

L

a diététique des insuffisants rénaux chroniques en hémodialyse. Qui doit s'adapter ?

Dr. Ph. BERTOCCHIO - C.H. MARTIGUES

Au début de ce siècle, le diagnostic d'urémie conduisait constamment à la mort à brève échéance, par absence de méthode d'épuration extra-rénale. La seule manière de traiter symptomatiquement ses conséquences était de diminuer les apports alimentaires. La diététique tenait une place de choix.

L'avènement des méthodes de dialyse quelques décennies plus tard n'a pas fait oublier ces règles. En effet leur imprécision nécessitait toujours un contrôle diététique strict. A cette époque par exemple, les transferts d'eau transmembranaires conduisaient à une hyperhydratation des malades pendant leur séance de dialyse!!!... ce qui bien entendu nécessitait une restriction hydrique drastique entre les séances.

Rapidement le développement de méthodes plus élaborées avec des matériels performants, et leur emploi à "grande échelle" ont permis de contrôler les échanges et d'optimiser les séances de dialyse. Très rapidement on put soustraire de l'eau, améliorer les clairances de l'urée, de la créatinine,... puis on s'intéressa au sodium, aux "toxines urémiques", à la B2 microglobuline.

Parallèlement se développèrent des marqueurs de la qualité d'épuration (Kt/V...), tandis que s'amélioraient les critères d'appréciation du poids idéal, de l'état métabolique, de l'équilibre cardiovasculaire.

Le spectre de la diététique obligatoire chez ces malades I.R.C.T. traités par E.E.R. s'éloigne donc progressivement..., au moins en apparence. Néanmoins, nous continuons à prescrire des régimes encouragés dans ce sens par le développement des marqueurs de l'état nutritionnel et des apports protéiques, (P.C.R....).

Il semble donc indispensable, 35 ans après la mise en place de la dialyse, comme traitement au long cours de l'insuffisance rénale chronique terminale, de faire le point sur ces apports et ses rapports avec la diététique de l'I.R.C.T. traitée par méthode de suppléance.

Nous laisserons volontairement de côté les pathologies extrarénales spécifiques qui pourraient conduire à des règles diététiques propres, pour ne nous intéresser qu'aux anomalies propres à l'I.R.C.T., nous limiterons aussi notre propos aux méthodes d'hémodialyse.

L'exposé qui va suivre positionnera le malade au centre d'une problématique pour laquelle nous entendons plus donner des orientations de réflexion que des "solutions toutes faites".

I) LES PROBLEMES QUOTIDIENS

Chaque jour, au lit du malade, nous nous intéressons à la prise de poids, donc à l'apport hydrique, à la richesse en sel et potassium de l'alimentation, à la kaliémie, au taux d'urée plasmatique pré-dialytique, et nous pestons devant une prise de poids excessive, une décompensation cardiaque ou tensionnelle, une hyperkaliémie, des taux d'urée trop élevés.

Nous ne manquons pas alors de fustiger nos malades... et de nous dédouaner préventivement des problèmes auxquels ils s'exposent.

Nous essayons de les ramener dans une zone "idéale" dont ils ne cessent de s'éloigner.

II) LE TERRAIN

Nos malades sont de plus en plus âgés. Leur âge moyen progresse approximativement d'1 an tous les ans... actuellement 65 ans.

Nous observons par ailleurs leur état cardiovasculaire, leur profil tensionnel et leur état nutritionnel.

Si nous ne savons intervenir sur leur âge, nous essayons désespérément d'améliorer les trois autres facteurs et donc de les ramener là encore dans une zone idéale.

III) LES SOLUTIONS DE PREMIERE INTENTION

Pour lutter contre les désordres dont nous les rendons en grande partie responsables, donc quelque part coupables, nous disposons de divers moyens :

- augmentation de la durée des séances,
- amélioration de la qualité des membranes,
- utilisation de techniques plus performantes,
- limitation de leurs apports.

Etant limités sur les 3 premiers points, nous continuons à leur infliger des restrictions diététiques, car là c'est leur travail...

IV) LA REALITE DU TERRAIN

Si nous observons mieux ce qui se passe réellement pour chaque malade dans chaque centre de traitement, qu'observons-nous ?

- 1) Nos malades n'échappent pas à la règle implacable de l'écoulement du temps : ILS VIEILLISSENT d'un an toutes les années!!!...
- 2) Leur ancienneté en hémodialyse suit la même règle!!!.
- 3) Leur état nutritionnel varie non seulement du fait de leur âge et de leur ancienneté en hémodialyse, mais aussi en cas d'agression par une pathologie intercurrente, selon les vicissitudes de la vie (baptême, mariage, communion, réception), selon leur état psychologique et leur mode de réaction...
- 4) Disposons-nous de toutes les possibilités techniques de traitement qui nous permettraient cette ADAPTABILITE utile et nécessaire à l'analyse de ce qui précède?

V) LES PROBLEMES SOULEVES

L'utilisation de ces solutions au jour le jour pour chaque malade n'est pas sans soulever "quelques" problèmes. En effet la "dialyse à la carte":

- 1) Modifie l'occupation des postes :

On peut effectuer 3 séances de 4 heures sur un poste,
ou 2 séances de 6 heures
ou 1 séance de 12 heures.

- 2) Modifie le coût d'une séance, plus elle est longue, plus elle est chère.

- 3) Nécessite l'emploi de techniques variées : HD, HF, HDF, BFSa, qu'il faut maîtriser, pour lesquelles on doit disposer de matériel spécifique, qu'il faut pouvoir mettre en œuvre à n'importe quel moment.

- 4) "Alourdit" le coût social.

En effet les techniques "coûteuses" doivent être employées d'après ce qui a été dit pour les malades plus âgés, donc les moins "productifs", les plus anciens en hémodialyse, les plus débilisés, ou pour les malades jeunes à forte masse musculaire, à activité physique importante, à l'occasion d'un épisode pathologique intercurrent, ce qui limite leurs possibilités de réintégration sociale.

VI) QUI INTERVIENT DANS LES ORIENTATIONS ?

Le choix d'une stratégie thérapeutique ou pour employer une locution "à la mode", d'un "projet thérapeutique", fait intervenir divers individus.

Plutôt que la relation tripartite MALADE-MACHINE-SOIGNANT classiquement décrite, il nous semble préférable d'envisager une Relation Cardinale Centrée sur le malade.

Si la machine conserve sa place, elle n'est qu'un pôle opposé aux décisions de l'équipe soignante, avec au premier rang le médecin qui suggère fortement l'emploi d'une technique et de sa méthodologie.

Ceux qui, comme moi croient aux apports de la diététique et de la nutrition, isoleront la diététicienne qui de ses conseils éclairés orientera choix de l'équipe soignante et apports alimentaires des malades. Elle viendra donc en contre point de

l'évaluation des habitudes et incertitudes auxquelles se heurtent nos malades dans leur vécu quotidien?

Mais en fait que cherchons-nous?

VII) LA TECHNIQUE IDEALE

C'est celle qui intègre tous les paramètres précédemment décrits et les adapte aux variabilités du terrain. Cela permet d'envisager une notion là encore "à la mode" :

La qualité de vie.,

et au risque de vous sembler provocateur, j'aimerais poser quelques questions.

VIII) LA QUALITE DE VIE ?

- Pourquoi une qualité de vie?

est-ce indispensable, utile, superflu?

est-ce un droit inaliénable?

- Quel type de qualité de vie?

style joyeux fétard courte mais bonne, ou ascète longue et laborieuse?

- Comment l'apprécier?

Kt/V, PCR, liberté diététique, liberté thérapeutique, réinsertion sociale, bien-être.

- Doit-elle être identique à celle des "sujets sains"?

quelle est la qualité de vie des malades souffrant d'autres déficits d'organe?

les sujets "sains" ont-ils des contraintes équivalentes à celles des malades dialysés?

cela donne-t'il des droits et/ou des devoirs aux uns ou aux autres, ou aux deux?

cela ne peut-il s'exprimer autrement?

IX) COMMENT SE POSER LES QUESTIONS

Où
Quand
Comment
Pourquoi } ne pas aller trop loin?

Trop loin dans la rigueur,

Trop loin dans le laxisme,

Trop loin dans la diététique,

Trop loin dans la technicité.

En définitive, la sagesse n'est-elle pas comme toujours de chercher le meilleur compromis entre la solution "idéale" et les limitations de nos compétences actuelles?

IN MEDIO VERITAS

jusqu'à l'apparition de l'organe artificiel parfait, à moins que d'autres solutions ne soient envisageables dès à présent.