

Dialyse

p é r i t o n é a l e

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN D.P.C.C. DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION

C. SAMPEUR / D. DURET / Pr APARICIO
Service de Néphrologie, Hôpital Pellegrin-Tripode, Bordeaux.

ANTÉCÉDENTS

Homme de 65 ans

Antécédents :

- Chirurgicaux : 0
- Médicaux : diabétique non insulino-dépendant connu et traité depuis 1992 par antidiabétiques oraux - pas d'autre facteur de risque cardio-vasculaire.

Un épisode de fibrillation auriculaire sans myocardiopathie va motiver la mise sous héparine (calcioparine) mi-décembre 1995.

Thrombopénie à l'héparine

TABLEAU INITIAL

Fin décembre 1995 apparaît :

- ischémie aiguë des 2 membres inférieurs
- thrombose de l'aorte terminale
- thrombose des axes ilio-fémoraux
- ⇒ thrombectomie sous anesthésie générale
- succès opératoire,
- réveil progressif, puis réaggravation de l'état de conscience,
- coma,
- intubation,
- dirigé vers un service de réanimation,
- apparition d'une insuffisance rénale aiguë en post-opératoire (J3) suite à un bas débit en per-opératoire,
- oligurie - anurie malgré la mise en place de dopamine et furosémide.

PRISE EN CHARGE DE L'I.R.A.

Une hémofiltration veino-veineuse en continu sans héparine sur 3 jours : J4 - J5 - J6

→ échec - coagulation du circuit

→ décision médicale le vendredi soir.

Dialyse péritonéale continue cyclique en urgence.

Dialyse péritonéale continue cyclique

DATES	PROGRAMME				
	Nbre de cycles	Quantité infusée	Temps de stase	Iso	Hyper
J1 : 7/01 (sortie bloc)	30	500	30'	15 litres	4 litres
J8 à J11	30	800	30'	20 litres	4 litres
J11 à J23	17	11 500	1 h	19.5 litres	6 litres

Épuration

1996	04/01	04/01 05/01 06/01	06/01	07/01	08/01	16/01	23/01
Glycémie	6.6	H é m o d i a l y s e	4.7	P o s e c a t h é t e r D P + D P C C	9.6	6.9	11.6
Urée	39.1		40.9		35	25.2	19.8
Créatinine	823		825		707	514	369
Na	143		144		144	138	136
K	4		3.3		3.6	2.9	3.2
Protides	39		41		44	53	66
Ca	1.73		1.78		1.87	1.95	2.07
Phosphore	2.44		3.13		2.31	2.11	1.93

Urée : 2.9 / 7.5 mmol/l
Créatinine : 60 / 120 µmol/l
Glucose : 4.1 / 6.1 mmol/l

LE PATIENT

Coma :

• intubé - assistance respiratoire sédaté
→ 24/01/96

• seringue électrique

Insuline (temps de la D.P.)

vasodilatateur

• réanimation

• garde veine

• sonde vésicale → 22/02/96

• sonde gastrique

→ ablation le 25/01/96

→ gavage diabétique

régime D.P.

Dialyse

p é r i t o n é a l e

Épuration

1996	23/01	26/01	27/01	27/02	27/02 01/03	02/03	05/03	09/03
Glycémie	Arrêt DP reprise diurèse	5.9	Retour service de Néphrologie	6.4	Mutation cardio pour examens compl.	4.5	Ablation du cathéter de DP	Départ de repos
Urée		44.4		6.7		5.9		
Créatinine		449		121		110		
Na		131		121		135		
K		4.1		3.9		4.4		
Protides		68		64		61		
Ca		1.84		2.15		2.24		
Phosphore		2,59		0.99		1.09		

MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT (D.P.C.C.)

- Pose d'un KT de D.P. au bloc sous-sol de réanimation, un samedi matin en urgence, par le chirurgien vasculaire habitué à poser nos cathéters.

- Ce samedi matin 2 infirmières dans le service de néphrologie situé au 12^e étage du Tripode.

- L'une d'elles a pu se détacher, pratiquement toute la matinée, pour :

→ vérifier durant l'intervention la perméabilité du cathéter,

→ puis assurer le branchement du patient sous cycleur dans le service de réanimation du sous-sol. Pour les manipulations de tous systèmes de dialyse péritonéale elles sont guidées, par un classeur de fiches techniques, servant en même temps de liaison avec l'équipe de réanimation.

Un médecin néphrologue est présent et joignable tous les jours si problèmes médicaux urgents.

GESTION DU MATÉRIEL

Les poches

Pas de stock important de poches de 5 litres isotoniques dans le service de né-

phrologie, mais la pharmacie a pu ce samedi matin nous dépanner rapidement, et sans aucune difficulté.

Le cycleur

Le service de néphrologie possède deux cycleurs du même type (bien connu par les I.D.E. du service) → descendu en réanimation.

Le matériel

Tout le matériel nécessaire au montage de la machine est descendu tous les jours, dans le service de réanimation, plus quelques poches infusion ou drainage de dépannage.

Des gros volumes de dialysat sont utilisés et nécessaires tous les jours, pour obtenir la meilleure épuration et ultrafiltration possible.

PRISE EN CHARGE PAR LES I.D.E. DE NÉPHROLOGIE

Dans la semaine

La dialyse péritonéale est prise en charge par l'infirmière référente.

La prise en charge se fait 1 fois/24 heures, vers la fin de la matinée, pour éviter de

perturber les heures de visite des familles 13 h 30 – 14 h 30.

- Montage et démontage (1 h à 1 h 30)
 - ligne
 - poches → bien gérer, et prévoir les volumes nécessaires tous les jours à la pharmacie

- Vérification des circuits

- Consignes médicales

- Réfection du pansement (1 fois/semaine) si non défait par le patient plus ou moins agité

- Relationnel avec l'équipe d'infirmières de réanimation.

Le week-end

Difficultés pour l'I.D.E. du service de néphrologie pour se libérer :

- Si elle descend en réanimation, et si ce jour-là elle est seule dans le service, une infirmière de l'autre aile ou d'hémodialyse peut venir prendre le relais durant son absence.

Idem pour la nuit.

- Sinon, prise en charge par téléphone.

En urgence

Jour et nuit, appel de la réanimation en néphrologie pour problèmes alarmes ou autres.

Les incidents

Très peu en un mois, fonctionnement du cycleur 24 h/24

→ rupture ligne 1^{er} jour → cycleur changé. Pas de problème d'infection à la suite de cet incident

→ fuite au niveau des poches de drainage

→ plusieurs alarmes sans conséquence.

COMMUNICATION

2 services complètement opposés par leurs activités :

Dialyse

p é r i t o n é a l e

– l'un situé au sous-sol réanimation chirurgicale

– l'autre au 12^e étage service de néphrologie

séparés par des ascenseurs plus ou moins capricieux, peu récents : attente très longue.

La prise en charge du patient en D.P.C.C. a été très positive, grâce à la bonne volonté des I.D.E. de néphrologie, de réanimation, qui pendant un mois, se sont senties complètement rassurées par notre présence, et la prise en charge globale de la technique.

ÉVOLUTION

État rénal

A J23 de son I.R.A.

– reprise de la diurèse de 400 à 1800 ml

– arrêt de la D.P.

• Récupération de sa fonction rénale

• Ablation du KT de D.P. à sa sortie

État général

• Extubation à J24 de son hospitalisation

• Thrombus OG de volume mais reste persistant à l'échographie de contrôle

Le patient

– Reprise de l'alimentation

– Mobilisation :

• aide de kinésithérapie

• récupération lente mais quasi totale de son hémiplégie

• légère gêne à la marche

– relationnel :

• très entouré par sa famille

• disparition de son aphasie

• aucun souvenir de la réanimation

• aucune angoisse par rapport à la présence pendant 2 mois d'un cathéter de dialyse péritonéale

CONCLUSION

La D.P. peut être envisagée en traitement d'urgence pour une durée assez longue (1 mois) si les équipes médicales se donnent les moyens de communiquer sur la technique.

Très bonne adaptation de la D.P. au patient.

Aucun problème infectieux n'est apparu malgré la prise en charge dans le service lourd de réanimation chirurgicale – 4 patients dans la salle de surveillance – 1 pansement arraché de temps à autre par le patient agité et tirant de plus sur le cathéter.

Aucune fuite à l'orifice du KT de D.P.

Évolution favorable d'une I.R.A. chez un patient traité par dialyse péritonéale et qui semble revenir de loin !!!

Il a permis à l'équipe de réaliser que cette technique était adaptable hors service en urgence mais avec leur participation et leur dynamisme.



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