

Dialyse

p é r i t o n é a l e

DIALYSE PÉRITONÉALE HIER, AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Dr Y. KNEFATI / Dr J.-C. SABATIER et l'équipe infirmière

Centre hospitalier, 26 Valence.

La dialyse péritonéale a connu cette dernière décennie plusieurs étapes évolutives tant au niveau technique qu'au niveau des patients à traiter. Ceci est d'autant plus remarquable que la dialyse péritonéale elle-même n'a pas vraiment changé.

Ce travail tente de tracer l'évolution et l'activité de dialyse péritonéale dans le service de médecine interne et néphrologie du centre hospitalier de Valence depuis 5 ans. En effet, Valence n'a pas de centre d'hémodialyse et de ce fait, des alternatives par la dialyse hors centre ont été favorisées.

Sur le plan médical, l'année 1990 a été marquée par l'installation de deux néphrologues ayant une approche positive de la dialyse péritonéale. En conséquence, le nombre de patients traités n'a cessé de croître. Le service de médecine 3 (médecine interne et néphrologie) connaissait la DPCA depuis les années 80 avec un nombre limité de patients et sans aucune structure spécifique de soins infirmiers. Cette structure fait malheureusement toujours défaut.

Hier, comme la plupart des centres, la dialyse péritonéale s'adressait aux patients âgés « exclus » des autres méthodes thérapeutiques et notamment de l'hémodialyse. Cette approche a changé puisqu'à ce jour, 14 patients âgés de moins de 60 ans ont été traités dans l'attente d'une transplantation rénale. Cette évolution constitue pour notre équipe un élément majeur de motivation, nécessaire pour continuer à prendre en charge environ 15 nouveaux patients par an malgré l'absence de structures spécifiques. La présentation de la

dialyse péritonéale lors de l'information pré-dialyse est par contre mieux structurée et s'aide de témoignages positifs d'autres patients. La dialyse péritonéale n'est pas présentée avec force mais en complémentarité avec l'hémodialyse permettant de maintenir des patients fragiles à domicile, en sachant qu'un entourage solidaire nous paraît être une condition indispensable. Le patient garde son libre choix sans que ceci influence notre manière de le prendre en charge.

C'est d'ailleurs cette motivation qui nous paraît être à l'origine de nos bons résultats. En effet, nous avons un taux de péritonite très proche de la moyenne nationale avec un épisode de péritonite tous les 24 mois/patient et ce taux est en amélioration constante depuis quelques années.

L'âge moyen de nos patients est autour de 66 ans, avec une survie technique comparable à la moyenne nationale d'après les données du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF). Nous ne sommes pas acharnés à prolonger cette survie car la dialyse péritonéale connaît des limites qui ont été bien comprises ces dernières années.

Aujourd'hui, les progrès des dernières années nous paraissent être marqués par :

– Le succès qu'a emporté la chirurgie coelioscopique pour la pose de cathéter et le traitement de certaines complications. Le regard de plus en plus attentif sur l'orifice du cathéter diminuera probablement le taux des complications infectieuses du trajet de cathéter.

– La dialyse péritonéale automatisée connaît également un grand regain d'in-

térêt depuis la mise sur le marché de nouveaux appareils (5 patients ont bénéficié du HOME CHOICE dans notre centre). Il nous paraît actuellement indispensable d'évoquer la nécessité de faire des échanges complémentaires dans la journée, surtout chez les patients qui n'ont pas une fonction rénale résiduelle satisfaisante. Le concept de liberté totale pendant la journée doit être nuancé.

– Le dialysat enrichi en acides aminés a pris sa juste place pour un bon nombre de patients permettant de stopper la dénutrition et de maintenir en dialyse péritonéale plusieurs patients.

L'avenir de la dialyse péritonéale se dessine au travers de nos préoccupations actuelles qui orientent la recherche. La dose de dialyse est au premier ordre en raison du taux d'échec de la technique par une épuration insuffisante. En effet, de nouveaux cathéters de plus grand calibre sont en cours d'évaluation. Une augmentation du volume total de dialyse est proposée mais malheureusement sans augmenter les contraintes pour les patients. Peut-on imaginer une accélération des échanges et un raccourcissement du temps consacré à la dialyse ?

Les nouvelles formules de dialysat (bicarbonates ou polymère de glucose) sont prometteuses et permettront de pallier aux problèmes d'ultrafiltration ou d'hyperperméabilité péritonéale que nous rencontrons actuellement.

Tout le monde insiste sur la nécessité de prendre en charge les insuffisants rénaux au stade préterminal car l'on connaît les méfaits d'une prise en charge tardive. La dialyse précoce semble de mieux en mieux dessinée pour les années à venir. La dialyse péritonéale garde une place importante à condition de considérer sa durée limitée.

Bref, nous ne manquerons pas de « solutions » thérapeutiques pour traiter les patients demain.