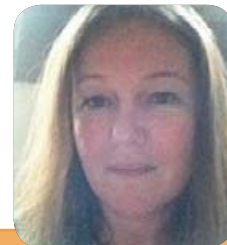


EXPÉRIENCE PLURIDISCIPLINAIRE DEDIÉE À LA PRISE EN CHARGE DE L'ANÉMIE DES DIALYSÉS TRAITÉS AU CENTRE LOURD DE LA CLINIQUE BOUCHARD



Joëlle MARIN, Infirmière référente, Chantal MARINO, Cadre de Santé, Docteurs Hélène SICHEZ-COM, Madeleine FOREL et Philippe GIAIME, Service d'hémodialyse, Clinique Bouchard, MARSEILLE

Le service dialyse de la Clinique Bouchard groupe Vitalia à Marseille c'est :

- 160 postes en centre lourd,
- 20 postes en UDM,
- 30 postes en autodialyse,
- 14 patients en DP,
- 6 néphrologues, 1 cadre de santé, 25 IDE, 10 ASQ, 3 IDE référents,
- 4 agents d'hygiène, 2 secrétaires, 3 techniciens.

Depuis 2005, nous essayons de former des groupes de travail dédiés à certaines prises en charge. Chaque groupe est animé par un néphrologue et les soignants sont tous volontaires.

Trois groupes de travail :

- Surveillance des Abords vasculaires
- Surveillance de l'état nutritionnel des patients
- Prise en charge de l'anémie des dialysés : Pourquoi ?

Un petit peu d'histoire pour se situer :

«Avant» la prise en charge de l'anémie était individuelle, réalisée par chaque néphrologue avec des prescriptions pouvant être modifiées 3 fois par semaine.

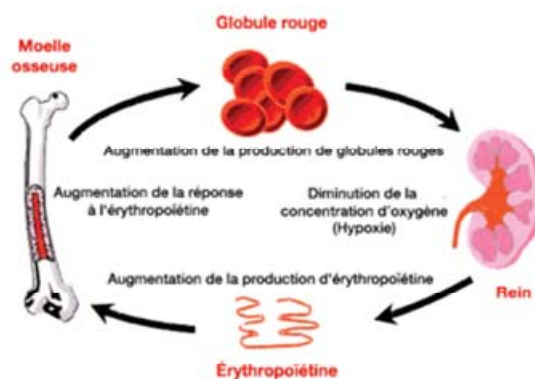
Il pouvait donc y avoir beaucoup d'interférences avec les différentes prescriptions.

Depuis l'apparition de l'EPO mensuelle, les recommandations préconisent une modification de traitement une fois par mois. Une petite dose intermédiaire pouvant être prescrite pour booster le début du traitement.

Aussi l'apparition des cibles dans lesquelles il est recommandé de maintenir le patient pour préserver leur état général nous amène à être mieux organisés.

L'ÉRYTHROPOÏÈSE

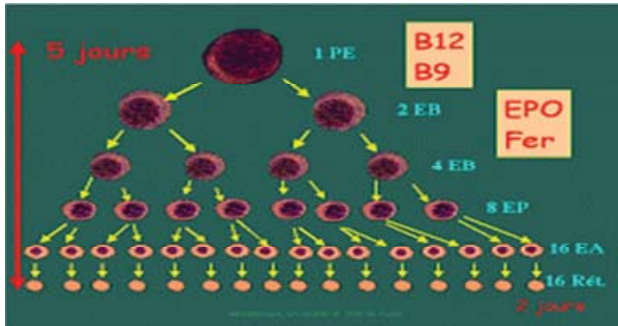
C'est le processus physiologique de fabrication des globules rouges.



L'hypoxie tissulaire (diminution de l'oxygène distribué) incite le rein à sécréter de l'érythropoïétine.

Celle-ci va stimuler les systèmes de production des érythrocytes au niveau de la moelle osseuse pour aboutir à une augmentation du nombre de globules rouges. Sous l'action de l'érythropoïétine, du fer, des Folates (Vit B9), de vita-

mine B12, une Cellule souche immature (Erythroblaste) va évoluer vers une cellule hyperspécialisée contenant de l'hémoglobine capable de transporter l'oxygène vers les tissus.



L'ANÉMIE RÉNALE

On parle d'anémie si : Hb < 13 g/dl chez l'homme, et 12 g/dl chez la femme.

L'anémie rénale est multifactorielle, avec des carences en érythropoïétine, en fer, en Folates (B9) et B12.

Elle est liée à :

- Une baisse de production rénale d'EPO.
- Une carence en fer par défaut d'apport et/ou d'absorption intestinale.
- Une carence en Vitamine B12 et Folates(B9) parfois due à un régime alimentaire.
- Des pertes sanguines liées au traitement (prélèvements, pertes de circuit, retrait des aiguilles, traitement anticoagulant pouvant entraîner des saignements digestifs, dentaires).
- Un état inflammatoire.
- Une baisse de la durée de vie des GR.
- Les toxines urémiques.
- Une fibrose médullaire.

Les recommandations de l'HAS

Elles déterminent des cibles pour assurer aux patients un état général satisfaisant dans un souci d'efficacité et d'efficience.

Elles sont :

- **HB entre 10 et 12 g/dl** : même si cette cible peut être modérée selon le patient, dans certains cas on pourrait tolérer 12,5 g/dl chez un insuffisant respiratoire par exemple.
- **Le coefficient de saturation > 30%** : représente le fer utilisable (CST).
- **La ferritine** qui est la capacité de stockage du fer, ne doit pas dépasser 800µg/L.

Maintenir les patients hors de ces cibles augmente le risque de maladies cardiovasculaires.

Le traitement

- Supplémentation en EPO sous forme d'EPO de synthèse administrée toutes les semaines ou tous les mois.
- Supplémentation en fer si la ferritine est < à 800µg/L.
- Supplémentation en Folates(B9) sous forme de comprimés (Spéciafoldine). La prise de médicaments nécessite l'adhésion du patient pour une bonne observance.
- Supplémentation en Vitamine B12 sous forme d'ampoule buvable pouvant être distribuée au décours d'une séance une à deux fois par mois.
- Traiter les facteurs de résistance : les causes de l'anémie, la dénutrition, la dialyse inadéquate, l'hyperparathyroïdie.

LA REVUE ANÉMIE

Une revue c'est une publication périodique (souvent mensuelle) et spécialisée dans un domaine. C'est passer en revue tous les cas.

En 2012, 2 néphrologues proposent d'organiser la prise en charge de l'anémie des patients traités dans le centre lourd et en UDM.

Pourquoi ? Quels objectifs ?

- Pour avoir une vision précise de la file active des patients afin d'obtenir une stabilité de l'hémoglobine en évitant les interventions trop fréquentes sur les prescriptions. Il s'agit d'homogénéiser les pratiques de prescriptions pour maintenir les patients dans les cibles recommandées.
- Pour laisser plus de temps, plus de disponibilités, plus d'écoute pendant les visites des néphrologues, l'anémie étant gérée en dehors des séances.
- Pour dépister les événements générant une résistance à l'action de l'EPO.

Quels moyens s'est-on donné ?

- Du temps : Un temps dédié à la prise en charge de l'anémie en dehors des séances. Le cas de chaque patient est analysé en réunion une fois par mois
- Une Equipe pluridisciplinaire composée de :
 - Deux néphrologues engagés, cooptés par l'équipe. Un seul est présent à chaque réunion. Il évalue les prescriptions précédentes, fait une synthèse de tous les éléments avancés avant de déterminer la prescription de fer et EPO.
 - La pharmacienne enregistre tous les nouveaux patients, présente l'antériorité des prescriptions en fer et EPO sur 3 mois. Elle veille à l'administration

et à la traçabilité des doses d'EPO prescrites en réunion. Ainsi elle s'assure du bon usage des médicaments et peut correctement gérer ses stocks.

- L'équipe soignante, représentée par la cadre et/ou une IDE référente, capable de relater des événements récents survenus chez les patients : transfusion au cours du mois précédents, diagnostic d'une néoplasie, traitement d'un syndrome inflammatoire, épisode infectieux, état de l'abord vasculaire, restitution de mauvaise qualité, perte de circuits....

- **On utilise une extraction hémodialyse** (logiciel de dialyse) avec un recul de 6 mois sur l'Hb, Le CST (coef. de saturation de la transferrine), la ferritine.

Quel protocole est établi ?

- Les bilans
NFS, bilan martial, CRP sont prélevés les premiers mercredi et jeudi du mois. La réunion a lieu la semaine suivante.
- Prescription du fer
Ferritine > 800 : arrêt du fer.
Si CST < 20% : 2 ampoules par semaine.
Si CST entre 20 et 25% : 1 ampoule par semaine.
Si CST > 25% : 1 ampoule / 15 jours.
Si CST > 30% : 1 ampoule par mois.
L'adaptation se fait ensuite selon la dose prescrite le mois précédent.
- Schéma fer et EPO
Si Hb > 10g / dl : regarder d'abord l'hémoglobine et adapter la prescription selon la cinétique.
10 à 12 et pas d'augmentation de + 2g/dl en 1 mois : pas de modification.
10 à 12 et augmentation de + 2 g/dl en 1 mois : diviser la dose d'EPO par 2.
Si Hb < 10 g/dl regarder d'abord le fer exemple CST < 20% : 2 ampoules de fer et augmenter l'EPO de 25%.
Les nouvelles prescriptions sont saisies dans hémodialyse et administrées cette même semaine.

Quels résultats ?

Un confort de travail plébiscité par tous les néphrologues. Ils ont tous été interrogés sur ce sujet et apprécient cette organisation qui leur laisse du temps pour gérer beaucoup d'autres événements. Certains sont aussi en charge de la surveillance des abords vasculaires, de l'équilibre phosphocalcique ou de l'état nutritionnel.

Entre 2013 et 2015 la proportion de patients dans les cibles recommandées est passée de 54 à 62%.

Cette nette progression montre que la revue anémie est

une attitude positive à poursuivre et à améliorer.

Quels axes d'amélioration ?

Depuis début 2015 nous pouvons procéder à l'extraction sur une seule fiche de l'antériorité (6mois) de l'Hb, du fer et du CST.

Ainsi le protocole évolue avec l'observation de la cinétique de la courbe. La vitesse de progression des éléments est considérée pour déterminer la prescription.

CONCLUSION

Aujourd'hui nous pouvons affirmer que la prescription Fer et EPO n'est ni aléatoire, ni prescripteur dépendante.

Elle est véritablement basée sur des données scientifiques appliquées grâce à une organisation humaine inscrite dans un esprit d'équipe.

Quantifier la prise en charge de l'anémie est complexe car nous soignons des patients en centre lourd avec souvent des polyopathologies, un état général instable justifiant des hospitalisations fréquentes.

Mais de nombreuses publications n'ont-elles pas démontré que la prise en charge de l'anémie permet d'améliorer la qualité de vie et de prévenir de nombreux risques cardiovasculaires ?