusions)
- Gestion des risques :
  - infectieux
  - hémorragiques
  - thrombotiques
  - déséquilibre chez le diabétique

### **3) Autonomie réduite du patient**

- Besoins fondamentaux altérés :
  - aide à la toilette
  - alimentation assistée
  - élimination
  - prévention d'escarres

### **4) Examens complémentaires et explorations effectuées dans l'urgence :**

- biologies répétées
- radiographies
- bloc

### **5) Simultanéité de la démarche diagnostique et du traitement :**

- allongent le temps d'hospitalisation
- multiplient les examens

### 6) Augmentation de la charge de travail :

- soins
- nursing
- brancardage

### IMPACT SUR LE SERVICE D'HÉMODIALYSE

#### Urgence = désorganisation

- Dialyse sur un poste aigu pour un patient d'emblée chronique
- Insertion du patient difficile dans un contexte de Centre saturé avec nécessité au début de dialyses journalières.
- Soins dans l'Urgence :
  - pose de KT fémoral
  - pose de KT à demeure
- Dialyse sur KT :
  - nécessité de 2 IDE pour branchement et débranchement
  - début de la C.E.C. plus ou moins difficile sur KT.
- Surveillance accrue du patient au détriment des autres qui se sentent abandonnés et inquiets (stress).
- Risque d'intolérance et de complications aiguës pendant les séances.
- Prise en charge du patient sans préparation psychologique et sans démarche éducative.
- Création de l'abord vasculaire dans l'urgence avec utilisation de la F.A.V. quelque peu rapide.
- Mobilisation et nécessité de matériel :
  - scope, Tensio électronique, O2, SAP
- Patients "véhiculés" d'un service à un autre : service d'hospitalisation, radiologie, bloc opératoire...

#### soit :

#### augmentation de la charge de travail

- dans les soins
- la surveillance
- le brancardage

### CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT

#### - Etat du patient précaire :

- anémie
- anorexie
- hyperhydraté
- troubles métaboliques
- pathologie associée cardio-vasculaire

#### - Patient non autonome :

- dépendant : pour la toilette, l'alimentation
- "véhiculé" : d'un service à un autre

#### - Patient désorienté :

- entraîné dans un tourbillon de soins, de dialyse, de transfert, d'exams,...
- peur et angoisse
- traumatisé
- déstructuré
- passivité ou agressivité
  - ne peut adhérer au traitement
- non-acceptation et de sa maladie
- conditions physiques et psychologiques où le patient n'est pas en état d'entreprendre et d'assimiler
- démarche éducative limitée
- la dialyse est souvent pour lui un traitement d'urgence qui ne doit pas se perpétuer dans l'avenir.

#### - Entourage familial :

- désemparé et perplexe
  - consommation importante en temps médical et paramédical

### IMPACT FINANCIER

#### I - A court terme :

- Augmentation du temps d'hospitalisation
- Séances d'hémodialyse supplémentaires (patient en surcharge entraînant des dialyses plus ou moins journalières)
- Augmentation des actes médicaux et chirurgicaux d'anesthésie, bloc, (KT centraux)

- Augmentation des actes de radiologie
  - thorax, échographie cardiaque, ...
- Augmentation du coût de pharmacie :
  - correction anémie, transfusions ou doses importantes en EPO
  - antibiothérapie car risques infectieux majorés
- Correction de la dénutrition, acides aminés
- Risques hémorragiques ou thrombotiques, HBPM, UROKINASE (KT)
- Augmentation de la biologie :
  - surveillance accrue des données biologiques
  - hémocultures
  - antibiogrammes,...
- Impact sur la masse salariale :
  - mobilisation du personnel soignant en temps
  - augmentation des heures de garde

#### II - A plus long terme :

- Modalités de sortie :
  - convalescence
- Difficile d'envisager ces patients en autodialyse ou en hémodialyse à domicile.
- Difficile d'orienter ces patients vers la Dialyse Péritonéale quand il y a eu démarrage en hémodialyse.
- Transplantation retardée :
  - patients difficiles à stabiliser (plus de 6 mois)
- Arrêts de travail prolongés = invalidité

### NÉPHROVIGILANCE = PRÉVENTION PRÉCOCE

#### 1) Les médecins traitants :

- Parfois défaut de connaissance : sous-estimation d'un dosage subnormal de la créatinine.
- Information sur la formule de COCKROFT :
  - Formule qui vise à estimer la clearance de la créatinine sans diurèse des 24 heures en fonction de la créatinine, l'âge, le poids, le sexe.

- Appréciation réelle des populations à risque :
  - créatinine augmentée associée aux terrains vasculaire, diabétique, HTA
  - consultation néphrologique
- Adaptation des doses de médicaments à la fonction rénale.

## 2) Consultation néphrologique

- Connaissance de l'étiologie pour adapter un traitement :
  - exemple : lupus = corticothérapie - Néphroangiosclérose = équilibrer TA
- Traitement adéquat pour retarder le processus de l'insuffisance rénale terminale :
  - contrôle tensionnel le plus parfait possible
  - surveillance, équilibration du diabète
  - régime hypoprotidique à moduler
  - surveillance bilan lipidique
  - surveillance bilan phospho-calcique avec traitement
  - corriger l'acidose (sels alcalins)

- traiter tout foyer infectieux
- prise en charge rapide prévention hépatite B
- Préparation psychologique pour acceptation de la maladie :
  - appréciation environnement familial et professionnel
  - démarche éducative pré-dialytique (régime, traitement, FAV)
  - prise en charge de l'anémie (EPO pré-dialytique)
  - rencontre avec le futur service.
- Information pré-dialytique :
  - présentation des différentes méthodes de traitement (DP, auto-dialyse, hémodialyse à domicile)

## 3) La prévention de l'apparition de l'insuffisance rénale

- Soit prévention secondaire devant une pathologie identifiée :
  - diabète,
  - obésité,
  - H.T.A.,
  - etc, ...

- Soit prévention primaire !
  - médecine scolaire
  - médecine du travail
  - structure d'éducation pour la santé
  - campagne d'information
  - éducation nutritionnelle

Vaste programme !

## CONCLUSION

- Prise en charge tardive =
- Etat précaire du patient.
  - Augmentation de la prise en charge des soins et des actes de toute nature.
  - Majoration des coûts (allongement du temps d'hospitalisation, hospitalisations répétées).
  - Détérioration de la qualité de vie des patients (dépression - relation avec les autres altérée - frustration).
  - Retard ou frein à la mise en route d'une hémodialyse autonome, d'une dialyse péritonéale ou dialyse hors-centre.
  - Mortalité majorée, au moins la première année qui suit la mise en route des dialyses.