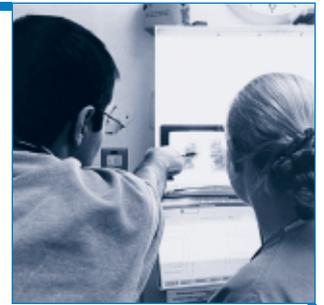


DOPPS : Dialysis Outcomes and Practices Patterns Study

Étude des résultats et des pratiques médicales en dialyse

Bernard CANAUD¹, Christian COMBE², Ronald PISONI³, Philip HELD³

1. Néphrologie, Hôpital Lapeyronie, Montpellier-F - 2. Néphrologie, Centre Hospitalier Universitaire, Bordeaux-F - 3. University Renal Research and Educational Association, (URREA), Université de Michigan, Ann-Harbor-USA



DOPPS est la plus grande étude internationale jamais entreprise dans le domaine de l'hémodialyse, qui intéresse 7 pays majeurs regroupés sur trois continents (USA, Europe, Japon) et recouvre 80 % des patients dialysés dans le monde.

Cette étude a été lancée et conduite par URREA à l'initiative du Dr Ph. Held, pour décrire l'influence des pratiques de dialyse sur la morbidité et la mortalité des patients, des différences importantes entre continents et pays étant constatées.

DOPPS est une étude longitudinale purement d'observation, prospective et contrôlée, conduite sur un collectif représentatif de patients tirés au sort. A l'heure actuelle, près de 10 000 patients hémodialysés dans 309 unités de dialyse, répartis sur 3 continents, ont été enrôlés et surveillés sur des périodes de 2 à 3 ans.

DOPPS (Phase I) comporte trois branches, la première a été lancée en Amérique du Nord (US-DOPPS), la seconde en Europe (Euro-DOPPS), et la troisième au Japon (Japan-DOPPS). Le but essentiel de **DOPPS** étant d'identifier des pratiques médicales susceptibles d'améliorer les résultats globaux des patients hémodialysés, et non de comparer les pays entre eux, l'anonymat des pays a été préservé jusqu'à la fin de cette première phase. La levée de l'anonymat pour les pays n'a été réalisée qu'après collection totale des données de la phase d'observation.

Afin d'obtenir les réponses aux questions posées en préambule, l'analyse a porté sur trois types de données : démographiques, pathologies associées ou co-morbidité, et pratiques médicales.

Les principaux indicateurs retenus pour cette analyse ont porté sur les résultats patients obtenus en termes de mortalité, morbidité (hospitalisation), qualité de vie, survie de l'accès vasculaire, le tout tenant compte de la pathologie associée et de l'âge. Dans les pratiques médicales, ont été particulièrement analysées : les conditions de dialyse, la qualité de dialyse, les paramètres usuels d'efficacité de dialyse, l'état nutritionnel, le personnel médical et

soignant impliqué et la qualité de vie des patients hémodialysés.

Les résultats préliminaires obtenus (phase I) font apparaître des différences notables entre les différents pays concernant trois aspects principaux : les pratiques médicales, la qualité des patients en termes de pathologies associées, la morbi-mortalité et la qualité de vie des patients hémodialysés.

LES PRATIQUES MÉDICALES

Les pratiques médicales sont différentes d'un continent à l'autre, confirmant une prise en charge spécifique par pays, probablement conditionnée par la culture locale et la prise en charge sociale spécifique de cette pathologie.

Schématiquement, on peut ainsi retenir que la qualité de la dialyse dépend de trois composants majeurs : la "dose de dialyse", la "dose médicale" et la "dose infirmière". La "dose de dialyse" n'est pas significativement plus élevée en Europe (Kt/Vsp 1,35) ou au Japon (Kt/Vsp 1,37) qu'aux États-Unis (Kt/Vsp 1,42). En revanche, en France la dose de dialyse administrée est plus élevée (Kt/Vsp 1,49) que l'ensemble des autres pays. La durée des séances est en revanche significativement plus longue en Europe (tHD 230 min) et au Japon

(247 min) qu'aux États-Unis (214 min). L'utilisation des membranes synthétiques est comparable dans les différents pays. Les débits sanguins utilisés sont significativement plus élevés aux États-Unis (Qb 400 ml/min) qu'en Europe (Qb 300 ml/min) et au Japon (Qb 250 ml/min).

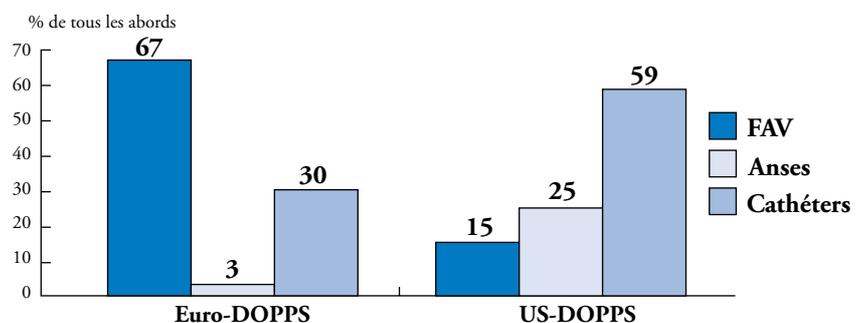
La "dose médicale" apparaît plus élevée en Europe et au Japon qu'aux États-Unis. Les visites médicales sont plus fréquentes et plus longues, représentant un temps moyen par patient et par mois de 130 min en Italie et en France contre 22 min aux USA et 59 min au Japon.

La "dose infirmière" est également plus importante et surtout beaucoup plus qualifiée en Europe qu'aux États-Unis. En moyenne, 0,3 personnes soignantes, dont 77 % d'IDE, sont en contact direct avec chaque patient hémodialysé en Europe, contre 0,18 aux États-Unis, dont 39 % d'IDE.

ABORDS VASCULAIRES

Les pratiques concernant les abords vasculaires sont très différentes. Ainsi, au début de l'hémodialyse chez les patients incidents, les fistules artério-veineuses sont utilisées à 67 % en Europe, contre 15 % aux États-Unis, les chiffres étant de 3 % vs 25 % pour les anses, et 30 % contre 59 % pour les cathéters (figure 1 ci-dessous).

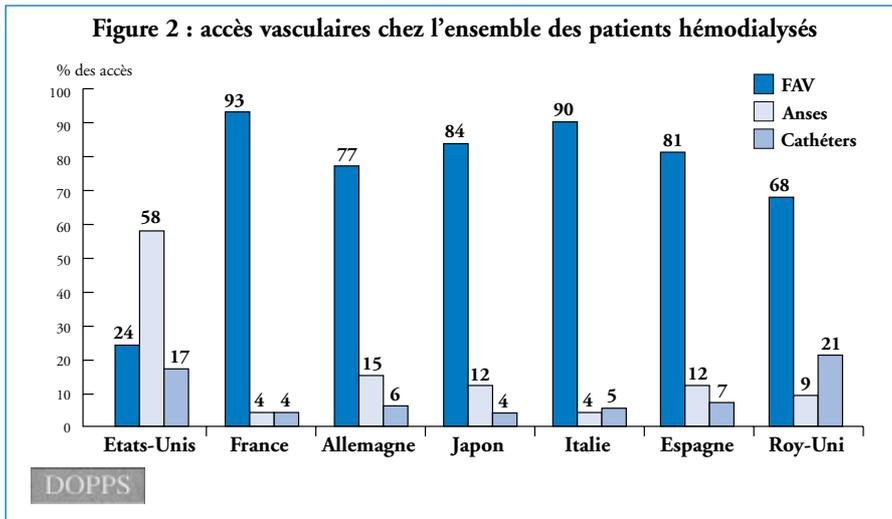
Figure 1 : utilisation des accès vasculaires au début de l'PHD chez les nouveaux patients en Europe et aux US



DOPPS

Limité aux patients inclus dans l'étude dans les 5 jours suivant la 1ère séance d'HD

Figure 2 : accès vasculaires chez l'ensemble des patients hémodialysés



Ces différences quant aux abords vasculaires sont liées en grande partie à une prise en charge avant dialyse différente, mais également à des différences culturelles, comme en attestent les questionnaires remplis par les médecins. Elles persistent dans le temps chez les patients prévalents, l'utilisation des fistules artério-veineuses étant préférée au Japon et en Europe, celle des cathéters et des anses étant plus répandue aux États-Unis (figure 2 ci-dessus).

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS EN TERMES DE PATHOLOGIES ASSOCIÉES

La qualité des patients, en termes de pathologies associées, diffère notablement d'un continent à l'autre. La co-morbidité des patients traités en Amérique du Nord est beaucoup plus importante que celle des patients traités en Europe ou au Japon. Ainsi, le diabète sucré touche 45 % des patients aux États-Unis contre 22 % en Europe et 25 % au Japon. Il en est de même pour les pathologies coronariennes (51 % aux USA contre 32 % en Europe et 19 % au Japon) ou vasculaires périphériques.

ÉTAT NUTRITIONNEL DES PATIENTS

Au plan nutritionnel, les apports protéiques sont plus importants en Europe et au Japon, sans différence nette pour les marqueurs de l'état nutritionnel, en particulier l'albuminémie. Par contre, il est clair que les variations à la baisse de l'albuminémie ou de l'index de masse corporelle sont fortement prédictifs du risque de mortalité.

MORBI-MORTALITÉ

La morbi-mortalité des patients hémodialysés diffère significativement d'un continent à l'autre. (1)

La morbidité évaluée en termes d'hospitalisation est curieusement superposable d'un continent à l'autre (Europe contre USA). La fréquence et les causes d'hospitalisation sont strictement superposables entre ces deux continents. Les causes les plus fréquentes d'hospitalisation sont les problèmes d'accès vasculaires, les infections et les poussées d'insuffisance cardiaque. En revanche, l'Europe est caractérisée par des durées d'hospitalisation plus longues.

La mortalité apparaît moins importante en Europe et au Japon qu'aux États-Unis. La mortalité annuelle est en moyenne de 15,9 % en Europe, moins de 9 % au Japon et de 23 % aux États-Unis. Il existe des différences nettes d'un pays à l'autre. Ainsi, la France bénéficie d'une tendance non significative à une mortalité plus faible que l'ensemble des pays, chiffrée à 14 %.

QUALITÉ DE VIE

La qualité de vie des patients hémodialysés se trouve affectée par le traitement de suppléance. Dans l'ensemble, il n'y a pas de différence significative entre les différents continents. Ainsi, l'incidence du syndrome dépressif est strictement superposable. La qualité de vie perçue par les patients dialysés est altérée de façon comparable entre les différents pays. Les différentes composantes de la qualité de vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou mêmes liées à la chronicité de la patholo-

gie sont perçues de façon comparable. De façon intéressante, il apparaît que la dégradation de la qualité de vie devient un facteur prédictif puissant de morbidité (hospitalisation) et de mortalité. Si bien que cet élément peut être considéré comme un marqueur de dialyse adéquate.

CONCLUSION

En conclusion, l'étude DOPPS prouve de façon éclatante que les résultats de l'hémodialyse dépendent de la qualité globale de la prise en charge du patient dans ses différentes dimensions, techniques, humaines et sociales. Les pratiques médicales apparaissent déterminantes dans la survie des patients dialysés. La co-morbidité des patients est un facteur limitant qui doit être pris en considération dans l'analyse des résultats globaux. La mise en place de systèmes d'assurance-qualité prouvant que les objectifs fixés sont atteints, notamment en termes de qualité et de durée de survie des urémiques représente la façon de justifier le coût du traitement de suppléance de la fonction rénale.

1. DOPPS : An international hemodialysis study. Young EW, Goodkin DA, Mapes DL, et al. *Kidney Int.* 2000 ; 57 (suppl. 74) : 574-581.