

structure de dialyse péritonéale en clinique privée

C. LAMY, Infirmière, Polyclinique du Bois - LILLE

I - INTRODUCTION

1) Structure d'accueil de la DP

La Clinique du Bois date de 1972.

Sa capacité d'accueil est de 171 lits auxquels s'ajoutent :

- 2 lits de chimiothérapie
- 14 lits ambulatoires
- 18 lits de dialyse

Les lits de néphrologie, situés au 3ème étage, sont au nombre de 6 dont les médecins sont les Dr. Duchatelle et le Dr. Wambergue.

Précisons que les patients de dialyse péritonéale sont uniquement suivis par le Dr. Duchatelle.

2) Le personnel dans le centre :

L'effectif est de 7 IDE (de jour et de nuit), et d'une surveillante pour le service du 3ème étage. Toutes les infirmières participent à la prise en charge des patients traités en DPCA ou DPI.

1 infirmière et 1 aide-soignante se détachent du service d'hémodialyse pour la commande du matériel de mise à domicile ainsi que pour le changement de ligne de 6 mois, le tout sous la directive de Mme Riez.

II - MOTIVATION

A la clinique du Bois on a toujours fait de la DP.

Initialement :

- en IRA avec des cathéters en polyéthylène (semi-rigide)
- en IRC face à une situation aiguë
 - d'hyperkaliémie
 - de problème d'accès aux vaisseaux
 - éventuellement d'hyper hydratation.

Très rapidement on est passé en DP avec des cathéters de Tenkhoff en utilisant des machines :

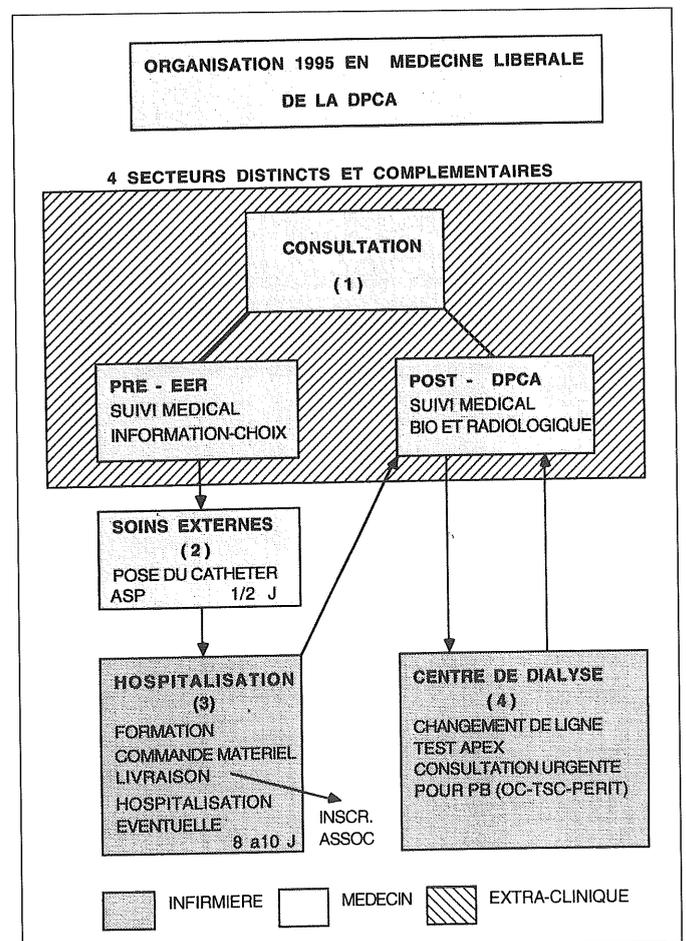
- Fresenius
- Cycleur Gambro
- Cycleur Capucine
- Cycleur Baxter Pack X

- Home Choice

La DPCA date de 1978 avec des lignes Fresenius et surtout après 1983 avec des lignes Baxter :

- lignes droites
- lignes en o
- UV Flash
- ligne Y ou double poche

et donc l'ouverture vers le hors centre.



III - PRÉSENTATION DE LA DP

1) Le matériel

La pose du Tenkhoff est faite dans les blocs des soins externes, sous locale, par le médecin.

Un ASP sera effectué pour vérifier la localisation du cathéter.

Il y aura alors un temps d'attente avant son utilisation.

2) L'organisation du travail

a) La prise en charge du patient

Après que le médecin ait décidé de la meilleure méthode de traitement en suivi de consultation, le patient arrive dans le service de Néphrologie.

Les chambres sont identiques aux autres chambres de l'étage.

Néanmoins on regroupe le plus possible les patients près de la salle de soins.

L'écoute du patient permet de découvrir les capacités intellectuelles et physiques (dextérité manuelle, sa gestuelle, ses différents handicaps, ses capacités de compréhension).

Ces qualités étant essentielles pour une bonne prise en charge et un enseignement correct.

b) Méthodes d'éducation (8 à 12 jours)

Les manipulations sont faites par l'infirmière pendant quelques jours, ce qui permet aux patients de mémoriser les gestes.

Un protocole de changement de poche peut leur être remis par écrit si nécessaire.

Dans un 2^e temps, le patient change ses poches en présence de l'infirmière qui corrige et revoit les gestes inadéquats, en insistant bien sur l'importance d'une extrême asepsie et des gestes rigoureux.

En simultanément, il y a mise en place du cahier de surveillance :

- avec explication de la prise de la tension artérielle
- surveillance de la prise de poids
- surveillance de l'ultrafiltration. Il faut peser les poches afin de pouvoir évaluer quotidiennement la quantité d'ultrafiltration réalisée lors des échanges.
- explication du dépistage de la péritonite, lors du drainage :
 - surveillance de l'aspect des poches
 - surveillance des douleurs abdominales
 - surveillance de la température.

Dès que la manipulation est satisfaisante, nous abordons l'éducation des soins locaux, c'est-à-dire le pansement.

La réfection se fait 3 fois par semaine avec surveillance de l'orifice : noter si rougeur, suintement, croûte; ainsi qu'une surveillance du trajet sous-cutané.

Enfin la diététicienne est sollicitée afin qu'elle puisse expliquer le régime alimentaire à suivre :

- hypoglycémique
- hyperprotidique

ainsi que les aliments à proscrire : aliments riches en potassium par exemple.

Toute cette éducation est faite soit au patient, soit à un membre de sa famille, ou à l'infirmière libérale.

IV - LA MISE À DOMICILE

1) La prise en charge par le SIRHEM ou par l'ADH

L'autonomie du patient se confirmant nous entreprenons la commande du matériel. L'IDE d'hémodialyse prend contact avec le patient, commande le matériel pour 1 mois (par FAX) ainsi que le nombre de poches selon prescription médicale.

De la date de livraison dépendra le retour à domicile.

2) La consultation au cabinet

Les consultations ont lieu toutes les 4 à 6 semaines.

Le médecin fait un examen médical, consulte les examens biologiques du mois.

Il peut y avoir une mise en œuvre des examens paracliniques :

- prescription biologique spécifique
- radio, environ 2 fois par an

Révision du traitement (ex : mise sous vitamine D ou sous érythropoïétine)

3) Le changement de ligne de 6 mois

Un rendez-vous est pris avec l'IDE pour le changement de ligne et pour la réfection du pansement (avec surveillance de l'orifice et du tunnel sous cutané)

Ceux-ci se font dans le bureau de la médecine du travail, juste à côté du service d'hémodialyse.

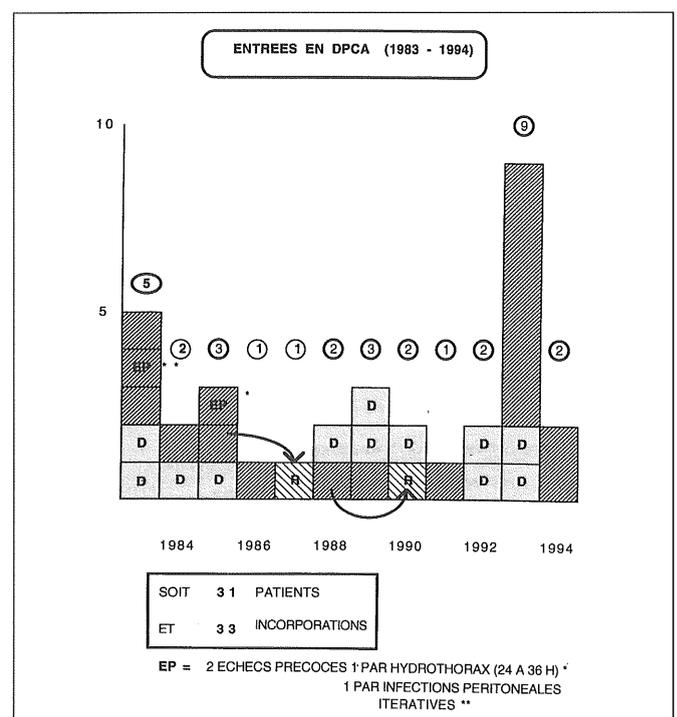
Le patient ramène tout son matériel; poche, ligne, coquille; seul l'UV Flash reste dans le service.

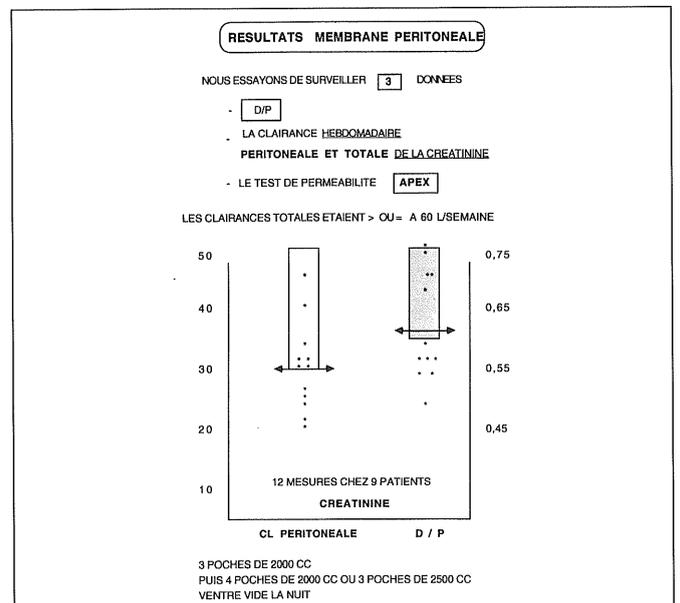
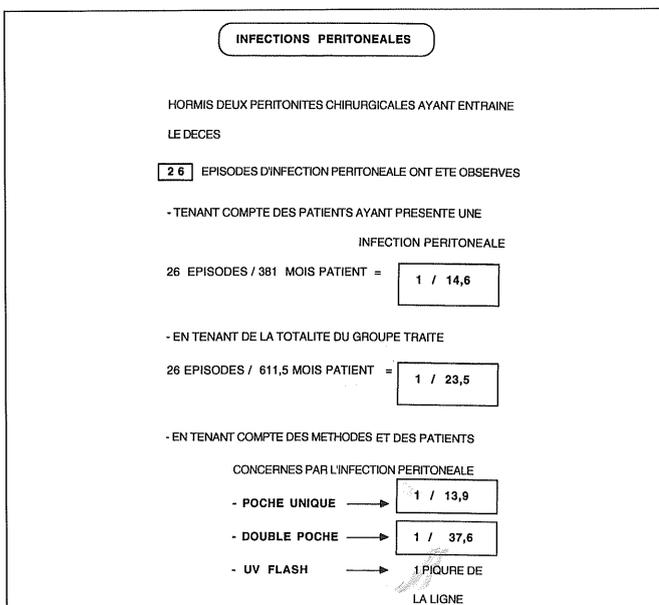
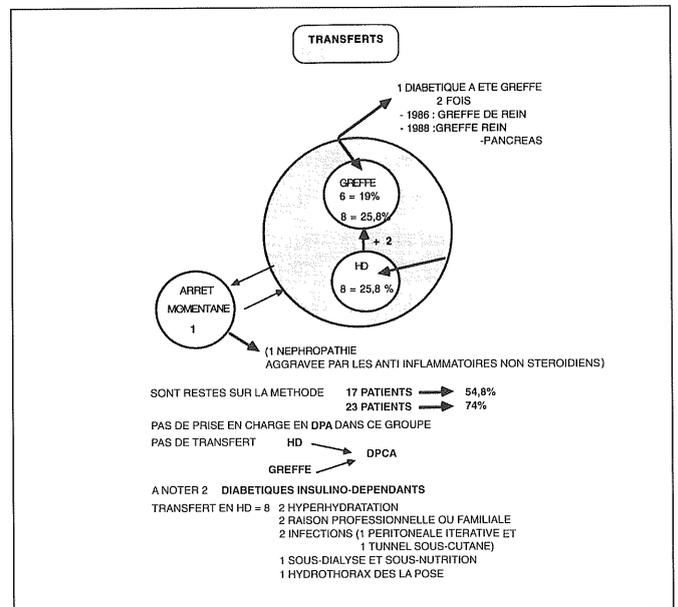
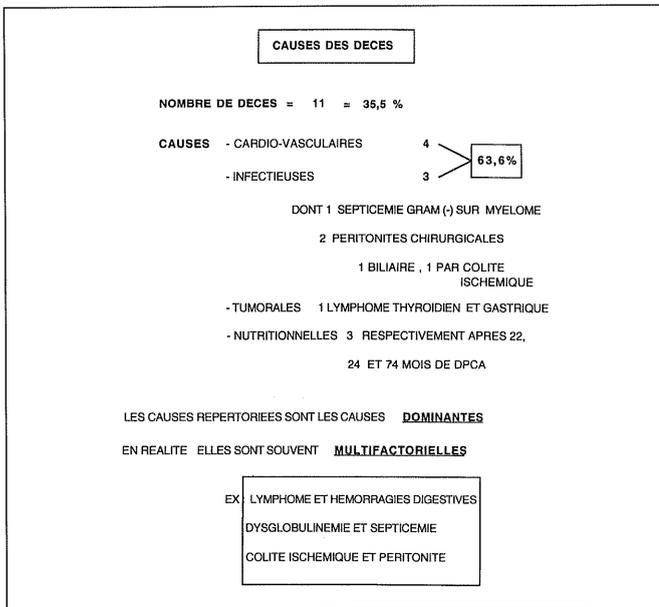
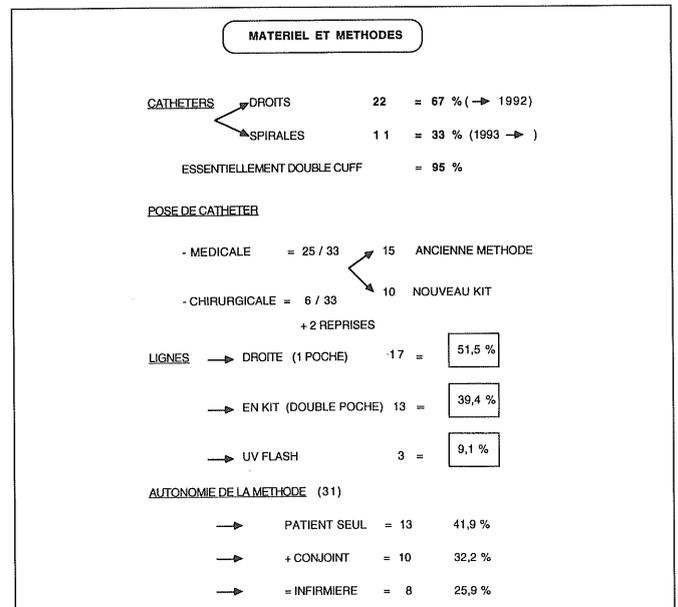
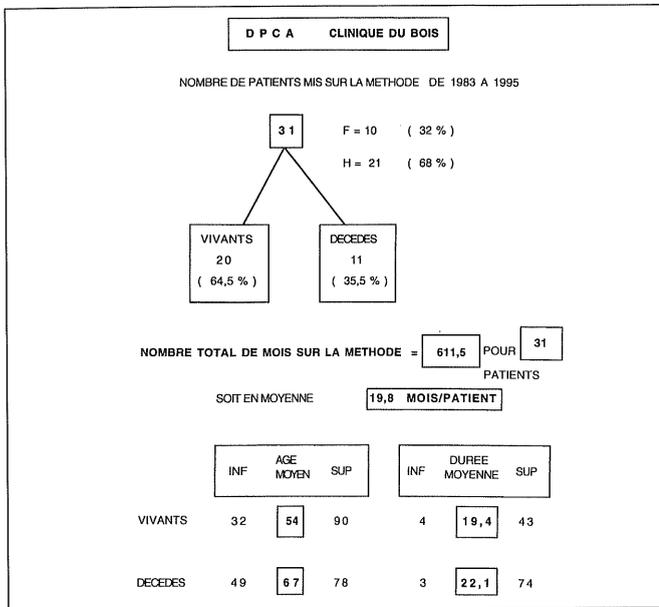
Des bilans peuvent être effectués en même temps :

- bilan standard
- temps d'apex (perméabilité du péritoine)
- clairance résiduelle urinaire
- clairance totale (clairance plasmatique + clairance urinaire)
- D/P

Mais le patient ne se retrouve pas isolé dès son retour à domicile, car il peut joindre le médecin, ou l'infirmière et trouver auprès d'eux un soutien psychologique et une réponse à ses questions.

V - STATISTIQUES SUR LA DPCA DE 1983 À 1994





**QUELQUES RESULTATS PARTIELS
DANS CETTE SERIE**

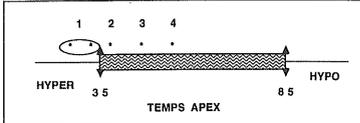
PATIENT F. FR MIS EN DPCA EN 1991

ANNEE	D / P	CLPER	% CLTHE	CL TOTALE
1992	0,56	24	42	68
1993	0,59	25	45	70
1994	0,53	30	54	60
1995	0,54	30	54	60

POCHES DE 1,36% - VENTRE VIDE LA NUIT.

S. CORP = 1,9 M2 - CL. TOTALE SOUHAITEE = 55 L/SEMAINE

**EVOLUTION DES CLAIRANCES DE CREATININE
SUR QUATRE ANNEES**



TEMPS APEX CHEZ QUATRE PATIENTS DONT UN HYPERPERMEABLE

ET POURTANT

L'EQUIPE SOIGNANTE A LA CONVICTION
DE DEVELOPPER LA DP SOUS TOUTES SES FORMES
(DPCA -DPCC -DPA)

ET SI NOUS UTILISONS NOTRE EXPERIENCE

31 PTTS CORRESPONDANT A 611 MOIS DE TRT

PRIX MOYEN /SEMAINE = 2947,47 FF = 11789,6 FF/MOIS

EQUIVALENT HD /SEMAINE = 5550 FF = 22200 FF/MOIS

DIFFERENTIEL EN FAVEUR DPCA = 10410,4 FF/MOIS

ECONOMIE POUR LA SOCIETE REALISEE
PAR CETTE ACTIVITE SUR 611 MOIS = 6.360.754 FF

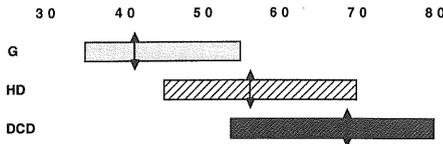
ET CECI SANS TENIR COMPTE DE L'ECONOMIE GNEREE
SUR LES FRAIS DE TRANSPORTS

HD = 3 TRANSPORTS / SEMAINE

DPCA = 1 TRANSPORT / MOIS POUR CONSULTATION
2 PAR AN POUR CHANGEMENT DE LA LIGNE
6 MOIS - TESTS
PUIS AU COUP PAR COUP

AGE A LA SORTIE DE LA METHODE

TRANSFERTS	MOYENNE	EXTREMES
VERS LA GREFFE (6 PTTS) <i>patients</i>	42	35 A 55 ANS
VERS L' HEMODIALYSE (8 PTTS)	56	45 A 70 ANS
DECEDES (11 PTTS)	69	54 A 79 ANS



QUELQUES ASPECTS ECONOMIQUES

PRISE EN CHARGE DES ACTES MEDICAUX

ACTES	CLINIQUE	MEDECIN
CONS.PRE-EER	HORS	CS
POSE CATHETER	F50 + FA	K 30
FORMATION	NON	3 K 20 (S)
CONS. SUIVI	HORS	CS
CHANGEMENT DE LIGNE + TESTS	NON	CS
CONS.URGENTE	NON	CS
HOSPITALISATION	PAS DE PRIX DE JOURNEE SPECIFIQUE DP	3 K 20 (S)
ETABLISSEMENT DU DOSSIER GREFFE	HORS	??

MANQUE D'INCITATIONS AU DEVELOPPEMENT EN SECTEUR PRIVE
AU NIVEAU DES STRUCTURES ADMINISTRATIVES

VI - CONCLUSION

Malgré l'absence de service spécifique à la DPCA, l'absence d'équipement supplémentaire et la difficulté de planification des changements de ligne, vous avez pu noter le peu de complications prouvant l'efficacité du traitement.

Et pour terminer, je tiens à remercier le Dr. Duchatelle pour toutes les statistiques et les renseignements qu'il m'a fournis.