

# Néphrologie

## d i a l y s e

### PROBLÈMES POSÉS PAR L'ARTÉRITE SÉVÈRE DES MEMBRES INFÉRIEURS CHEZ LES HÉMODIALYSÉS

S. LEBOSSÉ / S. ROUSSEAU / H. LORILLIER, infirmières

Centre d'Hémodialyse, Centre Hospitalier Général, Le Mans.

#### INTRODUCTION

La prise en charge dans nos centres de dialyse de patients de plus en plus âgés a pour conséquence la survenue plus fréquente de complications cardio-vasculaires (2), notamment d'artérite des membres inférieurs (AMI). C'est sur ce dernier point que nous avons voulu nous pencher car les problèmes dus à l'AMI entraînent non seulement des soins importants en dialyse (pansements, prise en charge des patients amputés plus difficile) mais aussi des problèmes chez les patients, tels que douleurs, perte d'autonomie, hospitalisation prolongée...

#### MALADES ET RÉSULTATS

Nous avons étudié les dossiers de 18 patients de notre Centre, 14 hommes et 4 femmes, pour retrouver les circonstances de découverte de l'artériopathie, les facteurs de risque, l'évolution de la maladie en hémodialyse, les traitements subis, les conséquences médicales et sociales.

#### 1 – Circonstances de découverte de l'artériopathie

##### • Circonstances de découverte

- abolition des pouls à l'examen clinique : 3/18 → 16 %
- réduction du périmètre de marche : 3/18 → 16 %
- paresthésies des mbres inf. : 2, douleurs de décubitus : 4 → 33 %
- troubles trophiques : 10/18 → 56 %

#### 2 – Les facteurs de risques

Les facteurs de risque les plus importants dégagés par notre enquête sont :

\* L'âge (74 ans en moyenne) (figure 1).

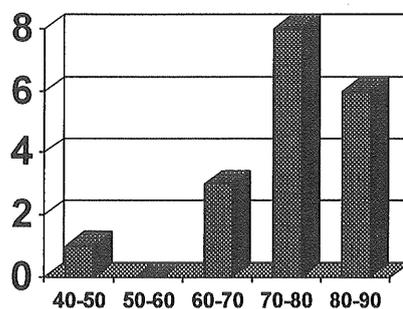


figure 1

\*L'HTA : 17/18 soit 94,4 %.

\* Le diabète : 8/18 soit 44,4 %.

\* La dyslipidémie :

hypercholestérolémie 4/18 soit 22,2 %, hypertriglycéridémie 14/18 soit 77,7 %.

\* La néphropathie de base :

diabète 8, néphroangiosclérose 7, Polykystose rénale 1, dysplasie 1, indéterminée 1.

\* Le tabagisme : 3/18 soit 16,6 %.

#### 3 – Délai de survenue des signes cliniques

• 8 patients avaient déjà des problèmes d'artérite avant leur prise en charge en dialyse (figure 2).

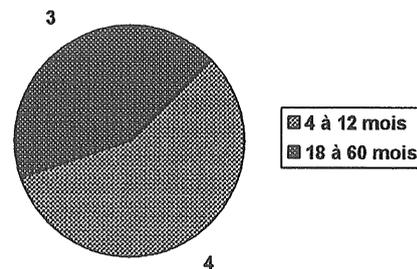


figure 2

- 4 ont développé leur artériopathie en moins d'un an

- 3 ont développé leur artériopathie en plus d'un an

- 1 n'a jamais développé son artériopathie des membres inférieurs.

• Chez 10 patients, l'artérite n'était pas connue (figure 3)

- 3 l'ont développée en moins d'un an

- 4 l'ont développée entre 18 à 60 mois

- 2 l'ont développée entre 60 et 72 mois

- 1 l'a développée au bout de 20 ans.

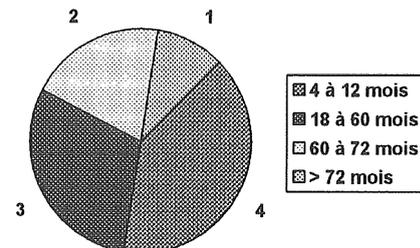


figure 3

#### 4 – Traitement de l'artérite

##### Les différentes séquences de traitement :

1 – Vasodilatateurs pendant les séances de dialyse et per os ;

2 – Sympathectomie. Technique peu utilisée, 1 fois dans notre enquête et à la suite d'un refus de la patiente d'une amputation ;

3 – Angioplastie. Geste pratiqué dans un premier temps pour tenter de sauvegarder les artères lorsque cela est possible.

\* ou lors de pontage thrombosé

\* dans 1 cas, pose de stent associé.

4 – **Pontage.** Concerne 10 patients dont 3 patients qui en ont subi 2. Seulement 3 patients ont vu, à long terme leur artériopathie s'améliorer après ce traitement.

5 – **Amputation.** 10 patients ont subi une amputation dont 6 qui ont dû subir une reprise de l'amputation plus haute pour des problèmes d'infection ou de mauvaise cicatrisation.

### Les résultats

– Efficacité sur la douleur

Dans 7 cas, la douleur était présente (après pontage ou amputation), le plus souvent liée à une cicatrisation longue et difficile. Dans 1 cas d'amputation haute se posait le problème de douleur de membre fantôme.

– 4 décès ont été directement liés à l'artérite

2 patients 24 h après 1 → angioplastie

1 → amputation

Plus 2 patients pour refus d'amputation haute.

### 5 – Conséquences médico-sociales

#### Sur le mode de vie

Nous avons observé que, après ces traitements, seulement 2 personnes ont dû intégrer une structure médicalisée (long séjour et maison de retraite), surtout parce qu'ils étaient seuls à domicile et déjà dépendants avant l'amputation.

Pour 9 d'entre eux, le maintien à domicile a été possible grâce à l'aide de la famille (conjoint ou enfant) ou grâce à un renforcement des aides ménagères.

Les 3 patients appareillés ont pu retrouver, malgré leur âge, une relative autonomie et réintégrer leur domicile.

#### Sur la durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 48 jours. 4 patients sont allés en rééducation, avec en moyenne 96 jours dans ce service, ce qui paraît long mais a

été efficace puisque 3 de ces patients qui avaient subi une amputation haute ont été appareillés et sont retournés au domicile avec une relative autonomie.

Chez l'un de ces patients, la rééducation a pu se faire en ambulatoire, ce qui lui a permis de regagner son domicile tous les jours et était plus agréable pour lui.

## DISCUSSION

### 1 – Circonstances de découverte

– On rappelle les différents stades de l'artérite

#### • Les stades de l'artérite

– *stade 1* : asymptomatique, abolition des pouls périphériques ;

– *stade 2* : claudication intermittente (ischémie d'effort) ;

– *stade 3* : douleurs de repos et de décubitus (ischémie permanente) ;

– *stade 4* : troubles trophiques et gangrène.

– D'après notre enquête nous avons constaté que dans 56 % des cas l'artérite a été découverte suite à des troubles trophiques des M.I donc au stade IV et dans 33 % des cas, suite à des douleurs de décubitus (stade III).

Ceci pourrait s'expliquer :

– par la mobilité réduite de ces patients (peu ou pas de douleur d'effort)

– par la diminution de la sensibilité à la douleur chez les diabétiques

– par la négligence ou une hygiène défectueuse chez les personnes âgées dépendantes.

A ce stade, les traitements médicaux ou soins locaux sont souvent inefficaces et un geste chirurgical sera nécessaire à plus ou moins long terme. Il entre certainement dans la mission de l'équipe soignante d'être plus vigilante par rapport à l'état cutané des pieds de nos patients, particulièrement lorsque ceux-ci sont diabétiques, âgés et dépendants, afin de minimiser les gestes chirurgicaux et leurs conséquences.

### 2 – Facteurs de risque

Il est établi depuis longtemps que les facteurs de risque de l'AMI les plus importants sont l'hypertension, la dyslipidémie (4) et que « un âge avancé et la coexistence d'un diabète constituent des facteurs majorants certains ». (1).

Sur la population étudiée, les résultats confirment ces données. L'un des patients étudié est particulièrement jeune, 41 ans, mais il est dialysé depuis 21 ans et multiplie les facteurs de risque, tabac, HTA et hypertriglycéridémie.

### 3 – Délai de survenue des signes cliniques

Le fait d'avoir une artérite connue avant dialyse ne semble pas avoir eu beaucoup d'influence sur la rapidité de l'évolution par rapport aux patients chez qui l'artérite était absente. Il faut donc se méfier des troubles trophiques chez tout le monde, et non seulement chez les personnes arthritiques connues.

### 4 – Traitement de l'artérite

Les résultats nous montrent que souvent, l'AMI se termine par un pontage, pas toujours efficace à long terme ou une amputation, plus traumatisante mais plus efficace sur la disparition de la douleur lorsque la cicatrisation est terminée.

### 5 – Conséquences médico-sociales

Si les durées d'hospitalisation sont longues (48 jours pour un geste chirurgical, 96 jours pour une rééducation), un point positif se dégage malgré tout de cette étude par rapport au mode de vie : la répercussion de l'artérite sur l'autonomie de ces patients semble moins importante qu'on aurait pu le penser : en effet, un maintien à domicile a été possible dans la majorité des cas, grâce à la présence de la famille ou à un renforcement des aides,

même chez les patients ayant subi une amputation haute.

### CONCLUSION

On sait donc que l'A.M.I est très fréquente chez le dialysé. Les traitements qu'elle nécessite sont souvent lourds psychologiquement et physiquement. Il est donc important d'essayer de minimiser ces traitements et nous avons vu que l'équipe soignante peut y contribuer par un dépistage précoce des signes de cette maladie

et également par une diminution des facteurs de risque (information par rapport au tabac, prévention de l'HTA).

### RÉFÉRENCES

- 1) N.K.Man, J. Zingraff, P. Jungers, *Problèmes cardio-vasculaires chez l'hémodialysé*, in *L'hémodialyse chronique*, p. 73-74, Méd-Sciences Flammarion Ed.
- 2) M. Leteif, B. Viron, C. Michel, F. Mignon, *Les complications des traitements*

*par dialyse*, Presse Med, 1997, 26, n° 9, p. 407-409.

3) B. Branger, R. Oulés, J. Carolfi, P. Ramperez et coll., *Amputation de membres : une nouvelle malédiction frappant les hémodialysés chroniques*, in *Rein, cœur et vaisseaux*, 17<sup>e</sup> Symposium Gambro, Paris, 1996.

4) F. Dairou, in *Rein, cœur et vaisseaux, Troubles lipidiques et risque cardio-vasculaire en néphrologie*, 17<sup>e</sup> Symposium Gambro, Paris, 1996.

