

# CONFORT DE VIE EN DIALYSE PÉRITONÉALE



## La place de la dialyse péritonéale dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique en 2004

Professeur Françoise MIGNON - Paris

La place qui revient à la dialyse péritonéale dans le traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est régulièrement discutée. En 2004, le sujet est d'une particulière actualité, compte tenu des progrès technologiques enregistrés récemment et de la volonté, y compris gouvernementale, de prendre les moyens d'offrir aux patients la modalité thérapeutique la mieux adaptée à son état du moment, et en particulier d'élargir l'accès à la dialyse péritonéale.

### DIALYSE PÉRITONÉALE : PROGRÈS RÉCENTS

Il est progressivement devenu possible de traiter un nombre croissant de malades par DP pendant plusieurs années grâce à :

- l'utilisation d'une connectologie adaptée qui a permis une diminution considérable de la fréquence des infections péritonéales. Celle-ci se chiffre à, en moyenne, un épisode tous les 30 mois pour les patients traités par dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et tous les 40 mois pour ceux traités par dialyse péritonéale automatisée (DPA) [données fournies par le Docteur Ch. VERGER : Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF)].

- la mise au point de cyclers pour la DPA. Cette méthode libère le malade de la contrainte diurne des changements de poches, et permet de mieux personnaliser la dose de dialyse en fonction des caractéristiques du patient (poids, perméabilité péritonéale etc...)

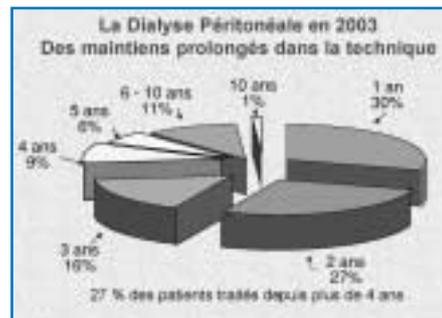
- le recours à des dialysats moins "toxiques" pour la membrane péritonéale, en particulier grâce à des artifices qui assurent une moindre exposition du péritoine aux produits de dégradation du glucose. (fig.1).

**Protéger la membrane péritonéale**

Utiliser les dialysats « bio-compatibles »

- Agents osmotiques alternatifs au glucose
- acides aminés : Nutrirenal (Baxter)
- polymères du glucose : Extrareal (Baxter)
- Poches multicompartimentées : solutions évitant la production de produits de dégradation du glucose
- Physioneal (Baxter)
- Gambro-trio (Gambro)
- Balance (Fresenius)

En conséquence, les malades peuvent être traités plus longtemps qu'auparavant par dialyse péritonéale. Selon les données du RDPLF, fin 2003, 27 % des patients étaient traités depuis plus de 4 ans (fig.2).



### DIALYSE PÉRITONÉALE : INDICATIONS.

Il y a peu de contre-indications absolues au choix de la dialyse péritonéale comme méthode de traitement de suppléance de l'IRCT mises à part quelques pathologies abdomino-pelviennes graves et/ou des conditions socio-économiques empêchant tout traitement à domicile. Ce choix thérapeutique est également déconseillé chez les malades ayant une très grande surface corporelle, anéphrique ou quasi anurique, ou encore dénutri en début de traitement, notamment s'il persiste un syndrome néphrotique.

En dehors de ces situations, le traitement par dialyse péritonéale dont les atouts sont résumés (fig.3) est bien adapté :

**Les « atouts » de la DP**

- Épuration continue
- Ultrafiltration quotidienne
- Moindre spoliection sanguine
- Respect du capital vasculaire : pas de FAV
- Traitement à domicile
  - Moindre risque d'infections nosocomiales
  - Autonomie : meilleure réhabilitation
- Moindre coût

} stabilité hémodynamique  
} régime « libre »  
} Perte plus lente de la fonction rénale résiduelle

- aux patients jeunes et actifs. Ils acquièrent rapidement une autonomie thérapeutique complète, ce qui facilite le maintien d'une vie sociale et professionnelle aussi normale que possible dans l'attente d'une transplantation.

- aux patients âgés auxquels la dialyse péritonéale procure :

- une épuration continue, et donc mieux tolérée au plan hémodynamique.
- une relative liberté en matière de régime, importante à tous âges, mais en particulier une fois atteints les 3ème et 4ème âges.
- une prise en charge à domicile, grâce, souvent, à l'aide de leurs proches et/ou d'infirmières libérales. Dans ce contexte, les équipes de soins ne doivent pas méconnaître certaines conséquences du traitement à domicile sur l'équilibre des familles lorsque celles-ci participent largement à la distribution des soins (fig.4).

**Indications de la Dialyse Péritonéale**

**Supersujets**

- Mise en place rapide du traitement
- Pas de lien à la transplantation
- Adaptation du traitement au rythme de vie : DP/ADPCA
- Liberté relative pour les déplacements

**Supers âgés**

- Meilleure tolérance car épuration continue
- Régimes moins restrictifs
- Maintien au domicile (aidé (+)) sans ICG

Mais répercussion sur l'équilibre des familles : à ne pas négliger

- Reste les difficultés liées au port du cathéter  
- fonction de chaque cas particulier

Il demeure que la dialyse péritonéale impose le port permanent d'un cathéter intra-abdominal, refusé par certains malades, et ce, quel que soit leur âge. Cette position doit toujours être respectée.

### DIALYSE PÉRITONÉALE : RÉSULTATS

De multiples travaux ont cherché à comparer les résultats du traitement de l'IRCT par épuration extra-rénale selon les modalités thérapeutiques utilisées : dialyse péritonéale versus hémodialyse. Les comparaisons sont très difficiles, vu le nombre des variables à prendre en compte, notamment :

- l'âge des patients en début de traitement et les comorbidités associées.
- l'étiologie de la néphropathie initiale.
- la valeur de la fonction rénale résiduelle en début de traitement.

- les critères de choix de la première technique d'épuration extra-rénale et ceux retenus pour exclure quelques patients des traitements de suppléance (ces données sont rarement fournies dans les publications).

- les moyens en personnel et en matériel dont disposent les équipes pour proposer les technologies les plus performantes.

Malgré toutes ces réserves et dans les groupes ayant une bonne maîtrise des deux techniques, les résultats sont identiques à la fin de la 4ème année, en matière de survie des patients, avec peut-être un discret avantage pour la dialyse péritonéale. Aussi, les néphrologues qui maîtrisent les deux techniques s'accordent-ils pour positionner actuellement la dialyse péritonéale comme une méthode de premier traitement de l'IRCT, alors qu'il persiste encore un certain degré de fonction rénale résiduelle, plus longtemps préservée par la dialyse péritonéale que par l'hémodialyse (fig.5).

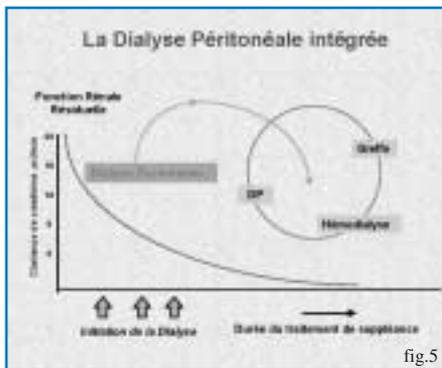


fig.5

## DIALYSE PÉRITONÉALE : LA PLACE ACTUELLE DANS LE TRAITEMENT DE L'IRCT

En 2004, le pourcentage des malades atteints d'IRT, traités par dialyse péritonéale, est très différent selon les pays : 45 % en Angleterre, 38 % au Canada et 6 % au Japon. Il est largement reconnu que le choix de la modalité d'un traitement de suppléance de l'IRCT n'est pas simplement sous-tendu par des indications médicales précises, mais est influencé par l'offre de soins et le choix propre des malades.

En France, en 2003, 2677 patients étaient traités par dialyse péritonéale (70 % par DPCA, 30 % par DPA), soit 8,7 % des malades traités par dialyse. A cette proportion relativement faible, s'associe une forte disparité régionale : 2,9 % des patients sont traités par DP en Aquitaine, versus 26,5 % en Franche-Comté, par exemple. Les néphrologues, en juin 2003, considéraient que 38,8 % des patients chez lesquels ils avaient initié le traitement par dialyse depuis moins de 6 mois, auraient pu être traités par dialyse péritonéale alors même que seulement 14,3 % avaient été pris en charge dans cette technique (fig.6 et 7).

	HC Centre	HC UCBM	Entrain. (HD)	ATD	HD domicile	DP	Total
<b>Bénéficiaires des patients dialysés</b>							
N	17.785	891	388	8279	184	1677	30604
%	57,9	3,2	1,3	27,0	1,9	8,7	100,0
<b>Patients dialysés depuis moins de 6 mois</b>							
N	2164	38	217	398	5	472	3396
%	65,7	1,2	6,6	12,1	0,2	14,3	100,0

Enquête CHAM - Juin 2003

fig.6

Les raisons de ces différences sont multiples :

- conviction des médecins, qui, pour certains, sont hostiles au traitement à domicile, y compris des personnes âgées, considérant que la socialisation induite par la venue régulière dans un centre de dialyse est, pour ces derniers, un facteur de réhabilitation considérable.

- insuffisance de formation des équipes aux techniques qui demandent la mise à disposition de compétences très spécialisées 24 h/24 h.

- insuffisance d'information des patients qui sont encore trop souvent référés tardivement aux néphrologues (moins de 1 mois avant la première dialyse). Or, contrairement à l'hémodialyse, la DP ne peut que difficilement être débutée dans le contexte de l'urgence. Optimiser la prise en charge précoce des patients atteints d'IRC est donc un objectif prioritaire si l'on souhaite augmenter le nombre de patients traités par DP (fig.8).

- enfin, freins d'ordre administratif :

- les tarifs de remboursement pour la dialyse péritonéale sont, dans certaines régions, encore trop faibles, ne couvrant qu'incomplètement les dépenses. De plus, dans le secteur libéral, les néphrologues ne sont rémunérés, ni pour la formation initiale, ni pour le suivi au long cours des malades qu'ils traitent par DP.
- L'IRCT est devenue une pathologie du sujet âgé. Actuellement, 45 % des malades dialysés en France ont plus de 70 ans. Il est quasi impossible actuellement de distribuer des traitements par DP dans les services de soins de suite, les secteurs de long séjour et les maisons de retraite. Il faut espérer que les nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins, qui seront incessamment publiés, contribueront à permettre l'accès à la DP aux malades qui le souhaitent, et ce quel que soit la région où ils demeurent. Mais, pour y parvenir, de nouveaux problèmes réglementaires restent à régler.

**La place de la DP en France en 2010**

Sa place sera fonction :

- Des solutions trouvées aux freins actuels médicaux et extra-médicaux
- Des progrès attendus :
  - Amélioration de la connectologie
  - Miniaturisation de la DPA
  - Nouveaux dialysats
- Des progrès dont « on rêve »
  - Perspectives, à moyen terme, offertes par le génie génétique

fig.9

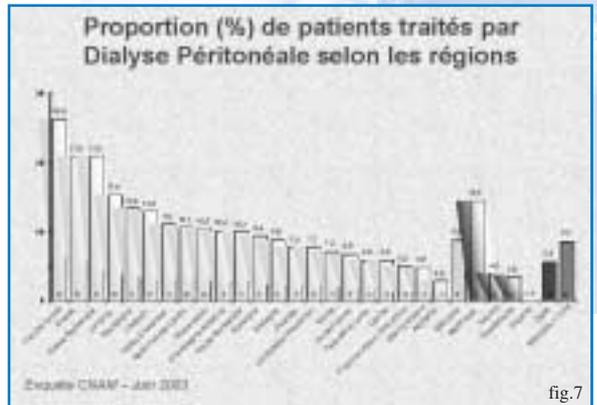


fig.7

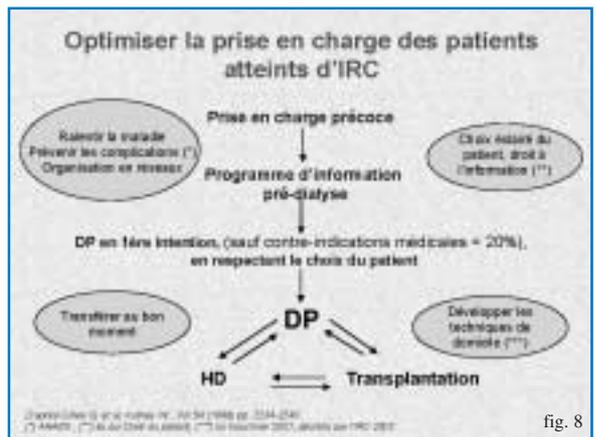


fig. 8

Enfin, les recherches en cours laissent espérer d'autres progrès qui conduiront à de nouvelles méthodologies thérapeutiques dans les prochaines années (fig.9).

**Professeure Françoise MIGNON**  
**Chef du service de néphrologie**  
**Hôpital Bichat**  
**Paris**