

Rétention des patients en dialyse péritonéale: comment éviter de gâcher tous vos efforts de recrutement?

Mathieu Gagnon, MD, MSc

Néphrologue, Directeur médical dialyse à domicile

CHU de Québec

Professeur adjoint, Directeur programmes de résidence en néphrologie et fellowship en dialyse à domicile

Université Laval

Congrès du REINQ

1er octobre 2019

Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

- J'ai été consultant pour Otsuka en février 2018 (non relié à la dialyse)
- J'ai été conférencier pour BMS en juin 2019 (sur l'anticoagulation en IRC)

Objectifs



- À la fin de cette conférence, le participant devrait:
 - 1. Connaître les indications, contre-indications et types de dialyse péritonéale.
 - 2. Envisager les trajectoires prévisibles du devenir des patients en dialyse péritonéale.
 - 3. Initier diverses stratégies cliniques pour favoriser la rétention des patients en dialyse péritonéale.

Conférence interactive

- Afin de favoriser l'apprentissage actif des participants, vous utiliserez un outil de votation électronique, Mentimeter
- Vous pourrez résoudre en temps réel les cas cliniques soumis

Mentimeter

- Je vous invite à aller sur menti.com sur votre téléphone intelligent
- Attendez sur la ligne du code pour être prêts à entrer le code de votation des divers cas



Première question

- À voter sur Mentimeter, quelle modalité de suppléance choisiriez-vous pour vous-mêmes?



Plan

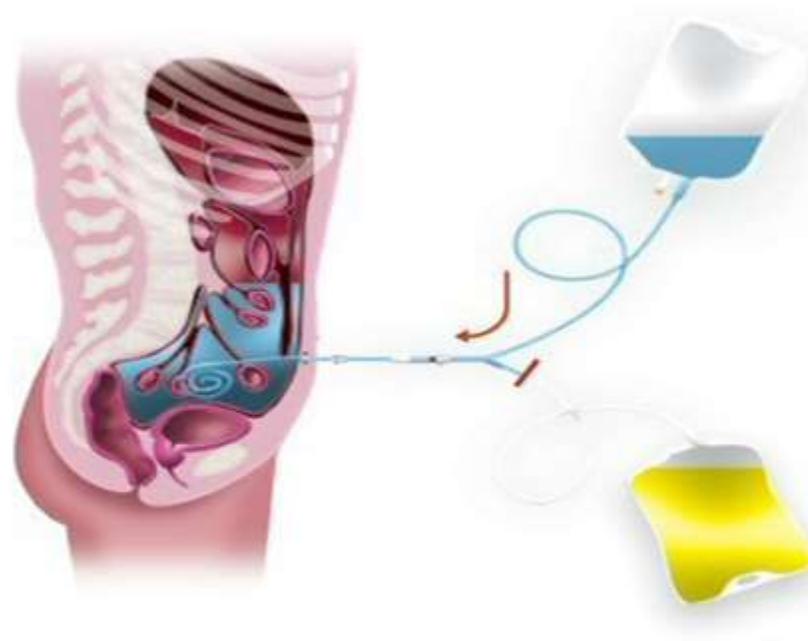
- Introduction: Mieux connaître la DP
- Trajectoires des patients en dialyse péritonéale
- Bonnes pratiques pour maintien en DP
 - Prophylaxie antibiotique
 - Granulomes site de sortie
 - Problèmes de cathéter
 - Défaut d'ultrafiltration
 - Péritonite sclérosante
 - Révision de technique
- Conclusion

Dialyse péritonéale

PD Exchange



DRAIN



FILL

Does not require
the use of blood
to leave your body



DWELL

Dialyse péritonéale



<https://www.amia.com/features>

<http://www.livenow.info/DiscoverHome/DiscoverPD/PDisDifferent/DifferentProcess.html>



Dialyse péritonéale

- S'effectue à domicile par le patient (ou du personnel soignant)
- 4 échanges manuels par jour (DPCA)
- Utilisation d'un cycleur (DPA ou DPCC)

Dialyse péritonéale

- Nécessite un entraînement de 3-6 jours
- Nécessite la mise en place d'un cathéter intra-péritonéal (au chevet ou en chirurgie)

Dialyse péritonéale

- Avantages
 - Assez simple à apprendre
 - Autonomie et horaire de vie
 - Thérapie continue

- Permet le voyage
- La moins coûteuse des dialyses
- Préserve la fonction rénale résiduelle

Dialyse péritonéale

- Inconvénients
 - Demeure trop complexe pour certains patients
 - Une péritonite peut tout faire basculer
 - Dans de rares cas, épuration limitée et urémie persistante (existe aussi en hémo)

Trajectoire des patients en DP

- Même avec des taux d'incidence en DP de 50%, la prévalence demeure souvent autour de 35%
- Mais pourquoi?

Rétention des patients en DP

- 3 raisons principales d'arrêt de la technique:
 - Décès
 - Échecs techniques, transfert en HD
 - Greffe rénale (souhaitable)

Comment favoriser la rétention?

- Porter attention à favoriser les meilleures pratiques en DP
 - Importance de l'intervention interprofessionnelle
 - Rôle prépondérant de l'infirmière, sans doute le PLUS important

Attrition normale

- La DP est une excellente technique pour les 6-8 premières années de suppléance en moyenne
- Par la suite, vieillissement du péritoine et risque de péritonite sclérosante
- Cela dit, 95% des patients seront greffés ou décédés durant cette période

Bonnes pratiques en DP

- Prophylaxies
- Gestion des granulomes au site de sortie
- Gestion du cathéter de DP
- Approche face à un défaut d'ultrafiltration
- Prévention de la péritonite sclérosante
- Révision de la technique des patients

Péritonite et prophylaxies



Péritonite et prophylaxie

- Cas clinique (06/2015):
 - Femme de 64 ans
 - ADPKD
 - DP x 12/2014
 - MCAS
 - RGO
 - Pancréatite lithiasique en 1996
 - Cholangite en 2014 (boue biliaire)

Péritonite et prophylaxie

- 16/06/2015: Nouvelle cholangite, Pip-Tazo débuté et ERCP le 18/06
- Cholédocolithiase retirée, sphinctéro large
- Évolution favorable, mais HDH sur Dieulafoy avec 3 clips le 24/06
- À la MRCP, kyste pancréatique complexe TIPMP mixte vs simples kystes
- Le 25/06, écho-endo. avec biopsie pancréatique transgastrique

Péritonite et prophylaxie

- Changement Pip-tazo pour amoxicilline-clavulanate le 27/06 puis départ le 30/06
- Se présente à l'urgence le soir-même du 30/06 pour douleur abdo, liquide trouble, No/Vo et fièvre à 38.3
- GB 17,5
- CRP 164
- Décompte: 981 cellules nucléées 82% polynucléaires

Péritonite et prophylaxie

- Culture: *Candida albicans*
- On retire le cathéter de DP...
- Transfert en hémo
- Fluconazole

Discussion

- Ici, la patiente était sous pip-tazo, mais donnez-vous une prophylaxie lors d'endoscopie et comment?
 - Basse?
 - Haute?
 - Biopsies?
 - Cysto?
 - Gynéco?



Prophylaxie avant endoscopies

- We suggest antibiotic prophylaxis prior to colonoscopy **(2C)** and invasive gynecologic procedures **(2D)**. (ISPD, 2016)
- 6% de péritonites sans prophylaxie
- Anti-gram +/- et anaérobies?
- Ventre vide
- Pour gastro, pas clair que ça augmente le risque de péritonite, certains rapports de cas surtout si bx

Discussion

- Utilisez-vous une prophylaxie pour prévenir les péritonites à candida?



Prophylaxie des péritonites à candida

- We recommend anti-fungal prophylaxis when PD patients receive antibiotic courses to prevent fungal peritonitis (**1B**). (ISPD, 2016)
- Antifungal prophylaxis with oral nystatin/fluconazole compared with placebo/no treatment may reduce the risk of fungal peritonitis occurring after a patient has had an antibiotic course (2 studies, 817 patients, low quality evidence: RR 0.28, 95% CI 0.12 to 0.63). (Cochrane, 2017)

Granulomes au site d'émergence des cathéters de DP



Granulome au site d'émergence du cathéter de DP

- Cas clinique (12/2017):
 - Homme 61 ans
 - Néphroangiosclérose
 - DP x 12/2015
 - MCAS, FA, schizophrénie maîtrisée
 - Infection site d'émergence à SARM avant début DP (10/2015) (suite à chx pour cure hernie ing G): Tx avec vanco IV efficace. Mupirocine au site à vie
 - Visite trimestrielle de suivi

Site d'émergence



Que faites-vous?



Discussion

CAUSES	INTERVENTIONS
Mauvaise fixation cathéter: <ul style="list-style-type: none">• Pansement• Ceinture	<ul style="list-style-type: none">• Enseignement
Traumatisme: <ul style="list-style-type: none">• Traction• Effet des vêtements• Accident	<ul style="list-style-type: none">• Enseignement• (Cautérisation)???• Choix de site avant installation cathéter
Infections	<ul style="list-style-type: none">• Culture• Traitement empirique• Antibio topique en prophylaxie

Suite cas clinique

- **Visite trimestrielle:**

- Fixation du cathéter revue
- Culture du site
- Pas de traitement empirique d'emblée

- **3 jours plus tard:**

- détérioration du site
- culture refaite avec recherche de mycobactéries et levures
- Vanco iv et Cipro. po débutés empiriquement
- Nystatin débuté

Suite cas clinique

- **3 jours plus tard:**

- Culture: bacilles gram négatif et diphtérimorphes + levures. Mycobactéries à venir
- Vanco IP et reste du Tx idem

- **1 semaine plus tard:**

- amélioration du site
- culture finale: candida parapsilosis
- Discussion avec infection: tx idem car bonne évolution

Suite cas clinique

- **5 jours plus tard:**

- stagnation du site, douleur au tunnel de novo. Tunnelite confirmée à l'écho
- De concert avec infectio: fluconazole débuté. Péritonite éliminée

- **1 semaine plus tard:**

- détérioration site et tunnel
- suivi en infectio: retrait catheter DP
- Caspo, Cipro. et vanco poursuivis x 14 jours par ATIVAD post retrait cathéter

Discussion

- Faites-vous une prophylaxie topique au site?
- Faites-vous l'éradication nasale du staph aureus?



Recommendations IPSPD 2017

TOPICAL ANTIBACTERIAL AND ANTISEPTIC AGENTS

- We recommend daily topical application of antibiotic cream or ointment to the catheter exit site **(1A)**.
- We suggest that no cleansing agent has been shown to be superior with respect to preventing catheter-related infections **(2B)**.

OTHER ANTIMICROBIAL APPROACHES

- We suggest screening for nasal *S. aureus* carriage prior to PD catheter insertion **(2D)**.
- If nasal carriage of *S. aureus* is found in PD patients, we suggest treating by topical nasal application of mupirocin **(1B)**.

Recommendations IPSPD 2017

EMPIRICAL ANTIBIOTIC TREATMENT

- We recommend empiric oral antibiotic treatment of exit-site infections with appropriate *S. aureus* cover such as a penicillinase-resistant penicillin (e.g. dicloxacillin or flucloxacillin) or first-generation cephalosporin, unless the patient has had a prior history of infection or colonization with methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) or *Pseudomonas* species (in these cases they should receive a glycopeptide or clindamycin, or appropriate anti-pseudomonal antibiotic, respectively) **(1C)**.

Gestion du cathéter de DP

- Plusieurs méthodes d'installation
 - Au chevet
 - Laparotomie
 - Laparoscopie (Étalon d'or)

Si cathéter dysfonctionnel

- Questions à se poser?
 - Constant?
 - Trouble à l'infusion ou au drainage?
 - Minimum 2 selles molles par jour?
 - Position du cathéter?

Trouble à l'infusion

- 2 diagnostics principaux:
 - Fibrine
 - Blocage par un organe

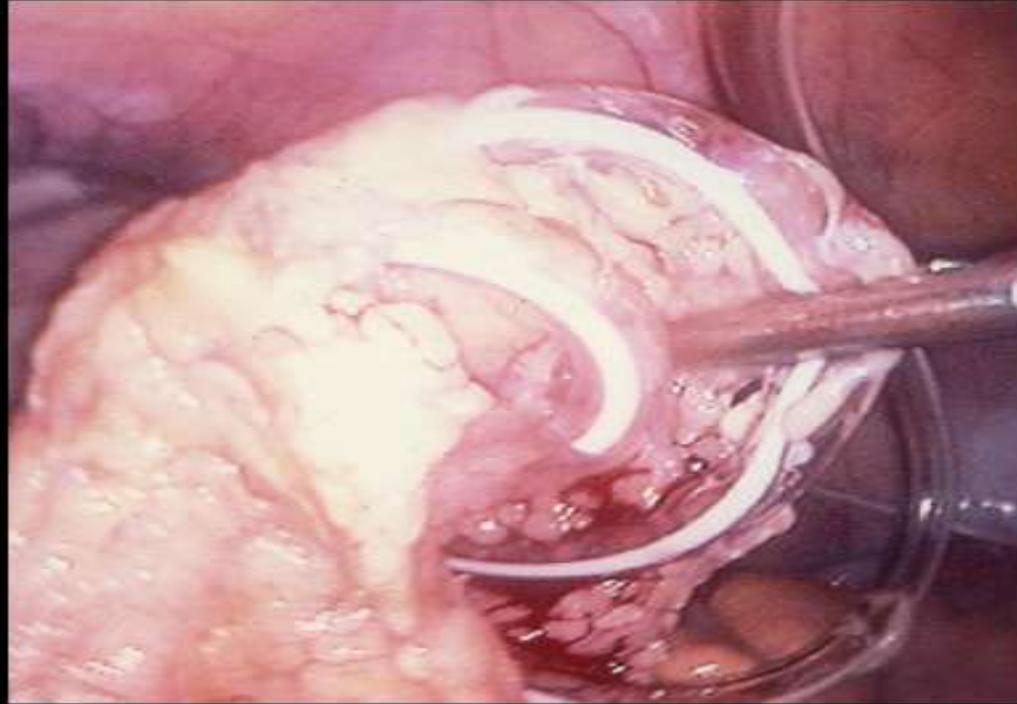
Trouble au drainage

- Plus de possibilités:
 - Constipation
 - Omentum ou autre organe
 - Déplacement cathéter
 - Fuite
 - Hernie
 - Défaut de membrane
 - Fibrine moins probable

Traitement problème de cathéter

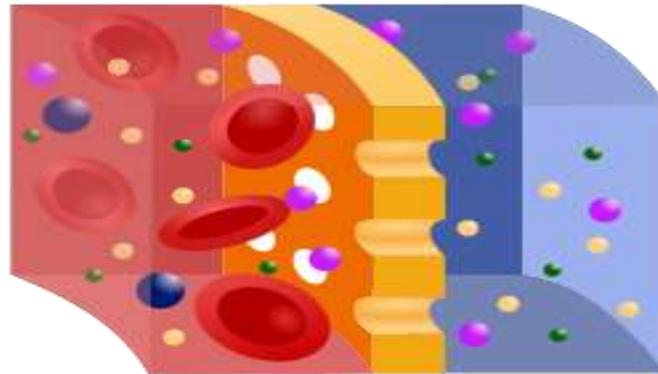
- Polyéthylène glycol 250 ml q 1hre ad retour clair... (vous ne vous ferez pas d'amis)
- Alteplase si fibrine, sinon inutile
- Flushs NaCl à la seringue vigoureux
- Repositionnement laparoscopique avec probable omentopexie

Omental Wrap with Displacement



Gracieuseté de Dr Todd Penner, UHN

Défaut d'ultrafiltration



Cas clinique

- Cas clinique (02/2015):
 - Femme 53 ans
 - Status post bi-néphrectomie pour tumeurs de Grawitz (Von Hippel Lindau)
 - DP x 09/2003
 - Embolie pulmonaire en 2005
 - Métastases pulmonaires x 2011: très lente progression
 - Lésions au cerveaulet (hémangioblastomes probables) x 2011
 - 4 péritonites x 2003
 - 3^e cathéter DP x 2003 (1 retrait sur péritonite à pseudomonas, 1 retrait sur tunnelite à staph aureus)

Cas clinique

Diminution de l'UF avec dextrose 2.5%, ok avec Icodextrin.

- Que faites-vous?



Causes possibles

- Migration du cathéter
- Fuites
- Erreur technique durant l'échange
- Défaut d'UF
- Péritonite sclérosante

Suite cas clinique

- TPP modifié (4,25%) fait:
 - Défaut d'UF objectivé (<400 ml UF):
 - Volume drainé: 2100 ml
 - Membrane péritonéale a évolué de moyennement rapide à rapide (D/P Cr)
- Retour aux sources: qu'en est-il de la fonction du cathéter?



- PEG/Électrolytes x 3 tentatives: non efficace
- Repositionnement chirurgical fait en mai 2015
- Reprise DP après 14 jours: fonctionnelle

Suite cas clinique

- Octobre 2015: défaut UF revient
 - Présente aussi un appétit plus variable avec satiété précoce, No matinales, 1-2 Vo/sem x 1 mois
 - Position cathéter DP revenue idem à avril 2015
 - PEG/Électrolytes retenté
 - Fuite dans la paroi objectivée (peau orange):
 - Arrêt DP, transfert en HD
 - Repositionnement par laparoscopie demandé

Laparoscopie du 3 décembre

- L'urologue vous fait signaler:
 - «Mathieu, écoute as-tu 10 minutes pour venir au bloc?»

J'allais repositionner le cathéter, mais le péritoine est vraiment bizarre, j'ai jamais vu ça.

C'est comme tout cuirassé et même le grêle est comme pris là-dedans et tout rétracté, je voudrais que tu me dises si on garde le cathéter.»

-J'arrive tout de suite! (et j'espère pas faire d'erreur de stérilité au bloc...)



https://www.google.ca/search?q=leather&safe=active&hl=fr&tbm=isch&source=Int&tbs=sur:fm&sa=X&ved=0ahUKewiri6nZifnZAhXp7IMKHUGfDz4QpwUIHg&biw=1920&bih=934&dpr=1#imgdii=TkrbG-aOQXAzrM:&imgc=prdqdu_wb-xN3M:&spf=1521486206753

Patiente



Tannoury, World J Gastroenterol. 2012 May 7;
18(17): 1999–2004.

Normale

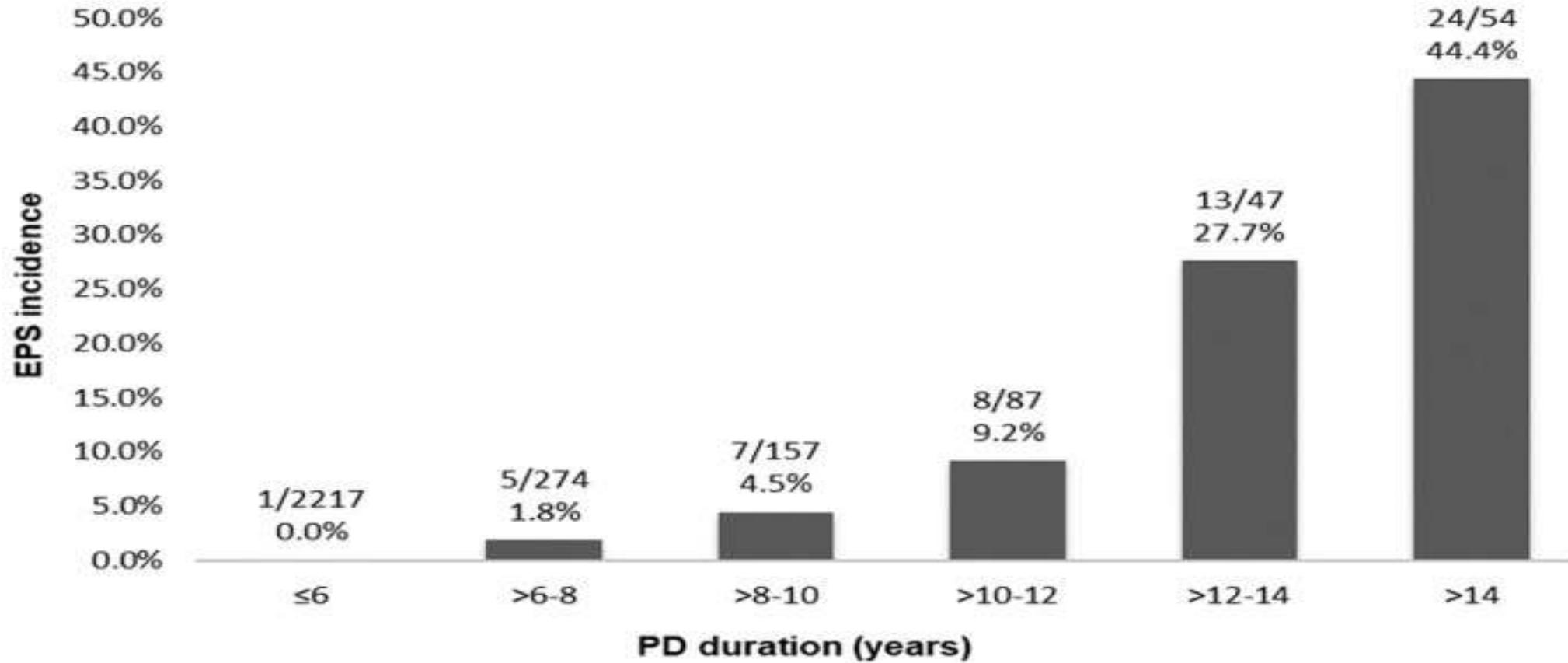


Renzuli, CMAJ February 23, 2010

Épidémiologie

- Prévalence 1-3% des patients en DP tout au plus
- Excessivement rare dans les 5 premières années de la DP (bonne nouvelle car greffe/espérance de vie souvent < 5 ans)
- Après 6-8 ans, augmente rapidement ad >20% d'incidence après > 10 ans DP
- Souvent «second hit» avant le début de l'EPS (péritonite (surtout) ou chirurgie)

PD duration and EPS incidence



PD duration	≤6	>6-8	>8-10	>10-12	>12-14	>14
Odds ratio	0.0	1 (Ref)	2.5	5.5	20.6	43.0
P value	0.001		0.1	<0.01	<0.001	<0.001

Characteristic	Total (N = 58) ^a	Severe group (n = 23)	Mild/moderate group (n = 34)	P value ^b
Presented with bloody ascites	25 (44)	14 (61)	10 (30)	0.02
EPS onset after PD withdrawal	26 (45)	15 (65)	11 (32)	0.02
Causes of PD withdrawal				
Refractory peritonitis	16 (62)	7 (47)	9 (82)	0.1
Non-peritonitis	10 (39)	8 (53)	2 (18)	0.1
UF failure or inadequate dialysis	5 (19)	4 (27)	1 (9)	
Refractory tunnel infection	1 (4)	1 (7)	0 (0)	
Abdominal surgery	1 (4)	1 (7)	0 (0)	
Hernia	1 (4)	1 (7)	0 (0)	
Other	2 (8)	1 (7)	1 (9)	
Duration from PD withdrawal to EPS onset, months	3.7 (1.9, 6.2)	3.7 (1.9, 6.9)	2.5 (1.6, 6.4)	0.4
Outcome				
Mortality	20 (35)	17 (74)	2 (6)	<0.01
Causes of mortality				
Bowel perforation	9 (50)	9 (53)	0 (0)	
Peritonitis	2 (11)	2 (12)	0 (0)	
Malnutrition/cachexia	2 (11)	2 (12)	0 (0)	
Vascular access infection	1 (5)	1 (6)	0 (0)	
Pneumonia/respiratory failure	2 (11)	2 (6)	0 (0)	
Sepsis	1 (5)	1 (6)	0 (0)	
Acute myocardial infarction	1 (5)	0 (0)	1 (50)	
Sepsis after heart surgery	1 (5)	0 (0)	1 (50)	
Unknown	1 (5)	0 (0)	0 (0)	
Duration from EPS diagnosis to mortality, months	14.9 (9.1, 31.4)	14.4 (5.9, 31.3)	27.5 (17, NA)	0.4

Data are presented as means \pm SDs (normally distributed data), medians (interquartile ranges) (non-normally distributed data), or numbers (percentages).

UF, ultrafiltration failure.

^aOne patient with unknown cause of death was not included in either group.

^bP for severe vs. mild/moderate group.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190079.t004>

Guidelines ISPD 2017

- 2. The decision about when to discuss EPS as a potential complication of long-term PD therapy should be undertaken at some point with the patient—not necessarily at the start of PD but more reasonably at the 3 – 4 year point of therapy.
- 4. No single strategy to reduce the risk of EPS has been proven in clinical trials, but there is some evidence to support the following:
 - a. Minimizing dialysate glucose exposure, although it is important to ensure that fluid volume status is not compromised as a result
 - b. Preventing acute PD-related peritonitis using interventions recommended by the ISPD peritonitis guidelines
 - c. Use of neutral-pH, low-glucose degradation product dialysis solutions (low-grade evidence only)

Suite du cas

- On cesse la DP
- Flush du cathéter aux 2 semaines, liquide toujours clair avec décomptes normaux
- Satiété précoce et No occ., sans plus
- Décision de transfert en HD, puis en HD nocturne en novembre 2016
- Pas de traitement immunosuppresseur
- Pas de tamoxifen vu néoplasie métastatique et ATCD embolie pulmonaire en 2005

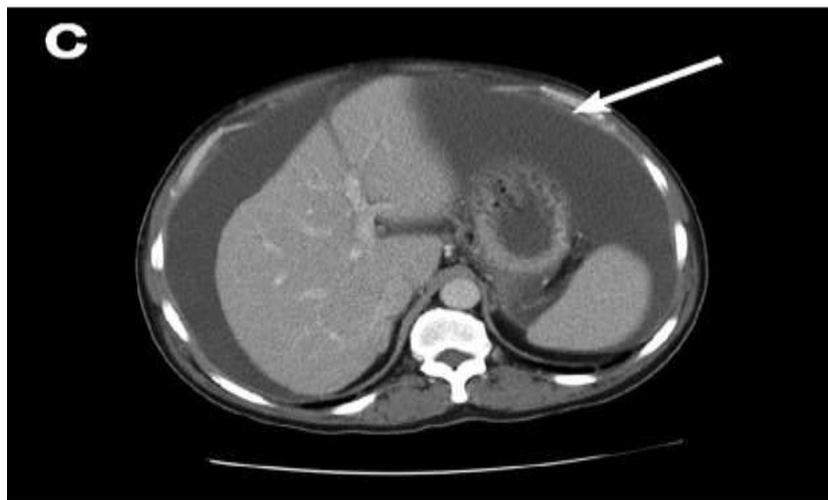
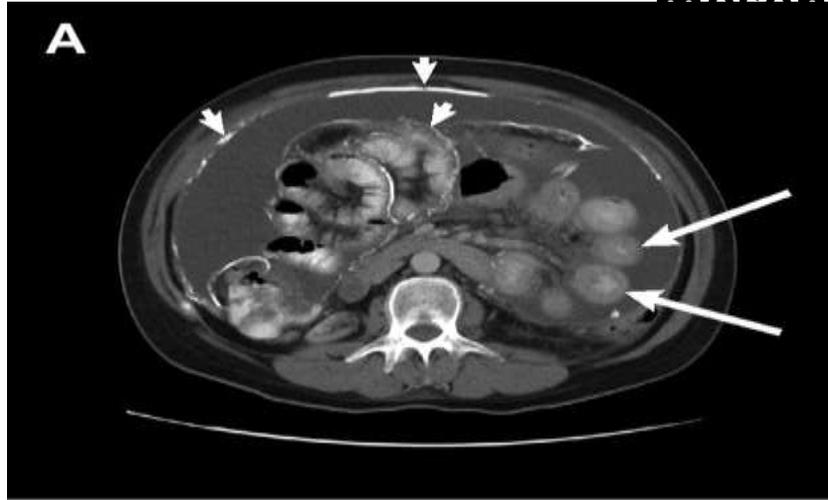
Évolution

- Apparition d'ascite et de symptômes sub-occlusifs (No/Vo/dlr abdo)
- Ponction d'ascite, 1,8 L d'exsudat, cytologie négative
- TDM: Sub-occlusion grêle proximal et moyen diffus
- Score péritonite sclérosante au TDM: 8/22
- Transit du grêle, pas de site de sténose unique, plus de 24 heures de transit
- TEP négative pour carcinomatose péritonéale
- On ajoute prednisone en mai et début HAIV en juin (perte de 11 kg en 4 mois)

Diagnostic

- Surtout clinique:
 - Symptômes sub-occlusifs
 - Changement de statut de membrane (devient diffuseur rapide « High »)
 - Trouble d'ultrafiltration
 - Ascite
 - Hémopéritoine
 - Perte de poids
 - Malnutrition
- Radiologique: TDM
- Pathologie inutile (toujours épaissi en DP)

Cross-sectional abdominal CT images of patients diagnosed with EPS. (A and B) Extensive peritoneal calcification (arrowheads) as well as thick-walled loops of small bowel (arrows), which are being tethered to the mesentery (*)



CJASN

Évolution

- Prednisone autour de 20 mg ad octobre 2017, puis sevrée ad dose physiologique (surrénalect.), car aucune efficacité
- Ne mange plus car non toléré
- Poids stabilisé avec HAIV
- Choc septique sur pneumonie post-influenza en 02/2018
- Début tamoxifen avec a/c thérapeutique en 03/2018

Thérapie

- Aucun traitement démontré efficace dans la littérature
- Rapports de succès et d'échecs avec:
 - Tamoxifen (1 étude positive, 1 négative)
 - Corticostéroïdes
 - Immunosuppresseurs (Azathioprine et Mycophénolate surtout)
- Plus grosse série de traitements (111 patients), 50% mortalité avec corticos, AZA, MMF, tamoxifen ou des combinaisons

Révision des techniques

- La stérilité de la technique de dialyse est essentielle
- Cela est vrai, tant en HD qu'en DP

- Données sur l'utilisation de listes à cocher en hémo à domicile
- Pas de données en DP

The use of vascular access audit and infections in home hemodialysis

Mathieu ROUSSEAU-GAGNON, Rose FARATRO, Celine D'GAMA, Stella FUNG,
Elizabeth WONG, Christopher T. CHAN

Division of Nephrology, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada

AUDIT TOOL: Arteriovenous Fistula / Graft

Use a  if action performed correctly

Use an  if action not routinely performed by patient or not preformed correctly

CANNULATION PATIENT AUDIT	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
CANNULATION: ROPE LADDER TECHNIQUE					
HAND HYGIENE					
WASH HANDS AND ACCESS WITH SOAP AND WATER					
SKIN CLEANSED WITH ANTISEPTIC					
ANTISEPTIC ALLOWED TO DRY					
CANNULATION PERFORMED ASEPTICALLY					
PATIENT CONNECTS ASEPTICALLY					
CANNULATION: BUTTONHOLE TECHNIQUE					
HAND HYGIENE					
WASH HANDS AND ACCESS WITH SOAP AND WATER					
SKIN AND BUTTONHOLE SITES CLEANSED WITH ANTISEPTIC					
SCAB REMOVED WITH STERILE BLUNT TIP NEEDLE OR STERILE PICK DEVICE					
A NEW STERILE NEEDLE OR PICK DEVICE USED TO REMOVE EACH SCAB					
NO EVIDENCE OF BLEEDING POST SCAB REMOVAL					
SCAB REMOVED COMPLETELY					
SKIN AND BUTTONHOLE SITES CLEANSED WITH ANTISEPTIC A SECOND TIME					
ANTISEPTIC ALLOWED TO DRY					
CANNULATION PERFORMED ASEPTICALLY					
PATIENT CONNECTS ASEPTICALLY					
DECANNULATION					
PERFORM HAND HYGIENE USING HAND SANITIZER					
ANTISEPTIC OINTMENT / CREAM APPLIED TO SITES					
CLEAN GAUZE / BANDAGE APPLIED TO SITES					
COMMENTS / OBSERVATIONS					
SIGNATURE					

Figure 1 Vascular access audit tool for fistulas and grafts.

Variable	Error (n=49)	No error (n=43)	All (n=92)	p value*
Renal Replacement Therapy Vintage	12.4 (4.3-19.1)	4.25 (2.1-17.7)	11.7 (2.2-18.6)	0.118
Home Hemodialysis Vintage	5.8 (1.5-9.4)	2.3 (0.9-5.0)	3.3 (1.1-6.8)	0.005#
Age at Start of Home Hemodialysis	40.9 ± 11.2	43.2 ± 13.0	41.9 ± 12.1	0.364
Dialysis session length	8 (7-8)	8 (7-8)	8(7-8)	0.785
Weekly number of dialysis sessions	5 (4-5)	5(5-5)	5 (4.25-5)	0.479
Vascular access at the end of dialysis training				0.130
<i>AV fistula</i>	26 (53%)	14 (33%)	40 (43%)	
<i>AV graft</i>	5 (10%)	5 (12%)	10 (11%)	
<i>Tunneled catheter</i>	18 (37%)	24 (55%)	42 (46%)	
Vascular access at vascular access audit				0.105
<i>AV fistula using rope ladder cannulation</i>	6 (12%)	11 (25%)	17 (18%)	
<i>AV fistula using buttonhole cannulation</i>	25 (51%)	12 (28%)	37 (40%)	
<i>AV graft</i>	3 (6%)	2 (5%)	5 (6%)	
<i>Tunneled catheter</i>	15 (31%)	18 (42%)	33 (36%)	
Requirement of caregiver to dialyze				0.544
<i>Yes</i>	9 (18%)	5 (12%)	14 (15%)	
<i>No</i>	40 (82%)	38 (88%)	78 (85%)	
Sex				0.486
<i>Male</i>	33 (67%)	25 (58%)	58 (63%)	
<i>Female</i>	16 (33%)	18 (42%)	34 (37%)	
CCI	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0.828
ESRD cause				0.811
<i>Diabetic glomerulopathy</i>	6 (12%)	5 (12%)	11 (12%)	
<i>Hypertensive nephrosclerosis</i>	3 (6%)	1 (2%)	4 (4%)	
<i>Glomerulonephritis</i>	20 (41%)	21 (49%)	41 (45%)	
<i>Urologic conditions</i>	7 (14%)	4 (9%)	11 (12%)	
<i>Other</i>	13(27%)	12 (28%)	25 (27%)	
Age at vascular access audit	46.4 ± 11.7	46.2 ± 12.8	46.3 ± 12.1	0.938
Use of immunosuppressive drugs				0.374
<i>Yes</i>	14 (29%)	17 (40%)	31 (34%)	
<i>No</i>	35 (71%)	26 (60%)	61 (66%)	

Estimated probability of Infection

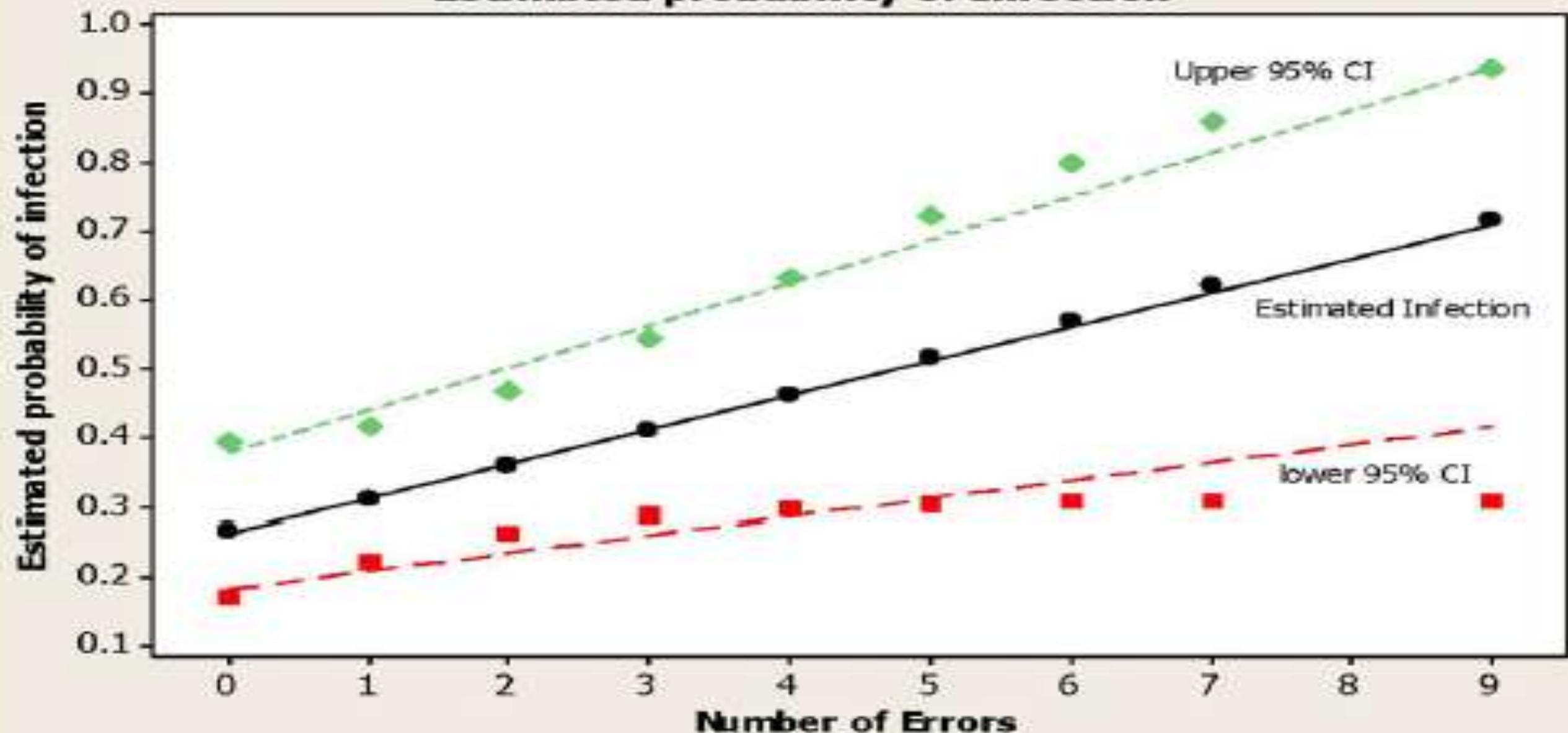


Figure 3 Estimated probability of infection in relation to number of errors.

Effet de la vérification de technique

- Diminution du nombre d'erreurs de technique (1.24 à 0.33; $p < 0.001$)
- Pas d'effet démontré sur le risque d'infection (possible manque de puissance)

Introduction en DP

- Introduction d'une liste de vérification au CHU de Québec en janvier 2019
- Technique de soin du site de sortie et d'échange pour tous les patients

Nom :

Date de naissance :

dossier :

CHECK-LIST RÉÉVALUATION EN DIALYSE PÉRITONÉALE

TECHNIQUE DE RÉFECTION DU PANSEMENT DU CATHÉTER DE DIALYSE PÉRITONÉALE

INSTRUCTIONS :

- Demander au patient de vous décrire dans ses mots les étapes qu'il réalise pour son échange péritonéal.
- Cocher les étapes mentionnées.
- Documenter sur la feuille d'évaluation de l'émergence, les étapes manquantes et les interventions infirmières faites pour corriger la situation, s'il y a lieu. Si tout est conforme, noter simplement que les étapes sont respectées.

ÉTAPES :

- Rassembler le matériel.
- Fermer porte et fenêtres.
- Mettre le masque (si non fait après la douche).
- Gel antiseptique sur les mains (si non fait après la douche).
- Enlever le pansement.
- Se laver les mains 1 minute.
- Laver la table à l'alcool.
- Mettre le matériel sur la table.
- Ouvrir les paquets de gazes en les laissant dans l'emballage.
- Verser la solution nettoyante sur un paquet de gazes.
- Faire un baluchon et désinfecter la peau en partant du cathéter vers l'extérieur et répéter avec l'autre gaze.
- Désinfecter les ciseaux avec le tampon d'alcool : 15 secondes sur chaque branche des ciseaux.
- Faire une fente sur la 1^{re} gaze (comme un pantalon).
- Mettre l'onguent antibiotique sur le bout de la fente.
- Mettre la gaze fendue sur le site du cathéter.
- Appliquer la 2^e gaze par-dessus la 1^{re} gaze.
- Fixer avec la bande adhésive en entourant bien le cathéter.

DATE : _____

Rétroaction

- Je veux voir ce que vous avez retenu de votre atelier!



Conclusions

- Il est primordial que tous les intervenants professionnels s'impliquent pour le maintien des patients en DP.
- La prévention et le traitement précoce des infections est capitale.
- Une attention particulière doit être donnée aux dysfonctions du cathéter pour éviter les échecs techniques.
- La révision fréquente des techniques de soins est une avenue prometteuse pour prévenir les infections en DP.

Références

- Misra, M. & Khanna, R. (2017). Peritoneal equilibration test, UptoDate. www.uptodate.com, consulté le 26 février 2018.
- Holley, J. L. & Schmidt, R. J. (2017). Noninfectious complications of continuous peritoneal dialysis, UptoDate. www.uptodate.com, consulté le 16 mars 2018.
- [Rousseau-Gagnon M](#), [Faratro R](#), [D'Gama C](#), [Fung S](#), [Wong E](#), [Chan CT](#). (2016) The use of vascular access audit and infections in home hemodialysis. Hemodial Int. 2016 Apr;20(2):298-305.
- Dhruve M, Faratro R, D'Gama C, Fung S, Arustei D, Wong E, Chan CT. The use of nurse-administered vascular access audit in home hemodialysis patients: A quality initiative. Hemodial Int. 2019 Feb 8, Epub.

Références

- Szeto et al. (2017). ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update, *Peritoneal Dialysis International*, 37(2), p. 141-154.
- Burkart et al. (2018). Peritoneal catheter exit-site and tunnel infections in peritoneal dialysis in adults, Uptodate. www.uptodate.com, consulté le 26 février 2018.
- Bridger (2017). Peritoneal Dialysis Access Management: More Than Skin Deep, *Nephrology Nursing Journal*, 44(5), p. 401-409.
- Campbell D, et al. Antimicrobial agents for preventing peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD004679.
- Johnson D, et al. ISPD PERITONITIS RECOMMENDATIONS: 2016 UPDATE ON PREVENTION AND TREATMENT. *Perit Dial Int* 2016; 36(5):481–508

Remerciements

Toute notre équipe de dialyse à domicile de l'HDQ et de l'HDL, tout particulièrement nos infirmières!

Le comité du REINQ pour l'invitation

Pour me joindre:

Mathieu.rousseau-gagnon@fmed.ulaval.ca



UNIVERSITÉ
LAVAL