

BONNES PRATIQUES DE DIALYSE

THERAPEUTIQUE

1. Durée et fréquence : Minimum 3x/sem

Minimum 12h/sem

Exceptions :

- Fonction rénale résiduelle :
diminution : **sur OM**
- Instabilité hémodynamique :
diminution ou augmentation :
sur OM
- Hyperphosphatémie :
augmentation : **sur OM**
- Dénutrition : augmentation :
sur OM
- Personnes > 80 ans : **sur OM**

2. Technique de dialyse : Membrane synthétique

Haut flux en priorité, sinon **sur OM**

HDF en priorité

Hauts volumes de réinjection (selon
possibilités techniques) : >15litres

Si < 15l de façon constante : HD et haut flux

PTM maximum 300mmHg

Réinjection : maximum 25% du débit de la pompe à sang.

UF maximale : 10-12ml/kg/h

3. Dose de dialyse : A faire 1/mois

Kt/v : single pool : 1.4 ; 1.6 si patient haut risque ou femme

Fonction rénale résiduelle si diurèse
>500ml/j 1x/3 mois

HYPOTENSION PERDIALYTIQUE

1. Evaluation clinique de l'état d'hydratation du patient et par méthodes physiques si nécessaires (BIA, Critline...)
2. S'assurer que les apports en sel <6g/j
3. Eviter alimentation pendant la séance
4. Optimiser l'ultrafiltration (UF) : max 10ml/kg/h

Profils d'UF (qui peuvent varier)**sur**
OM

BVM

5. Profils de Na : limités dans le temps et **sur OM : préciser le début et la fin du profil.**

6. Dialyse isonatrique
7. Pas de recommandations de membrane spécifique
8. Arrêt des médicaments hypotenseurs
9. Diminution de la température du dialysat : de 0.5° jusqu'à 35° selon tolérance, ou dialyse isothermique (Frésenius)
10. L'UF seule isolée n'est pas recommandée
11. Augmentation de la durée /fréquence si répété
12. Midodrine quand les autres moyens ont échoué
13. L-carnitine quand les autres moyens ont échoué
14. Prise en charge immédiate :

Trendelenbourg

Stop UF

NaCl isotonique

Colloïdes

NUTRITION

1. Prise en charge initiale lors de la mise en dialyse par la diététicienne puis réévaluation à 1 mois
2. Fréquence d'évaluation :

< 50 ans : 1x/6 mois

> 50 ans ou dialysé depuis plus de 5 ans : 1x/3mois

Si dénutrition 1x/mois

Si inflammation persistante 1x/mois

Si patient hospitalisé : **évaluation
rapide**

3. Moyens diagnostiques :

Perte de poids >10% sur les 6 derniers mois

Enquête alimentaire : sur 3 jours dont un WE

nPCR >1g/kg/j

Albumine >35 (référence de notre labo)

Préalbumine >0.3g/l

Cholestérol total >valeur minimale du laboratoire

Indice de masse corporelle : > 23

Evaluation subjective globale : annexe

4. Apports protéiques : 1.1g/kg/j minimum

5. Apports énergétiques : 30-40Kcal/kg/j selon l'âge, le sexe et l'activité

6. Apports en vitamines :

La dialyse provoque une perte de vitamines hydrosolubles. Un certain nombre doit être supplémenté.

B1 : thiamine : 1.1-1.2 mg/j (1 cp dialvit : 50mg)

B2 : riboflavine : 1.1-1.3 mg/j (1 cp dialvit : 10mg)

B6 : pyridoxine : 10 mg/j (1 cp dialvit : 40mg)

Vit C : 75-90 mg/j (1 cp dialvit : 200mg)

Acide folique : 1 mg/j (1 cp dialvit : 3mg)

B12 : 2.4 ug/j

Niacine : 14-16 mg/j

Vit E : 400-800 UI (suppléments : si crampes)

Vit A et Vit K : pas de suppléments

Table 2. Recommended dietary intake and supplements of vitamins and trace elements in adult haemodialysis patients (opinion)

<i>Vitamins</i>	<i>Daily recommendation</i>
Thiamine hydrochloride (B1)	1.1–1.2 mg supplement
Riboflavin (B2)	1.1–1.3 mg supplement
Pyridoxine hydrochloride (B6)	10 mg supplement
Ascorbic Acid (C)	75–90 mg supplement
Folic Acid (B9)	1 mg supplement
Cobalamin (B12)	2.4 µg supplement
Niacin (B3, nicotinamide, nicotinic acid, PP)	14–16 mg supplement
Biotin (B8)	30 µg supplement
Pantothenic acid (B5)	5 mg supplement
Retinol (A)	700–900 µg intake (no supplement)
Alpha-tocopherol (E)	400–800 IU supplement ^a
Vitamin K	90–120 µg intake (no supplement)
<i>Minerals and Trace elements</i>	
Phosphorus	800–1000 mg intake
Calcium	2000 mg intake including calcium from phosphate binders
Sodium	2000–2300 mg intake i.e. 5–6 g sodium chloride
Potassium	50–70 mmol intake (1950–2730 mg) or 1 mmol/kg ^b
Iron	8 mg (men) and 15 mg (women) intake ^c
Zinc	10–15 mg (men) and 8–12 mg (women) intake (no supplement) ^d
Selenium	55 µg intake (no supplement) ^e

7. Apports en sel et minéraux :

Phosphore : 800mg/j

Calcium : 2g/j (y.c les chélateurs à base de calcium)

Na <100mmol/j (5-6g/j de chlorure de sodium)

Potassium : si >6mmol/l : diminution des apports à 2-2.5g/j

Substitution en zinc et sélénium si dénutrition ou symptômes de carence

8. Supplémentation : Si échec des recommandations nutritionnelles

Suppléments oraux adaptés aux dialysés

Nutrition entérale : si échec des suppléments oraux

Nutrition parentérale per dialytique : si échec des deux méthodes précédentes : il faut que les apports spontanés soient au moins de 20Kcal/kg/j et de 0.8g/kg/j : sinon alimentation parentérale quotidienne

ACCES VASCULAIRES

1. Le débit sanguin de l'accès doit être suffisant pour la dialyse

2. Dans l'ordre de préférence :

FAV native

FAV prothétique

Cathéter

Le plus distal possible pour les FAV

3. LA FAV native ne peut être utilisée que quand la maturité est adéquate

4. La FAV prothétique doit être piquée de façon étagée

5. La surveillance objective de l'accès vasculaire doit être réalisé régulièrement par la mesure du débit

6. En cas de suspicion clinique de sténose de la FAV : Imagerie au plus vite

7. Intervention percutanée ou chirurgicale au plus vite
8. En cas de suspicion de thrombose veineuse centrale une angiographie doit être réalisée
9. En cas d'ischémie distale clinique, exploration angiologique puis angiographie

10. Traitement de l'ischémie distale :

Accroissement du D° artériel

Réduction du D° de l'accès

Revascularisation distale

Ligature de l'accès

11. La dysfonction d'un cathéter doit être traitée par fibrinolyse locale et/ou imagerie du cathéter

12. Traitement de l'infection de l'accès :

FAV native : 2 sem de d'AB si pas d'EF ou de bactériémie

2 sem d'AB IV si EF et/ou bactériémie

FAV prothétique : 2 sem d'AB iv puis 4 sem d'AB per os

Si thrombose septique : excision de la FAV

Cathéters : Provisoire : ablation immédiate

Tunnélisé : Si EF et/ou
bactériémie l'ablation peut être
retardée