

La prise en soin d'un adulte en dialyse péritonéale.

DÉFINITION

La Dialyse Péritonéale (DP) est l'un des traitements de suppléance de la maladie rénale chronique terminale.

Les 2 autres méthodes de suppléance sont l'hémodialyse et la transplantation.

L'indication du traitement de suppléance dépend du débit de filtration glomérulaire et du contexte clinique. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) précisent que « le traitement par dialyse doit être débuté lorsqu'apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome d'insuffisance rénale chronique terminale, soit habituellement lorsque le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) devient inférieur à 10 ml/min/1,73 m². Dans tous les cas où le DFG atteint 5 ml/min, le traitement doit être débuté ».

La dialyse péritonéale correspond à une technique d'épuration intracorporelle : c'est le péritoine qui sert de filtre.

CHAMP D'APPLICATION

Personnes adultes

Hors champ : enfant, femme enceinte

Étiologie - Épidémiologie

En France, vu le pourcentage de maladies rénales chroniques, les autorités sanitaires incitent à développer la dialyse péritonéale.

Physiopathologie

La dialyse péritonéale repose sur des échanges à travers le péritoine (membrane naturelle semi-perméable) de solutés selon un gradient de concentration, et de solvant selon un gradient de pression.

Il existe 2 techniques de DP :

○ DPCA : Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire.

Le dialysat est changé manuellement 3 à 4 fois/j. Les échanges se font quotidiennement toutes les 4 à 6 heures.

○ DPA : Dialyse Péritonéale Automatisée.

Les échanges sont réalisés pendant les nuits au moyen d'un cycleur.

Les deux techniques peuvent être utilisées de façon complémentaire.

Des explorations fonctionnelles du péritoine et des critères de dialyse adéquate permettent d'adapter la modalité de traitement selon la fonction rénale résiduelle et le degré de perméabilité de la membrane.

Les solutions de DP ou dialysat sont constituées de 3 composants : les électrolytes, une substance tampon (bicarbonate et lactate) et un agent osmotique.

Les agents osmotiques sont le glucose, les polymères de glucose (icoDex- trine) et parfois les acides aminés.

Le glucose demeure l'agent osmotique le plus utilisé à des concentrations de 15 à 40 g/litre. Une partie de ce glucose est absorbé par le péritoine (50 à 55%). Les solutions hypertoniques entraînent une hyperperméabilité de la membrane péritonéale et constituent un facteur d'agression de celle-ci.

Les polymères de glucose permettent de diminuer la fréquence d'utilisation de solutions hypertoniques riches en glucose.

Les poches riches en acides aminés sont privilégiées dans les cas de dénutrition ; elles sont utilisées à raison d'une poche par jour et de préférence lors du repas le plus énergétique.

Les complications sont dominées par les infections péritonéales, les dysfonctionnements du cathéter et les pertes d'ultrafiltration pouvant nécessiter un transfert en hémodialyse.

La prise en soin d'un adulte en dialyse péritonéale.

POUR EN SAVOIR PLUS

Références valides

- K / DIGO 2020, National Kidney Foundation
- REIN Rapport annuel 2019
- Prise en charge des patients hémodialysés chroniques – HAS, IPAQSS 2017
- Guide du parcours de soins – Maladie Rénale Chronique de l'adulte (MRC) – HAS 01/07/2021

Bibliographie

1. *Maladies rénales, guide pratique de Nutrition, Philippe Chauveau, Denis Fouque édition novembre 2021*
2. *Ryckelynck et al. : Dialyse péritonéale*
3. *Néphrologie & Thérapeutique 2005 1 : 252-263*

Sites

www.nephrolor.fr
www.renaloo.com
<https://www.renif.fr/>
<https://www.francerein.org/>

Centres spécialisés

Les CLANs des établissements de santé

Partenaires de soins

- Soins à domicile
- Réseaux de soins
- Soins de support : diététicien nutritionniste, enseignant en activité physique adaptée, psychologue, IDE coordinateur de parcours de santé, assistante sociale

LES AUTEURS

- | | | |
|-----------------------|---------------------|-------------------|
| • Noémie ALCINELLA | • Isabelle OHRESSER | • Muriel THEVENET |
| • Sarah GRANGE | • Régine PROTIN | • Myriam TURRI |
| • Marie Claude LEGALL | • Françoise REY | |

Relecture Décembre 2024

Mme Amélie Tottoli, Cadre de l'AGDUC La Tronche

CPSAT (Commission Parcours de Soins et Activités Thérapeutiques) :

Lydia De Azevedo, Sophie Birades, Gaëlle Lediron, Régine Protin, Delphine Wauthy

La prise en soin d'un adulte en dialyse péritonéale.

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE PAR

- une prescription médicale pour évaluer l'état nutritionnel de la personne soignée
- un protocole validé

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Données cliniques : sexe, âge, taille mesurée, poids sec après vidange de la poche (ventre vide), poids habituel (poids avant la maladie ou obtenu lors d'un relevé antérieur), évolution du poids, calcul de l'IMC et du poids idéal, diurèse résiduelle.

Existence d'un risque de dénutrition.

Existence de facteurs de risques cardio-vasculaires : diabète, hyperlipidémie, hypertension artérielle, etc.

Pathologie infectieuse ou inflammatoire, cancer, pathologie gastro-intestinale, troubles bucco-dentaires, etc.

Données biologiques : albuminémie sérique, pré albuminémie (transthyréline), CRP (C-reactive protein), nPCR ou nPNA (taux de catabolisme protidique), outil de surveillance de l'apport protidique, phosphatémie, kaliémie, réserve alcaline, TG, CT, HDL cholestérol, LDL cholestérol, HbA1c si diabétique.

Mode de vie : situation familiale et socioprofessionnelle, ethnie ou religion en relation avec la nutrition, activité physique, addictions (tabac, alcool...), état psychologique, projet de vie, implication et soutien de l'entourage, projet de greffe.

Traitements médicaux associés à la MRCT : diurétiques, traitements anti-hypertenseurs, chélateurs du phosphore, suppléments potassiques ou chélateurs de potassium.

Type de solutés : solutés isotoniques, hypertoniques, à base d'icodextrine, poche de concentré d'acides aminés.

Estimation des besoins

- Calories : 25-35 kcal/kg/j : à adapter à l'activité physique ; il est nécessaire de tenir compte des apports glucidiques absorbés par le péritoine
- Protéines : 1 à 1,2 g/kg/j : les apports protidiques sont à réajuster en fonction des pertes protidiques réelles et à augmenter si péritonite ou dénutrition : 1,4 à 1,5 g/kg/j

Lorsque l'IMC du patient est dans les normes, utiliser le poids du patient comme poids de référence.

Si besoin, utiliser le poids idéal (formule de Lorentz) ou le poids ajusté si obésité (cf. *Fiche pratique « Besoins et apports nutritionnels »*, AFDN, 2018).

- Apport hydrique selon prescription médicale

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

Le bilan alimentaire doit cibler :

- les apports protidiques, glucidiques et les apports hydriques
- les apports en fibres
- les apports en minéraux Na-K-Phosphore
- le choix des corps gras utilisés
- le comportement et les habitudes alimentaires
- l'estimation de l'appétit ou la perte d'appétit
- une alimentation inadaptée, restrictive

Représentation et compétences d'auto-soins

Vécu et représentation de la maladie, de la dialyse, de la gestion des apports alimentaires et hydriques.

Connaissance des aliments riches en protéines, glucides simples, fibres, sel, phosphore, potassium, ...

Niveau d'autonomie et capacité à se prendre en charge pour la préparation des repas.

La prise en soin d'un adulte en dialyse péritonéale.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Problématique ciblée sur les apports, la consommation ou une alimentation inadéquate.

En lien avec des connaissances (inadaptées, inappropriées) et/ou des perturbations du comportement (incapacité, manque de..., niveau d'autonomie, non observance du traitement médicamenteux et non suivi du traitement de suppléance) et des troubles physiologiques (mastication, digestion, ...).

Se manifestant par des signes visibles et /ou mesurables : variation du poids sec, ionogramme, albuminémie, etc.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Il sera négocié avec la personne soignée et le médecin prescripteur

Objectifs de soin diététique

Prévenir la dénutrition

Veiller à un apport calorico-protidique satisfaisant
(*La dénutrition est une complication fréquente chez le sujet âgé en DP, ce qui peut entraîner en cas de dénutrition sévère un transfert en HD.*)

Couvrir les besoins nutritionnels

- Contrôler les apports hydro sodés
- Contrôler les apports en phosphore, si nécessaire
- Contrôler les apports en potassium, si nécessaire (grâce aux échanges quotidiens, le risque d'hyperkaliémie est peu fréquent)
- Surveiller et prendre en charge les anomalies lipidiques, notamment l'hypertriglycéridémie et l'aggravation ou la découverte d'un diabète
(*La DP peut entraîner le renforcement ou la mise en route d'une insulinothérapie.*)

Eduquer pour optimiser la qualité de vie

- Savoir équilibrer son alimentation en tenant compte des recommandations diététiques
- Encourager la pratique d'une activité physique (marche, ...)

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

Elles varient selon l'âge physiologique et les polyopathologies.

○ **Apports énergétiques et protidiques**

Calories : 25-35 kcal/kg de poids*/j

Protéines : 1,2 g/kg de poids*/j

1,4 g à 1,5 g/kg de poids* en cas de péritonite

Rappel : l'apport en glucides est diminué car une partie du glucose des poches est absorbée à travers le péritoine.

*Utiliser le poids du patient si l'IMC est dans les normes ou le poids idéal (formule de Lorentz) ou le poids ajusté si obésité.

○ **Apport en sel**

Apport de 5 à 6 g de sel (NaCl)/j

○ **Apport en potassium**

4,7 g/j

Inférieur à 3 g en cas d'hyperkaliémie

Réduire la consommation d'aliments transformés avec présence d'additifs

○ **Apport en phosphore**

800-1000 mg/j

Réduire la consommation d'aliments transformés avec présence d'additifs

○ **Apport en calcium**

ANC en tenant compte du traitement (de suppléance et médicamenteux)

○ **Apport hydrique**

Apport en boisson contrôlé : fonction de la diurèse et de l'UltraFiltration (UF*)

*UF=volume dialysat drainé - volume dialysat infusé

○ **Apport en fibres**

25 à 35 g par jour

○ **Apport en glucides**

Réduction des apports en sucres rapides à IG élevé

La prise en soin d'un adulte en dialyse péritonéale.

Planification des actions

- Mise en place d'une alimentation adaptée au traitement de suppléance et aux habitudes de la personne soignée
- Apport de connaissances en lien avec le diagnostic diététique en tenant compte des attentes de la personne (approche éducative)
- Négociation des actions à mettre en œuvre
- Remise de documents : livret, recettes, menus
- Présentation du programme d'ETP à la personne soignée et à son entourage
- Proposition de participation à des ateliers éducatifs, collectifs et/ou individuels selon ses besoins et/ou souhaits

Évaluation et suivi du soin diététique

- Suivi quantitatif et qualitatif des ingesta
- Suivi du poids et de la composition corporelle
- Suivi du bilan biologique : albumine, CRP, ionogramme
- Vérification de l'acquisition des connaissances sur les apports en protéines, en phosphore, en glucides, en sel, en potassium, ...

Observance vis-à-vis des chélateurs et du moment de leur prise

- Évaluation des difficultés rencontrées
- Évaluation de l'activité physique

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé du soin diététique

Il comprend le motif de la prise en charge, l'atteinte des objectifs et les actions restant à conduire ainsi que l'intitulé des documents remis à la personne.

Actions à conduire

- Suivi diététique trimestriel si âge > 50 ans ou si > 5 ans de dialyse
- Suivi diététique semestriel si âge < 50 ans et si < 5 ans de dialyse

Proposition de documents à réaliser et à personnaliser

- Conseils sur le choix et la fréquence de consommation des aliments
- Repérer les aliments riches en potassium et phosphore
- Aliments transformés et additifs, comment les repérer
- Équivalences en protéines (VPO, produits laitiers)
- Équivalences sodées
- Conseils culinaires et d'assaisonnement, modes de cuisson
- Menus
- Recettes
- Courriers aux professionnels impliqués dans le soin diététique

Cas clinique d'un patient en dialyse péritonéale.

INITIALISATION DE LA DÉMARCHE

Prescription du néphrologue pour une prise en soin diététique chez une patiente en dialyse péritonéale présentant une HTA.

BILAN DIÉTÉTIQUE

Recueil de données

Mme M. 29 ans, présentant une maladie rénale due à une uropathie malformative.
La patiente est en dialyse péritonéale automatisée (DPA).

Antécédents médicaux : HTA.

Mode de vie :

Vendeuse

Activité physique modérée

Données cliniques et biologiques :

Poids sec : 60 kg ; Taille : 1m61 ; IMC : 23

Diurèse résiduelle : 1000 ml

Ultrafiltration : 500 ml

Bilan biologique :

Kaliémie : 3,7 mmol/L

Phosphatémie : 1,28 mmol/L

Traitements médicaux :

Traitement de l'HTA

Suppléments calciques

Solutés de dialyse : 5 litres d'isotonique + 5 litres d'icoDextrine

Estimation des besoins

IMC normal

Les besoins sont évalués à partir du poids sec de la patiente

- besoins énergétiques 1800 kcal (60 x 30 kcal)
- besoins protidiques 72 g (60 x 1,2 g soit 16 % AET)

Les lipides représentent 35 à 40 % de l'AET

Les glucides complètent l'AET

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

1950kcal

- 75 g Protides

- 85 g Lipides dont 45 g d'acides gras saturés soit 20 % AET (recommandations <12%)

- 230 g Glucides dont 80 g de sucres simples

Boissons 1,5 litre dont 0,5 litre de boissons sucrées

Apport en sel ≈ 8 g

Apport en phosphore : 1,1 g

La cuisine est faite sans sel ajouté mais utilisation systématique de cubes de bouillon lors de cuisson dans l'eau.

Consommation de fromage à chaque repas.

Consommation quotidienne (dîner) de potage industriel.

Cuisine faite au beurre ou à la crème.

Cas clinique d'un patient en dialyse péritonéale.

Représentations et compétences d'auto-soins

Ses difficultés

La patiente vit seule et a des faibles revenus.

Elle pense que la suppression du sel d'ajout réduit suffisamment ses apports sodés.

Ses ressources

La patiente est consciente de l'importance du contrôle de sa tension artérielle.

Elle ne souhaite pas prendre de poids.

Elle aime cuisiner.

DIAGNOSTIC DIÉTÉTIQUE

Apports en sodium excessif **en lien avec** des difficultés à respecter les conseils diététiques donnés **comme en témoignent** la présence d'une HTA et une hypokaliémie.

PLAN DE SOIN DIÉTÉTIQUE

Objectifs de soin diététique

- Adapter les apports nutritionnels aux besoins et à la MRCT traitée par DP
- Éduquer pour éviter les complications
- Contrôler les apports en AGS et en glucides pour prévenir les risques cardio-vasculaires

Programme de soin diététique

Préconisations diététiques

Alimentation à 1800 kcal, 72 g de protéines,

Apport d'AGS < 12 % AET soit 25 g

Apport de sucres simples < 45 g

Apport sodé : 6 g de NaCl

Planification des actions

Éducation nutritionnelle ciblée sur :

- Les aliments très riches en sel et l'utilisation des épices et aromates
- Les matières grasses à privilégier (cuisine à l'huile d'olive, colza, ...)
- Les glucides à IG élevé
- L'adaptation de ses recettes personnelles et listes de courses après évaluation de son budget alimentation

Évaluation et suivi du soin diététique

- Évaluation des connaissances sur les apports en sel abordés pendant l'éducation
- Suivi du bilan lipidique
- Suivi du comportement alimentaire à 1 mois :
 - Observance de la restriction sodée
 - Connaissance des aliments riches en sel

SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE

Résumé de soin diététique

Jeune patiente en dialyse péritonéale prise en charge pour améliorer l'équilibre tensionnel.

Une éducation sur le principe de l'équilibre alimentaire et de l'alimentation cardio-protectrice a été réalisée en individuel.

La patiente est motivée pour modifier son comportement alimentaire et a adhéré aux conseils.

Un suivi à 1 mois est programmé pour suivre les paramètres biologiques (bilan lipidique, ...), évaluer les connaissances acquises et la qualité de vie.

Documents réalisés

Conseils diététiques sur les items abordés pendant l'éducation thérapeutique :

- équivalences en sel, conseils culinaires, utilisation des aromates ;
- exemples de menus, recettes pour petit budget.