

Prise en charge des plaies sévères de Calciphylaxie par les IDE de SSR néphrologique A propos d'un cas



B. LAURENDOT, IDE - V. LAMBERT, IDE - Dr A.BBASSI.

CTIRC – Unité SSR Néphro-dialyse - Hôpitaux-St-Maurice 94410.

INTRODUCTION

La **calciphylaxie** ou **l'artériopathie urémique calcifiante** est une pathologie grave. Le pronostic est souvent engagé. La prise en charge est le plus souvent multidisciplinaire. Le rôle de l'IDE dans la prise en charge (PEC), en plus des autres moyens thérapeutiques, est capital dans l'amélioration et la guérison de ces plaies. Nous rapportons le cas d'une patiente avec des lésions sévères de calciphylaxie cutanée ayant totalement cicatrisé grâce à une prise en charge lourde et prolongée mais efficace par l'IDE du SSR néphrologie.

METHODES ET RESULTATS

Observation : Madame B est âgée de 71 ans. Elle est traitée par hémodialyse depuis 3 ans pour IRC terminale sur néphropathie vasculaire. Elle a été hospitalisée dans le service du 23 décembre 2021 au 21 juin 2022 pour calciphylaxie cutanée sévère avec de larges ulcérations très douloureuses touchant les deux cuisses dont certaines étaient creusantes, fibreuses et nécrosantes.

Caractéristiques de la patiente

Caractéristiques de la patiente : Il s'agit d'une patiente de 71 ans avec : un diabète insulino-réquerant multicompliqué, un artériopathie sévère des membres inférieurs, cardiopathie rythmique avec ACFA sous AVK et sans cardiopathie ischémique. Elle est traitée par hémodialyse depuis le 16 mars 2021. Le bilan phospho-calcique depuis sa prise en charge est bien équilibré avec une PTH correcte entre 150 – 390 pg/ml et un taux de 25 OHD3 correct à 40 ng/mL. Notion d'injections de CALCIPARINE les mois avant la découverte des lésions.

La présentation clinique

Contexte clinique : Découverte en novembre 2021 de plaies cutanées. Ces troubles se sont progressivement aggravés se transformant en lésions nécrotiques douloureuses touchant le haut des cuisses et les fesses.

Malgré les premiers soins locaux et une antibiothérapie probabiliste, les lésions évoluent devenant ulcérées avec une bordure violacée et infiltrée en faveur de lésions de Calciphylaxie.

Sièges des lésions : Faces latérales des grands trochanters D/G avec bordures violacée et infiltrée. Face latérale de la cuisse gauche. Fesse droite. Calcifications cutanées indurées palpables.

Diagnostic : **Devant l'aspect évocateur de calciphylaxie**, un avis spécialisé en dermatologie a été demandé avec biopsie le 15/12/2021 retrouvant à l'histologie un aspect de calciphylaxie et une adiponécrose associée à un foyer de calcifications au sein de la nécrose.

Signes associés : Syndrome douloureux. Syndrome inflammatoire et signes de dénutrition clinico-biologiques.

CRP entre 20-50mg/l.
Hypoalbuminémie à 25 gr/l.
Préalbumine à 0,09 gr/l.
Calcémie corrigée à 2,38,
Phosphorémie à 1,49.
RA : 22 – 26 mmol/l.

La prise en charge médicale proprement dite

Elle a été mise en route dès suspicion du diagnostic en attendant le résultat de la biopsie. Elle reposait sur :

- L'arrêt de l'AVK, relayé par NACO (APIXABAN) et de l'anticoagulation en dialyse.
- La prise en charge de la douleur au quotidien et pendant les soins.
- Prise en charge nutritionnelle per os en adaptant son alimentation, refus de la SNG par la patiente;
- Intensification de la dialyse à 6 séances par semaine sans anticoagulation.
- Mise en route d'un traitement par THIOSULFATE DE SODIUM à raison de 25 gr par séance trois fois par semaine du 2 janvier au 28/7/2022.
- Antibiothérapie selon aspect et évolution.
- Réévaluation régulière du poids sec : de 62 à 58 kg en phase aiguë – de 58 à 61kg après PEC.
- Réévaluation dermatologique régulière par une équipe spécialisée.
- Réévaluation vasculaire : Pas d'indication de revascularisation dans l'immédiat.
- Concertation médicale et paramédicale régulière pour validation des soins locaux complexes.
- **Indication de RHEOPHERESE, non pratiquée dans le service.**

La prise en charge IDE – SSR Néphrologie

Cette prise en charge IDE est majeure. L'hospitalisation est indispensable. Elle reposait sur des soins quotidiens complexes et longs avec réévaluation régulière en concertation avec l'équipe médicale.

Après évaluation dermatologique spécialisée, la patiente a été transférée dans le service le 23 décembre 2021. Elle a été prise en charge rapidement par l'équipe IDE et les IDE référentes dans les plaies. Cette PEC reposait sur :

- **un temps et une IDE dédiés.**
- **une approche psychosomatique :** Informer, rassurer, gagner la confiance du patient, évaluer et traiter efficacement la douleur.

• **des soins locaux** complexes et difficiles, longs et chroniques, toujours bien adaptés avec plusieurs phases : **Phase de détersion**, indispensable avec un temps minimum d'1h30 par cuisse et pendant plusieurs mois. **Phase de thérapie par pression négative** à -125 mmHg (VACOTHERAPIE) pendant 1,5 mois à gauche et 2 mois à droite. **Phase de bourgeonnement** avec recours aux pansements simples à partir du mois d'avril. **Phase de cicatrisation** à partir de fin juin et sortie d'hospitalisation.

La patiente quitta le service le 21 juin 2022 : Toutes les lésions ont cicatrisées hormis la persistance d'une petite lésion de la cuisse droite ne nécessitant que des soins en ambulatoire

DISCUSSION

La **calciphylaxie** est une maladie vasculaire cutanée qui survient fréquemment chez les patients atteints d'IRCT. Le soin des plaies est une étape primordiale combinée aux autres thérapeutiques. Il doit être précoce et optimal, réalisé par des IDE formées et expérimentées. L'IDE en néphrologie est souvent confrontée aux plaies et à la calciphylaxie cutanée. Sa formation dans le domaine devient indispensable pour acquérir les compétences et devenir le pivot et un élément indispensable dans la PEC de ce type de plaies, garant de réussite et de cicatrisation. Cela exige cependant de l'expérience, de la persévérance et de la patience ainsi qu'une approche humaine, rassurante et antalgique.

C'était le cas de notre patiente, qui après une longue hospitalisation de 6 mois et une PEC avec des soins complexes, a pu quitter l'hôpital avec des plaies totalement cicatrisées.

En pratique courante, les services de néphrologie sont de plus en plus confrontés à ce type de complications cutanéovasculaires de calciphylaxie chez des patients urémiques et polythologiques. Le diagnostic et les soins précoces sont indispensables. La prise en charge infirmière par du personnel formé est capitale et garant d'une bonne évolution en combinaison avec les autres thérapeutiques médico-chirurgicales déjà complexes. Cela a été le cas d'un autre patient admis dans le service avec des lésions sévères et évoluées de calciphylaxie. La prise en charge complexe par les infirmières, a permis la cicatrisation progressive de ses lésions (Cf Photos)

Illustrations Cliniques

Patiente 1



Patient 2



CONCLUSION

Les plaies de calciphylaxie cutanée sont fréquentes chez les patients en IRCT. Le dépistage est important pour une PEC pluridisciplinaire précoce. L'hospitalisation est souvent indispensable pour garantir la bonne évolution.

Le rôle de l'IDE de néphrologie est majeur et par conséquent sa formation dans ce domaine devient indispensable. La mise en place de référents IDE expérimentés dans la prise en charge des plaies devient alors une nécessité. Formée et par sa PEC adaptée, combinée aux autres thérapeutiques, l'IDE en néphrologie sera le garant du succès et de la guérison de ces plaies réputées non cicatrisantes.