

## FACE AU PHOSPHORE JE SUIS LE PLUS FORT

Notre service de dialyse est situé au sein de la clinique mutualiste Bénigne Joly à Talant dans la banlieue dijonnaise. Il a ouvert ses portes début 2005.

Ce service accueille 90 patients insuffisants rénaux chroniques hémodialysés.

Annick LANIER et  
Myriam DUCHENNE,  
Infirmières, service  
d'hémodialyse - Clinique Bénigne Joly - TALANT



En Unité de Dialyse Médicalisée nous avons 82 patients répartis en 4 séances (3 séances les lundis, mercredis et vendredis et 1 séance les mardis, jeudis et samedis).

En Unité d'Autodialyse nous avons 8 patients répartis en 2 séances (les lundis, mercredis et vendredis)

3 néphrologues interviennent dans le service. Nous sommes 20 infirmières et une cadre de santé.

Le service fonctionne avec 6 agents hospitaliers, une secrétaire et une psychologue.

Au début de notre étude nous ne comptons pas de diététicienne.

### L'hyperphosphorémie

On considère qu'il y a hyperphosphorémie lorsque le taux de phosphore dans le sang est supérieur à 45mg/l.

L'hyperphosphorémie se traduit parfois par des démangeaisons qui entraînent un prurit, plus rarement les patients peuvent présenter des « yeux rouges ». Mais le plus souvent l'hyperphosphorémie passe inaperçue car dans la plupart des cas elle est asymptomatique.

Par ce fait elle provoque rapidement des complications car les patients ne se rendent pas compte de ce

problème. Sans symptôme ils font moins attention. Pourtant les complications peuvent être irrémédiables.

En effet, le phosphore associé au calcium joue un rôle dans la minéralisation de l'os. Donc si il existe une hypocalcémie, le phosphore ira « chercher » le calcium qu'il manque, dans les os ; d'où une déminéralisation osseuse à long terme.

Une des autres complications qui en découle est une calcification des articulations mais aussi des vaisseaux.

Toutes ces complications augmentent donc le risque de mortalité chez les patients présentant une hyperphosphorémie.

Pour essayer d'éviter ces complications il existe plusieurs traitements.

Tout d'abord les chélateurs de phosphore non calciques (Rénagel, Phosphosorb, Fosrénol...). Ces médicaments agissent comme une « éponge » lors de l'absorption de phosphore alimentaire. Pour être efficace il suffit qu'ils soient pris au « bon moment » (lors des repas riches en phosphore)

Mais l'un des premiers traitements reste les bonnes habitudes alimentaires, à savoir une alimentation pauvre en phosphore (faire

attention notamment aux produits laitiers et en particulier yaourt et certains fromages ; aux protéines : viandes, poissons ; fruits secs...)

Ces traitements doivent être associés à une bonne séance d'hémodialyse (rein adapté, temps de dialyse, pas de problème de fistule...)

### Quelques chiffres

Voici quelques données du service :

Nous accueillons donc 90 patients, sur ces 90 patients 30 présentent une phosphorémie supérieure à 45 mg/l et sur ces 30 patients la moitié prennent des chélateurs de phosphore.

### Problématique

Essayons donc de comprendre pourquoi la seule prise de chélateurs n'est pas suffisante au contrôle de l'hyperphosphorémie.

Face à cette problématique et en l'absence d'un diététicien dans le centre, nous avons décidé de mettre en place une étude pour mesurer l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique sur la phosphorémie des patients.

## Présentation du programme E.D.A.M.

Notre choix s'est tourné vers un programme nommé E.D.A.M. (Education du patient Dialysé à une Alimentation Meilleure), il a été élaboré par un diététicien de Bordeaux (S. Trolonge).

Il se présente sous forme de « valisette » qui contient :

### ► 3 livrets

- ✓ Un livret bronze qui fait le lien entre la dialyse, les traitements, l'alimentation. Et qui permet de fixer des objectifs éducatifs de sécurité liés à la gestion des complications.
- ✓ Un livret argent qui apporte les connaissances alimentaires et les recommandations diététiques permettant d'adapter l'alimentation au quotidien.
- ✓ Un livret or qui permet de pouvoir gérer les situations exceptionnelles à l'extérieur du domicile.



Chaque livret se divise en 4 chapitres (Potassium, Phosphore, Sels/boissons, Protéines/énergie).



### ► Un jeu DIALYGAME

Il se compose d'un plateau de jeu et de fiches-questions regroupant les 4 chapitres des livrets.

Pour notre étude nous décidons de n'utiliser que le chapitre « phosphore ».

Voici quelques exemples de questions :

- ✓ Si je suis en dialyse au moment du repas, je prends un chélateur ?
- ✓ Cet après-midi, j'accompagne un ami faire les magasins. J'ai une fringale et je m'achète un pain au chocolat. Je prends un chélateur de phosphore supplémentaire ?



## Notre étude

### Les objectifs de notre étude seront de :

- Sensibiliser les patients aux complications de l'hyperphosphorémie mais aussi à l'importance de l'alimentation dans le contrôle de la phosphorémie.
- Mieux contrôler le taux de phosphore dans le sang à l'aide d'une bonne répartition des chélateurs.
- Adapter les habitudes alimentaires.

Notre étude à débuter en Octobre 2012 pour une durée de 6 mois.

Nous avons sélectionné 10 patients qui présentaient tous une phosphorémie supérieure à 55mg/l pendant au moins 3 mois consécutifs. Au moment de la sélection nous n'avons pas tenu compte de la prise d'un traitement de chélateurs. Cependant il s'est avéré qu'ils avaient tous une prescription médicale de chélateurs de phosphore.

Nous avons ensuite effectué notre étude comme suit :

### ► 1er entretien individuel

Nous nous sommes assurées de la bonne observance du traitement de leurs chélateurs de phosphore.

Nous leur avons distribué une enquête alimentaire à remplir sur une semaine afin de connaître leurs habitudes

Nous leur avons remis le livret bronze pour pouvoir évaluer leurs acquis sur le phosphore, la dialyse et les conséquences d'une hyperphosphorémie

## ► 2ème entretien individuel

Il a eu lieu une semaine après le premier

Nous avons repris avec eux le livret bronze pour faire le point avec sur leurs connaissances

Nous avons analysé l'enquête alimentaire et nous sommes revenues sur la répartition de leurs chélateurs sur la journée (en regard de l'enquête fournie)

A ce moment nous avons pu fixer des objectifs éducatifs personnalisés.

Cet entretien est également l'occasion de leur remettre une toise qui les aidera (eux, conjoints/famille) à quantifier la teneur en phosphore des aliments. Le taux de phosphore des aliments est exprimé en « billes », une bille représentant 100mg de phosphore ; cet outil permet d'évaluer au mieux la quantité de phosphore ingérée en une journée. En sachant qu'ils ne doivent pas dépasser 10 billes par jour.

Pour clore ce 2ème entretien nous leur distribuons le livret argent qui aborde plus concrètement les recommandations diététiques.

## ► Les 3 derniers entretiens individuels

Ils ont eu lieu à peu près à 6 semaines d'intervalles.

Nous analysons avec eux le résultat du taux de phosphore grâce aux bilans mensuels.

Nous réadaptions la répartition des chélateurs et les habitudes alimentaires si besoin.

Nous consacrons une grande partie de ces entretiens à l'évaluation des acquis grâce au jeu Dialygame.

Suite à tous ces entretiens nous avons pu réaliser un tableau permettant de visualiser le taux de phosphore mensuel chez chacun de nos patients.

Les chiffres en vert montrent une baisse de la phosphorémie d'un mois sur l'autre et les chiffres en rouge, une hausse.

Nous avons pu constater qu'après le 1er entretien qui eut lieu fin Octobre (à peine une semaine avant le bilan mensuel de Novembre), 7 patients sur 10 ont vu leur phosphorémie baisser.

Le 2ème entretien de mi-novembre, où nous avons vu avec eux leurs habitudes alimentaires et la répartition de leurs chélateurs, a permis de confirmer cette baisse dans 9 cas sur 10.

Fin Décembre il y eut les fêtes de fin d'année qui n'ont pas toujours été simples à gérer. Janvier et Février ont été difficiles aussi (plats d'hiver riches en phosphore : tartiflette, fondue, raclette...)

Les phosphorémies de Mars ont quasiment toutes augmentées. Ceci peut s'expliquer par un mois de Février où nous avons « moins » suivi nos patients (cause de vacances).

En Mars et Avril nous avons repris nos évaluations et les baisses du taux de phosphore se sont à nouveau fait ressentir.

## Conclusion

Dans l'ensemble d'Octobre 2012 à Avril 2013 toutes les phosphorémies ont baissé.

Ce qui nous permet de conclure que pour un meilleur contrôle de l'hyperphosphorémie il faut associer les conseils diététiques (à l'aide d'outils adaptés, comme le programme EDAM) à une bonne répartition des chélateurs.

Ce programme a été efficace pour 9 patients sur 10.

Pour le patient qui n'a pas réussi à maintenir un bon taux de phosphore, il se trouve que son mode de vie (grand sportif) lui demande d'avoir un régime hyperprotéiné, ce qui rend difficile une alimentation pauvre en phosphore.

Le programme EDAM, quant à lui, est un outil qui est toujours très apprécié par les patients. C'est un jeu ludique et distractif. Il a permis une meilleure sensibilisation aux complications de l'hyperphosphorémie.

Mais le point le plus positif c'est que les patients se sont sentis valorisés et moins seuls face à la maladie.

Donc ....

## OUI, FACE AU PHOSPHORE JE PEUX ETRE LE PLUS FORT !

*NB : le jeu a également été testé en équipe. Une diététicienne a rejoint l'équipe en février 2013, nous pouvons travailler en étroite collaboration, notamment pour la prise en charge complexe de certains de nos patients (ex : notre grand sportif)*