

# Dialyse

## p é r i t o n é a l e

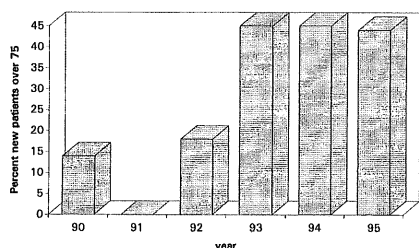
### PRISE EN CHARGE DE PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS EN DIALYSE PÉRITONÉALE CHRONIQUE AMBULATOIRE. 5 ANS D'EXPÉRIENCE ÉDUCATIVE

A. VAN ASSEL, *infirmière hémodialyse*  
C.H.G., 02 Saint-Quentin.

#### ASPECT MÉDICAL

Le centre de dialyse de Saint-Quentin a réalisé une étude sur les patients âgés de plus de 75 ans en dialyse péritonéale. Celle-ci porte sur 22 patients, dont l'âge moyen est de  $79 \pm 2$  ans (75-88) réalisant un suivi total en dialyse péritonéale = 245 mois ; suivi moyen  $12 \pm 9$  mois (1-31).

Ce schéma montre l'importance de la prise en charge en DP des patients âgés de plus de 75 ans, avec une constance avoisinant les 45 %, depuis 1993.



– Nouveaux patients en dialyse péritonéale chaque année : ratio au-dessus de 75 ans.

Nous n'avons relevé, sur la même période, que 5 épisodes de péritonite pour 3 patients (2 E Coli, 1 Staph. Auréus, 1 Pseudomonas, 1 Culture négative).

Cela représente un taux de péritonite de 1/49 mois-patients.

Nous attribuons ce taux relativement bas au temps de traitement, du fait de l'âge avancé des patients, et au système utilisé.

Ces patients sont très particuliers ; âgés, ils arrivent en DP avec, pour beaucoup,

un passé lourd de pathologies parmi lesquelles on retrouve, en majorité :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	N	% (du nombre de patients)
Hypertension	16	72
Diabète	11	50
Maladie cardiaque ischémique	14	63
Insuffisance respiratoire chronique	8	36
Maladie vasculaire périphérique	4	18
Myélome	2	9
Ulcère	2	9
Cancer	1	4

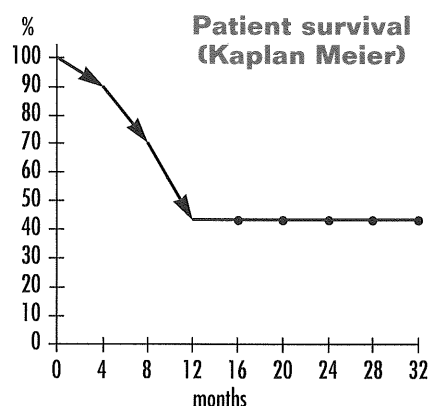
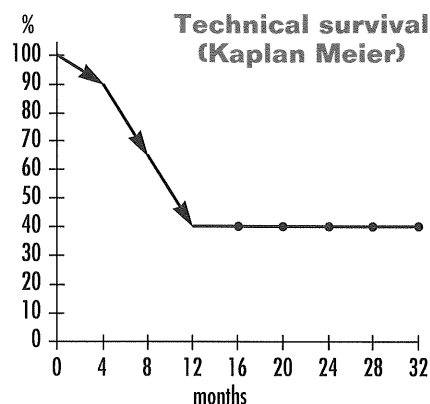
Une moyenne de 2,6 conditions de complication/patient.

Les deux courbes de survie, technique et patients, sont sensiblement les mêmes vu que ces patients âgés quittent la technique par décès, peu par transfert en hémodialyse (1 seul) et évidemment jamais par transplantation.

#### Sortie de la méthode

##### 1 – Décès

CAUSES DE DÉCÈS	N	%
Cardio-vasculaire	5	41
Cancers	3	25
Myélome	2	16
Cérébro-vasculaire	2	16
Péritonite	0	



Les décès sont liés à la décompensation des pathologies existantes avant la dialyse.

Mortalité :

25 % avant 3 mois de traitement

58 % avant 6 mois de traitement

##### 2 – Le patient

Un patient a été transféré en hémodialyse après 6 mois de traitement (sigmoïdite).

#### ASPECT INFIRMIER

Réflexion sur l'éducation des personnes âgées > 75 ans.

##### Profil du patient pour une éducation réussie

- Mobilité correcte.
- Pas de problème psychologique grave ni d'antécédent d'AVC avec séquelle confusionnelle ou ± de troubles importants de la mémoire.
- Pas de trouble important de la vision.

# Dialyse

## p é r i t o n é a l e

- Tremblements ±

Sur 22 patients > 75 ans à la mise en DP :

- 1 patient qu'on pensait pouvoir autonomiser ne l'a pas été (IDE domicile) ;
- 9 patients ont été autonomes (jugés aptes au début de l'éducation) ;
- 11 patients ont dû être assistés du conjoint ou d'une IDE à domicile (jugés non aptes avant de débiter l'éducation).

*Question* : ne pourrait-on pas se reposer la question de l'autonomie pour certains des 11 patients non autonomes ?

### Difficultés rencontrées

- Dans 90 % des cas, il existe une baisse de l'acuité visuelle.
- Habilité gestuelle très diminuée : dans 80 % des cas, il existe des tremblements rendant les manipulations imprécises donc risquées.
- Fatigue du patient âgé accentuée par l'insuffisance rénale terminale, accentuée si la mise en dialyse a été retardée, accentuée également s'il existe des carences nutritionnelles.

Dans certains cas (isolement géographique, difficulté de mobilité...), nécessité d'une structure sociale pour la distribution des repas.

- Mémorisation diminuée.

⇒ Nécessité d'une aide à la manipulation, d'une manipulation rapide, d'une manipulation simple.

Pour ces 3 raisons, le centre saint-quentinois a opté pour le système U.V. FLASH non déconnectable.

Sur 9 patients autonomisés, 6 patients sont en U.V. FLASH, 2 patients ont été en U.V. FLASH en 1<sup>re</sup> intention puis ont bénéficié du système HOME CHOICE en 2<sup>e</sup> intention (liberté diurne), 1 patient a été en double-poche standard.

### Expérience de nos éducations

- Le temps d'entraînement n'est pas significativement augmenté (1 semaine à

1 semaine 1/2) *mais* nécessité de temps de repos durant la journée : sieste post-prandiale, retour au domicile le soir moins tardif ; en moyenne, le temps d'éducation journalier est de 4 à 5 heures.

- Le patient, au terme de l'éducation, est autonome par rapport aux changements de poches, sait dépister une infection péritonéale et sait plus ou moins utiliser la poche hypertonique. Il a bien sûr vu la diététicienne (enquête alimentaire et réajustement de la nutrition).

Il ne sait pas mesurer la tension artérielle dans 80 % des cas (problème d'audition) sauf s'il dispose d'un tensiomètre électronique.

L'IDE à domicile intervient dans 100 % des cas pour les soins du cathéter et surveillance de traitement (vérifie à l'occasion la clarté de la dernière poche drainée).

- La capacité de mémorisation diminuée du patient demande à la formatrice des explications répétées (nécessité de supports pédagogiques ; ex : paper-board).
- Il est indispensable d'utiliser le même langage, l'IDE doit s'adapter au langage du patient et non le contraire pour être comprise (le cathéter sera appelé « tuyau »).

### Spécificité de l'éducation de ces patients

IDE « spécialisée » en dialyse péritonéale

→ doit parvenir à cerner et analyser la personnalité du patient, ses canaux réceptifs (mémoire visuelle et/ou auditive) ;

→ doit faire preuve de patience et de disponibilité ;

→ doit construire son éducation autour du vécu et du mode de vie actuel du patient (référence à l'ancienne profession pour les explications...).

Il faut amener peu à peu la DP dans la vie du patient sans entraver son activité déjà très souvent réduite.

### Bénéfice d'une éducation réussie

- Meilleure acceptation de la maladie, du traitement puisque la personne reste *maître de sa vie*.

Ce phénomène est accentué chez la personne âgée qui ne deviendra pas une charge pour la société : estime de soi-même.

- Activité préservée, pas d'astreinte horaire liée à l'intervention d'une tierce personne au moment des changements de poches (3 à 4 fois/jour).

### Confort et qualité de vie

## CONCLUSION

- La mise en DP d'un patient âgé > 75 ans et très âgé > 80 ans (sur 22 patients, 9 ont plus de 80 ans et 2 sur les 9 sont autonomes) n'a jamais été regrettée ; elle est aussi un confort de fin de vie maintenant le patient dans son milieu socio-familial.

- En France, il est facile de faire intervenir secondairement une IDE à domicile si le degré d'autonomie diminue (pour un seul patient de 82 ans, nous avons recours à une IDE à domicile qui passe 1 fois/jour pour surveillance de traitement).

- Toutes les éducations ont été menées à terme créant une satisfaction et une réelle reconnaissance du patient pour l'IDE qui l'a formé.

- Besoin d'une disponibilité accrue pour le suivi de ces patients qui viennent 1 fois/mois pour vérifier la qualité de la manipulation, apprécier l'hydratation et discuter avec nous.

Ces patients ont besoin de plus de temps : environ 1 h 30 pour 1 h chez les patients plus jeunes.

- Nécessité d'un partenariat médecin/infirmière/diététicienne afin de prévenir toute altération de l'état général difficile à surmonter à cet âge.