

Le *Bulletin de la* *DP*

Volume 19 - numéro 1
Supplément Symposium
Année 2017

*Bulletin du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française
et Hémodialyse à Domicile*

XIVeme Symposium du RDPLF Montvillargenne, 26 au 28 avril 2017

Liste des Participants inscrits au 22 février 2017

Abbassi Abdelhamid (Saint Maurice, France)
Agrario Pierino (Fresnes, France)
Aguilera Didier (Vichy, France)
Albaret Julie (Vichy, France)
Attaf David (Fresnes, France)
Aubin Lorraine (Vandoeuvre Les Nancy, France)
Auffret Yannick (Rennes, France)
Azaiez Seifeddine (Tunis, Tunisie)
Azar Raymond (Dunkerque, France)
Azeroual Latifa (Paris, France)
Babonneau Lucie (Angers, France)
Bachelet-rousseau Cecile (La Rochelle, France)
Bahri Achraf (Bruxelles, Belgique)
Balaud Catherine (Fresnes, France)
Bammens Bert (Leuven, Belgique)
Barrahou Mofeda (Bruxelles, Belgique)
Bauer Celine (Orvault, France)
Bax Edith (Loos, France)
Bdir Chedli (Tunis, Tunisie)
Bechade Clemence (Caen, France)
Belhiti Mohammed (Rabat, Maroc)
Ben Aurelie (Paris, France)
Benamar Loubna (Rabat, Maroc)
Benoit Julie (Angers, France)
Bitan Valerie (Saint Gilles Les Bains, La Reunion)
Bogner Elodie (Marseille, France)
Bohere Elodie (Angoulême, France)
Bongage Lysiane (Corbeil Essonnes, France)
Boussier Marie Christine (Orleans, France)
Branger Bernard (Nîmes, France)
Brayer Isabelle (Bruxelles, Belgique)
Bresson-vautrin Catherine (Besançon, France)
Briche Alexandra (Ignaucourt, France)
Broughton Ashley (Bruxelles, Belgique)
Bureau Sylvie (Montreal, Canada)
Cabanes Anne-catherine (Mulhouse, France)
Caudwell Valerie (Corbeil Essonnes, France)
Celeste Daniella (Pointe A Pitre, France)
Ceresa Catherine (Saint Maurice, France)
Chaffara Emmanuel (Brest, France)
Chaghouri Baher (Saran, France)
Chanliau Jacques (Vandoeuvre, France)
Chaouch Nabila (Monastir, Tunisie)
Charles Valerie (Corbeil Essonnes, France)
Chartier Murielle (Saint Barthélemy D'anjou, France)
Charytoniuk Krystyna (Bruxelles, Belgique)
Chatelin Fabienne (Paris, France)
Citarda Salvatore (Vienne, France)
Clerbaux Gaetan (Bruxelles, Belgique)
Coevoet Bruno (Loos, France)
Colboc Evelyne (Le Petit Quevilly, France)
Collart Frederic (Bruxelles, Belgique)
Collin Alain (Huy, Belgique)
Commarmond Celine (Vienne, France)
Cornelis Tom (Hasselt, Belgique)
Cornillac Laure (Fresnes, France)
Cottray Isabelle (Fresnes, France)
Coudert-krier Marie-Jeanne (Vandoeuvre, France)
Courgeon Florence (Pontoise, France)
Courivaud Cecile (Besançon, France)
Crochet Audrey (Verdun, France)
Da Silva Rodrigues Dina (Luxembourg, Luxembourg)
Dagnet Corinne (Fresnes, France)
Dagueuet Claudine (Fresnes, France)
De Bonhomme Vinciane (Namur, Belgique)
De Charry Damien (Fresnes, France)
Dejardin Agnes (Bruxelles, Belgique)
Denis Cecile (Le Mans, France)
Desclaux Christine (Aressy, France)
Diallo Mamadou (Saint Pierre, La Reunion)
Douard Agnes (Loos, France)
Doutey Armelle (Strasbourg, France)
Doutreloux Stivalys (Braine L'alleud, Belgique)
Dratwa Max (Bruxelles, Belgique)
Duchene Celine (Reims, France)
Ducrot Maize (Pringy, France)
Dumoulin Sandrine (Bruxelles, Belgique)
Dupont Vincent (Reims, France)
Durand Pierre-Yves (Vannes, France)
Dusoulier Patrick (Salouel, France)
Fabre Emmanuel (Cante, France)
Farge Charline (Quincy Sous Senart, France)
Faria Celine (Stains, France)
Faure Guillaume (Orvault, France)
Fessi Hafedh (Paris, France)
Fischbach Michel (Strasbourg, France)
Flecheau Vanessa (Angers, France)
Focan Michele (Liège - Sart Tilman, Belgique)
Fosso Christelle (Bruxelles, Belgique)
Fronton Nathalie (Toulouse, France)
Gaied Hanene (La Marsa, Tunisie)
Galicia Mercedes (Bruxelles, Belgique)
Gallot Grelier Marion (La Roche Sur Yon, France)
Ganea Alexandre (Orleans, France)
Ganier Agnes (Saint Priest En Jarez, France)
Garnier Fabrice (Papeete, Polynésie Française)
Garrigues Elodie (Toulouse, France)
Genevieve Magalie (Périgueux, France)
Genissou Albert (Saint Gilles Les Bains, La Reunion)
Ghali Nasredine (Melun, France)
Gicquiaud Julie (Loos, France)
Gilbert Olivia (Montpellier, France)
Gilles Camille (Vichy, France)
Givaudan Frédérique (Saint Maurice, France)
Glasman Brigitte (Noumea, Nouvelle Calédonie)
Godefroid Ophelie (Ottignies, Belgique)
Goffin Eric (Bruxelles, Belgique)
Gonon Patricia (Saint Priest En Jarez, France)
Gouacide Emeline (Saint Maurice, France)
Gourcerol Audrey (La Rochelle, France)
Grangier Jean-Pierre (Vienne, France)
Gueguen Katell (Fresnes, France)
Guergour Mounir (La Tronche, France)
Guerin Katia (Pontoise, France)
Guillemot Julien (Noumea, Nouvelle Calédonie)
Guillou Marion (Dunkerque, France)
Guillouet Sonia (Caen, France)
Halablian Sophie (Fresnes, France)
Halin Pascale (Charleville Mézieres, France)
Halleux Delphine (Gilly, Belgique)
Hamdini Nassereddine (Lille, France)
Hubert Florence (Gilly, Belgique)
Ismer Manfred (Colmar, France)

Issad Belkacem (Paris, France)
 Issartel Karine (Montpellier, France)
 Jaquet Guillaume (Liège, Belgique)
 Jaulin Jean Paul (La Roche Sur Yon, France)
 Jeanne Catherine (Lisieux, France)
 Jeannesson Karine (Verdun, France)
 Joseph Maan (Pontoise, France)
 Kabanda Kana Andre (Bruxelles, Belgique)
 Kadhim Ghasak (Quincy Sous Senart, France)
 Kesraoui Dalila (Saint Maurice, France)
 Kotarzewski Anne (Braine L'alleud, Belgique)
 L'huissier Franck (Alençon, France)
 Lacote Sonia (Roanne, France)
 Lacroix Liliane (Bruxelles, Belgique)
 Lan Yue Wah Lan Kwet Chong (Nîmes, France)
 Landru Isabelle (Lisieux, France)
 Lanot Antoine (Caen, France)
 Lavallee Alain (Graignes, France)
 Le Cacheux Philippe (Saint Brieuc, France)
 Le Roy Sarah (Fresnes, France)
 Lecoq Nathalie (Bois Guillaume, France)
 Legoupil Mathilde (Gradignan, France)
 Legris Audrey (Pontoise, France)
 Lepage Julien (La Roche Sur Yon, France)
 Lessore De Sainte Foy Celia (Lille, France)
 Lobbedez Thierry (Caen, France)
 Maes Sandra (Liège - Sart Tilman, Belgique)
 Magne Tene Lydie-caroline (Nevers, France)
 Mailleux Herve (Mons, Belgique)
 Maroun Nadine (Poissy, France)
 Marsal Camille (Charleville Mézieres, France)
 Martin Maryline (Charleville Mézieres, France)
 Martin Sandrine (Roanne, France)
 Masset Caroline (Vandoeuvre Les Nancy, France)
 Maza Veronique (Muret, France)
 Miessen Raphael (Liege, Belgique)
 Mlaouah Imen (Djerba, Tunisie)
 Modave Loan (Paea - Tahiti, Polynésie Française)
 Mogade Line (Saint Germain En Laye, France)
 Monfort Françoise (Ottignies, Belgique)
 Morelle Johann (Bruxelles, Belgique)
 Mougel Sophie (Nice, France)
 Mouihbi Imen (Tunis, Tunisie)
 N'sembani Emerson (Roanne, France)
 Nedelec Carine (Paris, France)
 Nicoud Philippe (Saint Barthélemy D'anjou, France)
 Nodimar Celine (Gradignan, France)
 Nogier Marie-beatrice (Toulouse, France)
 Noir Florence (Aressy, France)
 Nortier Joelle (Bruxelles, Belgique)
 Olivier Annie (Saint Priest En Jarez, France)
 Paderno Marie Christine (Graignes, France)
 Pagniez Dominique (Lille, France)
 Papierski Patricia (Nancy, France)
 Pardon Agathe (Corbeil Essonnes, France)
 Parlier Marie (Saint Maurice, France)
 Pauchet Lucie (Amiens, France)
 Perrotin Lydwine (Saintes, France)
 Petrache Andreea (Reims, France)
 Pierson Patricia (Claye Souilly, France)
 Pignard Eric (Fresnes, France)
 Pinel Doree Anne-marie (Marseille, France)
 Pitton Alexia (Nîmes, France)
 Plagnes Stephanie (Narbonne, France)
 Preissig-Dirhold Caroline (Mulhouse, France)
 Pujo Myriam (Saint Michel, France)
 Rapebach Perrine (Fresnes, France)
 Raymond Jean Luc (Paris, France)
 Raymond Raphael (Paris, France)
 Raymond Thomy (Paris, France)
 Redonnet Sabine (Reims, France)
 Renaux Christophe (Alençon, France)
 Rogeboz Nathalie (Besançon, France)
 Rossez Nadine (Bruxelles, Belgique)
 Roubiou Caroline (Besançon, France)
 Saudin Amandine (Saint Barthélemy D'anjou, France)
 Seret Guillaume (Le Mans, France)
 Sigogne Mickael (Reims, France)
 Sion Marie-noelle (Lille, France)
 Smets Liesbeth (Bruxelles, Belgique)
 Soulier Nicole (Avignon, France)
 Szelag Jean-christophe (Lyon, France)
 Target Natalia (La Roche Sur Yon, France)
 Toriki Naima (Luxembourg, Luxembourg)
 Toure Fatouma (Reims, France)
 Touze Florence (Orleans, France)
 Traber Annette (Colmar, France)
 Tschaen Anne (Mulhouse, France)
 Veniez Ghislaine (Pontoise, France)
 Verger Christian (Pontoise, France)
 Vernier Isabelle (Narbonne, France)
 Vieilly Sandra (Bordeaux, France)
 Vieru Elena (Bruxelles, Belgique)
 Vuibert Olivier (Saint Barthélemy D'anjou, France)
 Walter Mireille (Mulhouse, France)
 Wawzack Annie (Fresnes, France)
 Wigno Veronique (Colmar, France)
 Willaume Elvire (Vandoeuvre Les Nancy, France)
 Yazbeck Fatima (Saint Maurice, France)
 Zaidi Hocine (Carcassonne, France)
 Ziane Abdelaziz (Saint Priest En Jarez, France)

Résumés des communications sur invitation

Résumé I - Base de données du RDPLF, évolution et résultats.

*Christian Verger
RDPLF (Pontoise)*

Le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française a été créé en 1988. Les données ont été saisies rétrospectivement de 1986 à 1988 et prospectivement de 1998 à nos jours (2016), avec l'inclusion de 38000 patients de 6 pays différents. En décembre 2016, il rassemblait 3509 patients en cours de traitement dont 2873 en France où il est quasi exhaustif. Par ailleurs il suit une proportion importante des patients traités en Belgique (232), Suisse Francophone (47), Maroc (136) et Tunisie (221).

Des différences importantes existent dans le recrutement des patients selon les pays concernant l'âge et les comorbidités. En France, la moyenne d'âge est de 67 ans; en Belgique de 60 ans, au Maroc de 38 ans, et en Tunisie de 42 ans.

Ces différences imposent donc, lors d'études épidémiologiques, de prendre en compte les caractéristiques de chaque pays, mais aussi souvent celles des centres au niveau d'une même région. Des études récentes ont mis ainsi en évidence un effet centre important dans les résultats.

La base de données est divisée en plusieurs modules optionnels, chacun étant plus détaillé sur des aspects particuliers du traitement ou de la prise en charge du patient. Un patient ne peut être inclus dans un module optionnel que s'il existe déjà dans le module principal. Les patients inclus dans les modules optionnels depuis le début sont respectivement de 11819 dans le module infirmier, 8437 dans le module cathéter, 2487 dans le module anémie, 3244 dans le module dialyse adéquate et nutrition, 191 dans le module insuffisance cardiaque.

La dialyse péritonéale n'apparaît plus comme obligatoirement une méthode de court terme lorsque les patients ne sont pas transplantables : dans les tranches d'âges moyens, près de 2000 sujets ont entre 5 et 10 ans de traitement et près de 200 ont plus de 10 ans de traitement, quelques uns plus de 20 ans. Il convient alors de

souligner que ces durées représentent par définition les thérapeutiques d'il y a 5, 10 ou 20 ans et que celles-ci, ainsi que les solutions utilisées ont évolué depuis. Les durées prolongées ne peuvent souvent être observées en raison même de l'âge des patients, les plus jeunes étant transplantés, les plus âgés ayant déjà une espérance de vie diminuée même s'ils n'étaient pas insuffisants rénaux.

Les dernières années ont été marquées par une proportion croissante de patients (4 % des incidents en France en 2016) pris en DP, essentiellement DPCA avec large utilisation de polymères du glucose. Ce type de patient à haut risque débute dans plus de 50 % des cas avec une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure à 30 %. Il ont une fonction rénale encore élevée (DFG médian 21 ml/mn/1.73 m²). Ils devront être traités séparément dans les études statistiques globales futures.

Depuis 2014, le RDPLF suit également les patients en hémodialyse à domicile (HDD). Ce module débutant n'est pas exhaustif encore et seulement 303 patients ont été inclus dont 110 en Belgique et 193 en France. On remarque cependant déjà un profil de patient très différent de la DP : ce sont des patients plus jeunes (moyenne 48 ans), plus souvent des hommes, et il y a moins de diabétiques (12 %). Un pourcentage, probablement sous estimé dans la base de données, a été traité antérieurement en DP (11 %) : cette constatation pourrait être le signe d'une tendance au développement d'un traitement séquentiel à domicile, commençant par la DP et avec transfert en HDD en l'absence de transplantation si la DP ne s'avère plus le meilleur traitement après un temps variable. Ceci est l'illustration de toujours considérer les méthodes de remplacement du rein comme complémentaires et synergiques, non comme compétitives.

Au total, le RDPLF représente la plus grosse base de données européenne sur la dialyse péritonéale avec des possibilités d'accès faciles pour les recherches épidémiologiques portant sur des aspects spécifiques non disponibles dans les registres plus généraux, dont il s'avère complémentaire, et avec lesquels des études conjointes sont possibles. Il est accessible à toutes les catégories de soignants, infirmières ou médecins, qui veulent effectuer une étude à partir de ses données.

Résumé II - Le point sur le module infirmier.

Ghislaine Veniez
RDPLF (Pontoise)

Le module infirmier, optionnel, du RDPLF a été créé conjointement au module principal survie et infection. Il est moins exhaustif car beaucoup de centres non Français n'y participent pas et, de plus, il n'a longtemps été complété que dans les centres où c'était l'équipe infirmière qui était chargée des mises jour.

Néanmoins sur les 38 000 patients inclus dans la base de données, ce module a été complété chez 11879 patients. En 2016, en France, 43 % des patients inclus étaient également enregistrés dans le module infirmier, un peu plus en Belgique où 50 % des patients sont inclus dans ce module : au total 1800 modules infirmiers ont été complétés au cours de cette dernière année, permettant une évaluation efficace des pratiques.

En raison des indications de la dialyse péritonéale en France, également de la possibilité de bénéficier d'une aide à domicile, les handicaps sont nombreux : 27 % des sujets ont un handicap modéré à sévère, 10 % un handicap auditif, 9 % un handicap manuel gênant les manipulations. Seulement 28 % ont une activité (ou équivalent) plein temps.

Dans l'indication de la DP, le libre choix du patient est largement respecté puisque dans 89 % des cas ce sont les patients qui ont choisi la technique ; cette dernière a été imposée, pour des raisons médicales uniquement dans 4 % des cas.

Les aides à la formation des patients comprennent des supports audio-visuels (29 %), l'utilisation d'un cahier de formation (80 %), une grille d'évaluation pour suivre les progrès du patient durant sa formation (50 %) et enfin un cahier d'éducation est utilisé dans 57 % des cas.

Selon les cas, les patients sont formés par une infirmières dédiée ou des infirmières communes avec l'hémodialyse ou l'hospitalisation. La durée de formation varie d'un patient à l'autre, mais nous avons montré, il y a plusieurs années, que la durée de formation optimale était de 15 jours ; en-deçà ou au-delà, le taux d'infections péritonéales augmentait. Cette influence sur le taux d'infection peut plus difficilement être mise en évidence de nos jours en raison des progrès réalisés sur les systèmes de connexion et les manipulations qui ont abouti à un taux moyen d'infection d'un épisode tous les 3 ou 4 ans.

La disponibilité en temps laissée aux infirmières pour former les patients joue un rôle essentiel dans le développement et le maintien d'un programme de DP au sein d'un service. Le module infirmier peut permettre d'évaluer les organisations et modes d'apprentissage optimaux pour assurer le succès de la dialyse à domicile, en particulier péritonéale.

Les questions de ce module ne sont saisies qu'une seule fois, au moment de la mise à domicile. Ces items sont nombreux, mais peuvent se remplir facilement de mé-

moire, sans avoir à reprendre le dossier et il n'y a pas de mise à jour ultérieure : le temps à lui consacrer est donc faible. Il représente par contre un outil pour évaluer l'efficacité organisationnelle d'une équipe et optimiser les moyens de formation. Une mise à jour de ces items, prenant en compte les pratiques d'éducation thérapeutique est en cours avec un groupe de travail.

Résumé III - Exploitation et résultats du module cathéter du RDPLF

Isabelle Vernier¹, avec le concours d'Emmanuel Fabre² et la participation des centres du RDPLF

(1) Centre d'Hémodialyse, Polyclinique le Languedoc, Narbonne, France

(2) RDPLF, Pontoise, France

Le module cathéter du RDPLF a été créé en 1997, et modifié en 2011 pour intégrer les complications mécaniques qui n'étaient jusque là pas colligées (fiche de recueil version 2, dite « v2 »). Soixante centres ont déclaré la pose d'un cathéter depuis moins de 3 mois et 112 centres participent à la version 2. Soixante-neuf centres sont exhaustifs à 70% et 54 centres à 80% ou plus. Six cent soixante et un cathéters/an en moyenne ont été enregistrés depuis le passage en v2 (de janvier 2011 à octobre 2016), contre 380 cathéters/an entre 1997 et 2011.

A la date du 31 octobre 2016, 8906 cathéters sont inclus dans la base de données, dont 4342 « v2 ». Huit cent un cathéters ont été posés par la technique de Moncrief, soit 8,99 % de l'ensemble, dont 387 cathéters « v2 » (8,91 %).

L'incidence des infections de cathéter diminue au fil des ans, d'un épisode tous les 71 mois/patient entre 1998 et 2000, à un épisode tous les 79 mois/patient de janvier 2014 au 31/10/2016.

L'écologie bactérienne évolue sur la période 2015-2016 : augmentation des *Pseudomonas* (23% vs 16%), diminution des *Staphylocoques aureus* (30,24% vs 36,13%).

Sur les cathéters « v2 », les complications infectieuses sont moins fréquentes que les complications mécaniques (48,05 vs 51,95%) et 1 cathéter sur 3 fait l'objet d'une complication au moins.

Sur les 3854 cathéters déclarés après le 01/01/2011, 425 ont été perdus par complication mécanique ou infectieuse ; les complications mécaniques en sont responsables dans 60,7% des cas.

La survie des cathéters est excellente : 92,1 % à 1 an et 82,5 % à 5 ans pour les cathéters posés dans la dernière décennie.

L'exploitation des données est en cours, mais pour la validité des études il faut tenir compte de l'exhaustivité du recueil par centre. Soixante-huit centres sont exhaustifs à 70% ou plus pour la saisie des cathéters, ce qui représente 5776 cathéters sur un total de 8906 inclus dans la base ; un gain de 10% d'exhaustivité entraîne l'élimina-

tion d'environ 1600 cathéters (seulement 2548 cathéters exploitables pour une exhaustivité supérieure ou égale à 90%).

Résumé IV - Registres du RDPLF et du GNFB : des outils de santé publique de qualité

Frederic Collart

CHU Brugmann, (Bruxelles, Belgique)

« Le contrôle de la qualité des données des registres est une préoccupation importante, souvent négligée. Parmi les techniques permettant d'assurer cette qualité, le croisement des sources est une solution recommandée. Nous avons procédé à une analyse comparative des données relatives à la dialyse péritonéale entre celles enregistrées dans le RDPLF et celles provenant du registre du Groupement des Néphrologues francophones de Belgique. L'exercice nous permettra de commenter nos résultats à la lueur des rares recommandations en terme d'évaluation de la qualité des données existant dans la littérature médicale des registres.

En dehors de leur intérêt épidémiologique, les registres sont de précieux outils d'évaluation des politiques de santé, que celles-ci soient dues à des orientations médicales ou des modifications de financement. Nous évaluerons les effets de la réforme profonde du financement de la dialyse en Belgique survenue début 2016 sur l'offre de soins en termes d'autodialyse, de dialyse à domicile et de dialyse péritonéale.

Enfin par l'enregistrement systématique, longitudinal, de données dans de mêmes groupes de patients, nos registres offrent de bonnes informations en terme d'évaluation de la qualité des pratiques médicales en accord avec les recommandations de la littérature. Nous illustrerons le sujet par la présentation de résultats sur un suivi de 15ans et plus de paramètres biologiques de patients en dialyse »

Résumé V - Hémodialyse quotidienne à domicile (HDQ) : développement et facteurs de succès.

Hafedh Fessi, Service de Néphrologie et Dialyses, Hopital Tenon (Paris)

L'hémodialyse quotidienne à domicile (HDQ), première option thérapeutique début des années 70 (90%), n'a cessé de voir sa décadence au fil des décennies. Depuis 2012, elle ne cesse de croître et vit un second souffle. L'HDQ représente un nouveau défi pour l'équipe médico-paramédicale de néphrologie et pour les patients.

D'abord parce que le patient est devenu acteur-décideur de sa maladie, à la recherche d'une amélioration des répercussions de son traitement. Le choix des patients pour l'HDQ est fait avant qu'ils ne ressentent ses effets, ils sont guidés par la qualité de vie.

Ensuite, en raison de l'évolution technologique des générateurs plus adaptée au domicile : simplicité d'utilisation, taille réduite et portabilité. Cette technologie se base sur un nouveau concept, il s'agit de l'utilisation optimisée du dialysat : un volume faible et un bas débit.

Enfin, la prescription est simplifiée et se base sur le volume de dialysat et le rapport des débits sang et dialysat avec un objectif de Kt/V semaine ≥ 2 .

Le développement de la dialyse autonome, et tout particulièrement l'HDQ, nécessite une équipe convaincue, qui accepte que le patient soit un véritable acteur et un partenaire du traitement.

Plusieurs facteurs contribuent au succès de la technique, parmi lesquels la création d'un espace dédié ou une plateforme dont le rôle est:

1-d'apporter une information objective et adaptée aux conditions de vie des patients lui permettant un choix libre : il n'existe pas de profil patient idéal pour le domicile ; il s'agit souvent d'une image de profil idéal créée obéissant à des critères subjectifs dans lesquels le patient n'a pas eu son mot à dire ;

2-de favoriser la formation des patients à la dialyse autonome et de lever les obstacles à l'adhésion au traitement ;

3-de permettre le repli qui est un moment important pour les patients. Il leur permet de trouver une écoute, un apprentissage adapté, une aide et un soutien lors de difficultés et un encouragement face au poids du traitement - clef pour le maintien au domicile ;

4-enfin, d'assurer des réunions d'échange entre patients experts et l'équipe afin de corriger les défaillances, d'appréhender les dérives et de progresser ensemble.

Dans notre expérience, à l'hôpital Tenon, débutée en 2013, la création de cette plateforme nous a permis de former à ce jour 45 patients dont 30% d'incidents et 36 patients prévalents. Huit sur 7 sorties l'ont été pour transplantation. Les résultats du suivi à 18 mois de 17 patients ont confirmé les résultats observés à partir de 6 mois, à savoir : l'amélioration de la qualité de vie, notamment le poids de la maladie et l'insertion socio-professionnelle, la réduction voire l'arrêt du traitement antihypertenseur, la réduction de la masse ventriculaire gauche, l'amélioration de l'état nutritionnel, de la masse maigre et de la masse musculaire.

L'HDQ doit être présentée comme une option thérapeutique à part entière qui améliore la qualité de vie avec une réduction de la morbi-mortalité. Elle ne peut pas être uniquement considérée comme une alternative qui génère des économies. Il n'existe pas aujourd'hui de compensation financière au temps passé avec le patient à domicile, qui nécessite beaucoup d'attention et une disponibilité permanente pour répondre à ses interrogations et ses angoisses. Il faut valoriser la téléconsultation et promouvoir ainsi une vraie politique du domicile, permettant de développer la méthode pour tous les patients qui le souhaitent.

Résumé VI - La dialyse péritonéale en première intention

Clémence Béchade.

Centre Hospitalier Universitaire Clémenceau (Caen)

La mise en dialyse péritonéale des patients entrant dans un traitement de suppléance rénale présente un certain nombre d'avantages par rapport à une mise en hémodialyse. Cette stratégie permet de préserver le capital veineux, ainsi que la fonction rénale résiduelle. De plus, le coût de la dialyse péritonéale reste moindre.

Certains pays ont mis en place des programmes coercitifs afin de traiter majoritairement les incidents en dialyse par la dialyse péritonéale, comme c'est le cas par exemple à Hong Kong. En France, le choix de la technique de suppléance rénale est fait par le patient. La prévalence de la dialyse péritonéale chez les patients débutant pour la première fois un traitement de suppléance rénale est faible malgré les programmes d'information pré-dialyse déployés en France. Il existe donc des freins au développement de la dialyse péritonéale en première intention dans notre pays qui doivent être identifiés.

Premièrement, les critères d'éligibilité des patients à la dialyse péritonéale doivent être élargis. Les connaissances actuelles en DP nous permettent de dire que cette technique est praticable chez les patients obèses et chez les patients anuriques. Grâce à la possibilité de former des IDE libérales qui viennent assister le patient pour sa DP, la technique peut également être proposée aux patients atteints de troubles cognitifs ou psychiatriques.

Le manque de personnel médical et paramédical formé est parfois mis en cause. Il faut pourtant souligner que les possibilités de formation médicale à la dialyse péritonéale ont augmenté à l'échelle nationale. De plus, la formation d'IDE dédiées à la technique est possible dans de nombreux centres, y compris de taille moyenne. Un partenariat entre les plus petits centres ne pouvant pas dédier des équipes spécifiques à la dialyse péritonéale et des centres de référence présents à proximité pourrait également être envisagé.

Enfin, il est clairement montré que les patients arrivant de façon non programmée en dialyse restent bien souvent traités par hémodialyse en centre. Une attention particulière doit donc être portée à ces patients qui n'ont pas bénéficié d'une information pré-dialyse. Des programmes d'information sur la suppléance rénale réalisés après le démarrage de la dialyse permettent de redonner le choix de la technique à ces patients, trop souvent privés de la possibilité de choisir une technique de dialyse à domicile.

La mise en place d'un programme de dialyse péritonéale en première intention nécessite donc une motivation et une organisation de l'équipe médicale et paramédicale.

VII - La programmation neuro linguistique et relation soignant et soigné.

Thomas Raymond
(Paris)

C'est de l'autre côté de la ligne médicale que je m'adresserai à vous, pour vous conter une expérience relationnelle délicate vécue lors d'un long parcours de soin.

Cette expérience, je la partagerai avec vous sous deux angles de vue particuliers. Celui de patient d'une part et celui d'expert en communication relationnelle d'autre part. Loin de la technicité des protocoles qui structurent votre métier et encadrent vos interventions se trouve "un autre être HUMAIN"...

Son monde, son quotidien et ses perspectives sont radicalement différents du vôtre.

Pourtant, dans une optique de but commun, vous allez devoir interagir et développer les meilleures synergies possible pour lui assurer, si ce n'est une guérison, un traitement de qualité.

Par traitement, je n'entends pas simplement l'acte de remédiation à un problème de santé, mais également la façon d'agir, de se comporter et de considérer votre patient dans sa globalité.

Par globalité, je veux parler de son état de santé, évidemment, mais tout autant de la dimension émotionnelle, psychologique et comportementale que vous ne pouvez ignorer.

Toutes ces dimensions composent votre patient de façon structurelle et elles doivent être prises en compte conjointement pour garantir une qualité de relation efficiente.

Savoir créer une relation de qualité est le préambule fondamental à la mise en place d'une collaboration fructueuse.

C'est une compétence essentielle qui s'apprend simplement.

À l'heure où tant d'institutions se déshumanisent et perdent leur sens, c'est un enjeu capital que de refocaliser sur la dimension humaine des relations que nous entretenons avec le monde et les personnes qui nous entourent.

La relation est peut-être le premier traitement que vous pouvez proposer.

Résumé VIII - Hémodialyse à domicile chez le sujet âgé.

Tom Cornelis
(Hasselt, Belgique)

L'hémodialyse à domicile (HDD) connaît un renouveau certain en raison de ses bénéfices importants : amélioration de la qualité de vie, survie potentiellement plus longue avec des séances de dialyse allongées et plus fréquentes. L'hémodialyse à domicile peut aussi profiter à la population des patients plus âgés (qui sont de plus en plus nombreux) parce qu'elle réduit les durées de transport ainsi que les délais d'attente dans les centres de dialyse, favorisant ainsi leur autonomie et leur fonctionnalité. Cependant, il y a un manque de littérature sur la faisabilité de l'HDD chez le sujet âgé en insuffisance rénale terminale .

Nous avons récemment réalisé une étude de cohorte rétrospective multicentrique et multinationale chez des pa-

tients en HDD âgés de plus de 65 ans au moment du début de l' HDD.

Le critère principal d'évaluation était la survie technique et celle du patient. Les taux d'hospitalisation, les événements cardio vasculaires, les complications non infectieuses de la voie d'abord vasculaire ont été collectés. L'âge médian au départ était de 68 ans (intervalle interquartile : 66-71). La fistule artério-veineuse était la voie d'accès prédominante, et la plupart avait une durée hebdomadaire totale de dialyse de 16 heures. Le recours à une aide familiale ou infirmière était nécessaire chez 54 % des patients. Il y a eu 17 (22 %) décès et 20 (26 %) échecs de la technique. La durée cumulative d'exposition au risque a été de 188 ans. La survie sans complication à 1, 2, et 5 ans était de 85, 77 et 24 %, respectivement, et la survie technique était de 92, 83 et 56 %, respectivement. L'âge (divisé en quartiles) n'était pas un facteur d'ajustement pour le décès ou l'échec technique.

Cette étude confirme la faisabilité de l'HDD chez les patients de 65 ans ou plus au moment de la mise en dialyse sur cette technique, avec des taux de survie patient et technique similaires à ceux observés avec d'autres techniques de dialyse dans une population de sujets âgés. Cela devrait encourager de nouvelles recherches sur les bénéfices potentiels de l'HDD chez les sujets âgés en insuffisance rénale terminale. Cependant, les inconvénients tels que l'augmentation du temps de formation et l'importance du fardeau pour les aidants devraient être pris en compte. L'hémodialyse en maison de retraite médicalisée pourrait être une stratégie.

Résumé IX - Protéger la membrane péritonéale.

Johann Morelle

Clinique Saint Luc, UCL (Bruxelles, Belgique)

Service de Néphrologie, Cliniques universitaires Saint-Luc ; Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

L'intégrité de la membrane péritonéale est un élément majeur de l'efficacité et du succès de la dialyse péritonéale, technique de dialyse au domicile la plus utilisée dans le monde. Composée d'une fine couche de cellules mésothéliales, de tissu interstitiel et d'un dense réseau microvasculaire, la membrane péritonéale constitue une véritable membrane 'naturelle' de dialyse.

L'exposition prolongée de cette membrane au milieu urémique, aux dialysats 'non-physiologiques', et à d'éventuels épisodes infectieux, compromettent cette intégrité par le biais de modifications structurelles (inflammation, angiogenèse et fibrose) et fonctionnelles, qui vont conduire à la perte d'ultrafiltration et aux complications associées. La compréhension des mécanismes physiopathologiques responsables de ces altérations est importante afin de développer des mesures préventives et thérapeutiques ciblées, afin de protéger et de préserver l'intégrité de la membrane péritonéale.

Résumé X - Assurer un cathéter de DP fonctionnel

Bert Bammens

(Leuven, Belgique)

Un accès fiable à la cavité péritonéale est un préalable au succès du traitement par dialyse péritonéale (DP). Malheureusement, des problèmes avec les cathéters de DP sont fréquemment rencontrés et sont identifiés comme l'une des difficultés limitant l'expansion de la DP dans de nombreux centres. L'augmentation constante du nombre de publications sur la question illustre la prise de conscience croissante de cette problématique, tout comme les recommandations (Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Access) de l'ISPD publiées en 2010 et le fait que le RDPLF a lancé, depuis longtemps déjà, le «Module Cathéter» comme module additionnel.

Les recommandations soulignent l'importance d'une «équipe d'accès» adéquate, d'un rendez-vous en temps opportun pour le placement du cathéter et du recours à des protocoles clairs pour les soins péri-opératoires du cathéter. Même si les études unicentriques et les méta-analyses de la littérature, publiées après 2010, peuvent suggérer la supériorité de certains types de cathéter ou techniques de placement, beaucoup de ces analyses sont biaisées par des problèmes méthodologiques. Le sentiment général de la communauté DP demeure donc que l'expertise locale devrait régir le choix de la méthode de placement du cathéter et qu'aucun type particulier de cathéter ne doit être préféré à un autre.

L'une des clés les plus importantes pour obtenir de bons résultats avec le cathéter de DP est l'adhésion au principe de la soi-disant «mémoire de forme» du cathéter afin d'éviter sa migration et les dysfonctionnements qui en résultent. Ceci est clairement illustré par notre propre expérience, basée sur un audit que nous avons effectué en 2010 suite à une augmentation notable de l'incidence des problèmes mécaniques de cathéter à cette époque. Notre analyse nous a permis de définir des paramètres radiologiques qui reflètent la façon dont la forme pré-donnée d'un cathéter a été respectée lors de son placement. De plus, nos résultats peuvent stimuler les séances éducatives et les discussions de cas concrets dans les équipes d'accès et fournir un outil supplémentaire pour les procédures d'audit interne.

En novembre 2016, une initiative de l' ISPD intitulée PD University for Surgeons a été organisée pour la première fois en Europe après avoir acquis de l'expérience aux États-Unis et en Amérique du Sud. Un cours parallèle pour les radiologues interventionnels mettant l'accent sur les techniques de placement percutané du cathéter est en cours d'élaboration. En s'appuyant sur le principe «former le formateur», ces initiatives permettront de mieux faire connaître l'importance cardinale du placement du cathéter et ainsi d'améliorer les taux de réussite précoce de nos programmes de DP.

(les chiffres correspondent aux numéros des résumés)

5 - Prendre le temps de prendre soin.

Sophie Mougel

CHU Nice (Nice, France)

Introduction

La Dialyse Péritonéale (DP) est une technique réalisée au domicile du patient.

Cette mise en œuvre à domicile implique une prise en charge infirmière.

Les structures de DP, qu'elles soient hospitalières, associatives ou privées se dotent habituellement d'infirmier(s) de DP, parfois à temps plein sur un poste de DP mais parfois attaché(s) à un Hôpital de Jour, à un Centre d'Hémodialyse, voire à un service de néphrologie.

Quel que soit le mode d'organisation de ces structures, leur objectif est d'optimiser le temps de travail infirmier; l'efficacité de la prise en charge des patients est liée au temps de travail, plus ou moins long selon les objectifs fixés.

Mais comment le temps infirmier de prise en charge du patient est-il évalué dans le parcours de soins en DP?

Méthode

Peu de réponses dans la littérature...Quelle est alors la pratique en France ?

Un questionnaire (dispensé via la liste de diffusion infirmière alloDP) a permis de recueillir l'expérience et l'évaluation d'infirmiers de DP : après validation des différentes étapes du parcours de soins du patient, ils ont évalué le temps estimé pour la réalisation de chaque soin.

L'objectif était :

- de recenser les actes de soins réalisés par les infirmiers de DP afin de préciser la spécificité de la fonction,
- puis, d'évaluer en regard le temps moyen consacré à chaque tâche, afin de quantifier la charge en soins

Résultats

Une première évaluation a permis de réaliser un « état des lieux » de la prise en charge des patients en France.

Vingt-quatre infirmiers ont retourné le questionnaire rempli (13 provenaient de centres hospitaliers, 7 de centres associatifs et 4 de centres privés).

S'il semble convenu que les infirmiers de DP interviennent à toutes les étapes du parcours de soins du patient, une différence organisationnelle a pu être notée selon que la structure est hospitalière, privée ou associative.

Les résultats obtenus à partir de ces 24 centres montrent que : seuls les centres associatifs assurent les astreintes, l'implication des infirmiers de DP dans la mise en place

des cathéters est supérieure dans le privé mais la prise en charge en amont de la DP (information pré-dialyse...) est plus structurée en milieu hospitalier.

De plus, si les soins directs (techniques et éducatifs) semblent inhérents à la fonction, les soins indirects (organisation, formation, gestion de suivi...) représentent une charge de travail importante et difficile à évaluer.

L'étude montre que l'éducation représente 40% de la charge de travail ; les soins directs, seuls mesurables et quantifiables par les institutions sont évalués à 40%, les 20% restants sont consacrés aux soins indirects.

Discussion et conclusion

Une liste exhaustive des soins infirmiers dans le parcours du patient en DP est-elle réalisable ? Elle faciliterait cependant l'organisation des centres de DP et serait garante d'une prise en charge de qualité.

Cette mise en exergue du travail infirmier a également soulevé d'autres interrogations :

Quelles sont les compétences requises pour l'infirmier de DP? Sa spécificité est-elle reconnue ?

6 - Dialyse péritonéale après échec de transplantation rénale : données issues du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF).

Myriam Benomar¹, Thierry Lobbedez², Didier Ducloux¹, Cécile Courivaud¹

1CHU Jean Minjoz (Besançon, France)

2CHU Caen (Caen, France)

Introduction

Le nombre de patients en dialyse après échec de transplantation augmente. La survie des patients et celle de la technique de dialyse semblent équivalentes entre Dialyse Péritonéale (DP) et Hémodialyse (HD) dans cette situation. Cependant le niveau de preuve dans la littérature reste actuellement faible.

Méthodes

Dans cette étude rétrospective et multicentrique, nous avons inclus 328 patients inscrits dans le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française et débutant la DP après échec de transplantation (groupe Tx) entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2012. Ils ont été ajustés chacun sur le sexe et l'âge à 2 patients en DP sans antécédent de transplantation rénale (groupe contrôle). La survie des patients et de la technique de DP ont été analysées.

Résultats

La survie des patients, était identique entre les deux groupes (p= 0,34). La durée médiane en DP était plus courte dans le groupe Tx: 17 mois [14-20] contre 21 mois [19-23] dans le groupe contrôle (p=0,003). La cause principale de transfert était liée à une inadéquation de dialyse (p= 0.047). Les 3 variables associées à un risque accru de transfert en HD étaient: l'antécédent d'échec de transplantation (HR = 1,6 [1,30 à 1,95], p<0,0001), un âge plus jeune (HR = 0,99 [0,98 à 0,99], p=0,02), et le sexe

masculin (HR = 0,76 [0,61 à 0,95], p=0,01). Concernant la survenue d'infection péritonéale : 43,6% (n=143) des patients du groupe Tx vs 40,1% (n=263) des patients du groupe contrôle ont présenté au moins un épisode d'infection péritonéale (p = 0,32).

Discussion : La survie de patients et le risque d'infection péritonéale sont similaires entre patients avec et sans antécédents de transplantation rénale mais la survie de la technique de DP significativement inférieure dans le groupe de patient avec antécédents de transplantation rénale. En effet ces patients sont plus transférés en HD comparé aux patients non transplantés. Les causes de ce transfert sont imprécises. Il semble nécessaire de caractériser les patients à haut risque de transfert en HD et d'identifier des facteurs pronostiques péjoratifs pour mieux les préparer à un transfert en HD.

Conclusion : La survie des patients en DP n'est pas influencée par l'antécédent de transplantation rénale. En revanche la survie de la technique est significativement plus courte chez les patients en DP après échec de transplantation.

7 - Développement d'un programme d'hémodialyse convective quotidienne à domicile : à propos de l'expérience d'un groupe néphrologique.

Philippe Nicoud^{1, 2, 3}, Roland Kintega^{2, 3}, William Hanfi^{1, 2, 3}, Martin Jannot^{1, 2, 3}, et toute l'équipe infirmière³

1Centre de Néphrologie Alpes Léman (Contamine / Arve, France)

2Centre de Néphrologie du Mont Blanc (Sallanches, France)

3AURAL (Lyon, France)

Localisés en Haute Savoie en zone de montagne, en Vallée d'Arve entre Genève et Chamonix, nous avons ouvert une Unité de Néphrologie en mars 2012, et en septembre de la même année la création d'un service de formation à la dialyse péritonéale permettait aux premiers patients d'être installés à domicile. Pour élargir l'offre de soin, l'hémodialyse quotidienne à domicile est venue compléter le panel des techniques. Nous avons opté pour le système français convectif et pu, à ce jour, installer 10 malades.

Pour permettre son développement, l'Unité d'Entraînement a été réorganisée en « Pôle d'Éducation ». Ouvert au printemps 2015, ce dernier est entièrement dédié à la dialyse péritonéale, et à l'hémodialyse à domicile et à l'éducation à l'autodialyse.

Nous présentons ici les moyens mis en œuvre pour sélectionner les patients éligibles à ces techniques, et qui impliquent fortement les paramédicaux, bien au-delà de la seule équipe néphrologique.

A partir d'un travail de réflexion sur la qualité de l'information donnée aux patients, il nous est apparu que l'hémodialyse à domicile n'est pas limitée à la dimension technique de l'hémodialyse et à l'unique présentation d'un générateur. Nous avons travaillé sur le parcours de soins de l'insuffisant rénal chronique avec une démarche d'éducation thérapeutique structurée et créé ainsi des outils pour

la présenter. Nous avons choisi de consacrer un atelier à la spécificité du domicile avec la volonté de créer notre propre support. Nous le souhaitons surtout adapté aux interrogations auxquelles nous avons déjà été confrontés avec d'autres patients.

Les patients ont besoin de visualiser les générateurs et la façon dont ils fonctionnent. C'est à partir de ce constat que nous avons créé des supports vidéos. C'est, selon nous, un moyen de communication interactif, accessible à tous les patients et dans l'air du temps. Nos vidéos sont courtes, concises, elles illustrent le principe de l'hémodialyse quotidienne à domicile. Nous rajoutons à cela un autre support, un jeu de cartes, sous forme de questions/réponses élaborées à partir des questions que les patients nous posent fréquemment. En fin d'atelier, un document de synthèse est remis au patient, de façon à lui permettre de continuer sa réflexion, avec son entourage, autour de la dialyse à domicile. L'autonomisation à la ponction par la technique du « trou-bouton » y est largement abordée.

La convection dans le traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale a fait l'objet de plusieurs essais cliniques[1] qui tendent à placer celle-ci comme bénéfique en termes de morbi-mortalité et de résultats. Sur cette base, nous nous sommes interrogés sur les performances d'un système convectif quotidien à bas débit comparé à ce que l'on peut observer dans les techniques conventionnelles. Les premiers résultats, à un an de suivi, sur cette cohorte de 10 patients sont ici présentés, incluant les résultats cliniques, biologiques et la qualité de vie des patients traités. Ces premiers résultats prometteurs permettent d'envisager pour l'avenir l'élargissement des indications.

Ce programme fera l'objet d'une évaluation à deux ans sur l'augmentation du nombre de patients mis en autonomie complète.

8 - Dialyse péritonéale : une extinction programmée ?

Guillaume Seret^{1, 4}, Cécile Denis², Célia Perne³, Anne Bourges², Pierre-Yves Durand³

1Centre ECHO - Pôle Santé Sud (Le Mans, France)

2Centre Hospitalier du Mans (Le Mans, France)

3Centre ECHO (Vannes, France)

4Club des Jeunes Néphrologues (Paris, France)

Malgré des remises en question récurrentes de la part des praticiens, la dialyse péritonéale ne connaît pas l'essor espéré en France. D'après les données du registre REIN 2014, la DP ne représente que 6.5% des patients dialysés, à l'image de ce que l'on retrouvait en 2012 et 2013. Nombreuses sont les limites imaginées ou réelles au développement de la technique et il est difficile de savoir ce qu'il reste des anciens antagonismes HD/DP parmi les plus jeunes. Une enquête diffusée en 2016, via les réseaux sociaux et internet, auprès des jeunes néphrologues (âgés de moins de 41 ans), a permis de recueillir 183 réponses de néphrologues formés dans 26 villes différentes.

Parmi les répondants, 31% ont actuellement un statut de praticien hospitalier, 25% sont en post-internat, 26% sont internes et seulement 9% exercent en associatif. En large majorité, les jeunes néphrologues considèrent que la DP

est une technique efficace en termes d'épuration (97%). Néanmoins, divers freins pénalisent le développement de la technique. Le principal semble être la formation insuffisante des médecins, au point que 77% des néphrologues pratiquant régulièrement la DP ont dû se reformer après l'internat. Cette situation est en partie liée au mode de formation au cours de l'internat, essentiellement pratique et focalisée sur les complications.

L'enjeu de la formation et de l'expérience est majeur pour le développement de la DP, puisque l'enquête montre qu'une bonne maîtrise de la technique contribue très nettement au recul des différents freins aux yeux des jeunes néphrologues. La conséquence directe d'une action sur les différentes limites identifiées pourrait être un accès facilité à la technique pour les patients qui en font le choix, ainsi qu'une meilleure survie de la technique via une meilleure prise en charge des complications.

9 - Audit des infirmiers libéraux et qualité de la prise en charge à domicile des patients en dialyse péritonéale.

Edith Bax¹, Agnès Douard¹, Jérôme Deldyck¹, Sébastien Dillies¹, Raymond Azar²

1Dialyse, SANTELYS ASSOCIATION (Loos, France)

2Néphrologie, CH Dunkerque (Dunkerque, France)

Introduction :

Les infirmiers libéraux prenant en charge les patients en DP bénéficient, au démarrage de la prise en charge, d'une formation par le centre prescripteur aux principes et à la technique de DP. Ils interviennent au domicile en autonomie. Les échanges avec l'équipe soignante se font par le biais des transmissions lors des consultations ou par téléphone. Afin d'évaluer la qualité de la prise en charge au domicile, un audit prospectif de pratiques a été demandé par le néphrologue prescripteur de DP à l'association assurant la prise en charge de ces patients.

Méthodes :

Des outils d'audit (grille d'évaluation des pratiques, guide d'entretien) ont été élaborés par les infirmiers experts en DP (du centre prescripteur et de l'association assurant la prise en charge des patients) puis validés par le médecin néphrologue référent. La démarche a ensuite été présentée aux infirmiers libéraux lors d'une réunion d'information. Les visites d'audit ont été programmées puis réalisées à domicile par l'infirmière référente DP de l'association en présence de l'infirmier libéral lors d'une séance de dialyse. Ces visites ont alterné observations, échanges avec l'infirmier et le patient et réajustements si besoin. La première phase d'audit menée en 2015 auprès de 28 infirmiers de DP a abouti à la mise en place d'actions d'amélioration. Une deuxième phase d'audit réalisée en 2016 auprès de 30 infirmiers a permis d'en mesurer les effets et de définir de nouveaux axes.

Résultats :

Les thématiques abordées lors de l'évaluation sont : la connaissance des principes de la dialyse, les protocoles de manipulation, l'hygiène (environnement, mains, pansements, signes d'infection), le circuit du médicament, la

surveillance du patient, les conduites à tenir en cas d'évènements intercurrents et le stockage du matériel. La première phase d'audit s'est déroulée dans un bon climat. Elle a montré une bonne connaissance des infirmiers concernant les complications et les conduites à tenir, mais elle a mis en évidence des besoins de réajustement sur le respect des protocoles d'hygiène, les principes de la dialyse et certaines étapes de manipulation. Ces résultats et les actions d'amélioration proposées ont été présentés aux infirmiers libéraux lors d'une réunion d'information en présence du néphrologue. La formation initiale des infirmiers a été ajustée en conséquence. Une deuxième phase d'audit a montré l'efficacité de ces actions par la diminution des écarts de pratique par rapport au référentiel de soins. Toutefois, le respect du protocole d'hygiène des mains reste l'axe principal d'amélioration. Ces visites ont parfois été l'occasion de mettre en évidence des difficultés d'ordre matériel, social, psychologique nécessitant un élargissement de la prise en charge via des propositions d'interventions des services concernés.

Conclusion :

Un accompagnement et un suivi des infirmiers libéraux de DP par une équipe experte (infirmiers du centre prescripteur et de l'association) améliorent la qualité de la prise en charge à domicile des patients

Cela permet également à l'équipe médicale et paramédicale du centre prescripteur d'avoir un retour global sur la prise en charge à domicile des patients en DP par des infirmiers libéraux.

10 - Évaluation mono-centrique des sorties précoces inférieures à trois mois en dialyse péritonéale.

Salvatore Citarda¹, Jean Michel Poux¹, Roula Galland¹, Abdallah Guerraoui¹, Patrick Hallonet¹, Marie Lino-Daniel¹, Pierre Trolliet², Agnès Caillette Beaudoin¹

1CALYDIAL (Irigny, France)

2CHU Lyon sud (Pierre Bénite, France)

La dialyse péritonéale (DP) représente en France moins de 7% des patients dialysés. Les sorties précoces sont une cause importante d'échec de la DP. Selon le registre RDPLF, le taux de sortie précoce était en 2014 de 10,6%. La première cause de sortie précoce (< 3 mois) est le transfert en HD, suivi par le décès et la transplantation rénale. Nous avons évalué, au sein de notre centre associatif, le nombre et les causes des sorties précoces après le démarrage de la technique entre janvier 2012 et décembre 2015. Il s'agit d'une étude rétrospective sur 124 patients (âge médian: 75,6±15,9 ans) pris en charge en DP (96% en DPCA). Nous avons également évalué les causes de transfert en HD et les causes de décès. Nous avons étudié le score de Couchoud, les critères physiques de fragilité de Fried et l'index de comorbidité de Charlson chez les patients décédés. Sur la période examinée, nous avons observé 22 sorties précoces (17,7%). Les causes de sorties précoces sont les suivantes: 12 (54,5%) liées à un décès et 10 (45,5 %) liées à un changement de technique. Le taux de mortalité précoce est de 9,6%. L'âge moyen des patients décédés est de 75,5±8,9 ans. Les causes de décès sont répertoriées dans le tableau 1.

Tableau I : causes de décès

Cause de décès	n
Hémopathie acutisée	2
Suicide/arrêt-limitation volontaire dialyse	3
Insuffisance cardiaque réfractaire	2
Syndrome coronarien aigu	1
Péritonite bactérienne	1
Dégradation état général	3
Total	12

Les causes de transfert en HD sont répertoriées dans le tableau II.

Tableau II : Causes de transfert e HD

Causes de transfert en HD	n
Problème ultrafiltration chez anurique	1
Péritonite sévère sur diverticule	1
Dysfonctionnement récurrent cathéter	6
Arrêt DP à la demande du patient	2
Total	10

La principale cause de sortie précoce est le décès. Celui-ci n'est pas lié à la technique de DP. Il s'agit de patients que nous pouvons considérer comme « fragiles » selon l'outil de repérage recommandé par la HAS (score de Fried) qui intègre 5 scores physiques (score moyen : $4,5 \pm 0,9$). Le score de Couchoud utilisé en HD ne semble pas être un marqueur prédictif du décès (score moyen : $3,5 \pm 2,4$). Le score de Charlson n'apporte pas non plus d'éléments prédictifs (score moyen : $8,6 \pm 2,7$). La fragilité psychologique n'est pas prise en compte dans ces différents scores. L'âge des patients décédés n'apparaît pas comme un élément discriminant. Nous n'avons pas observé de sortie suite à une transplantation rénale. Les changements de technique sont principalement secondaires à des dysfonctionnements du cathéter de DP (6 patients) amenant trois patients à changer précocement de technique. Par ailleurs, nous avons observé un cas de péritonite sévère sur diverticulite, un cas d'échec de la méthode chez un patient anurique, et 2 arrêts de la dialyse à la demande du patient. Dans cette étude monocentrique, les principales causes de « sortie précoce » sont : l'état de fragilité physique et peut être psychique de nos patients conduisant probablement à plusieurs décès après la prise en charge en dialyse péritonéale, suivi par les problèmes de dysfonctionnement du KT DP. L'évaluation géro-psycho-geriatrique chez les patients de plus de 70 ans doit être envisagée avant la prise en charge en DP, tout en poursuivant la réflexion multidisciplinaire entre l'équipe médicale, chirurgicale et l'entourage du patient actuellement réalisée au sein de notre structure.

11 - La dialyse péritonéale dans un centre militaire : prévalence et complications.

Abdelaali Bahadi, Hicham Rafik, Driss El Kabbaj
Hôpital militaire d'instruction Mohammed V (Rabat, Maroc)

Introduction

La dialyse péritonéale est une méthode de suppléance aussi efficace que l'hémodialyse et offre souvent une meilleure qualité de vie aux patients. Malgré cela, la technique reste peu implantée dans notre pays avec une prévalence de moins de 2% des patients en insuffisance rénale terminale. L'objectif de ce travail est de rapporter l'évolution et les complications de la dialyse péritonéale dans notre centre.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients mis en dialyse péritonéale entre octobre 2008 et octobre 2016. Nous avons relevé leurs données démographiques, cliniques, biologiques à la date de leur mise en dialyse péritonéale et nous avons suivi leur évolution pour discuter les complications infectieuses et mécaniques ainsi que les causes de sortie de dialyse péritonéale.

Résultats

Depuis octobre 2008, date du lancement de la dialyse péritonéale dans notre formation, 335 patients ont été admis pour insuffisance rénale terminale. Parmi ces patients, 17 (5%) patients seulement ont été mis en dialyse péritonéale dont un seul diabétique. Leur âge moyen était de 31,4 ans avec une faible prédominance masculine (52,9%). La surface corporelle moyenne était de 1,59 m² avec une fonction rénale résiduelle moyenne de 6,05 ml/min. La dialyse péritonéale était choisie en première intention chez 10 patients alors que 7 patients étaient en hémodialyse. L'évolution a été marquée par une survie moyenne de la technique de 16,3 mois caractérisée par 7 épisodes de péritonites chez trois patients correspondant à un taux d'un épisode par 39 mois. Concernant les complications mécaniques, nous avons relevé 7 aspirations épiploïques et une hernie ombilicale nécessitant une reprise chirurgicale chez 4 patients. Sur 17 patients, 9 patients ont été transférés en hémodialyse et une seule patiente a été transplantée. Le transfert définitif en hémodialyse était en rapport avec des complications mécaniques dans 5 cas, perte d'ultrafiltration dans un cas, surcharge hydro-sodée à répétition dans un cas et des raisons sociales dans deux cas.

Conclusion

La dialyse péritonéale est une technique efficace qui préserve la fonction rénale résiduelle et la qualité de vie mais sa pénétration reste faible, de l'ordre de 5% des patients pris en charge pour insuffisance rénale terminale. Les complications sont dominées dans notre contexte par les complications mécaniques, cause principale de transfert définitif en hémodialyse.

12 - Evaluation du lavage de mains de patients en dialyse.

Lorraine Aubin, Elvire Willaume
ALTIR (Vandoeuvre les Nancy, France)

Le lavage de mains est un moment crucial dans la démarche d'éducation thérapeutique du patient en dialyse car celui-ci doit adopter une technique, des habitudes, des gestes qui jusqu'à maintenant étaient réservés au person-

nel soignant. Ainsi, le patient acquiert des compétences en hygiène qui doivent freiner tout risque infectieux en dialyse.

Nous avons trouvé intéressant et original d'évaluer au sein de notre structure le lavage de mains des patients dans les différentes techniques de dialyse. L'audit effectué concerne des patients hémodialysés (Domicile, auto-dialyse et UDM) et en dialyse péritonéale (Patients autonomes ou avec IDE libérales). Il a été décidé d'inclure dans cet audit le lavage de mains des IDE libérales pour être exhaustif sur l'hygiène des mains à domicile.

L'audit porte sur le lavage de mains et la friction avec solution hydro-alcoolique (SHA) de 38 patients en auto-dialyse, 39 en UDM et de 32 patients en DP à domicile dont 13 avec aides (12 IDE libérales et un conjoint).

Il étudie les critères d'évaluation correspondant aux protocoles et aux règles d'hygiène instaurés par notre CLIN : moment opportun, mains sèches, absence de bijou, de vernis, ongles courts, dose de SHA.

En outre, l'analyse permet de comparer le lavage de mains et la friction SHA, entre l'hémodialyse (UDM et AD) et la DP mais également entre les patients et les IDE libérales en DP. C'est ainsi, que les premiers résultats montrent un lavage de mains et une friction SHA mieux réalisés en DP qu'en HD et des patients se lavant parfois mieux (sur certains critères) les mains que les IDE libérales.

Ces résultats amènent donc à réfléchir sur les facteurs influents dans le respect des règles d'hygiène dans le cadre du lavage de mains et de la friction SHA dans les différentes techniques de dialyse afin d'optimiser la sécurité des soins dans notre association.

13 - Analyse des critères requis en vue de l'installation d'un patient en hémodialyse à domicile.

*Patricia Papierski, Sophie Claus
ALTIR (Vandoeuvre les Nancy, France)*

Dès 1972, l'ALTIR (Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale) s'est engagée dans la technique d'hémodialyse à domicile permettant aux insuffisants rénaux d'organiser leur vie et de conserver leur autonomie. Depuis lors, l'ALTIR respecte sa mission d'accompagnement et de développement de l'hémodialyse à domicile et compte 25 patients recensés au registre du RDPLF depuis son ouverture à cette technique en 2013.

Face à un questionnement répété de l'équipe soignante sur les critères requis dans le cadre d'une installation à domicile, nous avons analysé le profil de nos patients en nous référant au score de comorbidité de Charlson.

Sur 25 patients inclus, 14 patients ont un score de Charlson supérieur à 4 et ont été installés à domicile avec succès. Parmi ceux-ci, huit présentent un score entre 5 et 6, deux entre 7 et 8 et quatre ont des scores compris entre 9 et 12. Notre analyse met en parallèle

ces résultats de scores et les particularités (sociales, cliniques, psychologiques...) de chaque patient qui auraient pu pénaliser le projet de domicile.

En conclusion, nous observons que des comorbidités élevées, un handicap, un manque de compliance en centre ne constituent pas une contre-indication formelle à la mise en hémodialyse à domicile. Le patient par sa motivation, voire son obstination, reste l'élément déclencheur qui vient bousculer les équipes dans leurs certitudes. L'accompagnement et le soutien du patient par une équipe pluri-disciplinaire sont les facteurs de réussite.

14 - Le chirurgien expérimenté et fidélisé : un atout majeur pour le développement de la dialyse péritonéale.

*Hicham Rafik, Yassir Zajjari, Driss El Kabbaj
Hôpital militaire d'instruction Mohammed V (Rabat, Maroc)*

Introduction

L'efficacité de la dialyse péritonéale dans le traitement de l'insuffisance rénale terminale n'est plus à prouver. Cependant le nombre de patients qui bénéficient de ce traitement est encore très faible. Nous avons voulu à travers notre petite expérience de lancement de la technique dans notre centre, discuter les freins limitant le développement de la dialyse péritonéale en particulier ceux liés au chirurgien.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients mis en dialyse péritonéale entre octobre 2008 et octobre 2016. Nous avons relevé leurs données démographiques, cliniques, biologiques à la date de leur mise en dialyse péritonéale et nous avons suivi l'évolution du nombre de patients en rapport avec la disponibilité du chirurgien et avec les complications chirurgicales. Durant la première période (2008 – 2011), les cathéters ont été mis en place par un chirurgien fidélisé et expérimenté. Pendant la deuxième période (2011 – 2012) les patients ont été pris en charge par un chirurgien nouvellement formé à la technique. Au cours de la troisième période (2014 – 2016), les cathéters ont été placés par un chirurgien expérimenté et fidélisé à la technique.

Résultats

Depuis octobre 2008, date du lancement de la dialyse péritonéale dans notre formation, 335 patients ont été admis pour insuffisance rénale terminale. Parmi ces patients, 17 (5%) patients seulement ont été mis en dialyse péritonéale dont un seul diabétique. Leur âge moyen était de 31,4 ans avec une faible prédominance masculine (52,9%). La surface corporelle moyenne était de 1,59 m² avec une fonction rénale résiduelle moyenne de 6,05 ml/min. La dialyse péritonéale était choisie en première intention chez 10 patients alors que 7 patients étaient en hémodialyse. Au cours de la première période, la dialyse péritonéale a été initiée chez 4 patients avec la survenue de 6 épisodes de péritonites et une seule complication chirurgicale et une survie moyenne de la technique de 25,06 mois. Durant la deuxième période, 5 cathéters ont été posés avec la survenue de 7 épisodes d'aspiration épiploïque, 2 périto-

nites et une survie moyenne de 9,62mois contraignant à la suspension de l'activité DP au centre pendant deux ans. Dans la dernière période, 8 patients ont été inclus avec la survenue d'une hernie ombilicale chez une patiente sans autre complication avec une survie moyenne de 14,9 mois et une seule sortie jusqu'à ce jour.

Conclusion

La prévalence de la dialyse péritonéale reste très faible dans notre centre : de l'ordre de 5%. Les résultats et par conséquent, le développement de la technique dans notre contexte est intimement lié à la disponibilité et à l'expertise du chirurgien d'où l'intérêt de la pose percutanée du cathéter de dialyse péritonéale par le néphrologue.

15 - Dialyse péritonéale et polykystose autosomique dominante : analyse des registres RDPLF et REIN.

Mickael Sigogne, Lukshe Kanagaratnam, Vincent Dupont, Cecile Couchoud², Andrea Petrache, Christian Verger³, Luc Frimat^{*}, Moustapha Dramé, Philippe Rieu et Fatouma Toure

CHU Reims, Reims, France

²REIN, Paris, France

³RDPLF, Pontoise, France

^{*}CHU Nancy, Nancy, France

Contexte

La polykystose rénale autosomique dominante (PKD) est la 1ère cause génétique de néphropathie et la 4ème cause de mise en dialyse dans le monde.

Il existe de nombreuses craintes concernant l'utilisation de la dialyse péritonéale (DP) dans cette population avec la peur de sur risque de péritonite, d'hernie abdominale, de fuite péritonéale pouvant aboutir à un échec technique.

Pour savoir s'il y avait un sur risque d'échec technique ou une surmortalité nous avons réalisé une étude rétrospective à partir de 2 registres (RDPLF, REIN) dans le but de comparer les patients polykystiques en DP avec 1/ les autres patients en DP et 2/ les autres patients polykystiques en hémodialyse.

Méthodes

La survie technique des patients polykystiques et non polykystiques en DP a été analysée avec le registre RDPLF. La survie globale des patients polykystiques en DP a été comparée à celle des patients en hémodialyse avec REIN. La dialyse devait être démarrée entre le 01/01/00 et le 31/12/10. Le suivi durait jusqu'au 31/12/15. Le modèle de Fine et Gray a été utilisé pour la survie technique et le modèle de Cox pour la survie globale considérant la greffe comme risque compétitif.

Résultats

A partir du Registre RDPLF : 12856 patients ont été inclus (797 polykystiques et 12059 autres néphropathies). Il n'y a pas de différence significative concernant la survie technique à 3 et 5 ans ni en analyse univariée (respectivement RR = 0.982, 0.831-1.114, p = 0.6 et RR = 1.004, 0.881-1.143, p = 0.96) ni en analyse multivariée sur l'âge, le sexe et le score de Charlson modifié (RR = 0.901, 0.765-1.061, p = 0.21 et RR = 0.940, 0.816-1.084, p = 0.4). Il n'y

a pas non plus de différence significative quant au nombre de patients ayant présenté au moins une péritonite (32.4% ADPKD vs 34.7% non ADPKD, p = 0.18) ou une péritonite à BGN (6.94% vs 6.1%, p = 0.912).

A partir du Registre REIN : 5290 patients ont été inclus (638 en dialyse péritonéale et 4652 en hémodialyse).

Les 2 groupes sont comparables excepté une meilleure nutrition (albumine) pour les patients en dialyse péritonéale. Il n'y a pas de différence concernant la survie globale entre les 2 groupes ni en analyse univariée (RR = 0.924, 0.693-1.231, p = 0.59 à 3 ans et RR = 1.021, 0.805-1.293, p = 0.87 à 5 ans) ni en analyse multivariée sur l'âge, le sexe, l'albumine, le diabète à 3 ans (RR = 1.112, 0.747-1.656, p = 0.60) et à 5 ans (RR = 1.147, 0.837-1.573, p = 0.39). Il existe un meilleur accès à la greffe des patients en dialyse péritonéale (59.72% vs 49.89%, p < 0.0001) avec en analyse univariée (RR = 1.367, 1.227-1.523, p < 0.0001) et en analyse multivariée (RR = 1.230, 1.068-1.416, p = 0.0042).

Conclusion :

La dialyse péritonéale ne représente pas un risque de surmortalité en cas de polykystose autosomique dominante. La polykystose rénale n'est pas une néphropathie présentant un sur-risque d'échec technique en dialyse péritonéale.

16 - Abord de dialyse péritonéale: source de conflit ou de synergie?

Cécile Denis¹, Anne Bourges¹, Celia Pernet¹, Guillaume Sere²

¹Centre Hospitalier du Mans (Le Mans, France)

²Centre ECHO - Pôle Santé Sud (Le Mans, France)

Dans notre service de formation à la dialyse péritonéale, nous avons travaillé ces dernières années sur plusieurs difficultés récurrentes, statistiques à l'appui :

- les infections d'émergence : nous avons réussi à les diminuer en modifiant nos protocoles grâce à des échanges infirmiers et des formations médicales.
- les péritonites : là encore le nombre a diminué : formation insistante et surtout évaluation à distance de la formation, des précautions d'hygiène, utilisation plus fréquente des bandelettes réactives sur le dialysat et instauration de visites de suivi au domicile des patients.

Depuis environ 2 ans, nous sommes confrontés à des complications mécaniques à savoir : douleurs en fin de drainage et difficultés de drainage. Afin d'essayer de diminuer ces complications, nous avons organisé une rencontre réunissant des néphrologues, des infirmiers de DP et des chirurgiens viscéraux posant les cathéters de DP, de différents centres. Autour d'une table nous avons échangé sur nos pratiques et nos expériences. Cette réunion nous a permis de modifier nos protocoles de prise en charge encadrant la pose du cathéter. Nous allons également établir une fiche de liaison avec les chirurgiens et l'équipe de DP.

En conclusion, nous constatons qu'un chirurgien fidélisé et des échanges entre professionnels intervenants auprès des patients en DP sont indispensables au succès de la technique et à l'amélioration de la qualité de vie du patient.

17 - La dialyse péritonéale dans la culture mélanésienne.

Julien Guillemot^{1,2}, Zohra Hamamda^{1,2}
1ATIR NC (Dumbéa, Nouvelle-Calédonie)
2RESIR NC (Nouméa, Nouvelle-Calédonie)

La Nouvelle-Calédonie se présente par un contexte géographique et culturel très particulier et exceptionnel.

Au fil de nos soins DP et des contacts avec nos patients, nous avons pu constater l'importance de leur représentation culturelle sur la maladie et le soin.

Ce facteur culturel donne une interaction et une approche différente du soin en DP et doit être prise en compte lorsque des thérapeutiques doivent être dispensées.

Il s'en dégage une problématique : En quoi la composante socio-culturelle océanienne du patient peut-elle influencer la représentation du soin et la réalisation de la technique de DP en Nouvelle-Calédonie ?

Il faudra préciser le concept de maladie et de médecine traditionnelle, et plus précisément dans la culture mélanésienne. Ces derniers représentent 40% de la population du territoire.

Ensuite nous aborderons l'aspect social du patient en Nouvelle-Calédonie : les accès aux soins, les conditions de vie, la proximité des structures et des intervenants de soins.

Et enfin, nous étudierons l'incidence du contexte socioculturel dans les soins DP.

Quelles approches ?

Les influences : les atouts et problématiques. Les différences de représentations soignants/soignés.

Cet ensemble de données pourra nous aider à donner des réponses à la problématique posée ci-dessus.

18 - La constipation chez le patient traité par dialyse péritonéale : prise en charge diététique.

Emeline Gouacide, Abdelhamid Abbassi
Hôpitaux-St-Maurice (Saint-Maurice, France)

Le patient dialysé est par définition un patient à risque important de constipation.

Le régime restrictif, la restriction hydrique, la sédentarité augmentée et la pression du fluide dans la cavité péritonéale dans le cas de la dialyse péritonéale en sont les causes principales.

La constipation représente un facteur de risque de péritonite et peut altérer l'efficacité de la dialyse, il est primordial d'en faire une prévention adaptée.

Dans la population générale, on propose d'augmenter les apports hydriques et de consommer des pruneaux. Ces conseils n'étant pas en accord avec les problématiques du dialysé, comment prévenir la constipation chez ce type de patient ?

La formation propose donc d'aborder les réflexes simples à adopter. Pour cela, il faut être capable de reconnaître

la constipation (cela peut paraître simple mais ce n'est, en réalité, évident pour personne), de différencier les aliments facilitants des aggravants et d'identifier les moyens « laxatifs naturels » de notre hygiène de vie.

Le but est simple : permettre au patient d'organiser seul sa prévention afin de limiter un maximum la constipation.

19 - Prise en charge des patients en IRCT non autonomes par dialyse péritonéale et le passage thérapeutique de l'hôpital à la ville.

Frédérique Givaudan, Catherine Cereza, Nadia Mami, Bé-rangère Geslot, Sophie Besson, Abdelhamid Abbassi
Hôpitaux-St-Maurice (Saint-Maurice, France)

Introduction

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est une maladie grave avec une morbi-mortalité élevée par rapport à la population générale. En France seuls 8% des patients sont traités par DP à domicile. La prise en charge est soit assurée par le patient ou par sa famille ou par une IDE libérale. Pour une meilleure qualité de prise en charge, la bonne collaboration de tous les intervenants est indispensable, donnant au réseau hôpital - ville toute son importance.

Méthodes – Résultats

Le patient non autonome pris en charge en DP, et en l'absence d'aide dans l'entourage, sera confié à une IDE libérale (IDEL) qui fait partie du réseau hôpital – ville. Ce dernier regroupe le patient et son entourage, l'équipe de dialyse péritonéale, les cabinets d'IDE libérales, les médecins traitants et l'association AURA. Le service travaille en partenariat avec environ 40 cabinets 'IDEL'. Trente-cinq patients ont été traités par DP en 2015. Douze patients (34%) sont pris en charge par une 'IDEL'. Le processus de prise en charge se déroule en plusieurs étapes :

A – Information pré-dialyse du patient et choix de la technique de dialyse.

B – Evaluation de l'autonomie du patient et de sa capacité à se prendre en charge.

C - Prise en charge du patient par l'IDEL : Le patient non autonome sera confié à une IDE libérale. Ce passage thérapeutique de l'hôpital à la ville doit respecter les règles de sécurité et de bonne pratique. En aucun cas le patient est confié à une IDE non formée et dont les connaissances théoriques et pratiques n'ont pas été validées par l'équipe. Les principales étapes reposent sur :

1 - La recherche d'une équipe libérale dans le secteur géographique du patient.

2 - La rencontre avec l'équipe libérale pour la présentation du patient, de l'équipe hospitalière et sa formation.

3 - La formation est théorique (maladie rénale chronique), pratique (technique de la DP) et logistique (la gestion des commandes pour le domicile).

4 - L'évaluation des acquis de l'IDE libérale et la remise d'une attestation de formation

5- La programmation de la visite du domicile du patient et son installation après une période de formation à l'hôpital de 2 semaines environ.

6 - La formation continue des 'IDEL' : A chaque complication liée à la technique ou à la demande de l'IDE libérale. Des réunions régulières de formation continue sont orga-

nisées avec l'ensemble des cabinets 'IDEL'.

D - Implication de médecin traitant : Le médecin traitant est informé régulièrement de la prise en charge et la mise en DP de son patient.

Conclusion : Le traitement à domicile par DP repose sur une prise en charge multidisciplinaire. Le passage thérapeutique de l'hôpital à la ville doit faire appel à un réseau composé de l'équipe hospitalière, des cabinets d'IDE libérales et de l'association AURA pour la gestion logistique. Tous ces intervenants doivent travailler en partenariat et en collaboration étroite pour offrir une bonne qualité de soins à domicile en toute sécurité et avec moins de complication.

20 - La dialyse péritonéale réduit-elle le besoin transfusionnel chez le drépanocytaire ?

Hicham Rafik, Yassir Zajjari, Mohammed Amarani, Driss El Kabbaj

Hôpital militaire d'instruction Mohammed V (Rabat, Maroc)

Introduction

La prise en charge au stade d'insuffisance rénale terminale des patients drépanocytaires est très complexe car le risque de mortalité chez ces patients augmente de 52% par rapport à ceux atteints d'autres néphropathies selon le registre américain USRDS. En plus de ce risque majeur de mortalité, se pose le problème de choix du traitement de suppléance. En attendant la transplantation rénale, les deux modalités d'épuration extra-rénale sont valables au cours de la drépanocytose avec un avantage pour la dialyse péritonéale puisqu'elle expose moins au risque d'hypotension qui peut engendrer des crises vaso-occlusives et d'acidose métabolique.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 22 ans suivie en hématologie depuis l'enfance pour une drépanocytose admise en néphrologie pour un syndrome néphrotique profond associé à une insuffisance rénale aiguë. Une biopsie rénale a permis de retenir le diagnostic de néphropathie drépanocytaire avec une hyalinose segmentaire et focale et des lésions tubulo-interstitielles chroniques.

L'évolution a été marquée par l'aggravation de la fonction rénale nécessitant le recours à l'hémodialyse devant une péricardite constrictive. Après 10 semaines, la patiente a gardé une insuffisance rénale terminale avec transfert en dialyse péritonéale continue ambulatoire. Durant son suivi, aucune complication infectieuse ni chirurgicale n'a été constatée avec une dose de dialyse optimale. Sur le plan hématologique, nous avons constaté que le besoin transfusionnel est passé d'un culot globulaire tous les 74 jours durant la première période (fonction rénale normale) à un culot globulaire tous les 28 jours en moyenne (30 culots globulaires en 854 jours) en dialyse péritonéale contre un culot globulaire tous les 11,8 jours en hémodialyse (six culots globulaires en 71 jours).

Conclusion

La dialyse péritonéale est une méthode de suppléance bien tolérée chez le patient drépanocytaire en insuffisance rénale terminale. Elle réduit le besoin transfusionnel en comparaison avec l'hémodialyse et doit être proposée, à notre avis, en première intention aux patients suivis pour

drépanocytose. Cependant une étude prospective incluant plus de patients est indispensable pour confirmer cette observation.

21 - Le bas débit au service de l'urgence.

Franck L'huissier, Christophe Renaux, Marlène Guesdon, Cécile Loiseau

Hémodialyse A Domicile (Alençon, France)

Nous rapportons ici la prise en charge exceptionnellement réalisée dans le service des urgences d'un patient dialysé en OAP hypoxique. Cette prise en charge s'est effectuée à l'aide d'un générateur bas débit d'hémodialyse (NX STAGE).

Mr. L., 40 ans, insuffisance rénale chronique sur myélome à chaînes légères kappa, est dialysé habituellement à domicile 5 jours sur 7, sur cycleur NX STAGE en autoponction double Button-Hole, FAV radiale, autonomie complète.

Il se présente aux urgences le 14/08/16 pour détresse respiratoire avec dyspnée de repos s'aggravant depuis 24h, saturation à l'air ambiant à 74%, TA à 21/12, pouls à 85.

Le diagnostic d'OAP est cliniquement et radiologiquement confirmé, les gaz du sang font ressortir une hypoxie à 32,6 mmHg et une PO₂ à 38,9 mmHg.

Une ventilation non invasive (VNI) est proposée en salle de déchoquage des urgences, ainsi qu'une ultrafiltration de 2 litres.

Devant cette nécessité de dialyse, mais l'impossibilité de la pratiquer dans le service d'hémodialyse avec un générateur conventionnel, l'option d'utiliser un générateur NX STAGE au sein du service des urgences est apparue comme la seule solution rapidement praticable.

La séance de dialyse de 2h15 (10h30 à 12h45), a permis une ultrafiltration de 2,2 litres pendant la séance de VNI.

La VNI est arrêtée après la séance de dialyse devant l'amélioration clinique nette du patient après déplétion. Le patient est mis sous O₂ masque à haute concentration (MHC) 9l/min avec une saturation à 94 % qui se maintient au cours de la journée permettant de réduire progressivement l'apport en O₂ à 6l/min en fin d'après-midi.

Les paramètres pertinents sont repris dans le tableau I ci dessous :

Les avantages

	GDS avant VNI et Dialyse	GDS après VNI et Dialyse	GDS de contrôle
Heures	07H00	13H00	16H00
Temps	H0	H6	H9
Ultrafiltration (l)	-	2.2	-
T.A (mmHg)	170/101	158/85	168/95
SAO ₂ (%)	74	94	93
O ₂ (l/min)	<u>AA</u>	MHC 9 litres	MHC 6 litres
<u>FR</u>	35	16	18
<u>pH</u>	7.51	7.48	7.56
PCO ₂ (mmHg)	32.6	34.9	34.5
PO ₂	38.9	109	108
Lactates (mmol/l)	1.4	8.9	0.8

L'utilisation à défaut d'autre solution d'un générateur bas débit dans un lieu non dédié à la dialyse et sur un mode d'urgence est techniquement possible avec efficacité et rapidité, sans déplacement d'un patient instable.

Les limites

Ce choix de dialyse ne peut se faire que dans les limites imposées par le générateur, à savoir, la bioncture sur FAV ou sur KT double lumière.

Cette méthode est à réserver aux patients pouvant métaboliser les lactates.

Conclusion

Si la solution choisie ici montre sans conteste la pertinence de l'utilisation d'un générateur bas débit d'hémodialyse dans le cadre de l'urgence, elle n'en reste pas moins une solution de repli de second choix.

22 - Intérêt d'une Infirmière Référente Régionale en Dialyse Péritonéale (IRRDP) pour le développement de la dialyse péritonéale (DP).

Julie Gicquiaud¹, Agnes Douard¹, Jérôme Deldyck¹, Sébastien Dillies¹, Bruno Coevoet¹, Matthieu Derancourt²

¹Dialyse, SANTELYS (Loos, France)

²ARS Hauts de France (Amiens, France)

Introduction

Suite au constat d'un faible taux de prévalence (3.8%) en DP en Picardie, le Comité technique régional (COTER) de l'IRC, composé de professionnels, a été mandaté par l'ARS (Autorité Régionale de Santé) pour analyser les causes de cette situation et proposer des actions en faveur du développement de la DP. Dans le cadre de ces propositions, un poste d'IRRDP a été créé, ainsi que cela avait été suggéré auparavant dans la région Bretagne. Cette démarche expérimentale lancée en 2013 a pour but d'accompagner les équipes pour le développement et la prise en charge des patients en DP, en tenant compte des besoins et organisations de chaque centre prescripteur.

Méthodologie

L'analyse réalisée par le COTER a mis en évidence qu'une partie des difficultés à introduire ou poursuivre l'activité en DP réside dans le maintien dans le temps des compétences infirmières. Il est constaté en particulier un turnover infirmier important, entraînant parfois la perte des savoir-faire. La création d'un poste IRRDP, ressource pour les 8 centres prescripteurs de la région a été retenue. Ses missions ont ensuite été définies : formation, soutien et accompagnement des infirmiers en charge des patients en DP (incluant les infirmiers assurant le repli en hospitalisation), aide pour l'élaboration et mutualisation des protocoles de soin, information pré-dialytique, éducation à la technique des patients et aidants, formation des infirmiers libéraux et visites aux domiciles des patients (pré-dialyse, mise à domicile, visites de suivi et évaluation). Financé par l'ARS, le recrutement et le management de l'IRRDP sont confiés à une des deux associations assurant la DP au domicile dans la Région. L'infirmière intervient auprès de toutes les équipes néphrologiques, avec des actions adaptées aux demandes et besoins de chacune.

Résultats

Ce recrutement a favorisé la reprise ou le démarrage de l'activité DP dans trois équipes, les cinq autres la poursuivant. Sur 18 mois d'activité, l'IRRDP a réalisé 31 visites de pré-dialyse, 13 installations au domicile et 53 visites de suivi. Cinquante IDE libéraux et de services de soins de suite et 60 IDE de centres prescripteurs, assurant la formation, le suivi et le repli, ont été formés à la technique de DP par cette infirmière. Elle a effectué 72 interventions en centre pour le soutien des équipes et l'élaboration des protocoles. Enfin, 23 patients ont pu bénéficier de son expertise dans le cadre de leur éducation à la technique de DP. Une augmentation de 30% du nombre moyen de patients incidents et prévalents en DP a été observée. Tous les néphrologues, interrogés par questionnaire, confirment l'utilité de ce poste pour le développement de la DP et l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Conclusion

L'IRRDP facilite la coordination des différents intervenants et offre une approche éducative complémentaire. Elle permet la mise à disposition de compétences spécifiques et un accompagnement dans la durée des équipes et des patients. Cette démarche permet également la mutualisation des outils et protocoles, facilitant le travail des équipes. Elle est une des pistes au développement de la mise à domicile en dialyse péritonéale.

23 - Création d'un mannequin de démonstration pour la formation en dialyse péritonéale.

Marie Faucherand, Caroline Barthelemy, Valérie Charles, Lysiane Bongage

CHSF (Corbeil-Essonnes, France)

Nous sommes 4 infirmières référentes en dialyse péritonéale au CHSF de Corbeil Essonnes. Nous avons une file active comprise entre 45 et 52 patients. Parmi nos diverses missions, nous réalisons des informations pré-dialyse et formons les patients et/ou les IDE libérales à la technique de DP en vue du traitement à domicile.

Très régulièrement, nous rencontrons des difficultés car nos supports n'étaient pas suffisamment adaptés à nos besoins lors de ces informations et formations : le tablier que nous utilisons n'est pas assez visuel et réaliste, la manipulation n'est pas suffisamment aisée et proche de la réalité, la représentation du cathéter et de sa position est difficile.

Afin d'améliorer la qualité de nos interventions et formations, et aider à la représentation de la réalité des échanges pour le patient, nous avons créé un mannequin à l'aide d'un buste en plastique grandeur nature, à l'intérieur duquel nous avons accroché une poche de drainage sur un véritable cathéter de DP sortant à l'urgence. Nous avons souhaité que la longueur du cathéter extériorisé soit proche de la réalité lors de la sortie du bloc opératoire.

Ce buste nous permet de réaliser simplement des échanges aussi bien en DPCA qu'en DPA ainsi que la réalisation d'un soin d'urgence, de façon répétitive.

Cela donne une meilleure idée au patient ou aux infir-

nières libérales de la réalité de la technique ainsi qu'une représentation corporelle plus juste de la DP. L'apprentissage est beaucoup plus simple et proche de la réalité.

Ce buste nous permet également de dédramatiser le soin car nous avons choisi de lui incorporer une touche humoristique comme le choix de son prénom et certains accessoires vestimentaires.

Ce support apprécié des patients et des IDE libérales, est devenu indispensable dans notre pratique quotidienne.

24 - Adaptation de l'antibiothérapie des péritonites en dialyse péritonéale à l'écologie du centre via une démarche EPP.

*Nathalie Vittoz, Latifa Hanafi, Laïd Harbouche, Pierre Housset, Agathe Pardon, Valérie Caudwell
CHSF (Corbeil-Essonnes, France)*

L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche à présent inscrite dans le parcours qualité des services hospitaliers. Nous avons souhaité réévaluer et éventuellement adapter le protocole de traitement antibiotique des péritonites en dialyse péritonéale en usage de longue date dans le service à travers cette démarche.

Celle-ci a consisté en :

- la reprise de tous les épisodes de péritonite en DP survenus en 2014 et 2015 (germe, sensibilité aux antibiotiques);
- l'analyse de la nécessité éventuelle d'adaptation du traitement et de la cause de cette adaptation;
- l'établissement d'une «écologie» bactérienne du centre;
- la revue de la littérature récente et des recommandations du RDPLF;
- une synthèse de ces données et l'élaboration éventuelle d'un nouveau protocole.

Notre protocole d'antibiothérapie était dirigé jusque là principalement vers les péritonites manu-portées ou les germes digestifs sensibles et comportait l'association de vancomycine et gentamycine par voie intra-péritonéale et/ou, selon l'antibiogramme, des quinolones orales.

Nous avons colligé 35 épisodes de péritonites chez 29 patients différents, 17 à cocci gram positifs, 2 à bacilles gram positifs, 2 à candida et 22 à bacilles gram négatifs dont 11 à pseudomonas ou achromobacter. Nous avons dû modifier 14 fois l'antibiothérapie initiale : 11 fois pour une absence de sensibilité du germe retrouvé et 3 fois pour une allergie documentée du patient aux antibiotiques du protocole.

Il est apparu clairement que notre protocole antibiotique n'était plus adapté à l'écologie bactérienne de nos patients qui présentent moins de péritonites manu-portées mais plus d'infections à bacilles gram négatifs et en particulier à pseudomonas et achromobacter. Par ailleurs, notre protocole ne comportait pas d'alternative thérapeutique en cas d'allergie aux antibiotiques. Nous avons effectué un travail de relecture des différentes recommandations et des

données récentes de la littérature pour adapter le choix des antibiotiques du protocole. Celui-ci a donc été modifié au profit d'un traitement intra-péritonéal par ceftazidime et vancomycine de première intention.

Dans le cadre de la démarche EPP, nous avons décidé de réévaluer de la même manière notre antibiothérapie tous les deux ans pour mieux tenir compte de notre population de patients.

25 - Evaluation de l'éducation à la dialyse péritonéale. Haouala F, Chaouech Nabila, Skhiri H, Hammouda M, Ltaief M, Aloui S, Frih A, B Dhia N Service de Néphrologie EPS (Monastir, Tunisie)

La dialyse péritonéale est une technique d'épuration extra-rénale basée sur l'autonomie du patient.

Le rôle de l'infirmier est capital dans l'éducation des patients et leur suivi périodique afin d'éviter les complications inhérentes à cette technique, qui peuvent être graves.

Notre étude est réalisée pendant le mois de septembre 2016 auprès de 17 malades suivis dans notre unité. Elle a pour objectif d'évaluer les connaissances théoriques à l'aide d'un questionnaire et les attitudes pratiques par une grille d'observation. Elle est menée par une personne n'appartenant pas notre équipe soignante.

Les résultats de ce travail ont permis de mettre en relief que le groupe étudié a assez bien maîtrisé la pratique de la dialyse péritonéale; cependant des défaillances se rapportant essentiellement à l'hygiène ont été notées:

- presque 44% des patients ignorent qu'en cas d'œdèmes et dyspnée, il faut limiter l'apport hydrique et utiliser une poche hypertonique,
- 69% n'ont pas bien respecté les différentes étapes de l'échange,
- et 87% ne se désinfectent pas les mains avant le débranchement.

Pour remédier à ces défaillances, on propose une rééducation des malades concernant ces thèmes lors des consultations périodiques et d'utiliser des supports éducatifs pour renforcer le degré d'acquisition des connaissances.

26 - La DP assistée en Belgique: expérience d'un centre.

Nadine Rossez¹, Isabelle Brayer¹, Marie Montag², Arnaud Poppe³, Max Dratwa¹

1CHU Brugmann (Bruxelles, Belgique)

2AREMIS (Bruxelles, Belgique)

3CSD (Bruxelles, Belgique)

Vu la prochaine introduction de nouvelles modalités de remboursement des traitements dialytiques en Belgique, il nous a paru utile de faire le point sur le fonctionnement de l'assistance infirmière pour la DP compte tenu de la suppression des différences de remboursement existantes actuellement pour les adultes entre DPCA et DPA ainsi que de l'incrément tarifaire spécifique pour l'aide infirmière avec cependant l'introduction d'un honoraire médical jour-

nalier, honoraire qui n'existait pas jusqu'à présent.

Pour ce faire, nous avons réalisé des interviews auprès du personnel de notre Unité et des trois services de soins à domicile (dont 1 en dehors de Bruxelles) qui ont pris en charge 20 de nos 64 patients entre le 01/01/2014 et maintenant. Les désavantages cités par notre équipe sont: les exigences horaires pour la formation de ces équipes avec un renouvellement important de leur personnel et la proportion croissante d'intérimaires rendant difficile le respect des procédures et augmentant ainsi les risques infectieux. Les avantages relevés sont cependant nombreux: la possibilité de dialyser en DP à domicile plutôt qu'en HD en centre des patients sans aidant familial, le soutien psychologique et celui à la formation donnée et à l'éducation (notamment diététique, hygiène), la prévention des incidents, la gestion des stocks, l'aide à la récolte urine et dialysat de 24 heures, les mesures de poids, pression artérielle, ultra-filtration; en outre, ces infirmiers externes nous contactent si nécessaire, assurent des gardes quotidiennes, permettent de raccourcir les durées d'hospitalisation et, en offrant divers services (logopédié, kiné, repas,...) de postposer un éventuel transfert en maison de repos. De leur côté, ils et elles trouvent une valorisation à réaliser des actes plus complexes en bénéficiant d'une formation continue pour des patients chroniques qui nécessitent des soins globaux (parfois palliatifs). Leurs critiques visent les différences de protocoles entre centres, une trop grande flexibilité d'horaire, surtout au regard d'une rétribution journalière jugée trop faible (29,28 € pour 3 visites en DPCA et 16,74 € pour 2 en DPA) et des difficultés croissantes du trafic dans la région bruxelloise. Il semble donc évident à tous que l'aide infirmière pour certains patients en DP doit être préservée et qu'elle devrait bénéficier d'un remboursement plus incitatif qu'actuellement, mais à quel prix?

27 - Péritonite à *Rhizobium radiobacter*, un cathéter qui tient !

Rim Ossman¹, Latifa Azeroual¹, Arwa Jalal Eddine¹, Nathalie Grall², Caroline du Halgouët¹, François Vrtovsnik¹
1Hôpital Bichat Claude Bernard Service de néphrologie, Paris, France
2Hôpital Bichat Claude Bernard Service de bactériologie, Paris, France

Introduction

Le *Rhizobium radiobacter* est un bacille gram négatif (BGN) présent au niveau du sol. Chez l'homme, il est responsable d'infections opportunistes chez l'immuno-déprimé, parfois bactériémiantes, en particulier chez les patients porteurs de matériels étrangers. C'est une cause rare de péritonite chez les patients traités par dialyse péritonéale (DP). La prise en charge de ces infections est mal codifiée, avec un spectre de résistance à de nombreux antibiotiques et des récurrences fréquentes nécessitant l'ablation du cathéter.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 89 ans, insuffisante rénale chronique terminale sur néphroangioclérose, traitée par dialyse péritonéale continue ambu-

latoire depuis 2010. En 2016, elle est admise dans notre unité pour douleur abdominale avec liquide trouble. L'examen cyto bactériologique révèle 9150 leucocytes/mm³ avec 88 % de polynucléaires neutrophiles, sans germe isolé à l'examen au direct. Devant ce tableau de péritonite, un traitement empirique à large spectre associant Ceftriaxone IV et Vancomycine par voie intrapéritonéale est débuté (protocole du service).

A 48 heures, la culture du liquide péritonéal met en évidence un BGN avec identification d'un *Rhizobium radiobacter* par spectrométrie de masse. Cette souche était résistante au traitement antibiotique initialement introduit, mais sensible aux Fluoroquinolone et Cefepime, Un remplacement par Levofloxacin per os à J 2 est alors entrepris permettant rapidement une disparition de la douleur abdominale et une baisse du nombre de leucocytes dans le liquide péritonéal à 25/mm³, mais le contrôle cyto bactériologique du liquide revient positif au même germe à J6, malgré le traitement. On décide de renforcer le traitement avec une injection intrapéritonéale quotidienne de Cefepime pendant 2 semaines. Cette stratégie thérapeutique a permis une stérilisation du liquide de dialyse sans avoir dû recourir à l'ablation du cathéter.

Conclusion

L'éradication du *Rhizobium radiobacter* est difficile, avec un risque important de récurrence de péritonite (1). Une prise en charge par une antibiothérapie intrapéritonéale adaptée, quotidienne et prolongée a permis d'éviter l'ablation du cathéter.

1. *Rhizobium radiobacter* peritonitis revisited : catheter removal is not mandatory S F Tsay, PDI 2013 May June

28 - Mise en place d'une consultation d'annonce en néphrologie : quel bilan en 2016 ?

Caroline du Halgouët, Latifa Azeroual, François Vrtovsnik
Hôpital Bichat Claude Bernard Service de Néphrologie (Paris, France)

En France, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) est parfois tardive et intervient donc fréquemment à un stade avancé. Trente % des patients débutent la dialyse en urgence sur un cathéter veineux central et ce chiffre stagne depuis plusieurs années (REIN).

Nous avons mis en place une consultation d'annonce de la maladie rénale préterminale depuis fin 2015, selon le cahier des charges proposé par l'ARS en 2015 (1) avec la collaboration de différents partenaires d'autres centres de dialyse de proximité.

L'objectif est de proposer aux patients présentant une insuffisance rénale préterminale, une consultation qui lui permet de faire un travail de deuil pour une meilleure reconstruction et une plus grande participation aux traitements de suppléance. Le programme d'ETP « choisir et vivre avec son traitement de suppléance de la maladie rénale chronique » est ensuite proposé au patient afin de définir, par une décision partagée, la méthode de suppléance la plus adaptée.

En pratique il s'agit d'un entretien individuel prolongé en

salle d'ETP (environ 45 mn) empathique entre le patient et le médecin pour établir un état des lieux sur les connaissances du patient concernant sa maladie, une évaluation des besoins d'aide sociale et psychologique et l'annonce progressive du besoin de traitement de suppléance de la maladie rénale.

Dans un deuxième temps, l'IDE revoit le patient pour reformuler et répondre aux questions, faire appel à la psychologue, à l'assistante sociale, au médecin traitant (demande d'ALD). Une information sur les différentes méthodes d'épuration est proposée, le plus souvent en présence d'une personne accompagnant le patient. A l'issue de cette séance, nous demandons au patient de réfléchir à la méthode de suppléance qui le dérangerait le moins, en pesant les avantages et les inconvénients de chacune.

Un troisième rendez-vous est proposé pour répondre aux questions et finaliser une décision partagée spécifique à chacun, avec le patient, l'accompagnant, le médecin et l'IDE. Un questionnaire d'évaluation est remis au patient. Entre le 1er janvier 2016 et le 15 octobre 2016, nous avons reçu 13 patients en consultation d'annonce, suivi du programme d'ETP, programme qui concerne environ 150 patients par an.

Dix des 13 patients avaient une insuffisance rénale d'emblée préterminale de découverte récente (moins de 2 mois), provenaient des urgences médicales et hospitalisés en néphrologie. Pour les 3 autres patients, on note une rupture de suivi depuis plusieurs années.

Nous avons eu un taux de participation de 100% à la consultation d'annonce et au programme d'ETP. Quatre patients ont débuté la dialyse, 3 patients en hémodialyse et 1 patient en dialyse péritonéale.

La consultation d'annonce a permis à chaque patient une meilleure compréhension et acceptation du début de la dialyse. Elle pourrait être étendue à un plus grand nombre de patients. Une évaluation à distance est nécessaire.

(1) Cahier des charges : mise en place d'un dispositif d'annonce en néphrologie Phase 2. Le dispositif d'information du patient Docteur Thevenin-Lemoine rapport de l'ARS 2015.

29 - Test de marche de 6 minutes en dialyse péritonéale.

*Julie Albaret, Didier Aguilera, Georges Kosmadakis
Centre Hospitalier Jacques Lacarin (Vichy, France)*

L'activité physique fait l'objet de recommandations dans le domaine de la santé, y compris dans le domaine néphrologique : les KDIGO et KDOQI font la promotion de l'activité physique chez le patient insuffisant rénal chronique et en dialyse.

Dans l'étude française « pas à pas », 63% des dialysés sont sédentaires, indépendamment de leur technique de dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale). Cette sédentarité est constatée dès les premiers stades de l'insuffisance rénale chronique et elle est associée à une surmortalité, que ce soit en population générale, chez l'insuffisant rénal chronique ou chez le dialysé.

Peu d'études ont été réalisées jusqu'ici sur la mesure de l'activité physique en dialyse péritonéale. Différentes méthodes de mesure sont utilisées. Le « gold standard » reste l'épreuve d'effort avec mesure de la VO₂ max mais moins de 50% des dialysés parviennent à réaliser le test sur tapis roulant ou cycle. Par ailleurs, les questionnaires et les mesures par podomètre et/ou accéléromètre sont simples d'utilisation, et les résultats sont bien corrélés entre eux. Enfin, les tests fonctionnels standardisés sont simples, reproductibles et déjà validés dans d'autres spécialités (gériatrie, réhabilitation cardio-respiratoire).

Parmi ces tests fonctionnels, le test de marche des 6 minutes est un test de terrain qui évalue la capacité fonctionnelle à l'exercice. Souvent réalisé à un niveau sous-maximal, il est ainsi un bon reflet des activités de la vie quotidienne. La distance de marche est bien corrélée au résultat du test d'effort chez le patient dialysé et les mesures sont fiables et reproductibles.

Au centre hospitalier de Vichy, un test de marche de 6 minutes est réalisé, en l'absence de contre-indication, chez chaque patient en dialyse péritonéale, au moment du bilan semestriel. Jusqu'à présent, 52 tests de marche ont été réalisés. Sur les résultats intermédiaires, il s'agit d'une population âgée en moyenne de 74 ans, sex-ratio de 1.6. Soixante-deux % des patients sont atteints de maladie cardiovasculaire, 38% de diabète, 12% de BPCO. L'ancienneté en dialyse est de 21 mois en moyenne. Trente-cinq patients ont effectué un test de marche, parcourant une distance moyenne de 226 mètres. Dix-sept patients ont réalisé 2 tests de marche, parcourant 220 mètres en moyenne. Dans l'intervalle, 18% des patients ont amélioré leur distance de marche de manière significative alors que 23% l'ont dégradée. Les patients qui dégradent leur distance de marche sont ceux avec le plus de comorbidités (tous cardiovasculaires, la moitié diabétiques, un quart avec BPCO). La distance de marche est corrélée à l'âge et à l'échelle de Borge (échelle visuelle de dyspnée).

Le test de marche de 6 minutes apparaît intéressant pour évaluer l'activité physique chez les patients en dialyse péritonéale. Il permet de stimuler la pratique d'une activité physique et de cibler les patients qui tireraient le plus grand bénéfice à pratiquer une activité physique simple telle que la marche.

30 - L'intérêt de mettre en place un cours de e-learning sur le pansement de cathéter.

*Jean-Pierre Grangier, Céline Commarmond, Ugo Defeligonde
CALYDIAL (Lyon, France)*

Les formations initiales et continues font partie des éléments de réussite d'un programme de dialyse péritonéale. La formation initiale du patient ou de ses aidants est une formation délivrée en présentielle. La formation continue ainsi que l'évaluation des compétences tout au long de la prise en charge du patient, quant à elles, sont plus complexes.

L'augmentation en 2016 des problèmes d'urgences

nous a amenés à revoir notre processus de formation et d'évaluation tout au long de la prise en charge.

Notre réflexion a intégré les technologies, la mise en place du télé-suivi et le développement d'un programme de E-learning dans notre établissement.

Nous avons défini trois étapes : les évaluations pré et post formation et le module de formation.

Les évaluations sont réalisées via l'outil de télé-suivi par l'administration. Il s'agit d'un questionnaire identique (pré et post-formation) qui permet de mesurer l'acquisition des compétences.

Le module de formation continue est aussi administré via l'outil de télé-suivi. Il reprend le mode opératoire du pansement de cathéter en se focalisant sur les points critiques (lésions de tractions, humidité du pansement, ...) ; de plus, il est complété par des quizz.

Ce module est réutilisé sur la plateforme de E-Learning de la structure pour former les IDE d'hémodialyse devant intervenir ponctuellement pour un pansement de DP. Le but final est de le mettre à disposition du grand public via notre site internet.

L'intégration de ce module dans notre processus de soin est aussi un sujet travaillé en équipe. Nous avons décidé de le proposer pour tous deux fois par an, en l'intégrant directement lors du télé-suivi. En semaine 1, nous proposerons une évaluation avant le module de formation, en semaine 2, nous proposerons le module de formation et en semaine 4 une évaluation post-formation.

Notre travail vous présentera les résultats initiaux de notre première campagne 2017 sur le plan qualitatif et quantitatif, ainsi que les différents modules proposés.

31 - Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) dans le parcours patient en dialyse péritonéale.

Céline Commarmond, Abdallah Guerraoui, Agnès Caillette-Beaudoin, Véronique Berger, Jean-Pierre Grangier CALYDIAL (Lyon, France)

L'éducation thérapeutique est intégrée tout au long du parcours patient.

- En amont, avec deux ateliers d'aides au choix. Le premier présente les deux techniques de dialyse, le second valide le choix.

- A la mise en place de la technique, lorsque la date de pose de cathéter est programmée, une visite à domicile est réalisée. Le bilan partagé nous permet de valider la technique de DP et le choix, par le patient, du système de dialyse. Un point sur ces connaissances est réalisé.

- Pendant la période de formation, des ateliers individuels sont proposés, et une attention particulière est portée au vécu de la mise en dialyse.

- Par la suite, tout au long du parcours, sont proposés des ateliers DP « chronique ». Les intervenants sont tous membres de l'équipe pluri-professionnelle : pharmacien, assistante sociale et diététicienne. Ces ateliers de groupe sont toujours associés à deux bilans partagés individuels pré- et post-atelier.

- En 2016 des ateliers de conciliation médicamenteuse ont été mis en place. Ces ateliers sont réalisés au domicile du patient par des IDE formées, lors de son retour ou après une modification importante de traitement, puis tous les 6 mois avant une consultation médicale.

- Pour compléter, des ateliers sur la greffe sont proposés à tous les candidats à la transplantation rénale.

Une évaluation de chaque atelier est systématiquement réalisée de façon quantitative et qualitative. Les résultats 2015 : 14 patients ont eu des ateliers DP avec 100% de satisfaits. Les ateliers d'aide aux choix (39 patients à titre individuel ; 36 patients en groupe collectif - soit 12 séances) diminuent l'anxiété de 47% ; 50% des patients choisissent la DP, 33% en HD et 17% ne se prononcent pas. Concernant les ateliers, 87% des patients ont amélioré leurs connaissances.

Concernant ce programme intégré au parcours patient et afin d'en assurer la pérennité, notre établissement associatif a inscrit l'ETP dans son projet institutionnel. Il a affecté des moyens dédiés en 2017 parmi lesquels la formation de tous les salariés et le temps nécessaire permettant ainsi la construction d'un véritable parcours patient, intégrant son expérience. Au-delà de l'acte technique, la DP est véritablement intégrée au parcours de vie du patient. Notre établissement a fait le choix de former le plus grand nombre de ces professionnels à l'ETP (des secrétaires, ... aux médecins) via la formation ETP 40H. L'ensemble des professionnels est sensibilisé et peut intervenir à chaque étape, ce qui accélère considérablement le processus. Chaque module intègre des compétences internes (diététicienne, IDE HD, IDE DP, AS, ASD...), ce qui au final n'ajoute pas une surcharge insurmontable de travail et n'a qu'un faible impact sur les coûts.

32 - L'accompagnement des familles d'enfant en dialyse péritonéale par l'infirmière coordinatrice en dialyse péritonéale.

Armelle Doutey

CHU Hautepierre (Strasbourg, France)

Les rôles et la place dans l'accompagnement des familles d'enfant en DP à domicile par l'infirmière coordinatrice en DP Pédiatrique, c'est d'abord d'être à l'écoute des préoccupations et des angoisses des parents en les guidant et en les rassurant pour que ceux-ci puissent continuer à créer une relation positive avec leur enfant. En effet, l'enfant ne peut s'épanouir sereinement que si son environnement familial est rassurant.

C'est aussi de prendre en charge l'enfant dans sa globalité suivant son développement, son âge avec les difficultés inhérentes aux contraintes du traitement par DP et de l'accompagner dans la réalisation de projets vacances, de classes vertes, etc...

C'est d'organiser un lieu de rencontres sous la forme d'un week-end ou d'une journée pour que les familles d'enfants en DP et l'équipe pluridisciplinaire puissent se retrouver de façon conviviale en dehors des soins hospitaliers.

Enfin, son rôle est d'aider dans la logistique de la gestion du matériel, dans le guidage de certaines alarmes exceptionnelles du cycleur et dans la gestion des échanges de cycleur en cas de panne avec le prestataire de service.

Et c'est bien sûr d'être garant que les soins à domicile effectués par les parents respectent les protocoles hospitaliers. L'infirmière coordinatrice en DP pédiatrique facilite la communication dans la trilogie : famille, hôpital et prestataires de services ou intervenants extérieurs.

Cet accompagnement est un atout dans la réussite au long cours du maintien à domicile lors du traitement par DP. Les familles peuvent se reposer sur l'infirmière et sont moins «essouffées» par cette prise en charge.

33 - Péritonite à Entérocoque Résistant à la vancomycine (ERV) chez un patient traité par DPCA.

*Dalila Kesraoui, Cécile Taflin, Fatima Yazbeck, Lilia Kihal, Muriel Soulier
Hôpitaux-St-Maurice (Saint-Maurice, France)*

La péritonite reste une complication fréquente en dialyse péritonéale et dont la gravité dépend du terrain, des circonstances de survenue et du germe retrouvé au prélèvement bactériologique. La péritonite à Bactérie Hautement résistante (BHR) est sévère et de mauvais pronostic dans le peu de cas décrits dans la littérature. Elle reste exceptionnelle, mais risque de se voir de plus en plus devant le nombre croissant de patients porteurs de BMR et la large utilisation d'antibiotiques à large spectre. Nous rapportons un premier cas de péritonite à ERV, en mai 2015, chez un patient de 89 ans avec une évolution clinique favorable, mais au prix d'un transfert en hémodialyse.

Cas clinique : Il s'agit d'un homme de 89 ans, porteur de BHR avec un prélèvement des selles positif à ERV. Il a été traité par DPCA depuis 4 mois se compliquant de péritonite à *Morganella*, traitée par CEFEPIME et AMIKACINE, et, secondairement, de diarrhées profuses. Devant l'absence d'amélioration clinique, bactériologique et biologique, sous antibiothérapie adaptée, les prélèvements bactériologiques du dialysat ont été refaits. Ils ont mis en évidence dans un premier temps un ERV, traité par TARGOCID à doses efficaces et dans un deuxième temps un *Candida glabrata* associé à l'ERV, traité par CANCIDAS. Malgré ce traitement, le tableau clinique s'est aggravé, imposant le retrait du cathéter et le transfert du patient en hémodialyse. Le TARGOCID a été maintenu pendant 3 semaines après le retrait du cathéter avec une bonne évolution et guérison.

Conclusion : La péritonite à ERV est possible et il faut savoir y penser chez le patient traité par DPCA et porteur d'ERV. L'infection est certes bruyante et très symptomatique, mais ce n'est pas une fatalité. Elle est guérissable même chez les personnes âgées avec de multiples comorbidités comme cela a été le cas de notre patient.

34 - Péritonite chyleuse secondaire à la prise de lercanidipine.

*Maan Joseph, Hanene Gaïed
Centre hospitalier René Dubos (Pontoise, France)*

Introduction

La péritonite chyleuse est une complication rare en dialyse péritonéale. Ses étiologies sont multiples. Nous rapportons un cas de péritonite chyleuse secondaire à la prise de Lercanidipine observé dans l'unité de dialyse péritonéale.

Cas clinique

Patient âgé de 22 ans, insuffisant rénal chronique secondaire à une néphropathie indéterminée, hypertendu traité par Bisoprolol, Urapidil et Lercanidipine à forte dose (30 mg par jour). La technique d'épuration extra rénale initiale a été l'hémodialyse démarrée en novembre 2015, puis la dialyse péritonéale continue ambulatoire débutée en février 2016. Au démarrage de la dialyse péritonéale (DP), le liquide du premier drainage a été lactescent avec un examen cytotactériologique (ECB) négatif. Le liquide est devenu limpide rapidement sans traitement particulier. Un mois plus tard, le patient a consulté dans l'unité de DP pour un nouvel épisode de chylopéritoine sans signes cliniques ni biologiques de péritonites infectieuses. L'ECB du liquide de DP était négatif. Dans le cadre du bilan étiologique : le bilan hépatique était normal, la lipasémie était élevée à trois fois la normale sans signes cliniques ni scannographiques de pancréatite. Le test Quantiferon-Tb Gold est revenu négatif. Le patient avait une hypertriglycéridémie à 3,18mmol/l avec un taux de triglycérides dans l'effluent péritonéal élevé à 1.42mmol/l. Le Scanner thoraco-abdomino-pelvien n'a pas objectivé d'anomalies particulières. Les divers examens complémentaires ont permis d'écartier les processus pathologiques habituellement responsables de chylopéritoine. La cause médicamenteuse reste la plus probable surtout que le patient est sous forte dose de Lercanidipine (30mg par jour). A l'arrêt de la Lercanidipine, le patient n'a pas eu de récurrence de chylopéritoine.

Discussion : La péritonite chyleuse est une complication rare en DP. Les étiologies sont dominées par les néoplasies abdominales essentiellement les lymphomes, et les cirrhoses. L'origine infectieuse est dominée par la tuberculose péritonéale. Le chylopéritoine peut survenir à la pose du KT de DP, lors d'un syndrome néphrotique ou être d'origine médicamenteuse. Les inhibiteurs calciques (IC) semblent être les plus incriminés. Le mécanisme suggéré pour expliquer ce phénomène est l'augmentation de la perfusion vasculaire et du taux de l'ultrafiltration du péritoine. La présence d'une hyperlipidémie influence les propriétés pharmacocinétiques des IC lipophiles comme la Lercanidipine.

Conclusion

Les IC représentent la cause médicamenteuse la plus décrite de chylopéritoine. La perturbation du bilan lipidique chez les patients en DP favorise la survenue de cette complication. Son mécanisme reste encore mal élucidé.

35 - La Dialyse Péritonéale, nouvelle technique au service des dialysés à l'île de Djerba-Tunisie.

*Imen Mlaouah¹, Wissem Abdelkafi¹, Dorra Hsairi¹, Mohamed Karim Daghar², Samira Ben Ali¹, Zohra Ben Mimoun¹
1Service de Dialyse Hôpital régional Houmt-Souk, Djerba, Tunisie
2Service de Chirurgie générale Hôpital régional Houmt-Souk, (Djerba, Tunisie)*

Introduction

La dialyse péritonéale (DP) a été nouvellement introduite dans notre service de Dialyse (inauguré le 14/09/2009) par la création d'une Unité de DP en mai 2014. Cette Unité prend en charge actuellement les malades de Djerba et des régions avoisinantes. La DP offre à nos malades une méthode de dialyse douce, continue, qui préserve la fonction rénale résiduelle, et qui se prête particulièrement bien à la dialyse à domicile, leur permettant la poursuite d'une activité socio-professionnelle normale.

L'objectif de notre travail est de décrire l'initiation et le suivi de la technique de DP au service de Dialyse de l'île de Djerba après 30 mois d'expérience.

Patients et Méthodes

Nous rapportons notre expérience avec sept malades qui ont choisi la DP en première intention pour la prise en charge de leur insuffisance rénale chronique terminale. Tous nos malades ont bénéficié d'une pose chirurgicale du cathéter de DP type Tenckhoff spiralé double manchons. Ils ont été formés et suivis périodiquement dans notre unité de DP, et le recueil des paramètres cliniques, biologiques et d'adéquation a été mentionné sur les cahiers de surveillance et de suivi.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients au début de la DP était de 33,31 ans (17-54), on a noté une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,75 (3H/4F). Nos malades sont professionnellement actifs dans 42,8%, scolarisés dans 28,57% et ils ont tous gardé leurs activités. Dans notre série, on a noté un score de Charlson de 2 (80%) et de 6 (20 %). La néphropathie causale prédominante a été la néphropathie indéterminée. La DPA a été la technique préférée par nos malades dans 85,71% avec une durée cumulative de 108,58 mois de traitement. Une meilleure qualité d'épuration ainsi que le maintien d'une fonction rénale résiduelle (FRR) ont été assurés en DP avec 66,6 % des patients ayant un Kt/V de l'urée supérieur à 1,7. Une seule patiente a présenté un épisode de péritonite qui a bien évolué sous traitement médical. Un patient a été greffé après deux ans de DP et une patiente est décédée suite à une décompensation de sa cardiopathie malformative.

Conclusion :

L'introduction de la DP comme méthode d'EER au service de Dialyse de l'hôpital de l'île de Djerba en Tunisie nous a permis d'offrir une autre modalité thérapeutique aux patients en IRCT. Cette technique doit être soutenue. En effet, notre travail montre une amélioration clinique et biologique avec cette technique d'épuration, un maintien de la FRR et une meilleure qualité de vie assurée à nos malades.

36 - La dialyse péritonéale est-elle applicable aux patients atteints de polykystose rénale : revue systématique et méta-analyse.

Vincent Dupont¹, Lukshe Kanagaratnam¹, Mickael Siggogne¹, Clémence Bechade², Josem Portoles³, Moustapha

Contexte – La polykystose rénale autosomique dominante (PKAD) est la première cause héréditaire d'insuffisance rénale chronique. La dialyse péritonéale (DP) est très souvent délaissée chez ces patients quand arrive la nécessité d'une épuration extra-rénale. En effet, il persiste un a priori par crainte d'une augmentation présumée du nombre d'épisodes de complications mécaniques et infectieuses, susceptibles de grever le devenir de la technique et des patients. Seul un petit nombre d'études nationales se sont intéressées à l'incidence de ces événements, sans avoir mis en évidence de différence statistiquement significative. Les méta-analyses sont des ré-analyses statistiques de plusieurs études publiées, bénéficiant ainsi d'une puissance statistique plus importante. Dans cette étude, cette méthodologie a été appliquée afin d'observer le devenir des patients atteints de PKAD pris en charge par DP à partir des données disponibles dans la littérature en 2016.

Méthodes – Pubmed, Embase, Google scholar et Scopus ont été interrogés afin d'extraire toutes les études écrites en anglais ou en français, incluant « Polycystickidneydisease » et « Peritonealdialysis » dans leurs titres, en excluant les commentaires, lettres aux auteurs et posters, et fournissant les données d'intérêt sur l'incidence des péritonites et hernies abdominales ainsi que sur la survie des patients et de la technique. Les auteurs ont été contactés pour communiquer leurs données brutes. La méta-analyse a été effectuée avec un modèle à effets aléatoires (méthode de l'inverse de la variance) afin d'estimer les risques présentés par les patients PKAD comparés aux non PKAD (HR, OR et IC à 95%).

Résultats – Sur 28 références éligibles, 9 études publiées entre 1998 et 2016 ont été incluses dans l'analyse. La survie des patients était meilleure chez les patients atteints de PKAD (HR = 0.70 (95% CI: 0.54 ; 0.92)). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes sur l'incidence des péritonites (OR = 0.86 (95% CI: 0.66 ; 1.12)) et la survie technique (HR = 0.98 (95% CI: 0.83 ; 1.16)), bien que l'incidence des épisodes de hernies abdominales était plus importante dans le groupe PKAD (OR = 2.28 (95% CI: 1.26 ; 4.12)).

Conclusion – Chez les patients traités par DP, la PKAD est associée à une meilleure survie des patients et plus d'épisodes de hernies abdominales. Il n'existe pas de différence sur l'incidence des péritonites ni sur la survie technique. La DP est une modalité d'épuration extra-rénale tout à fait utilisable chez les patients atteints de PKAD.

37 - Les échanges infirmiers en dialyse à domicile sortent du « off ».

Marie-Christine Padernoz Lavalée¹, Jean Pierre Grangier², Sophie Mougel³, Brigitte Magnaval⁴, Isabelle Brayer⁵
1 Gaignes, France
2 CALYDIAL (Lyon, France)

3CHU (Nice, France)

4CH (Brive, France)

5CHU BRUGMANN (Bruxelles, Belgique)

Introduction :

AlloDP est une liste de diffusion née de l'idée de faire de la communauté infirmière de Dialyse à Domicile de Langue Française, la personne ressource, pour chaque infirmier et infirmière des centres de dialyse.

Méthode

La liste a été constituée initialement à partir des adresses courriels des infirmier(e)s disponibles dans la base de données du RDPLF, puis enrichie par les inscriptions spontanées sur le site <http://www.rdplf.org/allodp.html>.

Résultats :

-Nombre d'inscrits : 215

-Echanges pertinents ayant obtenus une réponse : 35

- Echanges qui ont permis de résoudre réellement un problème : 33

- Réponses mail inappropriées par manque d'expérience (demandes de désinscription, messages personnels, avis de boîte saturée) : 40

- Nombre de désabonnements de la liste : 16

Discussion :

La pratique infirmière du domicile se fait majoritairement, dans de petites unités, dispersées sur le territoire. Les problèmes spécifiques, les techniques d'exams de qualité de dialyse, les incidents de traitement donnent, parfois, lieu à des interrogations qui ne trouvent pas, automatiquement, de réponse dans l'unité. Partant du principe que, certainement, dans un autre centre, un(e) infirmier(e) aurait déjà rencontré le même problème... et trouvé la solution, le recours à l'expérience de la communauté infirmière devenait la réponse à un problème ponctuel. La puissance et la rapidité des moyens de communication actuels autorisent la mise à disposition de tous pour chacun. Les résultats obtenus démontrent l'efficacité de ce moyen de communication convivial pour répondre aux objectifs que nous nous étions fixés.

Conclusion :

Moins d'un an après sa création, AlloDP a pris sa place dans la pratique quotidienne de nombreux centres. Aux 36 questions posées il a été apporté 35 réponses. Aujourd'hui, AlloDP a des correspondants dans 5 pays francophones.

38 - Thiosulfate de sodium par voie intrapéritonéale dans le cadre du traitement de la calciphylaxie.

Manfred Ismer^{1,2}, Camille Becmeur¹, Timothée Nussbauer¹, Claire Borni^{1,2}, Alexandre Klein¹

1Hôpitaux Civils de Colmar, Service de Néphrologie - Dialyse, (Colmar, France)

2AURAL (Colmar, France)

La calciphylaxie (artériopathie calcifiée urémique) est une pathologie rare dont la fréquence est majorée chez les patients traités par épuration extra-rénale. Elle se présente sous forme de lésions cutanées, de façon évolutive : plaques rouges dans un premier temps, puis nécroses cutanées. Le pronostic est pauvre, avec une forte mortalité (environ 50 % sur un an), et les approches thérapeutiques

ne sont pas bien établies : intensification de la dialyse, repli en hémodialyse (HD) pour les patients en dialyse péritonéale (DP), arrêt des traitements par vitamine D active, contrôle de l'hyperparathyroïdie, arrêt du traitement par anti-vitamine K (AVK). Au cours des dernières années un intérêt accru s'est porté vers le thiosulfate de sodium à visée thérapeutique dans la calciphylaxie. Nous rapportons le cas de 3 patients ayant bénéficié de ce traitement par voie intrapéritonéale dans notre service depuis l'été 2015.

Cas 1 : Un patient de 86 ans, en DP à visée cardiaque depuis 26 mois, présente des lésions de calciphylaxie aux jambes. Un traitement par thiosulfate de Na est débuté par voie intraveineuse, mais devant la pauvreté du réseau veineux puis d'un sepsis sur Picc-Line le traitement est essayé par voie intrapéritonéale. Un passage en hémodialyse n'est pas envisagé compte tenu de l'âge et de l'état général du patient. L'état cutané s'améliore avec soins locaux et administration de thiosulfate de Na. La cicatrisation complète est atteinte après x mois avec reprise du traitement AVK relayé par héparine durant la phase initiale de la calciphylaxie. Le patient est toujours en vie.

Cas 2 : Un patient de 80 ans, en DP depuis 3 mois, présente une lésion algique et douteuse (plane et violacée) à la jambe droite. Deux biopsies cutanées ne permettent au début pas de poser un diagnostic. La lésion évolue vers une nécrose, puis on observe 4 lésions. Le dermatologue pose le diagnostic de calciphylaxie. Le traitement AVK est relayé par de l'héparine et le traitement par thiosulfate de Na débuté. L'évolution locale est favorable après quelques semaines de traitement, mais le patient décède d'un infarctus du myocarde massif quelques semaines après la fin du traitement.

Cas 3 : Un patient de 55 ans, en DP à visée cardiaque depuis 9 mois, présente 2 lésions hyperalgiques sous forme de plaque de la paroi abdominale droite évocatrices de calciphylaxie. Le traitement par AVK est relayé par de l'héparine et le traitement par thiosulfate de Na d'emblée débuté par voie intrapéritonéale en raison de la pauvreté du réseau veineux. L'hémodialyse n'est pas envisagée en raison de l'état cardiaque. L'évolution locale est favorable après 6 semaines de traitement, mais l'état nutritif (cachexie cardiaque) se dégrade. Le patient décède quelques semaines plus tard.

Les infusions de thiosulfate de Na en intrapéritonéal étaient bien tolérées en respectant un volume de 2 l d'infusion pour 25 g de thiosulfate de Na.

39 - Créer et renforcer le lien entre ville et hôpital : un élément fondamental de promotion de la DP.

*Annette Traber, Véronique Wigno, Sandra Cherrey
Hôpitaux Civils de Colmar, Service de Néphrologie - Dialyse, (Colmar, France)*

La dialyse péritonéale, méthode de suppléance de l'insuffisance rénale terminale, est une technique réalisée à domicile ou au lieu de vie du patient. Elle permet aux patients peu ou non autonomes, pour la plupart polypathologiques, une prise en charge adaptée grâce à la présence d'infirmiers libéraux ou institutionnels. Ces derniers sont donc, dans ce contexte, des interlocuteurs précieux.

La communication et la collaboration entre tous les acteurs de soins, libéraux et hospitaliers, participe au bon fonctionnement de la DP et à la promotion de la technique. Afin de renforcer ce lien privilégié, plusieurs axes ont particulièrement été développés dans notre centre :

- L'un sous forme de rencontre biennale, depuis 1993. Elle a pour objectif de présenter oralement 3-4 sujets en lien avec la DP, comme le « DP flash info », elle fait part des nouveautés en matière de DP, elle propose des ateliers pratiques.

L'invitation est transmise aux professionnels à partir d'un registre commencé dès la création du service de DP à Colmar en 1980. En 2015, 81 cabinets de soins IDE, centres de soins, institutions ou centres médicaux étaient répertoriés. Un laboratoire assure le soutien financier et s'occupe de réserver le lieu de rencontre hors hôpital. Cette réunion se termine par un buffet dînatoire, moment qui privilégie et facilite les échanges. C'est un moment très apprécié par nos différents interlocuteurs, comme le prouve le questionnaire de satisfaction, rempli à la fin de la soirée.

Exemples de thèmes présentés :

- Quoi de neuf en Dialyse Péritonéale ?
- DP et hygiène des mains
- Importance des chélateurs de phosphore
- Des solutions de dialyse toujours plus physiologiques
- Le cathéter enfoui, une nouvelle technique
- Nutrition et dialyse péritonéale.

Exemples d'ateliers pratiques :

- Manipulation des différentes poches
- Efficacité de la friction hydro-alcoolique des mains avec caisson pédagogique à UV
- Réfection du pansement d'émergence

- Un autre sous forme d'envoi d'un « DP flash info » depuis 2006, mini journal avec des articles qui traitent de sujets variés tels que : nouveautés liées à la technique de DP, présentation des nouveaux membres de l'équipe, mot de la diététicienne, mise à jour des protocoles, quizz DP etc... Ce journal est édité une à deux fois par an et envoyé à l'ensemble de nos partenaires par mail ou courrier postal.

- Par ailleurs, depuis quelques années, une présentation de la DP est réalisée dans les unités de SSR (Service de Soins de Suite et Réadaptation) et EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) afin de promouvoir les connaissances et l'acceptation de la technique par les différentes équipes.

40 - Place du domicile après transfert du patient de la dialyse péritonéale vers l'hémodialyse.

Marie-Jeanne Coudert-Krier, Sophie Vallance, Nelly Castin

ALTIR (Vandoeuvre les Nancy, France)

Dans le cadre de la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques au stade terminal, notre structure associative a développé le traitement à domicile : dialyse péritonéale (DP) ou hémodialyse à domicile (HDD). Cette dernière technique permet donc aux patients, répondant

aux critères exigés, de bénéficier des avantages d'une technique au domicile, notamment au niveau de la flexibilité des horaires, de la possibilité de séances HD prolongées et de l'amélioration de la qualité de vie.

Actuellement, parmi les 13 patients suivis médicalement en HDD dans notre structure, seul 1 patient était au préalable dans une technique au domicile, en dialyse péritonéale.

Le but est d'évaluer de façon rétrospective sur les 6 dernières années (2010-2015) à partir de la base de données de notre structure, le transfert des patients de la DP vers HD, et notamment vers HDD.

Durant la période étudiée, 44 patients (31 hommes ; 13 femmes) sont transférés de la DP vers l'HD. Nous analysons l'âge de tous les patients, la durée et le type de DP, ainsi que les causes du transfert. Après transfert en HD, seuls 2 /44 patients (4,5%) sont traités en HDD.

Nous distinguons les patients selon leur type de DP avant transfert :

- DP continue ambulatoire (DPCA) : 16 patients (âge médian : 66 ans), dont 69% avec assistance à la technique. Le transfert aboutit majoritairement (81%) en unité de dialyse médicalisée (UDM) et pour aucun des patients vers l'HDD.

- DP automatisée (DPA) : 28 patients (âge médian : 50 ans) ne nécessitent une assistance que pour 7 d'entre eux (25 %). Le transfert aboutit à l'auto-dialyse (AD) autonome ou assistée, dans pratiquement la moitié (46%) des cas, et vers l'UDM dans 1/3 des cas (36%), et pour seulement 2 patients en HDD (7%).

Ces 2 patients en HDD (2 hommes ; âge : 66-30 ans), traités au préalable en DP pendant 3 ans et 6 mois respectivement, sont transférés en HDD pour épuration insuffisante. Après l'éducation à l'HDD des patients et des aidants, la durée en HDD est de 2 ans pour le patient le plus âgé (transfert en UDM) et de 5 jours pour le patient le plus jeune (greffe rénale avec donneur cadavérique).

Un autre patient (homme de 35 ans), après éducation pour AD dans notre centre, est transféré avec un projet ultérieur pour HDD, dans une autre structure médicale (rapprochement géographique).

Avec les données de la littérature, nous discutons nos résultats qui montrent un faible pourcentage de patients traités en DP et accédant, après transfert en HD, à un traitement au domicile. Comme facteurs explicatifs, nous évoquons la nécessité d'assistance d'une tierce personne au préalable en DP, surtout en DPCA, ou l'absence de personne aidante disponible pour les patients plus jeunes, notamment venant de DPA, et ayant accédé à l'AD ou encore le choix de ces patients, de ne pas effectuer l'auto-ponction, ou de ne pas réaliser HDD pour des raisons personnelles, familiales ou professionnelles.

Dans les années à venir, la proposition de HDD quotidienne courte ou des projets futurs d'assistance par infirmière à domicile, pourront potentiellement favoriser le maintien à domicile des patients de DP transférés en HD.

41 - Hémodialyse quotidienne courte diurne à domi-

cile.

Marie-Jeanne Coudert-Krier, Elvire Willaume, Nelly Castin ALTIR, Vandoeuvre les Nancy, France

L'hémodialyse (HD) à domicile fait partie depuis plus de 40 ans, des options thérapeutiques dans notre structure associative prenant en charge des patients insuffisants rénaux chroniques.

Avec l'arrivée sur le marché des machines de nouvelle génération permettant l'HD quotidienne courte (HDQC) avec utilisation de dialysat ultra-pur apyrogène, et compte tenu des bénéfices décrits (notamment, mise en œuvre de HD facilitée, tolérance des séances, contrôle tensionnel, nombre de prises de certains médicaments et qualité de vie), nous avons pu proposer aux patients de notre structure, cette nouvelle technique depuis 2015.

Le but de notre étude est de décrire les patients formés à cette nouvelle technique et d'analyser l'évolution pour les patients en HDQC, suivis médicalement dans notre structure.

Depuis 2015, nous avons formé 5 patients à l'HDQC (hommes : 4, femme : 1 / âge : 22-48-61-62-69 ans) sur un total de 13 patients actuellement traités en HD à domicile. Le type de traitement préalable à l'HDQC est l'HD : unité dialyse médicalisée : 2 ; auto-dialyse (AD) : 2 ; HD à domicile conventionnelle : 1. La durée en HD au préalable est de : 2 mois - 2 - 3,5 - 6 - 6,5 ans. Des comorbidités sévères existent pour 3 patients : cancer pulmonaire en cours de traitement ; polyneuropathie sensitivomotrice invalidante ; amputation récente d'un membre inférieur. La durée de l'éducation du patient et de l'aidant, assurée par une infirmière spécialement formée, varie de 2,5 à 8 semaines. Sur les 5 patients, 1 patient a choisi d'emblée de n'utiliser l'HDQC que très ponctuellement lors de ses déplacements (vacances), et pour 1 autre patient, seul le support logistique est assuré par notre structure.

Les 3 autres patients, suivis au long cours en HDQC par notre structure, avec un recul de 2 - 7 -10 mois, présentent cliniquement un état général amélioré et aucune complication au niveau de la voie d'abord vasculaire, malgré la ponction quotidienne, n'est observée. Dans 1 cas, l'équilibre tensionnel étant optimisé, le traitement médicamenteux a pu être allégé. Le patient avec polyneuropathie sensitivomotrice relate une amélioration. A court terme, tous les patients notent une meilleure qualité de vie.

Selon l'évolution biologique, certains ajustements thérapeutiques sont réalisés, soit en rajout /majoration de traitement médicamenteux (érythropoïétine : 2 cas ; bicarbonate de sodium : 1 ; supplément potassique : 1 ; supplément calcique-vitaminique D : 3), soit en baisse/ arrêt de traitement médicamenteux (chélateur du potassium : 2 ; chélateur du phosphore : 1).

Parmi les 3 patients, 2 sont maintenus dans la technique. Le 3e patient, le plus jeune et avec la plus faible durée en HD au préalable de l'HDQC, abandonne la technique au bout de 6 mois (inobservance sur lassitude de la technique), et est transféré en AD.

Nous discuterons nos résultats avec ceux disponibles dans la littérature et aborderons également le coût de

HDQC, plus élevé pour la structure, mais potentiellement plus faible pour la société.

Conclusion : HDQC apparaît comme une nouvelle alternative de l'HD à domicile qui s'adresse à des patients ciblés, nécessitant une éducation spécifique, et apporte une amélioration, notamment au niveau de la qualité de vie des patients.

42 - Epuisement de l'abord vasculaire chez l'hémodialysé chronique: indication de la dialyse péritonéale en urgence.

Sara Hacib, Salma Belmokadem, Afaf Abouzoubir, Tarik Bouattar, Hakima Rhou, Naima Ouzeddoun, Rabia Bayahia, Loubna Benamar

CHU Ibn Sina (Rabat, Maroc)

Introduction

La dialyse péritonéale (DP) a été débutée pour la première fois au Maroc en 2006. Dans ce travail, nous rapportons une nouvelle indication de cette technique, l'épuisement de l'abord vasculaire chez les patients hémodialysés chroniques. Nous avons défini l'épuisement par l'impossibilité de créer un abord vasculaire quel qu'il soit, par fistule artério-veineuse ou par cathéter, permanent ou temporaire.

Matériels et méthodes

nous décrivons l'histoire clinique, biologique et évolutive de 5 patientes hémodialysées chroniques prises en charge en urgence en DP après avoir épuisé tout abord vasculaire.

Résultats : nous avons colligé 5 patientes dont l'âge médian est de 55 ans ayant une durée moyenne de dialyse de 14 ans. Elles étaient toutes anuriques. Elles ont bénéficié de la DP en urgence dont deux patientes sont en dialyse péritonéale ambulatoire continue (DPCA) et 3 patientes sont en dialyse péritonéale automatisée (DPA). Avec un recul médian de 16 mois, 3 patientes ont une qualité de dialyse optimale et 2 sont décédées d'une cause sans relation avec la technique de dialyse après un délai médian de 2 ans.

Discussion : L'abord vasculaire représente le cœur de l'hémodialysé chronique d'où l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire entre radiologue vasculaire et néphrologue pour pouvoir optimiser le réseau vasculaire. Le regain d'intérêt de la DP chez cette catégorie de patients qui ont épuisé tout abord vasculaire et qui sont souvent éligibles à la transplantation rénale semble être le seul moyen pour pouvoir maintenir un traitement de suppléance et sauver leur pronostic vital.

Conclusion

La DP reste la seule technique d'urgence pour des patients n'ayant plus d'abord vasculaire.

43 - Suivi et évaluation des prescriptions individualisées en dialyse péritonéale adaptée (DPA-A) : résultats préliminaires d'un observatoire national en « vie réelle ».

Michel Fischbach¹, Mélanie Hanoy², Cécile Courivaud³, David Attaf¹

1CHU Strasbourg (Strasbourg, France)

2CHU Caen (Caen, France)

3CHU Besançon (Besançon, France)

Rationnel : Plusieurs études ont démontré l'intérêt d'individualiser les prescriptions de DP en termes de volumes et de temps de stase (extraction hydro-sodée). Par rapport à la DPA conventionnelle (DPA-C), la DPA-A (réf) améliore l'UF, le Kt/ V urée, la clairance de créatinine et réduit le coût métabolique. L'objectif de cette étude est d'analyser l'évolution des prescriptions de DPA-A selon la clinique, la biologie, l'état d'hydratation et les médicaments.

Patients et méthodes

Observatoire national multicentrique suivant des patients (pts) en DPA-A inclus de mars 2012 à mars 2016 et suivis 3 ans.

Résultats

178 pts ont été inclus. Les prescriptions de DPA-A ont été observées chez 50 pts (28%). Nous décrivons ci-après ces 50 pts en DPA-A. Age moyen : 58 ans (F : 38%), IMC : 27 kg/m², Diabète : 24%, Ind. Charlson : 5, Anti-hypertenseurs : 80%, Chélateurs : 68%, FRR : 1178 ml/j, D/P Créat. : 0.8, Dialysats isotoniques : 88% des pts. L'évolution des prescriptions de DPA-A au cours de l'étude est la suivante : à l'inclusion, 26 patients (52.0%) étaient Ventre Vide en Journée (VVJ), durant le suivi : 18 pts (36%) ont maintenu le VVJ, 8 pts (16%) sont passés en Ventre Plein (VPJ), 1 pt (2%) est passé de VPJ à VVJ. L'évolution clinico-biologique des 50 patients en DPA-A au cours de l'étude est la suivante : UF péritonéale : 676 à 822 ml/j, Kt/V urée péritonéal : 1.4 à 1.42, Clairance de la Créatinine péritonéale : 42.4 à 35.7L/sem., Diurèse > 200ml/j : 86% -> 78% des pts, D/P Créat. : 0.75 à 0.73, Albumine : 34 à 33 g/L, Créat. : 697 à 1136 µmol/L, Ph : 1.6 à 1.7 mmol/L, Bicar. : 24 à 22 mmol/L, Ca. : 2.2 à 2.2 mmol/L, Prot. : 65 à 63 g/L. L'évolution des données de la composition corporelle est également disponible, la mesure de la PIP a été réalisée chez 9 pts. Les complications de la DP sont disponibles pour les 2 sous-populations DPA-A et DPA-C.

Les données de ces 50 patients en DPA-A seront comparées aux 125 pts en DPA-C sur des critères clinico-biologiques. Par exemple, l'évolution des paramètres suivants entre les 2 groupes DPA-C et DPA-A (sur 6 mois) montre : UF péritonéale : DPA-A : 676 à 822 ml/j vs DPA-C : 584.7 à 524.2 ml/j (p= 0,01)

Conclusion

SEPIA permettra d'analyser les prescriptions et données clinico-biologiques « en vie réelle » de la sous population en DPA-A (ventre vide vs ventre plein). Il sera aussi possible de comparer (avec les limites d'une étude observationnelle) la sous-population en DPA-A à la sous-population en DPA-C.

Références : Fischbach M, Issad B, Dubois V, Taamma R. The beneficial influence on the effectiveness of automated peritoneal dialysis of varying the dwell time (short/long) and fill volume (small/large): randomized controlled trial. Peritoneal Dialysis International 2011; 31(4):450-8

44 - Péritonite médicale à Leclercia adenocaryolata en dialyse péritonéale : premier cas répertorié au RDPLF.

Introduction :

En dialyse péritonéale, la péritonite médicale est la principale cause de mutation des patients vers l'hémodialyse. Elle peut entraîner le décès si sa prise en charge est retardée et/ou en cas de prescription d'antibiotiques inadaptée. C'est une infection qui est peu fréquente en France (1) mais on assiste de plus en plus à l'émergence de germes inhabituels.

Cas clinique :

Nous rapportons le cas d'une femme Réunionnaise, de 50 ans, en DPCA depuis 2013, autonome, diabétique, hypertendue, inscrite sur la liste de greffe rénale qui vient consulter pour douleurs abdominales, liquide DP trouble, bandelettes positives, fièvre 38°C, nausées sans vomissements depuis 48 heures. A l'examen : TA 130/80mmHg, auscultation cardio-pulmonaire normale, douleurs diffuses à la palpation abdominale profonde sans contracture. Le diagnostic d'une péritonite est posé mais l'origine de l'infection n'est pas établie car pas d'erreur d'asepsie, pas de contacts avec des animaux, pas de baignade en piscine ou au lagon... L'hospitalisation décidée, Fortum IP est administrée. L'évolution sera rapidement favorable avec disparition des douleurs abdominales et fièvre dès le lendemain, clarification de l'effluent à la 48ème heure et baisse rapide des GB dans le liquide de DP, autorisant la sortie de la patiente après 6 jours d'hospitalisation avec Amoxicilline seule pour 15 jours (CRP de sortie 3.3mg/l).

Examens para-cliniques : Hb 11.1g/dl, GB 54000/mm³, plaquettes 244G/l, CRP 77mg/l, natrémie 131mmol/l, kaliémie 3.2mmol/l, calcémie 2.38mmol/l, phosphorémie 1.10mmol/l, glycémie 5mmol/l avec HbA1C 4.5%, albuminémie 29g/l, pré albumine 0.26g/l, lipase 52UI/l, TGO/TGP 7/13, bilirubine 6µmol/l, gamma GT 67UI/l, phosphatases alcalines 153UI/l. L'examen direct du liquide de DP : rares hématies, GB 8550/mm³ dont 90% PNN, 10% macrophages, coloration GRAM négatif. La culture isolera à la 72ème heure *Leclercia adecarboxylata* sur gélose COS en aérobiose : identification faite sur VITEK MS, spectromètre de masse commercialisé par Biomérieux. Sur l'antibiogramme, la bactérie est sensible aux antibiotiques testés.

Commentaires :

Leclercia adecarboxylata, BGN de la famille des Entérobactéries est ubiquitaire: isolé de l'eau de boisson en 1962 par Leclerc, baptisé *E Coli adecarboxylata*. On sait maintenant qu'il est largement distribué: eaux, aliments, saprophyte de l'intestin d'animaux. Son rôle pathogène chez l'homme est rare, atteint surtout les immunodéprimés avec comorbidités et isolé à partir de fluides organiques comme le sang, urines, salive, liquide synovial, sécrétions vaginales, plaies, ascite. La souche sauvage est naturellement sensible aux antibiotiques: bétalactamines, quinolones, tétracyclines, aminosides, l'azithromycine (3). *Leclercia adecarboxylata* est rare en DP. Un article indien, avril 2016, rapporte leur 1er cas de péritonite à *Leclercia adecarboxylata* en DPCA (2). Nous rapportons ici, le 1er

cas enregistré au RDPLF.

Conclusion

LeclerciaAdecarboxylata est sous diagnostiquée. Pour-tant, son diagnostic éviterait l'antibiothérapie large spectre et la propagation de BMR (BLSE, VRE) très bénéfique en cette période de carence en innovation antibiotique

Références :

- (1) Registre de Dialyse Péritonéale en Langue Française
- (2) Ghosh R et al, International Journal Of Research in Medicam Sciences, April 2016
- (3) Vernissia Tam and Seema Nayak, BMJ Case Rep 2012

45 - Les péritonites à Candida en dialyse péritonéale au CHU Ibn Sina : à propos de trois cas.

Mohammed Belrhiti, Salma Belmokadem, Omar Raoundi, Tarik Bouatar, Naima Ouzeddoun, HakimaRhou, RabiaBayahya, Loubna Benamar
CHU Ibn Sina, Service de Néphrologie, Unité de Dialyse Péritonéale (Rabat, Maroc)

Introduction

La péritonite d'origine infectieuse est une complication fréquente en dialyse péritonéale. Les germes les plus souvent rencontrés sont les staphylocoques, dans 45 à 60 % des cas et les bacilles à Gram négatif, dans 25 à 30 % des cas. Les infections à levures sont plus rares (inférieur à 2 %). Nous rapportons 3 cas de patients présentant une péritonite à levures confirmés à l'unité de dialyse péritonéale du CHU IBN SINA.

Matériel et méthodes

Sur une période de 10 ans (20/07/2006 au 21/06/2016), nous avons recensés les patients ayant présenté une péritonite à levure en dialyse péritonéale au CHU IBN SINA de Rabat. Pour toute péritonite déclarée au service, une recherche mycologique systématique est réalisée par un examen microscopique à l'état frais du liquide de dialyse péritonéale, ainsi que des cultures sur milieu Sabouraud simple, Sabouraud chloramphénicol et Sabouraud additionné d'actidione incubées à 37°C sont effectuées. L'identification est réalisée par le Test de filamentation, et le test d'agglutination spécifique.

Résultats

Depuis l'initiation de la dialyse péritonéale au CHU IBN SINA ,131 patients sont pris en charge au service de dialyse péritonéale, nous avons noté un taux de péritonites de 26,06 mois/patient, dont trois cas de péritonite à levures (Candida albicans), soit un pourcentage de 2,17%. Il s'agit de trois patientes. L'âge était de 46 ans, 52 ans, et 58 ans. Les facteurs favorisants retrouvés sont l'immuno-dépression, l'insuffisance rénale terminale, et une antibiothérapie prolongée due à une péritonite récidivante chez une patiente et à une péritonite à culture négative chez les deux autres. L'évolution sous traitement antifongique était favorable chez deux patientes, avec nécessité d'une ablation en urgence du cathéter de dialyse péritonéale, et défavorable marquée par le décès chez la troisième patiente par choc septique.

Discussion et conclusion

La péritonite à Candida reste une complication rare mais grave chez le patient en dialyse péritonéale. Elle impose dans la majorité des cas l'arrêt de la technique et peut parfois mettre en jeu le pronostic vital du patient, d'où l'importance d'y penser devant toute péritonite traitée par une antibiothérapie prolongée.

46 - Accident hémorragique après injection intrapéritonéale d'héparine en dialyse péritonéale: à propos d'un cas.

Mohammed Belrhiti, Fatima Eniya, Omar Raoundi, Tarik Bouatar, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabia Bayahya, Loubna Benamar
CHU Ibn Sina, Service de Néphrologie, Unité de Dialyse Péritonéale (Rabat, Maroc)

Introduction

Les accidents hémorragiques liés à l'utilisation d'héparine en dialyse péritonéale restent peu fréquents en regard de l'hémodialyse où l'héparine est utilisée pour l'anticoagulation du circuit extracorporel. Nous rapportons le cas d'un syndrome hémorragique secondaire à l'injection intrapéritonéale d'héparine sodique.

Observation

Patiente âgée de 73 ans, en dialyse péritonéale depuis 17 mois, sur néphro-angiosclérose. Lors de la 1ere utilisation du cathéter de DP, 1 mois après la pose, un dysfonctionnement par caillot de fibrine est survenu, pour lequel la patiente a bénéficié d'une injection intrapéritonéale de 15000UI d'héparine sodique. La patiente a présenté par la suite un syndrome hémorragique fait de gingivorragie et d'ecchymoses au site d'injection d'érythropoïétine sans hémorragie intra-péritonéale avec un TCA à 5,5. La patiente a bénéficié d'une injection de 20000UI de sulfate de protamine en intraveineux avec amélioration clinique. Le TCA de contrôle était normal.

Discussion et conclusion

L'obstruction du cathéter de dialyse péritonéal est un événement fréquemment observé dans les deux semaines après l'implantation du cathéter. Il est important de préciser son mécanisme qui peut être en rapport avec un obstacle extra-luminal, ou encore intra-luminal par caillot sanguin ou de fibrine. Des approches dites non invasives (changement de position du corps, laxatifs, sérum physiologique hépariné) devraient être entreprises avant le recours à l'héparine par voie intrapéritonéale; en effet, cette dernière n'est pas dénuée de risque hémorragique, pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient, même si plusieurs études ayant pour but d'évaluer l'effet de l'héparine sur la perméabilité de la membrane péritonéale n'ont pas rapporté de complications hémorragiques majeures.

47 - Facteurs associés à la sortie de la dialyse péritonéale au CHU Ibn Sina de Rabat.

Mohammed Belrhiti, Salma Belmokadem, Omar Raoundi, Tarik Bouatar, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabia Bayahya, Loubna Benamar
CHU Ibn Sina, Service de Néphrologie, Unité de Dialyse Péritonéale (Rabat, Maroc)

Introduction

La dialyse péritonéale (DP) est une méthode d'épuration extrarénale facile, qui peut assurer une meilleure qualité de vie par rapport à l'hémodialyse, notamment chez le sujet jeune. L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs associés à l'arrêt du traitement par DP, afin de dégager les moyens pour une meilleure survie de la technique.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à l'unité de DP du CHU IBN SINA de Rabat, incluant tous les patients incidents en DP entre le 25/06/2006 et le 24/09/2016. Les caractéristiques des patients ont été analysées, à savoir l'âge, le sexe, la néphropathie initiale, la durée en dialyse péritonéale et le mode de sortie de la technique.

Résultats

Sur une période de 10 ans nous avons colligé 133 patients incidents en DP, l'âge moyen des patients est de 47,09 [14, 83] ans, le sex-ratio (H/F) : 1,38, la néphropathie initiale est diabétique dans 25%. Vingt et un % des patients étaient en hémodialyse avant de démarrer la DP. La durée moyenne de traitement par DP était de 25,4 mois. Au total, 76 patients ont quitté la technique. Le mode de sortie a été un transfert en hémodialyse (HD) dans 50% des cas (38 patients dont 10 patients étaient initialement en hémodialyse), le décès du patient dans 36% des cas (28 patients), et la transplantation rénale dans 9% des cas (6 patients). Une interruption volontaire n'était notée que dans seulement 3% des cas. La première cause de transfert en hémodialyse était infectieuse (36%), suivie des causes psychiques (18%) et mécaniques (15%). La principale cause de mortalité est d'ordre cardiovasculaire (48%).

Discussion et conclusion

Notre étude confirme qu'au-delà de 2 ans, le mode de sortie de la DP est principalement lié aux complications infectieuses, mécaniques (sujet jeune) et cardiovasculaires (sujet âgé). Le transfert en hémodialyse concerne une proportion significative de patients jeunes, d'où l'intérêt d'une stratégie visant à éviter la sortie de la technique, notamment chez les patients incidents de l'hémodialyse.

48 - Pneumopéritoine après erreur technique en dialyse péritonéale: ne pas passer à coté d'une perforation intestinale.

Mohammed Belrhiti, Salma Belmokadem, Asmaa Azouzi, Tarik Bouatar, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabia Bayahya, Lou Benamar
CHU Ibn Sina, Service de Néphrologie, Unité de Dialyse Péritonéale (Rabat, Maroc)

Introduction

Le pneumopéritoine (PP), présence de l'air en intra-péritonéal est une complication décrite en dialyse péritonéale (DP). Nous rapportons le cas d'un PP en DP secondaire à une erreur de manipulation du cathéter.

Observation : Une patiente âgée de 63 ans, en DP depuis 6 mois suite à un épuisement d'abord vasculaires se présente à la consultation avec découverte fortuite sur la radiographie thoracique d'un croissant gazeux sous diaphragmatique. La patiente est asymptomatique sur le plan clinique, sans fièvre ni douleurs abdominale ou troubles du transit. L'examen physique trouve un abdomen souple

et un liquide de dialysat clair. La reprise de l'interrogatoire objective une erreur de manipulation du cathéter. Le pneumopéritoine a été drainé manuellement par compression abdominale en position de Trendelenburg pour faciliter l'aspiration de l'air par sa mobilisation vers la pointe intrapéritonéale du cathéter et accroître l'efficacité de la compression. La radiographie de contrôle a montré la disparition du PP.

Discussion et conclusion

La prévalence et la signification clinique du PP en DP ne sont pas définies dans la littérature. Il est rarement lié à une perforation intestinale. Toutefois, un examen complet et précis est nécessaire pour éliminer une perforation intestinale. Un interrogatoire minutieux, l'examen de l'effluent péritonéal et la présentation clinique aident à éviter les retards thérapeutiques et la laparotomie inutile. Une fois que la perforation intestinale a été exclue, une cause technique sera retenue avec drainage systématique.

49 - La polykystose rénale en dialyse péritonéale: expérience du CHU Ibn Sina de Rabat.

Salma Belmokadem, Mohamed Belrhiti, Sara Hacib, Tarik Bouatar, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabia Bayahya, Loubna Benamar
CHU Ibn Sina, Service de néphrologie-dialyse-transplantation rénale (Rabat, Maroc)

Introduction

La dialyse péritonéale (DP) chez les patients ayant une polykystose rénale (PKR) est une indication particulière en raison de l'espace intra-abdominal limité, cependant elle représente un traitement de suppléance approprié.

Le but de notre travail est de décrire les différentes caractéristiques cliniques et épidémiologiques, ainsi que les complications survenues et la survie de la technique chez les patients ayant une PKR en DP.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période de 10 ans (2006-2016) ayant inclus 11 patients en DP avec une PKR.

Résultat

Les patients en DP ayant une PKR représentaient 8% de l'ensemble de nos patients. L'âge moyen de nos patients était de 63 ans avec des extrêmes d'âge de 52 et 84 ans. La prédominance était masculine avec un sex-ratio de 4,5. La durée moyenne en dialyse péritonéale a été de 45 mois. Tous les patients étaient initialement en DPCA, mais deux sont passés en DPA à cause de la perte de la fonction rénale résiduelle. Neuf patients (82 %) ont présenté une péritonite avec un taux d'un épisode de péritonite/21.7 mois-patients. La fuite du liquide péritonéal est survenue trois semaines après la pose du cathéter de DP chez un seul patient. La hernie de la paroi est survenue chez deux patients (18 %). Aucun patient n'a présenté de surinfection des kystes, d'hémorragie cérébrale ou de perforation colique. Un patient a été transplanté (9%), trois patients sont passés en hémodialyse (27%) suite à une perte de l'ultrafiltration après 4 et 8 ans de DP. Deux patients sont décédés (18 %) sans cause en rapport avec la technique. Actuellement quatre patients (36%) sont toujours en DPCA

avec un recul de 2 à 8 ans et une patiente en DPA à cause d'une néphrectomie bilatérale.

Discussion

La PKR ne représente pas un facteur de risque supplémentaire chez les patients traités par DP concernant l'incidence des hernies, des fuites ou des complications infectieuses.

Conclusion

la DP est un choix thérapeutique pour les patients ayant une PKR. Les complications n'aggravent ni le pronostic des patients ni celui de la technique.

50 - Portage nasal du staphylocoque aureus en dialyse péritonéale et péritonite à staphylocoque.

Salma Belmokadem, Sara Hacib, Mohamed Belrhiti, Tarik Bouattar, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabia Bayahia, Loubna Benamar

CHU Ibn Sina, Service de néphrologie-dialyse-transplantation rénale (Rabat, Maroc)

Introduction

La péritonite est la principale complication de la dialyse péritonéale (DP), elle peut être responsable de la sortie de la technique. Le staphylocoque aureus (SA) est parmi les principaux germes causaux, son portage nasal augmente le risque de survenue de la péritonite à staphylocoque.

Le but de notre travail

Évaluer la prévalence du portage nasal de SA (PNSA) chez les dialysés péritonéaux, décrire son profil de sensibilité aux antibiotiques, et de préciser l'impact du PNSA sur la survenue de péritonite chez les patients en dialyse péritonéale chez qui l'éradication nasale du (SA) a été effectuée.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale qui s'est portée sur le mois de mars 2016 et a colligé 52 patients en dialyse péritonéale. Des écouvillonnages nasaux ont été réalisés à l'admission et à trois mois d'intervalle. Les patients ayant un PNSA étaient traités par l'acide fusidique, en application locale une fois par jour, cinq jours successifs par mois pendant trois mois.

Résultats

Notre série comporte 52 patients mis en DP (DPA et DPCA). L'âge moyen était de 52 +/- 14.38 ans, avec un sex-ratio de 0.63. Le PNSA était présent chez 26 patients soit une prévalence de 50%.

Les souches du SA étaient sensibles à la méticilline dans 96 % des cas. Dix-huit patients (34%) ont présenté une infection du site d'émergence à SA. Dix-sept patients ont présenté une péritonite dont 5 à SA.

Le taux de péritonites à SA était significativement plus élevé chez les porteurs du SA (OR 0 4.72 ; p < 0,033) comparé aux non porteurs.

Discussion

Le portage nasal de staphylocoque est un facteur de risque de péritonite à SA chez le dialysé péritonéal, son éradication diminue le risque d'infection du site d'émer-

gence, cependant elle ne diminuerait pas le risque de péritonite.

Conclusion

Le protocole d'éradication n'est pas codifié, des études avec un nombre de patients plus important sont nécessaires pour pouvoir tirer des conclusions.

51 - Les complications non infectieuses des cathéters en dialyse péritonéale au sein de l'unité de dialyse péritonéale du CHU Ibn Sina de Rabat.

Mohammed Belrhiti, Omar Farouk, Salma Belmokadem, Tar Bouatar, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabia Bayahya, Loubna Benamar

CHU Ibn Sina, Service de Néphrologie Unité de Dialyse Péritonéale (Rabat, Maroc).

Introduction

Les complications non infectieuses (CNI) des cathéters de dialyse péritonéale (KT de DP) sont fréquentes. Le but de notre travail est d'étudier la prévalence de ces complications, d'identifier les facteurs de risque afin de les prévenir.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, portant sur les patients dialysés péritonéaux à l'unité de dialyse péritonéale entre janvier et juillet 2016. Les CNI liées au KT de DP suivantes ont été recherchées, à savoir l'obstruction, la migration, la fissuration ou la perforation, la fuite du dialysat du site d'émergence, le saignement de la paroi et la hernie.

Résultats

Chez les 51 patients en dialyse péritonéale durant cette période, nous avons recensé 30 CNI. Les principales complications sont résumées dans le tableau suivant :

Type de complication	Nombre de cas	Facteurs favorisants	Prise en charge
Migration du cathéter	16 cas (47%)	Constipation	Laxatifs (14 cas) Repositionnement chirurgical
Saignement post-opératoire au niveau de la paroi	6 cas (18%)	Hématome	Drainage
Obstruction du cathéter	4 cas (12%)	Dépôts de fibrines Aspiration épiploïque	Héparine en intra-péritonéale Chirurgie
Fuite dialysat au niveau du site d'émergence	4 cas (12%)	Début précoce des échanges	Arrêt des échanges

L'évolution de toutes ces CNI est bonne. Par ailleurs, nous n'avons pas enregistré de cas de perforation viscérale ni d'extériorisation du manchon superficiel.

Discussion et conclusion

Les CNI des KT de DP sont fréquentes. Elles doivent être dépistées précocement pour ne pas retentir sur la dose de la dialyse. Le maintien d'un transit intestinal normal,

le respect d'un délai de 3 semaines avant le début des échanges, l'adaptation des volumes des échanges en fonction de la pression intra-péritonéale peuvent prévenir ces différentes CNI.

52 - Facteurs de risque du déclin de la fonction rénale résiduelle en dialyse péritonéale.

Mohammed Belrhiti, Salma Belmokadem, Siham Elhousni, Tarik Bouatar, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabia Bayahya, Loubna Benamar
CHU Ibn Sina, Service de Néphrologie Unité de Dialyse Péritonéale (Rabat, Maroc).

Introduction

La préservation de la fonction rénale résiduelle (FRR) représente l'un des objectifs du traitement en dialyse péritonéale (DP), du fait du pronostic vital de la technique. Le but de notre étude est d'analyser les paramètres cliniques et biologiques des patients en dialyse péritonéale continue ambulatoire afin d'identifier les facteurs de risque qui influencent le déclin rapide de cette FRR.

Patients et méthodes

Étude rétrospective portant sur trente-six patients en dialyse péritonéale continue ambulatoire à l'unité de dialyse péritonéale du CHU Ibn Sina, sur une période de six mois au cours de l'année 2016, qui ont une FRR > 2ml/min avec une diurèse initiale dépassant 100 ml/24 h. sous furosémide à forte dose (500mg à 1,5 g/j). Afin d'évaluer les facteurs de risque associés au déclin de la FRR les paramètres suivants ont été recherchés : l'index de masse corporelle (BMI), la néphropathie initiale, la protéinurie initiale, la notion d'administration d'aminosides et d'injection de produit de contraste. Un déclin rapide de la FRR est défini par une vitesse de perte de la FRR supérieure à 0,2ml/min/mois.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients est de 51,11 ans, la durée moyenne de dialyse est de 30,49 mois. La diurèse moyenne au moment de la mise en DP est de 1790±528 ml/j. La valeur moyenne de la FRR initiale est de 5,31±2ml/min. En analyse multivariée, une protéinurie initiale supérieure à 1g/24 h (p = 0,01) constitue un facteur de risque de déclin rapide de la FRR.

Discussion

Le maintien de la FRR est indispensable pour atteindre

une DP adéquate. Plusieurs facteurs ont été rapportés dans la littérature comme des facteurs associés au déclin rapide de la FRR, dans notre étude nous retenons le sexe masculin, l'âge avancé, une protéinurie initiale supérieure à 1g/24 h.

Conclusion

La préservation de la FRR doit faire partie intégrante de la prise en charge du patient en dialyse péritonéale pour améliorer la survie du patient et celle de la technique.

53 - Protocole Taurolock : résultats.

Coordonnateur : Bernard BRANGER (Nîmes)

Le protocole d'évaluation randomisée en double aveugle de l'effet de l'injection de TAUROLOCK versus placebo dans les cathéters de dialyse péritonéale en prévention des péritonites en DP est terminé.

Treize centres y ont participé, dont 11 ont fourni des données exploitables. Sept centres ont complété les dossiers en réponse aux demandes de validation des données, 4 sont en attente au 1 12 2016.

Les inclusions se sont étalées de juillet 2010 à décembre 2013, la fin du suivi étant décembre 2015 ; en effet le protocole prévoyait 2 ans de suivi après inclusion.

Sur 151 inclusions, nous avons comptabilisé 4 retraits de consentement et 29 décès. Pendant la période d'observation, 26 patients ont été transférés en hémodialyse et 21 ont été transplantés.

Cinquante-sept épisodes de péritonite ont été enregistrés ce qui permet d'évaluer l'incidence globale des péritonites à 1 épisode pour 23 mois /patient.

L'analyse selon le bras de randomisation sera réalisée en février 2017 et les résultats (très attendus !) seront présentés lors du Symposium du RDPLF.

Les centres suivants, leurs responsables et leurs équipes sont vivement remerciés pour les participations et la poursuite de leurs efforts pour compléter les dossiers informatisés : APHP La Pitié, Caen, Chambéry, Colmar, La Réunion, La Roche sur Yon, Nancy, Nîmes, Papeete, Valenciennes, Vienne.

Remerciements pour l'équipe du BESPIM – recherche clinique du CHU de Nîmes.

Communications sur invitation

Bert Bammens	X
Clémence Béchade	VI
Frédéric Collart	IV
Tom Cornelis	VIII
Hafedh Fessi	V
Johann Morelle	IX
Thomas Raymond	VII
Ghislaine Veniez	II
Christian Verger	I
Isabelle Venrier	III

Communications libres

ABBASSI A	18, 19
ABDELKAFI W	35
ABOUZOUBIR A	42
AGUILERA D	29
AIZEL A	44
ALBARET J	29
AMRANI M	20
ATTAF D	43
AUBIN L	12
AZAR R	9
AZEROUAL L	27, 28
AZOUZI A	48
BAHADI A	11
BARTHELEMY C	23
BAX E	9
BAYAHYA R	42, 45, 49, 50, 51, 46, 52, 48, 47
BECHADE C	36
BECMEUR C	38
BELMOKADEM S	45, 42, 52, 49, 51, 48, 47, 50
BELRHITI M	50, 49
BELRHITI M	45, 51, 47, 48, 52, 46
BEN ALI S	35
BENAMAR L	45, 51, 46, 42, 48, 49, 52, 50, 47
BENCIMON C	44
BEN MIMOUN Z	35
BENOMAR M	6
BERGER V	31
BESSON S	19
BONGAGE L	23
BORNI C	38
BOUATAR T	42, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 45
BOURGES A	8, 16
BRAYER I	26, 37
CAILLETTE-BEAUDOIN A	10, 31
CASTIN N	40, 41
CAUDWELL V	24
CAZALI P	44
CEREZA C	19
CHAOUECH N	25
CHARLES V	23
CHERREY S	39
CITARDA S	10
CLAUS S	13
COEVOET B	22
COMMARMOND C	31, 30
COUCHOUD C	15
COUDERT-KRIER M	41, 40
COURIVAUD C	43, 6
DAGHAR M	35
DEFELIGONDE U	30
DELIDYCK J	9, 22
DENIS C	16, 8
DERANCOURT M	22
DILLIES S	22, 9
DOUARD A	22, 9
DOUTEY A	32
DRAME M	36
DRATWA M	26
DUCLoux D	6
DU HALGOUËT C	28, 27
DUPONT V	15, 36
DURAND P	8

ELHOUSNI S	52
EL KABBAJ D	11, 20, 14
ENIYA F	46
FAROUK O	51
FAUCHERAND M	23
FISCHBACH M	43
FRIMAT L	15
GAIED H	34
GALLAND R	10
GESLOT B	19
GICQUIAUD J	22
GIVAUDAN F	19
GOUACIDE E	18
GRALL N	27
GRANGIER J.-P	31, 30, 37
GUERRAOUI A	10, 31
GUESDON M	21
GUILLEMOT J	17
HACIB S	42, 50, 49
HALLONET P	10
HAMAMDA Z	17
HANAFI L	24
HANF W	7
HANOY M	43
HARBOUCHE L	24
HOUSSET P	24
HSAIRI D	35
ISMER M	38
JALAL EDDINE A	27
JANNOT M	7
JOSEPH M	34
KANAGARATNAM L	15, 36
KESRAOUI D	33
KIHALL L	33
KINTEGA R	7
KLEIN A	38
KOSMADAKIS G	29
L'HUISSIER F	21
LINO-DANIEL M	10
LOBBEDEZ T	6
LOISEAU C	21
MAGNAVAL B	37
MAMI N	19
MLAOUAH I	35
MONTAG M	26
MOUGEL S	5, 37
NICOUD P	7
NUSSBAUMER T	38
OSSMAN R	27
OUZEDDOUN N	48, 51, 49, 47, 42, 45, 52, 46, 50
PADERNOZ LAVALLEE M	37
PAPIERSKI P	13
PARDON A	24
PERNET C	8, 16
POPPE A	26
PORTOLES J	36
POUX J	10
RAFIK H	20, 14, 11
RAOUNDI O	47, 46, 45
RENAUX C	21
RHOUE H	50, 49, 42, 45, 46, 48, 47, 51, 52
RIEU P 1	5
ROSSEZ N	26
SERET G	8, 16
SIGOGNE M	15, 36
SOULIER M	33
TAFLIN C	33
TOURE F	15, 36
TRABER A	39
TROLLET P	10
VALLANCE S	40
VERGER C	15
VITTOZ N	24
VRTOVNIK F	27, 28
WIGNO V	39
WILLAUME E	41, 12
YAZBECK F	33
ZAJJARI Y	14, 20

