



Parmi les méthodes de dialyse proposées aux insuffisants rénaux, la dialyse péritonéale automatisée (DPA) est fréquemment choisie par les patients soucieux de garder un maximum d'autonomie dans la prise en charge de leur maladie. Cependant, malgré les précautions prises par les équipes de dialyse, certains patients rencontrent des difficultés au cours du traitement.

Nous avons souhaité vous rapporter le cas de deux patients ayant rencontré des problèmes en DPA, sans détailler l'ensemble des complications pouvant survenir avec cette méthode.

Après un bref rappel sur les modalités du traitement par dialyse péritonéale (DP) et surtout par DPA, nous exposerons le cas de ces deux patients dont le choix s'est orienté vers la DPA et sur les problèmes qu'ils ont rencontrés. Nous reviendrons sur les motivations qui incitent les patients à choisir cette méthode et sur les indications retenues par les néphrologues pour la proposer.

RAPPEL SUR LES MODALITÉS DE LA DP

La DP consiste à introduire dans la cavité péritonéale un liquide de dialyse dont la composition est proche de celle du plasma, hormis la créatinine, l'urée, le potassium, le phosphore et autres déchets de l'organisme. Les échanges entre le plasma et le dialysat se font à travers la membrane péritonéale, qui sert de rein artificiel.

Il existe différentes modalités de DP :

- La dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) : méthode manuelle à régime continu, avec la présence constante de dialysat dans la cavité péritonéale ; la solution est changée 3 à 4 fois par 24 heures ; les échanges sont réalisés de jour et la nuit, du dialysat est infusé pour une stase longue.
- La DPA : technique automatisée, réalisée avec une machine appelée cycleur, de façon inverse à la DPCA ; les échanges sont effectués la nuit, pendant le sommeil, par le cycleur, selon un programme préalablement établi (le cycleur permet donc à la fois la programmation et la réalisation des séances de dialyse).

Plusieurs types de programmation sont possibles

- la DPCC : dialyse péritonéale continue cyclique ; elle comporte 4 à 8 échanges courts, nocturnes et un échange long diurne.
- La DPCO : dialyse péritonéale continue optimisée ; identique à la DPCC, elle comprend un échange diurne supplémentaire afin d'augmenter le volume et donc la performance de la dialyse.
- La DPIN : dialyse péritonéale intermittente nocturne ; comme avec la DPCC, il y a 4 à 8 échanges courts nocturnes mais avec un drainage le matin ; la cavité péritonéale reste donc vide le jour.

Toutes ces modalités de DPA peuvent se faire selon le mode fluctuant, qui consiste à laisser en permanence, pendant la séance, une certaine quantité de dialysat dans la cavité péritonéale ; à chaque nouvelle infusion, ce dialysat laissé en place va être mélangé avec le nouveau liquide apporté par le cycle suivant. L'intérêt est de diminuer la durée des cycles et d'augmenter leur nombre en gardant la même durée totale de séance ; le volume d'échanges est ainsi également augmenté.

CAS DE DEUX PATIENTS DONT LE CHOIX S'EST ORIENTÉ VERS LA DPA

Mme T., âgée de 32 ans.

- Antécédents : transsexualité ; la cause de l'insuffisance rénale n'a pas été déterminée ; son père a été traité par hémodialyse pour une insuffisance rénale de cause inconnue ; il est décédé alors qu'il était greffé.
- Situation socioprofessionnelle et familiale : lors de la prise en dialyse, la patiente était sans emploi, avec un statut d'adulte handicapée ; elle est actuellement en reprise d'activité ; elle vit avec son ami.
- Traitement de 1ère intention : lorsqu'elle a été prise en charge en Néphrologie, elle a pu bénéficier des informations sur les différents modes de prise en charge par épuration extrarénale, et, par phobie des ponctions veineuses, a choisi la DP. Dans un premier temps, elle a présenté d'importantes douleurs

abdominales, récurrentes, à l'origine de nombreux appels dans le service et de plusieurs passages aux Urgences. Le dialysat "standard" a été remplacé par du Physioneal, et le régime est passé en mode fluctuant ; les douleurs ont ainsi disparu.

- Traitement actuel : la patiente est en DPCC avec des séances de 9 heures, un volume de 14 litres ; le mode est fluctuant, avec drainage de 85% du volume intrapéritonéal ; elle reçoit ainsi 6 poches de 2,5 litres de Physioneal, isotoniques, et 2,5 litres d'Extraneal, en stase longue diurne.
- Avenir : une plastie vaginale est envisagée avant la transplantation rénale ; elle souhaite poursuivre le plus longtemps possible la DPA, malgré une adéquation non optimale.

Mr D., âgé de 59 ans.

- Antécédents : HTA.
- Situation socioprofessionnelle et familiale : Mr D. est en préretraite ; il vit avec son épouse, atteinte d'un cancer et dépressive ; elle n'a pas accompagné son mari au cours du suivi néphrologique, avant la prise en charge en dialyse, ni lors des consultations d'information sur les différentes techniques d'épuration extra-rénale.
- Traitement de 1ère intention : Mr D. a d'emblée choisi la DP ; cependant, la fonction rénale s'est détériorée brutalement, avec la nécessité de recourir à l'hémodialyse en urgence, sur cathéter central ; dans l'ensemble, hormis quelques problèmes de cathéters, les séances de dialyse se sont bien passées. Mr D. a persisté dans son choix de traitement par DP et a pu être rapidement formé à la DPCA. Une mauvaise adéquation a fait recourir à la DPA. Au cours de chaque séance, sont survenues des alarmes, 8 à 10 fois par nuit ; le programme de DPA a été modifié et est passé en mode fluctuant ; les alarmes ont quasiment disparu, rendant le sommeil au patient et la poursuite du traitement par DPA acceptable.

Le PET test a montré une hypoperméabilité ; nous avons proposé le transfert en Hémodialyse, ce que le patient ne souhaite pas : il préférerait "faire 6 poches par jour plutôt que d'être hémodialysé", dit-il.

- Traitement actuel : Mr D. est sous DPCC ; il reçoit lors de chaque séance 15 litres de poches Balance, avec 5 cycles par séance, et 2 litres d'Extraneal, durant la journée ; la durée d'une séance est de 8 heures et il est traité 6 nuits sur 7.
- Avenir : il est plutôt incertain en ce qui concerne la DPA ; en effet, le patient ne souhaite pas être greffé et se pose le problème de l'hypoperméabilité ; s'il devient anurique, la mauvaise adéquation va contraindre au passage en hémodialyse.

SOUHAITS DU PATIENT

Le but du néphrologue est de proposer au patient le traitement le plus acceptable ; en effet, la dialyse représente une contrainte, qui sera plus facilement acceptée si le patient a pu choisir la méthode d'épuration extra-rénale correspondant le mieux à son choix et à son mode de vie.

Nous souhaitons donc, quand cela est possible laisser le patient choisir entre HD et DP, et s'il opte pour la DP, lui proposer la DPA. Il s'agit pour cette dernière d'une modalité de traitement favorisant l'autonomie, et donc moins contraignante pour des sujets présentant une pathologie lourde, et dont le désir de garder la plus grande liberté possible nous semble légitime ; en effet, 75 % des patients en DPA sont autonomes, contre 44 % des patients en DPCA.

Quels sont les éléments pouvant guider le choix du patient ?

- Activité professionnelle ; le but est de maintenir le patient dans son activité professionnelle, et pour cela, il convient de libérer les journées des échanges diurnes.
- Situation familiale ; il est parfois difficile pour le ou la conjoint(e) d'accepter l'intrusion du traitement au domicile et parfois le passage des infirmières lorsque le patient n'est pas autonome ; le cycleur est placé dans la chambre à coucher et le fait de modifier la disposition du mobilier et de stocker le matériel peut être difficile à admettre.

Acceptabilité de la méthode ;

- Age : il paraît évident qu'une personne âgée sera plus angoissée par une machine qu'un sujet jeune, éventuellement familiarisé avec l'informatique, et qui ne sera pas rebuté par le côté technique du cycleur.
- Technicité : la DP nécessite une formation des patients ; même si la programmation est réalisée par l'équipe médicale et paramédicale du centre de dialyse et si certains patients n'assurent pas eux-mêmes les connections, il faut savoir gérer les alarmes qui risquent de se déclencher et y répondre de manière adéquate.

Temps passé et temps perdu.

J'aimerais vous rappeler une estimation des temps hebdomadaires dévolus à la dialyse selon la méthode choisie (Dr C. Verger, Officiel Santé, Juin/Juillet 2004) :

- DPCA : 14 à 16 h, à horaires libres si le patient est autonome (si le patient n'est pas autonome, les horaires peuvent être modulés, mais ne sont pas libres).
- PDA : 4 à 7 à horaires libres si le patient est autonome.
- HD : 12 à 15 h, plus 2 à 6 heures de transports, à horaires fixés par l'organisation du centre de dialyse.

La DPA semble donc être la technique dont le retentissement social est le plus faible, et donc le plus acceptable.

OPINION DU NÉPHROLOGUE

Le néphrologue souhaite l'adhésion au traitement par le patient, gage d'une meilleure compliance. Mais d'autres critères sont à prendre en compte, au premier rang desquels l'adéquation ; en effet, le but de la dialyse est d'assurer une qualité et une espérance de vie aussi proches que possible de la normale.

Objectifs médicaux : contrôle de l'anémie, de la pression artérielle, de l'équilibre hydrosodé ; assurer la prévention des complications (dénutrition, calcifications cardio-vasculaires, arthropathie).

Pour atteindre ces objectifs, il faut une dose d'épuration suffisante ; la DPA permet de majorer le volume d'échanges ; pour évaluer la qualité de l'épuration, le néphrologue dispose de tests et de paramètres biologiques (KT/V, clairance de la créatinine).

Objectifs non médicaux : préserver la qualité de vie et l'insertion socioprofessionnelle doivent être au premier plan des préoccupations du néphrologue : pour exemple, lorsque l'on programme une séance de DPA, le premier paramètre programmé est la durée de la séance, pour un volume d'échange défini ; en effet, de cela découlent la qualité de vie et l'acceptabilité de la méthode.

Indications.

Les indications de DPA sont actuellement en train de changer ; il faut tenir compte du vieillissement de la population et, si la DPA était proposée aux sujets jeunes, en attente de transplantation rénale, en activité professionnelle, en bon état nutritionnel, actuellement les indications ont tendance à s'élargir aux personnes âgées, non autonomes ; en effet, 4 passages quotidiens peuvent être difficiles à gérer pour les infirmières libérales, qui ont déjà une importante charge de travail.

CONCLUSION

La DPA est fréquemment choisie par des patients désirant garder une certaine autonomie dans le traitement d'une maladie chronique restant très contraignant. C'est le fait qu'ils l'aient choisie qui permet aux patients, avec l'aide des équipes de dialyse péritonéale et parfois des laboratoires impliqués dans la DP, de surmonter certaines difficultés pouvant survenir au cours du traitement. Il existe en outre de nombreuses modalités en DPA qui permettent d'adapter la prescription et de mieux couvrir les besoins des patients. De nouvelles solutions sont apparues, diminuant les effets secondaires du traitement et le rendant plus acceptable.



Docteur Geneviève DUMONT

Néphrologue

CHR La Source
Orléans