



DIALYSE PÉRITONÉALE

Péritonite aseptique par pancréatite aiguë : deux observations

Régine TEXIER, Carmen GASQUET et Bernard BRANGER - Service de néphrologie et médecine C - CHU - NÎMES

La survenue d'une péritonite chez un patient en Dialyse Péritonéale (DP) est vécue comme un drame par le patient mais aussi comme un échec par l'infirmière d'éducation ou les infirmières libérales qui ont en charge ce malade. C'est un sujet toujours d'actualité en 2002, quel que soit le pays ou le centre où est réalisée la DP.

Actuellement en décembre 2002 le service de néphrologie du CHU de Nîmes gère 25 patients en dialyse péritonéale à domicile DPCA et DPA confondues.

Notre expérience de péritonite (référence juillet 2002 - RDPLF) est un épisode tous les 20,6 mois/patient et fait ressortir un pourcentage important de péritonites à culture négative soit 33 %.

A leur arrivée dans le service tout patient en DP qui présente des douleurs abdominales a un prélèvement de Liquide de Dialyse Péritonéale (LDP) fait sur flacon d'hémoculture ainsi qu'un examen direct. Une culture est définie comme positive lorsqu'elle s'associe à plus de 100 leuco/mm³ dont au moins 50 % de polynucléaires neutrophiles.

Ces 33 % de cultures négatives représentent 4 patients dont deux d'entre eux ont présenté une pancréatite aiguë et ce sont ces deux observations que nous présentons ci-après.

PRÉSENTATION DES 2 CAS

MADAME SAB.

Patiente âgée de 81 ans, en DPCA depuis mars 1999, avec assistance infirmière à domicile. Des séquences pathologiques peuvent être notées comme suit :

Chronologie :

- 11/99 : 1^{ère} poussée de pancréatite avec réaction péritonéale tardive.
- 5/12/99 : aspect LDP couleur pain brûlé (1 poche).
- 01/00 : récurrence après une reprise de l'alimentation, nouvelle poussée de pancréatite avec réaction péritonéale. L'examen scanner retrouve quelques calcifications pancréatiques vasculaires.
- 07/06/02 : elle est hospitalisée pour une péritonite avec poussée de pancréatite : avec lipasémie supérieure à 1825 UI/l (N < à 60 UI/l), amylasémie 486 UI/l (N < à 100 UI/l).

La décision d'arrêt de la dialyse péritonéale est prise avec ablation du cathéter de Tenckhoff et transfert définitif en hémodialyse le 24/07/02.

La cause de cette pancréatite est une hyperparathyroïdie connue pour laquelle il est envisagé une réduction chirurgicale.

MADAME CAL.

Patiente âgée de 62 ans, traitée par DPCA depuis février 2001 avec assistance infirmière en maison de retraite.

Chronologie :

- 04/07/01 : Péritonite à staphylocoque epidermidis + douleurs abdominales + diarrhées. Lipasémie = 2 fois la normale. Scanner abdominal du 11/07/01 = normal Echo abdominale = pancréas normal.
- 26/09/01 : Péritonite : strepto alpha hémolytique → régression sous ATB
- 17/07/02 : Péritonite avec syndrome abdominal, 1^{ère} poussée de pancréatite aiguë confirmée

28/07/02 : Lipasémie = 1880

29/07/02 : Scanner = pancréatite aiguë (stade B) avec coulée para-rénale, œdème du pancréas.

10/08/02 : Scanner = énorme coulée pancréatique avec compression de l'estomac = présence d'un sludge vésiculaire.

18/08/02 : Scanner = coulée pancréatique avec un kyste palpable de 15 cm x 15 cm.

01/09/02 : Douleur abdominale brutale = les médecins ont fait un essai de drainage de la cavité péritonéale par le cathéter de Tenckhoff ce qui a ramené un liquide épais chocolaté (kyste pancréatique fissuré).

- 04/09/02 : Scanner = 2 collections indépendantes qui nécessitent une intervention chirurgicale.

- 05/09/02 : Nécrosectomie pancréatique + cholécystectomie + ablation du cathéter de Tenckhoff.

Hospitalisation en réanimation chirurgicale du 5/09/02 au 11/09/02. Depuis sa sortie de réanimation, hospitalisation en Unité de Soins Intensifs, en néphrologie : état stationnaire jusqu'au 17/09/2002.

- 19/09/02 : Echo abdominale qui montre un épanchement intra-abdominal de faible quantité sans collection

- 21/09/02 : Scanner abdominal = 2 collections : 1 péri-hépatique gauche et 1 mésentérique gauche

Actuellement Madame CAL est ambulatoire en hémodialyse de suppléance et a repris une alimentation satisfaisante.

DISCUSSION

Dans les deux cas les patientes ont présenté cliniquement une douleur intense non calmée par les lavages qui ont

conduit à un traitement antalgique par morphinique. Cette douleur intense s'est associée à une réaction d'angoisse préoccupante avec état de stress sévère et par voie de conséquence des difficultés parmi le personnel infirmier hospitalier à gérer cette douleur et l'état de stress des patientes.

Biologiquement, les taux d'amylasémie (normale inférieure à 100) et lipase (inférieure à 60 U/l) étaient colossalement élevés, confirmant le diagnostic de pancréatite aiguë comme parmi les critères principaux diagnostiqués décrits dans la conférence de consensus sur les pancréatites aiguës de janvier 2001. Le diagnostic morphologique repose sur l'examen scannographique qui à la fois confirme le diagnostic et surtout l'évolution de la pancréatite.

CONDUITE À TENIR

- Le repos digestif impératif total pendant au moins 10 jours.
- Une alimentation par voie parentérale sur voie veineuse centrale pendant cette période.
- La douleur et l'importance de la thérapeutique symptomatique nécessitent un alitement prolongé provoquant une amyotrophie considérable. La rééducation à la marche et le nursing sont essentiels pour la réhabilitation.

La patiente la plus jeune n'a pas présenté de troubles trophiques mais des problèmes de marche importants.

RÔLE INFIRMIER

Comme pour tout patient hospitalisé sur une longue période, alité et en nutrition parentérale, ces deux patientes ont nécessité des soins de tous les instants afin d'éviter des troubles trophiques. Seule la patiente la plus âgée a présenté des escarres superficielles aux talons.

La charge en soins la plus importante a été au niveau du soutien psychologique pour les aider et les rassurer pendant les épisodes douloureux.

En effet toutes les deux ont eu des phases critiques pendant lesquelles le sentiment de mort était omniprésent et nous devons les aider à verbaliser cette peur afin de leur permettre de la surmonter.

Toutes les deux ont eu des difficultés pour faire le deuil de la technique de dialyse péritonéale à laquelle elles étaient très attachées, car elle leur évitait les déplacements et leur permettait de conserver une ouverture sur le monde extérieur et la société à travers les quatre passages journaliers des infirmières libérales.

CONCLUSION

Nous pouvons nous interroger sur le lien que peuvent avoir les pancréatites aiguës et la dialyse péritonéale. Il existe peu d'éléments de bibliographie rapportant la DP comme facteur favorisant¹⁻². Chez la première patiente, l'hyperparathyroïdie est probablement responsable de cette poussée de pancréatite, chez la seconde aucune étiologie nette n'a été mise en évidence, la cholécystectomie a été réalisée de principe mais aucune lithiase n'a été confirmée.

Le diagnostic initial repose sur l'importance des douleurs abdominales mal calmées par les moyens habituels et surtout par les tests biologiques révélant une augmentation des enzymes d'origine pancréatique³.

L'évolution récidivante est également un facteur qui doit absolument faire suspecter ce diagnostic dont la conséquence thérapeutique est l'abandon définitif de la technique de dialyse péritonéale. La mortalité est lourde (11 à 58 %)²⁻⁴ et nous nous réjouissons de l'issue favorable de nos deux observations.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- MOGYOROSI A, SCHUBERT ML : Peritoneal dialysis : an under appreciated cause of acute pancreatitis. Gastroenterology 2000, 119 ; 1407-8.
- 2- BRUNO MJ, VAN WESTERLOO DJ, VAN DORP WT, DEKKER W, FERVERDA J, TYTGAT GN, SCHUT NH : Acute pancreatitis in peritoneal dialysis and hemodialysis : risk, clinical course outcome and possible etiology. Gut 2000, 46 ; 385-9.
- 3- CARUANA RJ, VOLFMAN NT, KARSTAEDT N, WILSON DJ : Pancreatitis : an important cause of abdominal symptoms in patient on peritoneal dialysis. Am J Kidney Dis : 1986, 7 ; 135-40.
- 4- PANNEKEET MM, KREDIET RT, BOESCHOTEN EW, ARISZ L : Acute pancreatitis during CAPD in The Netherlands. Nephrol Dial Transplant 1993,8 ; 1376-81.