

DIALYSE PÉRITONÉALE

Les sorties prématurées en dialyse péritonéale

Jocelyne GADÉA - Infirmière en dialyse péritonéale - Odile RIVAULT - Patricia HUE
et Abderrezak KROURI - ANIDER - LE PETIT QUEVILLY/ROUEN



DÉFINIR CE QUE L'ON ENTEND PAR "SORTIE PRÉMATURÉE"

Pour définir une sortie prématurée j'ai interrogé les néphrologues de l'association ANIDER où je travaille ainsi que les néphrologues du CHU de Rouen.

Il faut différencier dans ces sorties prématurées 2 catégories :

- Les cathéters de DP qui n'ont jamais fonctionné et donc des patients qui ne sont jamais rentrés dans la technique de dialyse.
- Ceux pour qui le KT fonctionne mais qui sont restés en dialyse seulement deux mois parce qu'il fallait bien arrêter la notion de temps.

Maintenant qu'on a la notion de temps, on peut se poser la question :

POURQUOI PARLER DE CE SUJET ?

Parce que ça peut être un moment très difficile pour l'équipe soignante mais surtout pour le patient.

QUEL A ÉTÉ LE PARCOURS DU PATIENT ?

- Un suivi plus ou moins long par un néphrologue
- Une décision de mise en dialyse
- Un choix délibéré de technique
- Une visite avec l'anesthésiste
- La pose du KT de DP au bloc opératoire
- La prise en charge du patient par notre service
- Le suivi de l'insuffisance rénale et son évolution inexorable vers la phase terminale n'est pas une situation agréable et facile à vivre par le patient

L'ENTRÉE DANS LA TECHNIQUE DE DIALYSE PÉRITONÉALE

On entre dans le vif du sujet pour le patient

- Les cathéters qui n'ont jamais fonctionné
- 1^{er} pansement d'urgence à 10 jours de bloc
- 1^{er} rinçage du KT de DP 15 jours environ après la pose, selon l'urgence : on est en plein suspense. C'est à ce stade que l'on perçoit la 1^{ère} difficulté ; le dialysat rentre plus ou moins lentement mais le drainage est infini menu voire impossible.

Le patient perçoit les problèmes et surtout subit les contraintes.

- Radio ASP au CHU
- Retour chez nous

1^{er} constat : le KT peut être déplacé.

Si c'est le cas :

- Déclenchement de diarrhée
- Prise de RDV avec le chirurgien
- Prise de RDV avec l'anesthésiste

2^{ème} pose de KT de DP (s'il s'agit d'un repositionnement on peut dans ce cas rincer de nouveau le KT rapidement).

Par contre s'il s'agit d'une nouvelle pose de KT de DP il y aura de nouveau cicatrice et de nouveau il faudra attendre 15 jours.

Au second rinçage du KT nouveau problème de fonctionnement.

Entre le 1^{er} et 2^{ème} constat il a pu se passer 1 mois voire 1 mois et demi.

Au 2^{ème} constat quand on annonce l'échec définitif il faut bien répondre à cette question du patient :

"Qu'est ce qu'on fait maintenant ?"

Pas facile d'annoncer le passage en hémodialyse, c'est là le moment le plus difficile, la résignation est assez rare. C'est plutôt l'effondrement.

LE SCHÉMA MENTAL

Le patient a eu le temps de démarrer une formation donc de s'investir, d'avoir organisé sa future vie en conséquence et c'est un moment pénible pour l'équipe soignante face à l'effondrement du patient.

Et que dire sur le plan statistique quand cet investissement n'apparaît pas dans le bilan d'activité annuel ce qui permettrait également de répondre aux desiderata de l'équipe soignante pour justifier son activité vis-à-vis de l'administration.

LES PATIENTS RENTRÉS DANS LA TECHNIQUE

Le KT a donc bien fonctionné, mais les patients sont sortis de la technique au bout de deux mois maximum pour les diverses raisons qui vont suivre.

RÉCAPITULATIF DES SORTIES PRÉMATURÉES DANS NOTRE SERVICE

- Par décès : 5 (pas en rapport avec la dialyse)
- Par greffe : 3
- KT qui n'ont pas fonctionné : 5
- Sous dialysé : 2
- Pas IDE : 1 (dans le secteur ou des IDE qui refusent la prise en charge à cause du caractère du patient)
- Hernie Hydrocèle : 1
- Mal position du KT : 3
- Patient ingérable : 1
- Démence : 1
- Arrachement du KT : 1

- Epanchement pleural : 1
- Dénutrition : 1

LES PRINCIPALES CAUSES DE SORTIES PRÉMATURÉES

- Cathéters de DP mal positionnés ou non fonctionnels
- Péritoine Hypoperméable d'emblée donc mauvaise épuration
- Raison sociale (1 cas seulement)
- Démence, psychose
- Sortie par usure prématurée des infirmières libérales (troubles du caractère du patient)
- Hydrocèles
- Hernies
- Prolapsus
- Incontinence urinaire

LES QUESTIONS QU'ON PEUT SE POSER

- D'ordre médical

Avant la pose du KT la visite pré-dialyse prend toute sa valeur. Rechercher s'il y a eu plusieurs interventions chirurgicales, abdominales, pelviennes.

Rechercher une incontinence urinaire et éventuellement la traiter.

Rechercher un prolapsus.

Rechercher s'il y a des problèmes de prostate (hernies).

Voir si dans un cas de Polykystose, les reins ne sont pas trop volumineux si on opte pour une future greffe.

- D'ordre infirmier

Bien préparer les équipes soignantes à l'échec possible pour ne pas négativer le moral de l'équipe et pouvoir soutenir le patient et le faire progresser vers l'hémodialyse.

Enquêter et rechercher si nécessaire des infirmières libérales pour la dialyse du patient car, on le sait, cela prend énormément de temps.

Ne mettons donc pas trop vite les patients en DP.

Pas de DP à tout prix si on sait que l'on va à l'échec. Ne pas considérer la DP comme une solution d'attente de l'hémodialyse, même si la DP et l'hémodialyse sont deux techniques complémentaires.

C'est déjà dur d'accepter de rentrer dans une technique alors en accepter une deuxième !!!

C'est toute l'organisation personnelle du patient qui va s'en trouver perturbée.

Finies les dialyses à domicile il faudra se rendre 3 fois par semaine dans un centre de dialyse plus ou moins éloigné du domicile.

Finie l'autonomie, il faudra devenir davantage dépendant.

Pour certain la vie professionnelle risque d'être compromise.

Et qui dit passage en hémodialyse, dit de nouveaux examens complémentaires pour une création de fistule :

- nouveau rendez-vous avec le chirurgien
- nouveau rendez-vous avec l'anesthésiste
- de nouveau bloc opératoire et de nouveau cicatrice.

Il leur faudra vivre pendant un certain temps avec à la fois une fistule et un KT de DP qu'on enlèvera ultérieurement. Et là encore, de nouveau bloc opératoire.

C'est donc une somme de contraintes, de souffrances physique et morale qui viennent s'ajouter à d'autres déjà existantes.

Et même si les sorties prématurées restent assez exceptionnelles il ne faut pas les minimiser.