

P

rise en charge de la personne âgée en hémodialyse

Marie LE MENN I.D.E., Yves LE GOFF I.D.E. - Service d'Hémodialyse. C.H.R.U. Morvan. - BREST.

INTRODUCTION

1 - Présentation du service

Le service d'hémodialyse du CHR de BREST comporte 11 postes d'hémodialyse, un poste d'échanges plasmatiques et un poste dit "aigu". Y sont dialysés des patients chroniques, des patients "aigus" (insuffisance rénale aiguë ou dialyses pré et post-transplantation), des vacanciers et des patients "en repli", provenant soit d'autres centres et hospitalisés au CHR, soit des unités d'autodialyse (convenance personnelle ou patients hospitalisés).

Depuis quelques années, une augmentation de la charge de travail a été ressentie par l'ensemble du personnel. Nous avons voulu en déterminer les causes. Pour cela, ont été utilisés d'une part le programme Logidial en service depuis 1991 dans notre centre, et d'autre part les archives du service.

Après un exposé de l'activité globale du service sur les quatre dernières années (1990-1993), nous évoquerons quelques aspects spécifiques au patient âgé dialysé, notamment au plan de l'accueil, des voies d'abord, des dialyses individuelles "à la carte", des incidents de séance et des pathologies associées.

2 - Activité globale du service

Le nombre de patients dialysés et le nombre de séances réalisées augmentent régulièrement (fig. 1). La proportion de patients de plus de 60 ans croît régulièrement, à l'inverse des moins de 40 ans, dirigés d'emblée vers les unités d'autodialyse (fig. 2). Il en est de même pour les dialysés de plus de 70 ans (fig. 3).

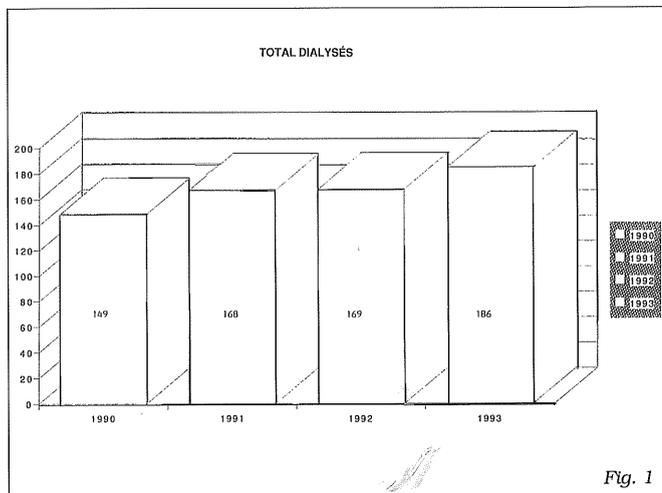


Fig. 1

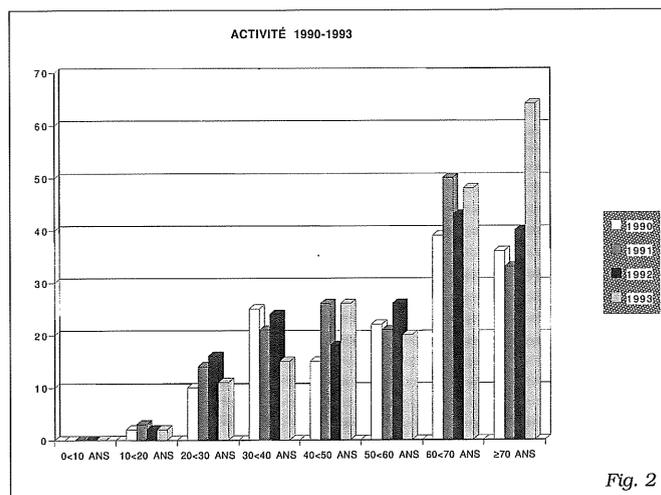


Fig. 2

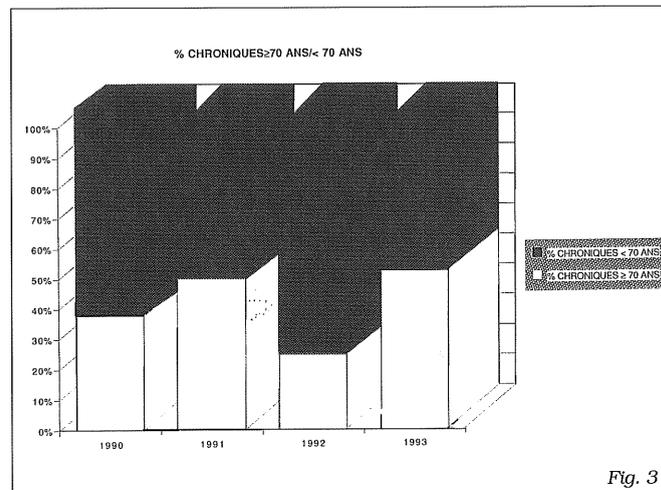


Fig. 3

La survenue de 13 décès en 1991 explique la nette diminution, en 1992, du nombre de patients âgés de plus de 70 ans ou plus.

A partir de ces constatations (augmentation de l'activité et prise en charge de patients de plus en plus âgés), nous avons voulu développer l'étude de la prise en charge de la personne âgée en prenant pour référence les patients âgés de 70 ans et plus sur l'année 93.

Nous nous intéresserons à quelques aspects particuliers de la prise en charge de la personne âgée en dialyse: accueil, voies d'abord, prescriptions individualisées, traitements associés et incidents de séance.

Les dialysés chroniques représentant environ 90% de l'activité totale du service, nous nous sommes uniquement intéressés à ceux-ci pour la poursuite de notre étude.

LA PERSONNE AGÉE

1 - L'accueil

L'autonomie parfois limitée, "l'agressivité" de la technique, la réduction des capacités intellectuelles, les difficultés de compréhension rendent nécessaire un accompagnement particulier. La prise en charge par l'équipe soignante doit être plus attentionnée qu'à l'ordinaire:

- aide au déshabillage et à la marche,
- vérification soigneuse du poids pour éviter tout risque d'erreur,
- aide à l'installation dans le lit,
- prise des constantes: pouls, tension artérielle (TA) et température.

Durant ce moment privilégié qu'est l'accueil du patient, l'infirmier(e) a pour objectifs de dédramatiser la dialyse, notamment lors des premières séances, et d'aider le patient à assumer son traitement en y participant plus ou moins activement:

- démystification de la maladie, du traitement et de la machine,
- explication et reformulation des termes médicaux,
- repérage de certaines erreurs, notamment sur le plan thérapeutique,
- conseils sur le régime et la prise de poids et, si besoin, orientation vers la diététicienne.

En exerçant son rôle d'éducation, complémentaire de la fonction de soignant, l'équipe soignante va chercher à aider le malade qui en profitera peut-être pour révéler ses inquiétudes et ses angoisses.

L'infirmier(e) n'est pas seulement un(e) technicien(e) dont la compétence rassure; c'est également quelqu'un qui connaît les patients et qui sait comprendre leurs besoins et leurs attentes voire les devancer. Ce lien privilégié permet souvent de repérer des plaintes ou des troubles et de les répercuter au médecin, le patient ne pensant ou n'osant pas s'adresser à lui.

Cette relation ne peut s'établir que sur une base de confiance après que malades et soignants aient appris à se connaître. Cette relation doit commencer dès la prise en charge en Néphrologie.

2 - Les voies d'abord

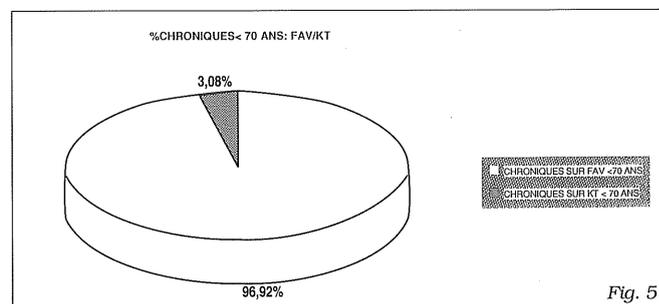
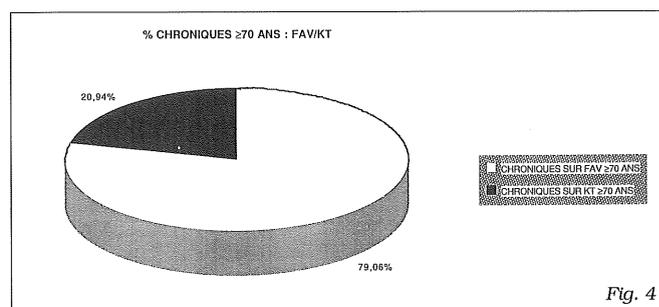
L'apparition et l'utilisation au long cours des cathéters double-flux percutanés (KTDF) comme voie d'abord permet de dialyser la personne âgée dans de meilleures conditions.

Ces cathéters sont utilisés:

- quand le patient présente un mauvais réseau vasculaire qui ne permet pas la création d'une fistule artério-veineuse (FAV),
- quand il y a eu des échecs répétés de tentatives de FAV,
- quand une pathologie cardiaque associée risque d'être aggravée par la création d'une fistule,

- et enfin, quand le patient se présente d'emblée en insuffisance rénale terminale sans avoir de suivi néphrologique préalable, et dans l'attente d'une fistule.

C'est ainsi que, dans notre centre, environ 21% des dialyses chez la personne âgée ont été réalisées sur KTDF, les 79% restants grâce à une FAV. Chez les personnes de moins de 70 ans, ce chiffre tombe à 3%. Il faut préciser que sur les 34 patients âgés de 70 ans ou plus en 1993, 15 (44%) ont été porteurs, à un moment de l'année, d'un KTDF. Parmi ceux-ci, 7 ont débuté leur dialyse en cours d'année et 4 sont décédés. C'est ce qui explique ce pourcentage de 21% sur le total des dialyses de l'année. (fig. 4 et fig. 5).



Le temps consacré au branchement d'un cathéter est plus long que celui demandé pour une fistule. En effet, il nécessite la présence de deux opérateurs (aide-soignant(e) et infirmier(e) ou 2 infirmier(e)s). Il s'accompagne d'un protocole d'asepsie comprenant lavage des mains, habillage et manipulations stériles.

3 - Techniques de dialyse

Bains spécifiques - Reins - Ultra-filtration

La fragilité de ces patients, du fait notamment de leurs pathologies associées, rend nécessaire une adaptation individuelle et fréquente des paramètres de la prescription. Ainsi, une lecture rigoureuse de la prescription médicale doit être observée par chaque infirmier(e), ceci afin d'éviter toute erreur.

De même, l'utilisation de reins de petite surface et de petite pente permettent d'éviter les complications.

De plus, l'âge et le mauvais état général amènent souvent une prescription individuelle d'ultra-filtration (UF) horaire maximale et donc une modulation des durées de séance selon la prise de poids. L'UF isolée est fréquemment interdite. Les débits sanguins sont habituellement plus faibles (250 voire 200 ml/mn).

Des bains particuliers sont fréquemment utilisés (enrichis en potassium ou en glucose). De même, certains ajustements de conductivité sont parfois indiqués.

Ces prescriptions concernent 12 patients sur 34 (35%).

Une surveillance plus stricte (prises de TA plus fréquentes, scope...) nécessite une présence plus assidue.

4 - Traitement en séance

Pour le traitement en séance, nous avons tenu compte de l'injection d'Erythropoïétine (EPO), des diverses injections réalisées durant la séance et des hyperalimentations (fig. 6).

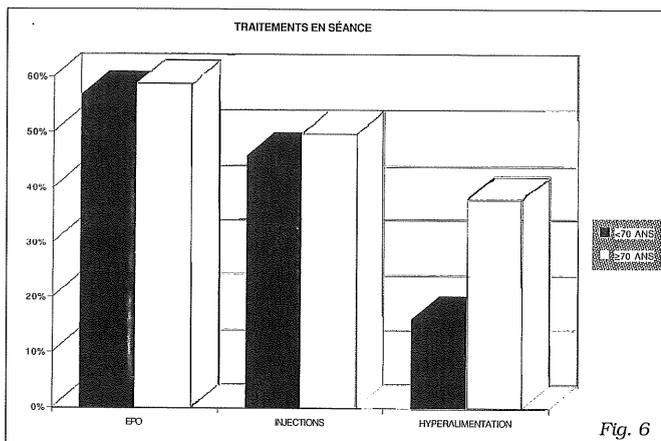


Fig. 6

a) EPO

Il semble que l'âge ne soit pas un critère pour la prescription d'EPO. En effet, quelque soit l'âge, un peu plus de 50% des dialysés reçoivent ce traitement.

b) Les injections

Ce sont tous les médicaments injectables prescrits durant la séance. Il apparaît que le pourcentage de patients bénéficiant d'injections ne diffère pas beaucoup avec l'âge. Par contre, le nombre d'injections sur une même séance est plus élevée chez la personne âgée. Ainsi, les patients de moins de 70 ans n'ont qu'une injection maximum par séance, alors que ceux de plus de 70 ans peuvent avoir jusqu'à 3 injection différentes au cours de la même séance (fig. 7). Les injections sont pour l'essentiel : du fer, du potassium, du Fonzylane®, plus rarement du phosphore.

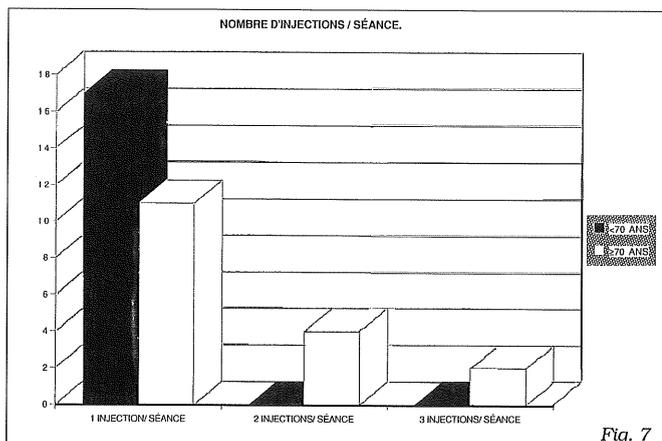


Fig. 7

c) L'hyperalimentation

La prévention de la dénutrition (facteur de mortalité et/ou de morbidité) est capitale. De nombreux facteurs y contribuent :

- mauvaise dentition,
- habitudes alimentaires,
- anorexie de l'insuffisance rénale,
- troubles digestifs sévères,

- rationnement plus ou moins "scientifiquement" prescrit, parfois autorationnement (pour ne pas prendre de poids...)

- perte d'autonomie et diminution des moyens matériels,

- situation de stress due à une intervention, une fièvre ou au seul fait de la dialyse, entraînant un hypercatabolisme et une perte d'acides aminés.

Cette dénutrition sera recherchée par un examen clinique, un bilan biologique et une enquête alimentaire. En fonction de ces résultats, une hyperalimentation pourra être prescrite : enrichissement du bain en glucose, prescription de Vitrimix®, Trivé 1000®, Ivêlip® et Néphramine®. Ils sont perfusés durant la séance à l'aide de la pompe de réinjection (fig. 8) ou d'une pompe indépendante.

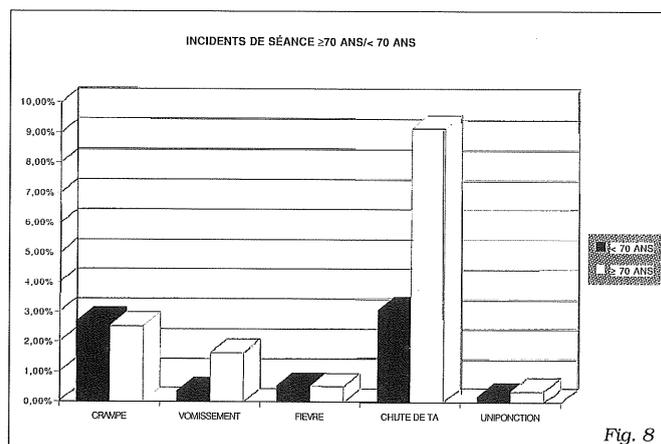


Fig. 8

Dans notre étude, il semble que la personne âgée soit plus dénutrie. En effet, 38% des patients âgés de 70 ans et plus ont une hyperalimentation contre 16% des autres. Précisons tout de même que pour les patients de moins de 60 ans, sur 4 personnes ayant bénéficié d'une hyperalimentation, 3 présentaient des pathologies graves (cancer et sida) et 1 a commencé sa dialyse dans un contexte de cachexie.

5 - Incidents de séance

Dans les incidents de séance, nous nous sommes intéressés aux crampes, vomissements, fièvre, chute de TA, mise en uniponction et désobstructions de cathéter.

a) Chutes de TA - Vomissements

Il apparaît nettement que les personnes âgées font beaucoup plus de chutes de tension artérielle pendant les séances que les autres. Ces chutes sont, sans doute, à mettre en rapport avec le mauvais état vasculaire et cardiaque de ces personnes. De même, les vomissements sont plus fréquents. En ce qui concerne les autres incidents, l'âge ne semble pas avoir d'influence.

Le classement des incidents de séance selon la voie d'abord met en évidence un plus grand nombre d'incidents chez les patients porteurs d'un cathéter, sauf en ce qui concerne la fièvre.

On constate également :

- d'une part, qu'il y a plus de vomissements chez les personnes âgées surtout si elles bénéficient d'une hyperalimentation,

- d'autre part, qu'il y a plus de vomissements chez les porteurs de cathéter; nous avons aussi remarqué que ceux-ci ont plus d'hyperalimentation : 9 patients sur 13, contre 4/13 pour les porteurs de FAV (fig. 9).

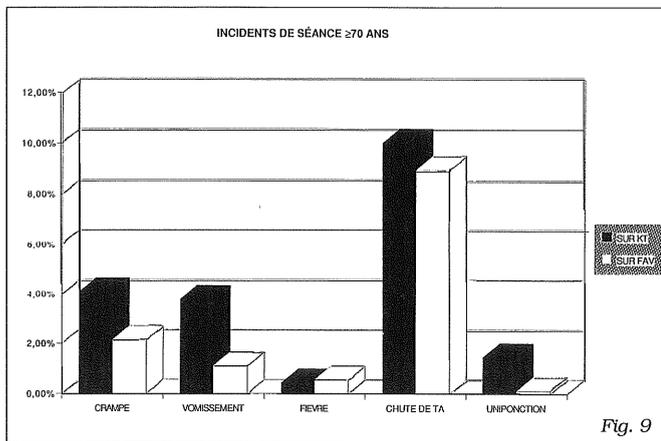


Fig. 9

On peut mettre en corrélation la survenue de vomissements et hyperalimentation (passée sur 3 ou 4 heures à débit élevé au lieu d'une journée).

b) Désobstructions de cathéter

En 1993, 682 séances de dialyse (sur 3257, soit 21%) ont été réalisées chez des patients chroniques, âgés de 70 ans et plus, au moyen de cathéters double-flux percutanés. Pour environ 14,5% d'entre elles, il a été nécessaire de pratiquer une désobstruction, soit parce que le cathéter débitait mal ou pas du tout, soit préventivement, compte-tenu de problèmes lors de la séance précédente.

Toute désobstruction de cathéter se déroule en présence du médecin prescripteur. Elle se fait en injectant de l'Urokinase® à 75000 UI en seringue électrique, à raison d'un flacon par branche de cathéter, sur une durée de 30 à 60 minutes.

Parmi les incidents de séance, la désobstruction de cathéter est celui qui demande le plus de temps au personnel soignant (fig. 10 et 11). Elle peut-être soit prévue et programmée en début de séance, soit décidée au branchement ou enfin nécessaire en cours de dialyse, ce qui oblige à la mise en circuit fermé et à un rebranchement.

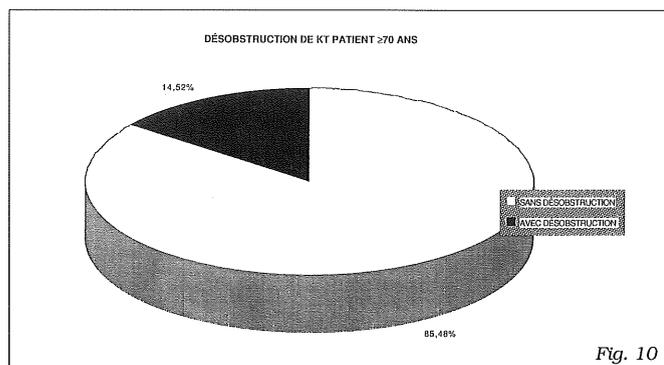


Fig. 10

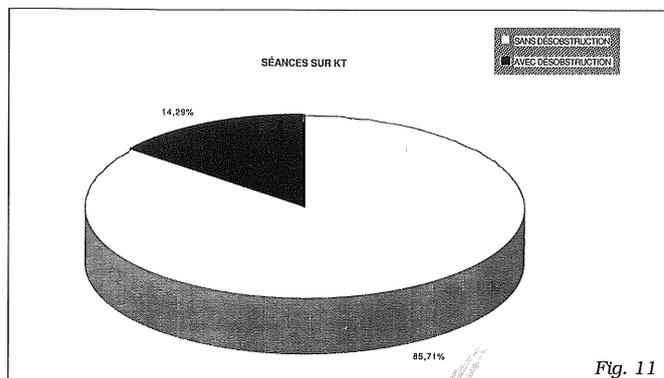


Fig. 11

Après cette désobstruction, bien souvent le cathéter est fonctionnel mais quelquefois, cependant, la mise en uniponction s'avère nécessaire, ce qui explique le plus grand pourcentage d'uniponction sur cathéter par rapport aux FAV.

6 - Pathologies associées

a) Les pathologies cardio-vasculaires sont les plus fréquentes: hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire cérébrale, artérite des membres inférieurs. Elles sont responsables de chutes de TA, crampes, douleurs angineuses. Plus rarement, ces 3 dernières années, sont survenus des Infarctus du myocarde (3 patients), des accidents vasculaires cérébraux (AVC) (4 patients) ou même des arrêts cardiaques (4 patients). Elles imposent une surveillance accrue, des soins et examens particuliers (ECG, prélèvements sanguins).

b) Les autres pathologies associées:

La fréquence de pathologies tumorales, digestives, rhumatologiques et psychiatriques est relativement importante dans cette population de personnes âgées.

La pathologie vasculaire cérébrale, associée à un syndrome de glissement, peut induire des états d'agitation en cours de séance.

Toutes ces pathologies peuvent déséquilibrer, parfois brutalement, un état clinique limite.

Parfois, la décompensation brutale d'un état précaire, voire l'installation d'une démence peuvent même faire discuter l'arrêt de l'épuration extra-rénale (2 patients).

CONCLUSION

Ainsi, le profil des dialysés semble se modifier depuis quelques années et, parmi ceux-ci, les personnes âgées prennent une très grande place (vieillesse des dialysés, prise en charge de patients de plus en plus âgés).

La dialyse des personnes âgées nécessite une surveillance accrue et une prise en charge multidisciplinaire, ce qui entraîne une augmentation de la charge de travail concernant ces personnes.

L'espérance de vie courte, du fait de l'âge et des pathologies associées, rend ce phénomène fluctuant au sein d'un même centre.

L'âge ne constituant plus une contre-indication à l'épuration extra-rénale, on verra de plus en plus de personnes âgées dans les centres de dialyse (fig. 12).

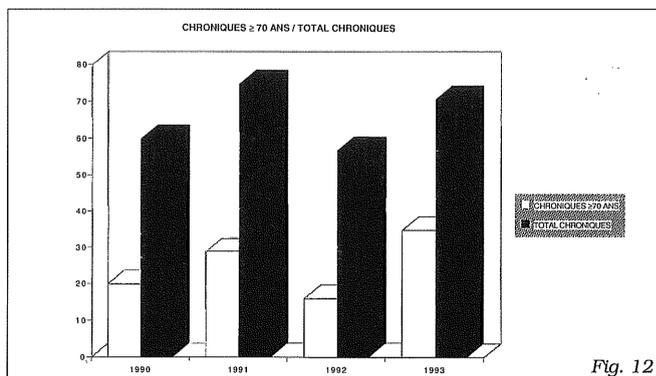


Fig. 12