

L'insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale chronique est la conséquence d'une incapacité définitive des reins à remplir leurs fonctions.

Chaque rein est composé d'un million de petits filtres (les néphrons). Leur destruction entraîne une diminution de la capacité d'épuration, des troubles de la fonction rénale et c'est le nombre de néphrons détruits qui va déterminer le stade de l'insuffisance rénale.

Cette destruction intervient le plus souvent après une maladie. L'évolution peut être rapide ou prendre plusieurs mois ou années.

Les principales causes d'une insuffisance rénale :

- ◆ L'hyper tension artérielle et les atteintes vasculaires
- ◆ Le diabète
- ◆ Les maladies infectieuses rénales et les calculs rénaux
- ◆ Les maladies rénales inflammatoires (néphrite, glomérulonéphrite) et immunologiques
- ◆ Les pathologies héréditaires ou congénitales (la polykystose est la plus fréquente)
- ◆ La prise de certains médicaments ou toxiques.

Rôle des reins :

Les reins remplissent plusieurs fonctions : épuration des déchets et de l'excès de liquide (avec les urines), régulation de la tension artérielle, stimulation de la production de globules rouges, régulation de l'absorption du calcium.

Evolution de l'insuffisance rénale :

Dans l'insuffisance rénale ces différentes fonctions sont altérées. L'évolution se fait sans douleur, avec parfois au début, une présence de protéines ou de sang dans les urines, une hyper tension. Puis des oedèmes des membres inférieurs (gonflement des jambes) et une prise de poids peuvent apparaître, enfin, une importante fatigue à l'effort et un manque d'appétit.

Plus tard au stade de l'insuffisance rénale terminale, interviennent des nausées ou vomissements, un dégoût pour les viandes, une surcharge en eau et des crampes dans les jambes ou des impatiences (dites aussi « maladie des jambes sans repos ») avec des démangeaisons intenses.

Les traitements de l'Insuffisance Rénale Terminale (IRT) :

Le traitement de l'insuffisance rénale terminale consiste à remplacer la fonction d'épuration par des techniques de suppléance (hémodialyse ou dialyse péritonéale). Elles sont complétées par d'autres traitements.

Seule la transplantation rénale peut remplacer toutes les fonctions des reins.

La dialyse est le procédé qui permet de nettoyer le sang en éliminant les déchets et les liquides en excès. Elle nécessite un filtre et un dialysat (liquide d'épuration).

Le dialysat attire les déchets et le liquide en excès vers l'extérieur du corps à travers le filtre.

La transplantation rénale consiste à implanter le rein d'une autre personne au receveur au cours d'une intervention chirurgicale (greffe).

Il est possible d'avoir recours au fil du temps à plusieurs de ces techniques qui peuvent s'avérer complémentaires (par exemple un patient peut être pris en charge en dialyse péritonéale, être ensuite greffé puis revenir en hémodialyse, si la greffe ne fonctionne pas, avant d'être à nouveau transplanté).

L'une de ces techniques conviendra mieux à votre état de santé et votre mode de vie à un moment donné. Chacune a ses indications ou contre-indications, ses avantages ou ses inconvénients, et présente des contraintes différentes. Des raisons techniques ou médicales peuvent fortement influencer le choix du mode de traitement.

Une information adaptée à chaque patient est réalisée par l'équipe médicale.

Le patient participe au choix de la technique utilisée pour son traitement. Cela nécessite une réflexion préalable personnelle et familiale ainsi qu'une concertation avec les personnels concernés.

Le choix n'est pas irréversible. Certains facteurs ou événements peuvent amener à le reconsidérer.

La décision de mise en route du traitement est une décision médicale motivée par les résultats biologiques et l'état général du patient.

Dans les pages suivantes vous trouverez des éléments qui vous éclaireront sur ces thérapeutiques.

N'hésitez pas à en parler avec les personnels de santé qui vous prennent en charge.

LA DIALYSE PERITONEALE

Dans la dialyse péritonéale le liquide de dialyse (dialysat) est introduit dans l'abdomen et le péritoine tient lieu de filtre.

C'est une technique indolore qui se pratique à domicile. Le patient lui même ou une aide, (membre de la famille ou infirmière à domicile si besoin) réalise la dialyse.

Le péritoine est une membrane très richement vascularisée qui tapisse la cavité abdominale: celle ci est remplie avec le dialysat et les échanges se font entre le sang et le liquide de dialyse par l'intermédiaire des vaisseaux du péritoine. Les déchets et l'eau qui doivent être éliminés passent du sang au liquide de dialyse en traversant le péritoine et sont éliminés quand le liquide est drainé.

Pour accéder à la cavité abdominale, un cathéter souple est posé chirurgicalement à travers la paroi abdominale. L'intervention demande une courte hospitalisation et une anesthésie. La dialyse peut commencer une dizaine de jours après la pose du cathéter, après la cicatrisation de la paroi abdominale.

Le cathéter reste en place pendant toute la durée du traitement (cela peut être plusieurs années).

Il y a trois étapes dans une séquence de dialyse péritonéale :

- ◆ L'infusion, c'est l'introduction du liquide dans la cavité abdominale; la durée est d'une dizaine de minutes
- ◆ La stase c'est le moment où le liquide reste dans l'abdomen; la durée est de quatre à huit heures, les échanges ont lieu à ce moment là
- ◆ Le drainage c'est la période d'évacuation du liquide chargé de déchets; la durée est comprise entre vingt et trente minutes.



IL Y A TROIS OU QUATRE ECHANGES PAR JOUR SEPT JOURS SUR SEPT, l'épuration se fait tout au long de la journée, 24 heures sur 24. C'est un rythme physiologique qui rend la méthode plus douce.

Les différents modes de traitement en dialyse péritonéale :

♦ La dialyse péritonéale manuelle (Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire, DPCA).

Trois à quatre échanges par jour sont effectués manuellement par le patient ou une infirmière (drainage puis infusion = environ 30 à 40 minutes).

Pendant les stases (4 à 8 heures), le patient est libre et vaque à ses occupations.

♦ La dialyse péritonéale réalisée à l'aide d'une machine appelée cycleur (Dialyse Péritonéale Automatisée, DPA).

Les échanges sont réalisés la nuit par le cycleur. Le patient se connecte le soir, et se débranche le matin. Pendant la journée il vaque à ses occupations. Une infirmière peut également intervenir au branchement et/ou débranchement.

La dialyse péritonéale commence par une période d'apprentissage dans le service. Ensuite le patient réalise les dialyses à son domicile, il ne vient à l'hôpital qu'une fois par mois. Il lui faut suivre les règles qui lui sont enseignées, indispensables au bon fonctionnement et qui permettent d'éviter les complications:

Stricte et régulière hygiène corporelle, respect absolu des consignes données pendant l'enseignement de la technique comme le lavage des mains et le port du masque, propreté des locaux, surtout de ceux où se déroulera la dialyse.

Comment se déroule la mise en Dialyse Péritonéale :

Avant la décision :

D'abord le médecin néphrologue évalue lors d'une consultation si la méthode peut vous être proposée. Puis une rencontre d'information avec le personnel du service est indispensable. La technique de la dialyse péritonéale est expliquée par une infirmière qui répond à toutes les questions. Elle prend des informations sur le mode de vie, les habitudes ou les attentes du patient.

Le médecin du service voit également le patient pour envisager l'aspect plus strictement médical du traitement.

Des documents explicatifs sont remis.

A la fin de cette première rencontre, le patient a une première idée de ce que représente la technique et commence à se faire un avis.

Il en est de même pour l'équipe de dialyse péritonéale qui transmet un compte rendu de l'entretien au médecin qui lui a adressé le patient.

Si le patient le souhaite, il peut revenir voir les infirmières ou leur téléphoner pour avoir des informations supplémentaires. Il peut aussi à sa demande, rencontrer une personne déjà en dialyse péritonéale qui lui parlera de son expérience et de son vécu.

La décision est prise :

♦ Quand le patient décide, avec le médecin, de choisir cette technique de dialyse, une visite chez lui est organisée. C'est une infirmière qui se déplace. Elle s'assure que le matériel nécessaire à la dialyse péritonéale pourra être stocké dans de bonnes conditions, réfléchit avec le patient, et souvent son conjoint aussi, à la façon dont pourra s'organiser la dialyse (dans quelle pièce ? où se laver les mains ? où ranger le matériel ?...). Cette visite permet de mieux se rendre compte de l'impact de la dialyse sur la vie quotidienne. Elle permet aussi au personnel de s'assurer que la mise en dialyse péritonéale est matériellement possible, de remettre des documents explicatifs complémentaires, de répondre à de nouvelles questions.

♦ Si à la suite de cette visite il n'y a pas de contre indication à la mise en dialyse péritonéale, un rendez vous est pris pour la pose du cathéter de dialyse (courte hospitalisation).

L'apprentissage de la technique :

Si la dialyse est prise en charge par des infirmières (deux au moins) à domicile, elles se rendent dans le service quelques jours avant le début de la dialyse pour apprendre la technique.

Pour les patients qui souhaitent être autonomes : soit l'éducation est faite pendant une hospitalisation, soit le patient vient passer la journée dans le service et rentre chez lui l'après midi pour la nuit. C'est le médecin qui décide en fonction de l'état de santé du patient. Dans la mesure du possible, il tient compte aussi de ses souhaits.

L'éducation a pour but de permettre au patient de se prendre en charge au moment de son retour à domicile. Il rencontre aussi pendant ce temps une diététicienne, et si il le souhaite une assistante sociale et une psychologue.

Aucune durée n'est prévisible pour l'éducation. Elle est réalisée par les infirmières du service qui décident de la date de l'installation à domicile avec le médecin et le patient, en fonction de critères très précis.

Le patient rentre chez lui quand il a assimilé tout ce qu'il doit savoir pour pouvoir se prendre en charge en parfaite sécurité et en confiance.

Lors de l'installation à domicile une infirmière du service se déplace pour mettre en route la première séance de dialyse avec le patient.

Quelles que soient ses modalités, le traitement est pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

Le suivi en dialyse péritonéale :

Le suivi en dialyse péritonéale est mensuel avec une consultation médicale et infirmière.

Un document qui détaille ses modalités est disponible sur demande au service.

Votre médecin traitant sera informé par courrier tous les trois mois de votre évolution.

L'unité de dialyse péritonéale travaille en étroite collaboration avec l'Association pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (ATIR) qui prend en charge tout l'aspect logistique de la technique. C'est elle qui fournit au patient le matériel dont il a besoin pour suivre son traitement. C'est avec elle qu'il prévoit et organise les livraisons de matériel lors de ses déplacements.

Au cours de l'éducation il rencontre les principaux acteurs de cette prise en charge (pharmacienne et gestionnaire administrative).

L'HEMODIALYSE

L'hémodialyse utilise un circuit extra-corporel : le sang du patient est mis en contact avec le dialysat grâce à l'appareil d'hémodialyse à travers une membrane semi perméable appelée aussi rein artificiel ou dialyseur (le filtre). Les déchets ou liquides en excès sont éliminés en passant du sang vers le dialysat à travers cette membrane.

Les échanges ne sont pas continus mais réalisés trois fois par semaine. Les déchets et toxines s'accumulent entre deux séances puis sont éliminés lors de la séance de dialyse.

Lors de chaque séance d'hémodialyse, deux aiguilles sont utilisées. Elles sont reliées à des « lignes » qui permettent le passage du sang jusqu'au rein artificiel. A la fin de la dialyse, tout le sang est restitué et les aiguilles sont enlevées.

Un accès vasculaire est donc indispensable pour l'hémodialyse. Le plus habituel est la fistule artério-veineuse.

Elle est réalisée au cours d'une intervention chirurgicale, sous anesthésie locale ou loco-régionale (hospitalisation de 1 à 3 jours). Il s'agit de relier une veine à une artère pour augmenter le débit sanguin et développer la veine qui sera ponctionnée plus facilement.

Il faut attendre environ un mois après l'intervention pour utiliser la fistule.

Si l'hémodialyse est nécessaire avant la création ou le développement de la fistule ou si la création d'une fistule n'est pas possible, un cathéter veineux central peut être mis en place sous anesthésie locale.

L'hémodialyse nécessite trois séances hebdomadaires d'épuration de quatre heures chacune en moyenne. Il faut tenir compte aussi du temps de branchement/débranchement et du temps de trajet aller/retour à domicile. Il s'agit au total de trois demi journées par semaine.

Il existe plusieurs lieux d'hémodialyse :

♦ *Les centres d'hémodialyse (Centre hospitalier, centres ATIR à Carpentras, Orange ou à la clinique Rhône Durance) :* les patients présentent un état de santé qui demande la présence constante d'un néphrologue. Les postes d'hémodialyse sont réservés aux patients les plus fragiles.

♦ *L'Unité de dialyse médicalisée :* concerne des patients stables sur le plan médical, qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas réaliser eux mêmes leur dialyse. Le médecin n'est pas constamment présent sur les lieux de la dialyse.

♦ *L'Unité d'auto-dialyse* : le patient participe à la prise en charge de son traitement. Il est formé à l'hémodialyse environ trois à quatre mois, il est autonome en partie et peut faire appel à l'aide d'une infirmière pour la mise en place des aiguilles. Les unités d'auto dialyse sont les unités les plus proches des domiciles des patients et sont celles qui permettent la plus grande souplesse dans les choix des jours et horaires de dialyse.

♦ *Le domicile* : le patient et un membre de la famille sont formés à l'hémodialyse. Les séances se déroulent à domicile.

A chaque séance d'hémodialyse, le patient est pesé et sa tension artérielle mesurée.

La voie d'abord (la fistule) est surveillée avant la ponction.

Généralement un bilan sanguin est réalisé tous les quinze jours à peu près.

Les consultations médicales sont faites selon un rythme propre à chaque structure avec des consultations semestrielles plus approfondies.

TABLEAU COMPARATIF HEMODIALYSE/DIALYSE PERITONEALE

<i>HEMODIALYSE</i>	<i>DIALYSE PERITONEALE</i>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Filtre extérieur, circulation extra-corporelle ◆ Trois fois par semaine, pendant quatre heures, horaires fixes ◆ Peut se faire à domicile, ou le plus souvent dans une structure spécialisée ◆ Présence médicale et/ou infirmière, rencontre avec d'autres patients ◆ Risque de fatigue, chute de tension ou crampes en fin de séance ◆ Présence d'un accès vasculaire : soit fistule artério-veineuse (c'est le mieux), soit cathéter (pansement) Une ponction veineuse à chaque séance ◆ Risque de dysfonctionnement de la fistule, d'infection du cathéter ◆ Régime strict pour le sel et le volume des boissons ◆ Pas de stockage de matériel à la maison ◆ Difficultés à trouver des places dans d'autres centres pour les vacances. Prévision à long terme obligatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Filtre = péritoine, dialysat dans l'abdomen ◆ Trois ou quatre fois par jour 30 à 40 minutes tous les jours, ou toutes les nuits, horaires modulables ◆ A domicile ◆ Autonomie du patient, ou infirmière à domicile, lien téléphonique avec le personnel. Visite mensuelle dans le Service ◆ Technique douce, agit sur vingt quatre heures ◆ Présence continue du cathéter. Prise en charge du pansement par le patient ou l'infirmière à domicile ◆ Risque d'infection du cathéter, du péritoine ◆ Régime strict pour le sucre ◆ Tout le matériel nécessaire est stocké chez le patient ◆ Autonomie pour les courts déplacements, livraison sur place pour les absences prolongées. Prévision à moyen terme nécessaire.

LA TRANSPLANTATION RENALE (GREFFE)

Il s'agit de mettre en place chez le receveur un rein prélevé chez un donneur. Le donneur est le plus souvent une personne décédée mais il peut s'agir aussi d'un donneur apparenté au receveur et qui lui cède un de ses reins.

L'inscription sur la liste d'attente de l'Agence de Bio médecine est obligatoire avant toute transplantation. Elle est faite par le centre de transplantation après la réalisation d'un bilan pré-greffe et une consultation dans le centre de greffe. Elle peut être réalisée avant même le début du traitement par dialyse.

Le bilan pré-greffe nécessite plusieurs types d'examen qui explorent votre état cardiaque, respiratoire, digestif... D'autre part un bilan sanguin déterminera votre groupe sanguin et tissulaire. Le greffon devra avoir le même groupe sanguin que vous et un groupe tissulaire aussi proche du vôtre que possible (compatibilité).

Une fois l'inscription faite, le délai avant greffe est très variable. Il peut être de quelques semaines ou plusieurs années. Le patient en attente de greffe doit être joignable 24h/24 pour répondre à un appel. Lors de l'appel, le patient se rend au centre de greffe où sont réalisés des tests de compatibilité entre donneur et receveur. Ces tests, en fonction de leurs résultats permettront ou non la réalisation de la transplantation. Si le patient n'est pas greffé, il reste inscrit sur la liste d'attente et sera re convoqué une autre fois.

La transplantation est réalisée par une équipe médico-chirurgicale spécialisée dans le centre de greffe. L'intervention dure deux à trois heures pendant lesquelles le greffon est placé dans la partie inférieure de l'abdomen. Les reins « natifs » sont le plus souvent conservés du moins dans un premier temps.

Quelques séances d'hémodialyse peuvent être nécessaires après l'intervention avant que le greffon se mette à fonctionner normalement.

L'hospitalisation dure à peu près trois semaines.

Le risque majeur de la transplantation est le rejet du greffon par l'organisme du receveur. Pour l'éviter un traitement est mis en place qui ne doit **jamais** être arrêté. De même un suivi médical régulier est obligatoire.

Enfin il est à noter que la transplantation et les traitements qu'elle exige peuvent entraîner une moindre résistance aux maladies infectieuses ou tumorales.