

# BDP

le bulletin de  
la dialyse péritonéale

**Tiré à Part du BDP volume 9 n°2**

**DIALYSE PERITONEALE OU HEMODIALYSE ?  
CHOIX DE LA METHODE DE TRAITEMENT**

**Odile RIVAULT**

ANIDER

(Association Normande pour l'installation à Domicile  
des Epurations Rénales)

Rouen

# DIALYSE PERITONEALE OU HEMODIALYSE ? CHOIX DE LA METHODE DE TRAITEMENT

**Odile RIVAULT**

ANIDER

(Association Normande pour  
l'installation à Domicile des  
Epurations Rénales)  
Rouen

## I - INTRODUCTION

L'insuffisance rénale chronique terminale concerne chaque année en France plusieurs milliers de nouveaux malades. Ces patients, s'ils ne sont pas pris en charge par une technique de suppléance meurent. En dehors de la transplantation, la seule prise en charge possible est la dialyse :

- l'hémodialyse qui a maintenant 40 ans d'existence ou la dialyse péritonéale qui est à maturité depuis le début des années 80.

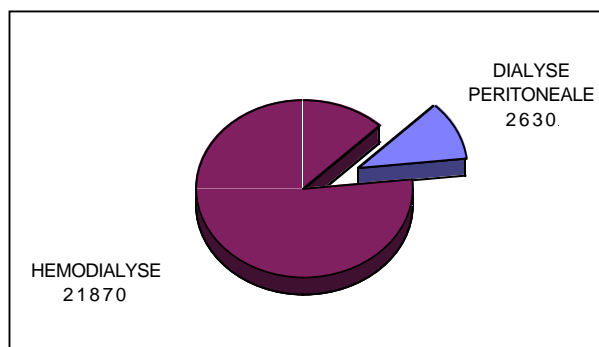


Fig. 1 : Répartition des patients traités en dialyse

On recense environ 24500 dialysés en France : parmi ceux-ci, 10,7 % sont en dialyse péritonéale et 89,3 % en hémodialyse. En outre 22 % des patients en dialyse péritonéale le sont avec une technique automatisée.

## II - DONNEES DE LA LITTERATURE

Devant une telle disparité entre les deux techniques, 3 questions se posent :

- les deux méthodes sont-elles équivalentes d'un point de vue médical ?
- les deux méthodes sont-elles pratiquées partout ?
- y-a-t-il un choix du patient ?

Dans la littérature, de nombreuses études comparent les résultats obtenus en hémodialyse et en dialyse péritonéale. Ce sont toujours des études rétrospectives, non randomisées. De surcroît, elles sont le plus souvent faites en dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et non en dialyse péritonéale automatisée (DPA).

Gokal, en 1987 en Grande-Bretagne a fait une étude prospective, multicentrique, concernant 7 centres regroupant 939 patients, dont 610 en DPCA suivis sur 4 ans (1). La survie des patients à 4 ans est de 74 % en hémodialyse et 62 % en DPCA. Toutefois les deux groupes n'étaient pas comparables parce que les diabétiques représentaient 7 % des patients en hémodialyse alors qu'ils étaient 16% en DPCA et que la proportion des patients âgés de plus de 60 ans était de 24 % en hémodialyse et de 32 % en DPCA.

Pour GENTIL et collaborateurs en 1991, au cours d'une étude menée chez 842 patients en hémodialyse en centre et 272 patients en DPCA, la survie des patients à 3 ans en hémodialyse en centre était de 80 % alors qu'elle était de 64 % en DPCA (2) Toutefois si l'on tient compte de l'hétérogénéité des patients de chaque groupe, la différence n'est plus statistiquement significative.

On peut donc considérer que les deux techniques sont globalement équivalentes sur l'espérance de vie et la mortalité si l'une comme l'autre sont correctement effectuées, c'est-à-dire si, dans l'une comme dans l'autre, on respecte les critères d'adéquation actuellement reconnus, à savoir des malades «bien dialysés» avec :

- un KT/V correct
- une anémie contrôlée
- un bilan phosphocalcique normalisé
- une hypertension artérielle contrôlée
- un bilan nutritionnel correct

Il existe certaines contre-indications, souvent relatives, à la dialyse péritonéale. Ce sont :

- une grande dénutrition
- une obésité importante
- des antécédents de chirurgie abdominale à l'origine d'adhérences
- des problèmes pariétaux : éventration et hernies
- une insuffisance respiratoire sévère surtout restrictive
- des prolapsus
- une immunodépression sévère

Beaucoup de ces contre-indications ne sont pas absolues et peuvent être discutées au cas par cas, certaines pouvant "tomber" avec la pratique de la DPCA.

Puisque les méthodes sont équivalentes médicalement (complémentaires plus que concurrentielles), puisque les contre-indications vraies sont rares, pourquoi y-a-t-il si peu de patients en dialyse péritonéale ? Cela mérite que l'on se pose la question et qu'on l'élargisse de la façon suivante :

Les deux méthodes sont-elles pratiquées et sont-elles proposées dans tous les centres ? La réponse est clairement NON mais, au fil des années, devant la saturation des postes de dialyse en centre, de plus en plus d'équipes développent les différentes alternatives.

Notons au passage que l'indication de dialyse péritonéale quasi systématique faute de place en hémodialyse, à laquelle se trouve parfois contraints certains centres, est loin d'être une bonne indication et donne souvent une mauvaise impression de ce que peut être la dialyse péritonéale à cause d'une absence d'adhésion du patient à la modalité de traitement et du fait que le médecin peut considérer la situation comme un pis aller. Ce n'est pas dans ce cas une vraie alternative de traitement.

Dans l'idéal, le choix d'une méthode d'épuration extra-rénale devrait reposer, au terme d'une période d'information, sur les souhaits du patient, en tenant compte de facteurs médicaux et extra-médicaux.

### **III - QUELLE METHODE ET POUR QUEL PATIENT ?**

Nous allons considérer le cas idéal : il s'agit d'un patient connu de longue date en néphrologie par une équipe qui possède bien les différentes techniques de dialyse, dans toutes leurs déclinaisons (DPCA, DPA, Hémodialyse en centre et hors centre) et avec des places disponibles.

#### **A) A partir de quand peut-on et doit-on parler de choix de technique ?**

A partir du moment où l'on commence à parler de la perspective de dialyse (soit vers 500 µmol de créatininémie environ) il y a lieu d'évoquer les différentes possibilités.

Il faut bien intégrer que le patient ne reçoit que ce qu'il est "capable" psychologiquement d'entendre et que l'information la plus soignée peut être complètement occultée. Ce n'est pas parce que le malade est dépourvu d'intelligence ou ne veut pas comprendre, ce n'est pas non plus parce que l'information a été mal faite, mais parce qu'il y a une sorte de processus de «sidération».

Cela se passe souvent de la façon suivante :

On va expliquer, le patient va même poser des questions et souvent quelques semaines plus tard, on prend conscience qu'il n'a, pour ainsi dire, rien retenu à part le message suivant : «vous passerez un jour en dialyse», ce qui est vécu, à juste titre, comme une situation de danger de mort. Il n'y a que lorsque cette information-là sera intégrée qu'il pourra réellement cheminer à l'étape suivante : quelle dialyse ?

#### **B) Qui doit parler du choix de la technique ?**

- le médecin ou l'infirmière

L'un ou l'autre ou l'un et l'autre, l'essentiel est que les interlocuteurs connaissent bien les deux techniques, puissent prendre du temps, être disponibles et revoir le patient. L'expérience montre qu'il est préférable de différer l'information que de la faire à la va-vite. Les unités où la formation est individualisée semblent un endroit privilégié pour bien expliquer les différentes modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale.

#### **C) Qui parle aussi ?**

- Ce sont les autres malades rencontrés (en hospitalisation qui sont plutôt ceux qui vont mal).

- Ce sont les autres personnes du service (et c'est souvent plus facile pour certains patients de s'entretenir avec l'aide-soignante, l'agent de service). C'est pourquoi il faut veiller à une information juste auprès de ceux-ci.

- Ce sont les ambulanciers.

#### **D) A qui donner l'information ?**

L'information doit être donnée :

- au patient d'abord et avant tout, même si on a l'impression qu'il ne comprend pas bien, c'est lui le premier concerné.

- mais aussi à ses proches (conjoint, parents, enfants).

pour qu'elle soit correctement formulée, pour qu'ils puissent en discuter, parce que le parent, moins investi, va parfois mieux l'intégrer et la répercuter.

#### **E) Que dire ?**

Il faut dire la vérité au patient, à savoir :

- que les deux techniques sont aussi bonnes,
- qu'on est là pour aider au choix,
- que c'est un choix de contraintes et non pas d'avantages (le patient, lui, ne voit que les inconvénients) et il sera sensible au fait qu'on lui présente ainsi.

#### **IV - QUELS SONT LES ELEMENTS DE CHOIX ?**

##### **A) Le choix de l'abord**

Il s'agira soit du cathéter péritonéal soit de la fistule artérioveineuse. La difficulté est de ne pas se projeter. Selon la personnalité l'un ou l'autre peuvent être vécus comme une incitation inacceptable. Certains n'accepteront pas le cathéter péritonéal qu'il faut montrer, dédramatiser. D'autres ne supporteront pas le fait d'entendre le thrill (il faut les en prévenir) ou le préjudice esthétique de la fistule. Récemment, une jolie jeune femme, polykystique a choisi la dialyse péritonéale car elle n'aurait pas supporté d'avoir les "bras de sa mère", elle-même dialysée.

##### **B) Le choix du régime alimentaire**

Il faut se renseigner sur les goûts alimentaires des personnes, savoir si «le sucré» est important pour elles, puisque le régime est de «type diabétique» en dialyse péritonéale, ou si elles apprécient énormément les fruits ou les légumes verts, plus nettement limités en hémodialyse. On ne modifie pas facilement, sans importante frustration, ses habitudes alimentaires. Ceci est important dans le choix de la technique et si on peut respecter au mieux les goûts du patient, la contrainte sera un peu moindre.

##### **C) La répartition de la contrainte dans le temps**

Il faut expliquer très honnêtement les «calendriers» et la consommation de temps de chacune des deux techniques.

##### **D) L'autonomie**

Un nombre important de patients au début se sentent très démunis et dépendants des infirmières et des médecins. Initialement ils sont souvent très rassurés par une technique hospitalière. C'est notre rôle d'expliquer qu'ils peuvent être impliqués dans le traitement et qu'on peut et doit leur laisser une certaine marge de liberté. Cela reste très individuel.

##### **E) Les vacances, sorties et activités professionnelles**

Il faut jouer l'honnêteté, essayer de tout faire pour qu'ils vivent le plus normalement possible ou le plus à leur convenance, sans fatigue excessive.

**DP ou HD ?**  
**Choix de la méthode de**  
**traitement**

**F) L'existence d'un handicap sensoriel, moteur ou intellectuel**

Ceux-ci contribuent également au choix, en sachant que selon le type de personnalité on peut adapter bien des techniques et que ce qui au premier examen peut sembler impossible s'avère parfois réalisable, à «y regarder de plus près». La motivation du malade et la confiance de l'équipe sont alors fondamentales.

**G) L'éloignement du domicile par rapport au centre**

est important dans les régions montagneuses ou dans les pays où les distances sont longues.

**H) La qualité du sommeil**

dont il faut tenir compte en cas de dialyse péritonéale automatisée.

**I) L'environnement familial**

**J) La surface du logement et son confort**

Nous essayons presque toujours d'aller tôt au domicile du patient pour étudier avec lui les possibilités d'organisation. Cela rassure surtout les personnes d'un certain âge et évite de désagréables surprises au moment de l'installation. S'il faut installer une prise de courant supplémentaire, autant l'exécuter rapidement car cela pour quelqu'un de jeune et en bonne santé est tout à fait banalisé mais peut devenir une «affaire d'état» et déstabiliser une personne âgée malade, tout comme le déplacement d'un meuble, par exemple.

**K) Les habitudes d'hygiène**

Elles sont à noter en sachant qu'on ne pourra les modifier qu'à la «marge».

**L) L'habitude et le goût de s'occuper de soi.**

En résumé,

- Il faut bien informer, ne pas chercher à faire choisir dans un premier temps (vous y réfléchirez, on en reparlera...).
- Souvent la réponse paraît inadaptée, c'est : "hémodialyse en centre, sinon je ne saurai pas, je ne serai pas capable".
- Il faut alors démontrer patiemment au patient qu'on l'aidera, qu'on ne le "lâchera" que formé.
- Le but est d'aider le patient à choisir en fonction de son mode de vie sans se projeter. Se mettre à sa place ne rendra pas plus efficace mais recueillir des informations ciblées le sera.
- Ne jamais oublier que chacun a son vécu et son propre mode de réaction aux événements.
- Il est important aussi de toujours dire que le choix n'est pas irréversible, qu'on peut, pour des raisons médicales ou de choix personnel, repasser d'une technique à l'autre.

**V - LES AIDES TECHNIQUES AU CHOIX**

On a à disposition différentes méthodes de supports écrits plus ou moins adaptés selon le niveau de l'interlocuteur. Ils ont l'avantage de pouvoir être lus ou relus à la maison et de susciter des questions pour la consultation future. Ils s'insèrent dans une information globale mais ne s'y substituent pas. De même, il existe des films qui exposent les modes de dialyse. Ils doivent là aussi, être visionnés lors d'un échange avec le patient. Ils ne peuvent, en aucun cas, remplacer un dialogue.

## **VI - JUSQU'OU VA LE CHOIX ?**

Dans le cas pris en référence (patient connu, équipe pratiquant toutes les modalités techniques...), le choix peut au fil des rencontres aller assez loin :

- \* DPCA ou DPA
- \* HEMODIALYSE à domicile
- \* AUTODIALYSE
- \* HEMODIALYSE EN CENTRE

La préparation des patients peut aussi être anticipée. De même que l'on vaccine contre l'hépatite B, que l'on fera mettre le cathéter de dialyse péritonéale à l'avance ou créer l'abord vasculaire plusieurs semaines avant les ponctions prévisibles, on peut progressivement organiser des « choses » matérielles qui pour nous paraissent accessoires mais qui, chez des gens fragiles et âgés, peuvent prendre des proportions considérables tel que l'installation de prise de courant dans la chambre pour le réchauffeur ou le cycleur. Il y a un côté travail de fourmi fait au mieux par les infirmières.

## **VII - QU'EN EST-IL DANS LES CAS « MOINS IDEAUX »**

Soit le patient n'était pas connu comme insuffisant rénal, soit il était connu mais perdu de vue depuis plusieurs mois ou années. Le plus souvent, on démarre par l'hémodialyse, généralement sur cathéter veineux central. Le patient est alors pris dans le «circuit centre» et il sera possible, mais beaucoup plus difficile d'en sortir, même si médicalement il y a une possibilité de dialyse hors-centre.

Il faut attendre quelques jours, que le patient ait récupéré, et physiquement et de l'annonce de la dialyse, avant d'envisager les diverses possibilités.

Notons enfin que dans certains cas le malade ne pourra ou ne voudra pas être directement impliqué dans le choix : «c'est vous qui savez Docteur». Il ne faut alors surtout pas majorer son angoisse en lui imposant un choix mais débiter la technique qui semble la mieux adaptée à l'équipe.

## **CONCLUSION :**

Les deux méthodes de dialyse étant le plus souvent possibles, on peut, si l'on s'en donne le temps, beaucoup plus souvent que l'on ne le croit, associer le malade au choix de sa technique. C'est une démarche méticuleuse qui s'inscrit dans une certaine durée et nécessite l'observation attentive du mode de vie du patient, au cas par cas.

«Dis moi comment tu vis, je te suggérerai comment dialyser»

**DP ou HD ?  
Choix de la méthode de  
traitement**

**BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - GOKAL R., KING J., BOGLE S., MARSH F., OLIVER D. et al.  
Outcome in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis :  
4-year analysis of a prospective multicenter study.  
Lancet 19987, ii, 1105-1109.
  
- 2 - GENTIL M.A., CARRIAZO A., PAVON M.I., ROSADO M., CASTILLO D. et  
al.  
Comparison of survival in continuous ambulatory dialysis and hospital  
haemodialysis : a multicentric study.  
Nephrol. Dial. Transplant. 1991, 6, 444-451.