



**AFDTN**

former pour mieux soigner

# Prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques

NOUMEA 08\_03\_2016

# Les différentes modalités de prise en charge

- **Hémodialyse**
  - Centre
  - UDM
  - Autodialyse
    - Assistée
    - Simple
  - Dialyse à domicile
- **Dialyse péritonéale**
  - Domicile
  
- **TRANSPLANTATION**

## Les chiffres de l'insuffisance rénale

- Combien y a-t-il d'insuffisants rénaux en France ?
  - 3 Millions d'insuffisants rénaux chroniques
  - Combien sont déjà au stade terminal et donc traités ?
    - + de 77 000 IRC au stade terminal
      - 42000 patients dialysés (450 en Calédonie)
      - 35000 patients greffés (150 en Calédonie)

## LES CHIFFRES DE L' INSUFFISANCE RENALE (2)

- Augmentation de 5 à 7% par an de l' IRCT
- Problème de santé publique, coût annuel 70 000€/patient/an
- 3470 transplantations rénales en 2015 (+7,4%) dont 537 à partir de donneur vivant (+15,5%)
- 15470 patients sur liste d' attente en 2014

## Information et éducation thérapeutique du patient

- Prendre en compte les représentations du patient et de sa famille
- Intégrer l' autosurveillance du poids, de la pression artérielle, l' adaptation du mode de vie (activité physique, alimentation) et les mesures de néphroprotection.
- Convenir d' objectifs partagés : diététiques, activité physique, sevrage tabagique.
- Prévoir l' intervention du diététicien
- Impliquer si nécessaire le psychologue, le tabacologue, ou et inciter le patient à participer à un programme d' éducation thérapeutique

## **OBJECTIFS: l'information et une éducation thérapeutique adaptée sont complémentaires des soins**

- Permettre au patient d'acquérir et de maintenir les compétences dont il a besoin pour:
  - Améliorer sa santé
  - Atteindre les objectifs des traitements afin de ralentir la progression de la maladie rénale, prévenir le risque cardio-vasculaire, éviter ou retarder les complications et contribuer à leur traitement
- -Améliorer ou préserver sa qualité de vie

## **INFORMATION ET OBJECTIFS PEDAGOGIQUES (1)**

- Mesures de néphroprotection (médicaments, examens radiologiques, risques professionnels en relation avec le médecin du travail)**
- Modification des risques cardio-vasculaires : tabac, intérêt de l' automesure tensionnelle, éviter le surpoids, l' obésité et la sédentarité.**
- Conseils d' activités physiques: expliquer le rôle bénéfique sur la fonction rénale et le risque cardio-vasculaire**
- Conseils diététiques: équilibre des apports énergétiques, apports en eau, limitation du sel à maximum 6g/J, normaliser la consommation de protéines (entre 0,8 et 1g/K/J)**

## **INFORMATION ET OBJECTIFS PEDAGOGIQUES (2)**

- Protection du capital veineux: protections à prendre pour protéger les membres supérieurs de tout prélèvement sanguin**
- Signes, symptômes de la MRC: savoir réagir, qui prévenir.**

## Contrôle des prescriptions médicamenteuses

- Ajustement des médicaments à élimination rénale
- Signes, symptômes de la MRC: savoir réagir, qui prévenir.

## Vaccinations

- Contre la grippe saisonnière pour tous les patients
- Hépatite B: après vérification du statut sérologique du patient et de la séroprotection des sujets vaccinés  
Vaccination des sujets séronégatifs non protégés (Ac anti-Hbs <10)

# Acidose métabolique et troubles hydro-électrolytiques

**- Surveiller régulièrement la kaliémie, objectif  $<5.5$  mmol/l), corriger les erreurs diététiques et médicamenteuses.**

**Hospitaliser en urgence si  $K > 6$  mmol/l**

**- Acidose métabolique, objectif maintenir les bicarbonates plasmatiques entre 23 et 27 mmol/l**

## LA DIALYSE

**-Indiquée quand DFG  $<10/1,73m^2$  ou lorsqu' apparaissent les premières manifestations cliniques de l' IRT**

**Les contre indications sont rares et appréciées par le néphrologue**

- La dialyse péritonéale est ambulatoire (DPCA) ou automatisée (DPA) réalisée par le patient après qu' il ait été formé ou par une infirmière libérale, une prise en charge en EHPAD est possible.**
- L' implication du médecin traitant en relation avec le néphrologue est indispensable à une bonne prise en charge du patient**

## **PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE (1)**

### **-Indiquée:**

- dans un contexte de solitude et ou d' état dépressif**
  - dans la préparation aux traitements de suppléances**
  - dans la mise en place de traitement palliatif**
- La MRC peut-être le révélateur ou la cause de souffrances ou de maladies psychiques et de difficultés sociales chez les patients et leur entourage.**
- L' intervention des services sociaux est indiquée chez les patients isolés, dans une situation de précarité, ou nécessitant une prise en charge à domicile.**

## **PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE (2)**

- Elle consiste à domicile à prévoir et coordonner:
  - Les possibilités d' aides individuelles (entourage, aide ménagère, portage de repas, foyers ...)
- L' intervention de réseau de structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs et d' information (réseaux se soins, centres d' action sociale, centre d' information et de coordination)
- Trouver la ou les prises en charge de ces aides

## **PREPARATION AU TRAITEMENT DE SUPPLEANCE (1)**

- Question abordée lors de l'annonce de la MRC par le néphrologue et l'infirmière en charge de l'éducation thérapeutique (parfois existence de consultation infirmière)**
- Prévoir entre 6 mois et un an entre la consultation d'annonce et la mise en place du traitement de suppléance (pas toujours possible car de nombreux patients arrivent en urgence)**
  - Délai nécessaire à la préparation du patient, notamment psychologique**
  - Mise en place d'un cathéter de DP ou création d'une fistule artérioveineuse**
  - Inscription du patient (s'il le souhaite) sur la liste d'attente de transplantation**

## **PREPARATION AU TRAITEMENT DE SUPPLEANCE (2)**

- Organisation d' une transplantation à partir de donneur vivant (recherche et évaluation du donneur)**
- Rencontre avec l' équipe de transplantation**

## **TRAITEMENT PALLIATIF ET PREPARATION A LA FIN DE VIE**

- Circonstances habituelles d' abandon ou de non indication de la dialyse:
  - Aggravation des comorbidités associées et ou de l' état clinique
  - Espérance de vie limitée
  - Choix du patient
  
- Il est nécessaire de s' assurer de l' absence de dépression avant de prendre la décision d' abandon de la dialyse
  
- Pour le patient les objectifs de prise en charge des dernières semaine de vie sont:
  - Soulager les souffrances du patient et l' assister moralement
  - S' abstenir de toute obstination déraisonnable
  - Soulager le fardeau des aidants (famille, entourage)
  - Renforcer les liens familiaux