

Le Bulletin de la DP

Volume 15 - numéro 1
Supplément Symposium
Année 2009

Bulletin du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française

Xème Symposium du RDPLF Montvillargenne, 23 -24 avril 2009

Liste des Participants inscrits au 5 mars 2009

Abbadie Odette (Montpellier, France)
Abbassi Abdelhamid (Saint Maurice, France)
Abbassi Isabelle (Paris, France)
Abraham Virginie (Bruxelles, Bresse)
Aguilera Didier (Vichy, France)
Albert Catherine (Chartres, France)
Allal Radia (Pontoise, France)
Amirou Mustapha (Rodez, France)
Arcaz Véronique (Paris, France)
Arkouche Walid (Lyon, France)
Asselineau Catherine (Blois, France)
Auffret Yannick (Rennes Cedex, France)
Azar Raymond (Dunkerque Cedex, France)
Ba Malika (St Maurice, France)
Baillly Damien (Maurepas Cedex, France)
Balaud Catherine (Colombes, France)
Balit Gabriel (Angers, France)
Balteau Patrick (Nivelles, Belgique)
Balu Eddy (Courcouronnes, France)
Bargas Evelyne (Martignes Cedex, France)
Bastide Céline (Rodez, France)
Beernaer Carla (Bruxelles, Belgique)
Benamar Khalil (Rabat, Maroc)
Benamar Loubna (Rabat, Maroc)
Berlan-Mercier Chrystele (Bordeaux, France)
Bernard Claude (Montbelliard, France)
Bernard Pascal (Zaventem, Belgique)
Besse Christelle (Avignon, France)
Besson Virginie (Angers, France)
Beuscart Jean-Baptiste (Lille, France)
Binet Isabelle (Saint Gall, Suisse)
Bir Gérard (Neuilly Sur Seine, France)
Bitan Valérie (Saint Denis, La Réunion)
Blanchemain Stéphanie (Pontoise, France)
Bocquet Jean Pierre (Nivelles, Belgique)
Born Catherine (Pontoise, France)
Bourguignon Mireille (Ottignies, Belgique)
Boussier Marie Christine (Orléans, France)
Bouvier Nicolas (Caen, France)
Box Valérie (Narbonne, France)
Bracco Jean (Cannes, France)
Branger Bernard (Nîmes, France)
Briet Emmanuelle (Chartres, France)
Brosseau Patricia (Saint Nazaire, France)
Brun Christine (Bourg En Bresse, France)
Caillette-Beaudoin Agnès (Vienne, France)
Calaud Frédéric (Troyes, France)
Cardozo Carlos (Lyon, France)
Casanova Saveria (St Germain En Laye, France)
Cassagnes Brigitte (Genève, Suisse)
Cazin Marie-Cécile (Bayonne, France)
Ceresa Catherine (Saint Maurice, France)
Chaghouri Baher (Orleans, France)
Chamla Sophie (Neuilly Sur Seine, France)
Champoux Sonia (Montreal, Canada)
Chanliau Jacques (Vandoeuvre, France)
Charles François (Meyrin, Suisse)
Charlot Isabelle (Dole, France)
Charoin Hélène (Nîmes Cedex 9, France)
Chatelin Fabienne (Paris, France)
Chauve Sylvie (Maurepas Cedex, France)
Chini Lydia (Fresnes Cedex, France)
Christmann Laetitia (Metz, France)
Chuet Christian (St Pierre, La Réunion)
Cier-Foc Marguerite (Tahiti, Polynésie Française)
Clerbaux Gaëtan (Bruxelles, Belgique)
Cloutier Lise (Montreal, Canada)
Combe Christian (Aubenas, France)
Cottin-Chartier Murielle (Maurepas, France)
Cottray Isabelle (Fresnes Cedex, France)
Coudert-Krier Marie-Jeanne (Vandoeuvre, France)
Courgeon Florence (Pontoise, France)
Coustenoble Véronique (Maurepas, France)
D'abrigéon Isabelle (Montelimar, France)
Da Costa Dany (Pontoise, France)
Dactwyler Daniel (Stans, Suisse)
Daguet Claudine (Fresnes Cedex, France)
Darnaud Michel (Le Vesinet, France)
Degey Diane (Ottignies, Belgique)
Delevoye Nadine (Caen, France)
Delmarcelle Cécile (Bruxelles, Belgique)
Demdoum-Lauocat Virginie (Lille, France)
Denicola Cora (Vienne Cedex, France)
Denis- Le Quellec Patricia (Nantes, France)
Denouel Myriam (Strasbourg, France)
Desbonnes Sarita (Evry - Cedex, France)
Dessart Catherine (Liege, Belgique)
Dessertine Carole (Bourg En Bresse France)
Devenyns Stéphane (Nivelles, Belgique)
Djema Assia Ilham (Cholet, France)
Douelle Martine (Caen, France)
Doussy Yves (Noumea, Nouvelle Calédonie)
Dratwa Max (Bruxelles, Belgique)
Dromby Bernadette (Angers, France)
Dubois Therese (Namur, Belgique)
Dubos Samia (Montelimar, France)
Ducret Maize (Annecy, France)
Dufay Claire (Paris, France)
Dumas Jean-Jacques (Maurepas, France)
Dumont Geneviève (Orléans Cedex, France)
Dumortier Françoise (Bruxelles, Belgique)
Dupont Angélique (La Roche S/ Yon, France)
Dupuy Sylvie (Albi, France)
Durand Pierre Yves (Saint Gregoire, France)
Durault Sandrine (Saint Nazaire, France)
Duveau Claire (Maubeuge, France)
Duvoix Arnaud (Vandoeuvre, France)
El Nasser Khuzama (Avignon, France)
Elisabettini Paola (Nivelles, Belgique)
Equey Jacqueline (Lausanne, Suisse)
Escorimuela Jackie (Cabestany, France)
Evans David (Paris, France)
Fabre Emmanuel (Pontoise, France)
Fabre Louis (Montelimar, France)
Fauconnier Véronique (Wilryk, Belgique)
Felez Yann (Maurepas Cedex, France)
Feuillet Sylvie (Pontoise, France)
Ficheux Maxence (Caen Cedex, France)
Fichou Florent (Boulogne Billancourt, France)
Fischbach Michel (Strasbourg, France)
Fischer Andréas (Luzern, Suisse)
Fourcault Laëtitia (Reims, France)
Fournier Jean-Pierre (Montreal, Canada)
Francart Caroline (Bruxelles, Belgique)
Fumeaux Zina (Nyon, Suisse)
Gagneux Yolande (Vienne, France)

Gaignon Sylvie (Pontoise, France)
 Galtier Samia (Boulogne Billancourt, France)
 Gammar Nadia (Bruxelles, Belgique)
 Garnier Fabrice (Tahiti, Polynésie Française)
 Gauthier Thierry (Vevey, Suisse)
 Geffroy-Guiberteau Sylvie (Harfleur, France)
 Geslot Béranère (Saint Maurice, France)
 Girardot-Seguïn Sandrine (Neuilly, France)
 Givaudan Frédéric (Saint Maurice, France)
 Godart Catherine (Chartres, France)
 Goeury Laeticia (Vandoeuvre, France)
 Goffin Eric (Bruxelles, Belgique)
 Gombert-Jupille Bernadette (Geneve, Suisse)
 Gomez Nicole (Orléans Cedex, France)
 Gonon Patricia (St Priest En Jarez, France)
 Goovaerts Tony (Bruxelles, Belgique)
 Gracet Sylvie (Tours, France)
 Grandjean Christelle (Liege, Belgique)
 Grandjean Joëlle (La Tronche, France)
 Grandmaitre Gina (Reims, France)
 Grangier Jean-Pierre (Vienne Cedex, France)
 Grimaldi Isabelle (Aix-En-Provence, France)
 Gruet Christelle (Bordeaux, France)
 Guebre-Egziabher Fitsum (Lyon, France)
 Gunther Maryse (Pontoise, France)
 Habli Imen (Tunis, Tunisie)
 Haemmerle Christelle (Strasbourg, France)
 Haentjens Brigitte (Maurepas, France)
 Hammadi Mohammed (Sens, France)
 Harrami El Arbi (Paris, France)
 Hartman Jean-Pierre (Nivelles, Belgique)
 Haumesser Béatrice (Nouméa Nouvelle Calédonie)
 Hdiji Abdelhamid (Tunis, Tunisie)
 Hebibi Adia (Le Kremlin Bicetre, France)
 Heibel Françoise (Strasbourg, France)
 Henriet Delphine (Montpellier, France)
 Hilsz Elise (Montbéliard, France)
 Issad Belkacem (Paris 13, France)
 Issartel Karine (Grabels, France)
 Janssens De Varebebeke Brigitte (Bruxelles, Belgique)
 Jaulin Jean Paul (La Roche S/ Yon, France)
 Jean Marie-Thérèse (Sion, Suisse)
 Jeannesson Karine (Verdun, France)
 Kahlert Michèle (Volketswill, Suisse)
 Koné Sébastien (Neuilly S/ Seine, France)
 Kourilsky Olivier (Evry Cedex, France)
 Krediet Raymond (Amsterdam, Hollande)
 Laclaustra Annie (Cabestany, France)
 Lacroix Liliane (Bruxelles, Belgique)
 Lacroix Magali (Geneve, Suisse)
 Lafon Jean Philippe (Maurepas, France)
 Lamberts Hilde (Liege 1, Belgique)
 Landru Isabelle (Lisieux Cedex, France)
 Latour Nadia (Bayonne, France)
 Le Cacheux Philippe (Saint Brieu, France)
 Le Devendec Cyrille (Fresnes Cedex, France)
 Le Mauff Marie France (Vandoeuvre, France)
 Lebouis Julie (Harfleur, France)
 Lefrançois Gaëlle (Nantes, France)
 Lemenu Charline (Anderlecht, Belgique)
 Lemerour Véronique (Saint Gregoire, France)
 Lemy Anne (Bruxelles, Belgique)
 Lepetit Marie Louise (Caen, France)
 Leroy Guillaume (St Germain En Laye, France)
 Leroy Herve (Nantes, France)
 Lesourd Maryline (Caen, France)
 Levannier Martial (Chamalieres, France)
 Libertalis Mark (Bruxelles, Belgique)
 Lobbedez Thierry (Caen, France)
 Lorenzo Catherine (Tours Cedex, France)
 Magnaval Brigitte (Brive Cedex, France)
 Maillet Serge (St Germain En Laye, France)
 Maingourd Claude (Tours Cedex, France)
 Marangon Nicola (Geneve 14, Suisse)
 Marichal Jean François (Strasbourg, France)
 Maurice Dominique (Maurepas, France)
 Maurice Elsa (Dole Cedex, France)
 Mazouzi Mohand (Paris, France)

Meaux Bernadette (Paris, France)
 Medeghri Zakaria (Neuilly Sur Seine, France)
 Meeus Frédérique (Paris, France)
 Meidinger Céline (Strasbourg Cedex, France)
 Merclen Monique (Ottignies, Belgique)
 Michel Catherine (Paris Cedex 18, France)
 Milongo Robert (La Tronche, France)
 Minne Stéphanie (Colombes, France)
 Mollet-Niger Françoise (Pontoise, France)
 Monbaliu Catherine (Liege, Belgique)
 Moonen Martial (Liege, Belgique)
 Morreel Lieven (Bruxelles, Belgique)
 Moysan Lysiane (Angers, France)
 Muniz Marie-Carmen (Bruxelles, Belgique)
 Naveerasoon Zaynak (Courcouronnes, France)
 Nogier Marie-Béatrice (Toulouse, France)
 Nortier Joëlle (Bruxelles, Belgique)
 Ortiz Jean Paul (Cabestany, France)
 Ouimet Denis (Montreal, Canada)
 Ouisse Audrey (Boulogne Billancourt, France)
 Ould Mohamed (Toulouse, France)
 Ounissi Mondher (Tunis, Tunisie)
 Padernoz Marie Christine (Saint Lo, France)
 Pagniez Dominique (Lille Cedex, France)
 Parahy Sophie (Nantes, France)
 Parlier Marie (Saint Maurice, France)
 Payan Dominique (Maisons Laffitte, France)
 Paynel Catherine (Lisieux, France)
 Pellerier Claire (Charleville-Mezieres, France)
 Penin Gilles (Lisieux, France)
 Petrache Andreea (Reims, France)
 Pezzali Agnès (Pontoise, France)
 Pierson Patricia (Fresnes, France)
 Planchet Myreille (Saint-Etienne, France)
 Portela Teresa (Fresnes, France)
 Pottier Nathalie (Vichy, France)
 Preissig-Dirhold Caroline (Mulhouse, France)
 Prin Annie (Reims, France)
 Pujo Myriam (Saint Michel, France)
 Quirin Nicolas (Noumea, Nouvelle Calédonie)
 Rahal Hussein (Bruxelles, Belgique)
 Rahali Sarah (Maurepas, France)
 Regent Sylvie (Paris, France)
 Ricavy Aude (Fresnes Cedex, France)
 Richalet Bernard (Saint Lo Cedex, France)
 Richard Geradine (Dole, France)
 Rieu Isabelle (Fresnes Cedex, France)
 Robidel Marc (Yverdon Les Bains, Suisse)
 Robin Ludovic (Boulogne Billancourt, France)
 Rossez Nadine (Bruxelles, Belgique)
 Ryckelynck Jean Philippe (Caen, France)
 Sahtout Wissal (Tunis, Tunisie)
 Saimbault Annie (Nantes, France)
 Schillinger Francis (Troyes, France)
 Schlesinger Jean-Patrick (Paris, France)
 Schmauch Anabela (Bordeaux, France)
 Schuler Eric (Stans, Suisse)
 Sery Pascal (Caen, France)
 Slimani Mouloud (Paris, France)
 Slingeneyer Alain (Montpellier, France)
 Soulier Nicole (Avignon, France)
 Stoermann-Chopard Catherine (Genève Suisse)
 Strub-Lelievre Blandine (Neuchatel, Suisse)
 Taamma Redouane (Fresnes Cedex, France)
 Tallec Nadine (Bordeaux, France)
 Taminne Michel (Nivelles, Belgique)
 Taudou Véronique (Narbonne, France)
 Testa Angelo (Nantes, France)
 Tetaud Lucia (La Roche Sur Yon, France)
 Thiriet Sylviane (Charleville Mezieres, France)
 Touam Malik (Paris, France)
 Treille Serge (Charleroi, Belgique)
 Trentesaux Cécile (Lille, France)
 Trigaux Serge (Bruxelles, Belgique)
 Triverio Pierre-Alain (Sierre, Suisse)
 Truymen Evelyne (Bruxelles, Belgique)
 Tschaen Anne (Mulhouse, France)
 Van Biesen Wim (Gent, Belgique)
 Van Campenhout Olivier (Nivelles, Belgique)

Vande Vyvre Dominique (Meyrin, Suisse)
 Vanovermeire Lionel (Liege, Belgique)
 Vassal Monique (Rodez, France)
 Veillon Sébastien (Saint Pierre, La Réunion)
 Vende Florence (Paris, France)
 Veniez Ghislaine (Pontoise, France)
 Verazzi Françoise (Montbéliard, France)
 Verger Christian (Pontoise, France)
 Vergnaud Dominique (Bordeaux, France)
 Vernier Isabelle (Narbonne, France)
 Vijt Denise (Gent, Belgique)
 Vrtovnik Francois (Paris, France)
 Vuibert Olivier (Paris, France)
 Watine Joseph (Rodez, France)
 Wawczak Annie (Colombes, France)
 White Louise (Sion, Suisse)
 Wigno Véronique (Colmar, France)
 Wnuczek Isabelle (Lille, France)
 Yazbeck Fatima (Saint Maurice, France)
 Yazji Jamal (Dole Cedex, France)
 Youssef Maan (Pontoise, France)

Résumés des communications

Tous les résumés de communication, dont les auteurs ont donné leur accord pour mise en ligne, sont disponibles sur le site <http://www.rdplf.org>, dans la rubrique Symposium

INF.02

La dialyse péritonéale à la portée de tous...

Chrystèle Berlan-Mercier, Anabela Schmauch, Nadine Tallec, Ph Martin-Dupont, A Pommereau, B Gilles (CTMR, Bordeaux)

Dans notre centre de dialyse ambulatoire, la dialyse péritonéale reste une méthode de substitution à part entière. Un roulement de trois IDE ayant bénéficié d'une formation théorique et pratique rigoureuse, assure le suivi régulier de patients traités par DP dans notre unité. L'organisation des astreintes mobilise l'ensemble du personnel infirmier, qui regroupe une vingtaine de personnes. La majorité du personnel n'a donc pas de contacts réguliers avec les patients dialysés péritonéaux. Pour les aider à assumer plus aisément l'astreinte, les infirmières référentes ont élaboré un manuel destiné aux professionnels de santé non directement impliqués dans la technique. Il reprend point par point les principaux aspects de la technique et les protocoles à appliquer face aux principales urgences ou complications liées au traitement. Nous proposons d'exposer l'architecture de cet outil de formation et les résultats d'un audit interne qui nous a permis d'évaluer l'impact de la mise à disposition de ce manuel auprès des soignants. Les résultats obtenus nous incitent à promouvoir une large diffusion de ce document auprès d'intervenants extérieurs et vers les secteurs d'hospitalisation non dédiés à la néphrologie.

INF.18

Visite du domicile avant la mise en dialyse péritonéale.

J-P Schlesinger (AURA Paris)

Plusieurs services de DP dont ceux de Bichat, La Pitié, l'HEGP, St Cloud, et l'AURA Paris missionnent l'IDE coordinateur de l'AURA pour visiter le domicile de leurs futurs patients avant de poser la mise en dialyse péritonéale. Cela représente une quarantaine de visites par an. A l'issue de ces visites seuls 4 patients ont été mis en HD.

Points à vérifier lors de ces visites :

- Hygiène générale
- Taille dévolue au soin
- Prise de terre
- Endroit le plus propice au stockage
- Présence d'animaux

Conseils :

- Aménagement éventuel de l'endroit choisi pour le soin
- Conseil pour l'achat éventuel d'un meuble approprié
- Propositions de fréquence des livraisons
- Proposition de choix de technique de drainage si DPA
- Explications complémentaires en fonction des besoins du futur patient.
- Bilan de visite pour le service.

INF.22

Choix du cycleur par le patient : utopie ou réalité ?

Sarita Desbonnes, E Mbalu, Sylvie Assilatam, Zaynah Naveera-soon, Suzanne Aboky (CHSF Evry)

Au Centre Hospitalier Sud Francilien, le service de Néphrologie comprend trois secteurs : l'hémodialyse, l'hospitalisation et l'hôpital de jour de dialyse péritonéale. Le fonctionnement est assuré par une équipe d'infirmier(e)s polyvalent(e)s qui comprend cinq infirmier(e)s référent(e)s sur l'hôpital de jour ; le recrutement de ces derniers est effectué sur la base du volontariat. Les médecins néphrologues sont eux aussi polyvalents sur les trois secteurs pour une durée de six mois. Au cours de notre pratique et de nos différents échanges avec les autres centres, nous nous sommes rendus compte que le patient qui bénéficiait pourtant du choix de sa technique de dialyse après une information pré-dialyse assurée par nos soins, se voyait systématiquement attribuer un seul et même cycleur car nous travaillions avec un seul laboratoire. Après réflexions et discussions en équipe et avec nos néphrologues, il nous est apparu intéressant que le patient puisse décider du choix de son cycleur, au même titre qu'il a le choix de sa technique de dialyse. A partir de ce constat, nous avons mis en place une présentation des différents cycleurs exposant les avantages et les inconvénients de chacun d'eux, permettant au patient de choisir en toute connaissance de cause, ce qui pourrait l'amener à une meilleure observance de son traitement, une autonomie plus complète et une meilleure adaptation à ses capacités. Nous travaillons donc maintenant avec les trois principaux laboratoires commercialisant les cycleurs, ce qui implique certaines conséquences en matière de formation des personnels, de commande de matériel et de gestion des stocks.

INF.24

La dialyse péritonéale avec un cathéter à émergence thoracique.

Bernadette Gombert-Jupille, N Marangon, Guilène Leveneur, Brigitte Cassagnes, (Genève, Suisse)

L'implantation thoracique d'un cathéter de dialyse péritonéale est peu fréquente en Europe. Aux Etats-Unis, cette technique est utilisée afin de permettre aux patients insuffisants rénaux atteints d'obésité d'être en mesure de recevoir un traitement par dialyse péritonéale. Madame S. 80 ans, est connue pour une IRC sur néphropathie diabétique et hypertensive. La progression de son IRC, nous invite à parler de dialyse. Madame S. est parfaitement orientée. Elle accepte la dialyse. La patiente présente une incontinence mixte. Dans un premier temps, cette incontinence est considérée comme une contre-indication à la DP en raison du risque d'infection avec un cathéter conventionnel à émergence abdominale qui serait situé dans les protections. Elle commence l'hémodialyse fin janvier 2008. Les séances s'avèrent difficiles en raison de fréquentes chutes de tension. Devant l'épuisement de la patiente nous lui proposons finalement la dialyse péritonéale par un cathéter à émergence pré sternale afin que l'orifice du cathéter soit à distance de la protection. Pose du cathéter Kendall Swan Neck de 57 cm : Juillet 2008. Il est tunnelisé pour sortir entre les 2 seins. La DP débute en Août 2008. La patiente ne subit plus de chutes de tension. Madame S. est aussi moins fatiguée, elle vient à l'hôpital une fois par mois pour voir le néphrologue et les infirmières de DP. Elle ne pose pas plus de problèmes qu'une autre personne en dialyse péritonéale. En octobre 2008 Kt/V = 2,40. Pas de péritonite à ce jour. En Suisse Romande, cette pose de cathéter est une première.

INF.25

Outils de communication entre le service de dialyse péritonéale et les infirmières libérales ou d'institution.

Véronique Wigno (Colmar)

Depuis trois ans, nous avons mis en place de nouveaux outils de communication entre l'équipe hospitalière de dialyse péritonéale (DP) d'une part, et les infirmières libérales et d'institution d'autre part.

Trois raisons nous ont poussés à le faire :

- - la cohérence du traitement de nos patients est liée à la qualité de la communication entre les différents acteurs de soins
- - grâce aux progrès techniques, les traitements évoluent et il est indispensable que les infirmières à domicile ou en structure médicalisée soient informées des avancées dont bénéficient les patients
- - nous souhaitons renforcer les liens et maintenir le climat de confiance et de convivialité entre nos collègues partenaires et l'équipe de DP.

Pour cela, nous avons créé en 2006 un éditorial, le « DP FLASH INFOS » publié deux fois par an. Les thèmes traités par tous les intervenants de notre service (médecin, IDE, diététicienne, assistante sociale, personnel administratif) sont

multiples, variés et abordés de façon parfois très ludique. Ce bulletin est envoyé par courrier ou par mail à toutes les équipes d'infirmières prenant en charge au moins un patient en DP. De plus, nous organisons tous les deux ans une rencontre sous forme de soirée-débat, construite autour d'un thème généralement choisi par nos collègues libérales, et suivie d'un buffet dinatoire propice aux échanges personnels.

INF.29

Faire de l'individualité au sein de l'institution hospitalière : c'est possible !

Céline Meidinger, Elisabeth Schuller (Strasbourg)

De nos jours, l'image de l'institution hospitalière est souvent négative. Elle est perçue comme une institution qui juge, critique, limite les choix des patients. Elle exerce un pouvoir arbitraire et dévalorisant. Fréquemment les patients évoquent des problèmes de communication avec l'institution hospitalière. Cette carence dans la dimension humaine est la résultante d'une prise en charge impersonnel, où la maladie prime sur le malade. L'institution a pour rôle d'intervenir dans le fonctionnement des services et des soignants en soumettant des normes et en imposant des procédures que les services mettent en œuvre. Cependant une infirmière doit-elle d'avantage se dévouer au patient ou à l'institution ? Les professions soignantes sont certes tenues à une déontologie à l'égard du patient, qu'il faut soigner. Pour autant, le soin doit comprendre une dimension humaine pour être un soin de qualité. Les soignants doivent s'efforcer de considérer le malade dans sa singularité. La tâche est difficile mais cruciale dans une institution hospitalière qui tend parfois à gommer les différences. Nous devons recentrer nos soins pour que le patient soit sujet et non objet de soins, prendre en charge l'être humain et pas seulement la maladie. Le parcours de Mr K lors de son éducation en DPCA m'a permis de me conforter dans cette vision du soin. Humaniser une institution dépend quelques fois de peu de choses : adapter un support écrit, avoir un suivi plus personnel, s'intéresser au contexte socio-professionnel du patient pour en comprendre ses difficultés et ses préoccupations. Humaniser l'hôpital n'est-il pas l'affaire de chaque soignant !

INF.40

La Dialyse Péritonéale Intermittente en centre ambulatoire intégrée dans un réseau ville-hôpital. L'expérience de R-CSIL [Réseau de Coordination de Soins Infirmiers Lourds].

Nadine Delevoye¹, Ch Grégoire², Martine Lireux², Martine Douelle², J-Ph Ryckelynck², Th Lobbedez¹ (1R-CSIL, Caen, 2Néphrologie, CHU de Caen)

Introduction

La dialyse péritonéale intermittente (DPI) peut être utilisée pendant une durée de 2 semaines chez les patients entrant en dialyse de façon non planifiée pour réduire le temps

d'exposition au cathéter veineux centraux. Les séances de DPI nécessitent des hospitalisations programmées. Une structure alternative à l'hospitalisation et constituant un pont vers le domicile doit permettre d'optimiser le programme. Nous rapportons notre expérience ayant conduit à l'ouverture de cette structure dans le cadre de notre activité d'infirmières libérales.

Méthode et premiers résultats

Acquisition de locaux permettant d'aménager une structure de type « maison de soin ». Obtention d'un financement dans le cadre du FAQSV permettant l'aménagement des locaux. Obtention du remboursement des frais de transports occasionnés par la prise en charge des patients dans la structure. Obtention d'un financement permettant la constitution d'un réseau ville-hôpital [maison de soins-chu de Caen]. Mise en place d'un partenariat avec le CHU de Caen défini par une convention. Début de l'expérimentation par la réalisation de chimiothérapie anticancéreuse. Obtention d'un financement spécifique pour la DPI. Partenariat avec l'association de domicile et le service de dialyse péritonéale de l'hôpital. Intégration du réseau dans le programme d'éducation des patients à la dialyse péritonéale. Prise en charge de 10 patients dans la structure pour un total de 58 séances de DPI pendant une période de 6 mois.

Conclusion

Un centre de DPI ambulatoire constitue une alternative prometteuse à l'hospitalisation programmée des patients et devrait optimiser la prise en charge spécifique des patients entrant en dialyse de façon non planifiée.

INF.50

Portail d'accès interactif pour la gestion du processus de prise en charge des patients traités par dialyse péritonéale.

J-P Grangier, Cora Lia Denicola, Agnès Piquet-Gauthier, Roula Galland, P Hallonet, Yolande Gagneux, Agnès Caillette-Beaudoin, (CALYDIAL, Lyon)

La gestion documentaire reste un enjeu pour les établissements de soins où la culture est avant tout orale. Cette gestion doit intégrer plusieurs dimensions: la convivialité, la mise en ligne avec actualisation continue des documents, la gestion multicentrique de l'activité de dialyse péritonéale. Notre établissement c'est doté d'un outil puissant de «Knowledge Maker» ARDANS. Cet outil accessible directement par notre intranet nous permet une gestion par processus de prise en charge réunissant : les procédures, modes opératoires, formulaires, fiches d'améliorations ...

Grâce à l'outil, nous avons construit un portail d'accès interactif, à l'ensemble des documents sur une seule page. Ainsi d'un simple clic un professionnel de santé peut accéder à chaque formulaire, mode opératoire, fiche de traçabilité auquel il réfère. Notre établissement est très attaché à cette stratégie qui apporte convivialité et sécurité maximale de la prise en charge par l'utilisation de procédures approuvées et validées, mais aussi vers un engagement dans le développement durable par la limitation de l'utilisation de documents papier.

INF.52

Education thérapeutique (ETP) en DP : une nouvelle démarche pour notre équipe.

Yolande Gagneux¹, Véronique Berger¹, Anne-Marie Marin¹, Hélène Demirdjian¹, Cora Lia Denicola¹, Roula Galland¹, Patrick Hallonet¹, Agnès Caillette-Beaudoin¹ (CALYDIAL, Lyon)

Depuis fin 2007, nous construisons un programme d'ETP multidisciplinaire pour tous nos patients dialysés (HD, DP). Dans la phase préparatoire, nous avons travaillé sur les attentes des professionnels, leurs représentations de la maladie chronique, et sur les attentes des patients dialysés (perception de la maladie, souhaits, besoins....) par un questionnaire. Dans la phase opérationnelle, un parcours patient a été défini avec successivement : diagnostic éducatif (DG), programme éducatif personnalisé mis en œuvre en atelier suivi de l'évaluation des acquis et suivi éducatif. En DP, nous avons choisi de faire le DG après 6 mois de DP, travailler en ateliers bimensuels en groupe (diététique, surveillance au quotidien, ordonnances, incidents et accidents, vacances, sophrologie, ...) ou en individuel (avec entourage) au domicile. Le support pédagogique est adapté à chaque patient. L'évaluation se fait lors de chaque atelier (satisfaction, suivi de critères cibles...) et par l'analyse de l'évolution de la morbidité en DP (revue de morbi-mortalité et suivi d'indicateurs). Nous espérons avec l'ETP ainsi personnalisée et structurée rendre plus attractif, efficient et sécurisé le traitement par dialyse péritonéale.

INF.56

Suivi photographique des émergences de cathéter de DP : bilan à un an.

Stéphanie Plagnes, Véronique Taudou, Valérie Box, Carine Mercier, Stéphanie Romain, Isabelle Vernier (Clinique Les Genêts, Narbonne)

Objectifs :

Pour améliorer le diagnostic et l'évolution sous traitement des infections de cathéter, un suivi photographique a été réalisé depuis octobre 2007. Matériel et méthodes. Le suivi des infections de cathéter depuis 2003 était effectué selon la classification de Twardowski, puis par description des lésions. A partir du 01/10/2007, les émergences ont été systématiquement photographiées à chaque consultation. Les deux périodes de suivi ont été comparées. Résultats. Dans notre centre, 66 cathéters ont été placés entre le 01/11/2003 et le 31/10/2008. Jusqu'au 30/09/2007, 24 infections ont été recensées sur 13 cathéters (taux d'infections un épisode / 31,8 mois-cathéters). La guérison a été déclarée dans 17 cas (70,8%). Les germes concernés étaient des Staphylocoques (4 blancs, 18 aureus), 1 Pseudomonas et 1 Proteus. Du 01/10/2007 au 31/10/2008, 6 infections ont été déclarées sur 4 cathéters (taux d'infections un épisode / 38,3 mois-cathéters, avec un taux de guérison de 50%). Les germes en cause sont exclusivement des Staphylocoques (2 blancs, 3 aureus, 1 lugdunum). Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre

les deux périodes pour les taux d'infections et de guérison. Par contre, le suivi clinique des urgences est facilité dans la mesure où sa gestion n'est plus «observateur-dépendant» dans une équipe de DP comptant 5 infirmières et 3 néphrologues. Conclusion. Le suivi photographique des urgences de cathéter confère une plus grande rigueur clinique, et fournit une base de données indispensable pour la formation (interne, cours, formation des patients et infirmiers libéraux).

INF.60

Education en ambulatoire ou en hospitalisation : que choisir ?

*Christelle Haemmerle, Elisabeth Schuller
(CHU, Strasbourg)*

L'éducation du patient est un élément important de la prise en charge en cas de maladie chronique notamment chez les insuffisants rénaux. Elle a pour objectif de l'aider à acquérir les compétences nécessaires pour gérer sa maladie et son traitement à domicile. A ce jour aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, le service de dialyse péritonéale traite 53 patients à domicile, dont 28 sont autonomes. L'éducation thérapeutique de ces patients se fait en hospitalisation en Néphrologie. Différents éléments nous ont amené à faire évoluer nos pratiques en matière d'éducation. Depuis avril 2008, notre service a intégré le Nouvel Hôpital Civil et nous sommes confrontés à la diminution du nombre de lits d'hospitalisation. De plus ces derniers mois, le profil des patients a changé : qu'il soit jeune en activité professionnelle ou retraité « actif », ils veulent gérer eux même leur dialyse. D'autre part, ils souhaitent être éduqués sans la contrainte de l'hospitalisation. C'est pourquoi, toutes ces nouvelles exigences nous ont amené à développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire. Cette nouvelle façon d'éduquer suscite questionnements, réflexions au sein de l'équipe paramédicale. A ce jour le recul est insuffisant. Il nous est donc difficile d'avancer des conclusions. Néanmoins nous continuons à travailler sur l'intérêt de cette nouvelle prise en charge et cela nous amène à de nouvelles réflexions : La démarche éducative en ambulatoire peut-elle être de qualité ? Quelles sont les répercussions pour le patient et pour nos soignants ? Cette réflexion va t'elle finalement nous amener à l'avenir à généraliser notre éducation en dialyse péritonéale en ambulatoire ?

INF.64

Télésurveillance des patients traités en dialyse péritonéale bilan de 2 années d'utilisation.

*J-P Grangier, Agnès Caillette-Beaudoin¹, G Huguet, Cora Lia Denicola, Roula Galland, P Hallonet, Yolande Gagneux,
(CALYDIAL, France)*

Le rapport de P. SIMON note que «La télésurveillance à domicile d'indicateurs pertinents pour la ou les maladies (chronique) considérées, traités en premiers recours, et en temps réel, par les professionnels de la médecine ambulatoire, devrait éviter des hospitalisations inutiles tout en optimisant la qualité de la prise en charge des patients.» Depuis plusieurs années notre établissement a mis en place une télésurveillance de ses patients en DP, avec en cours une évaluation médico économique pour connaître l'impact d'un tel outil. Avant même cette évaluation nous sommes en mesure d'apporter certaines réponses. Une enquête de satisfaction à été menée auprès de nos utilisateurs :

le télésuivi est rassurant et n'est pas vécu comme une intrusion dans la vie des patients. Entre le 23 mai et le 1 décembre nous avons eu 68 alertes qui ont conduits à 20 visites à domicile des IDE (10 PB urgences, 2 changements de ligne et 8 visite de suivi) ; 13 consultations médicales supplémentaires ; 9 prescriptions de poche hypertonique ; 17 ajustement du poids de base ; 4 modifications du traitement médicamenteux (HTA) et 5 divers. Cette nouvelle organisation nous a amené a une formaliser nos pratiques par la révision des procédures pour chaque alerte en définissant le périmètre de chaque intervenant.

MED.07

Résultats de la dialyse péritonéale utilisée comme méthode d'attente de la transplantation rénale.

*Odette Carceles, Th Lobbedez, M Ficheux, P Henri, B Hurault de Ligny, J-Ph Ryckelynck
(Caen)*

Introduction

Il existe peu de données sur les résultats de la dialyse péritonéale (DP) utilisée en attente de greffe rénale.

Objectifs

Evaluer les résultats de la DP utilisée comme une méthode d'attente préférentielle de la transplantation rénale.

Patients et méthodes

Etude rétrospective des incidents en DP inscrit sur liste du 01/01/96 au 31/12/06 (fin d'observation : 31/12/07)

Résultats

413 patients incidents, dont 195 en DP, 67 inscrits, 58 inclus dans l'étude. Age : 45±14 ans, sex ratio : 35/23, Charlson modifié : 2,4±0,9, 46/58 sont traités par DPA. Inscription préemptive pour 11/58 patients. Délai d'attente avant greffe 8±6 mois si inscription préemptive contre 19±15 mois si inscription après dialyse (p<0,05). Le taux de transplantation est de 54/58 dont 42/54 en DP et 12/54 après transfert en HD. La survie technique est de 62% 2 ans. La péritonite est la principale cause de sortie (5/13). La survie sans infection péritonéale est de 50% à 2 ans. La survie patient est de 93% à 2 ans. En analyse multivariée la greffe avant transfert en HD est associée au délai d'inscription (RR=0,9 par mois p<0,05). Il existe une corrélation positive entre le nombre de péritonite et le délai d'inscription (r=0,3, p<0,05). Le taux d'hospitalisation en DP est de 37/58. En analyse multivariée le taux d'hospitalisation est associé au délai d'inscription (RR=1,1 par mois p<0,05).

Conclusion

Chez les patients en DP en attente de greffe la réduction du délai d'inscription est un objectif prioritaire pour diminuer le temps d'exposition aux complications de la méthode.

MED.12

Prévention secondaire des péritonites récidivantes par la taurolidine : étude monocentre et multicentre, présentation d'un protocole de prévention primaire.

Bernard Branger¹, P Reboul¹, B Zabadani¹, Frédérique

Vécina¹, Karine Marion²,
(¹CHU Nîmes, ²Pharmacie Universitaire Nîmes)

La réduction de la surface de biofilm après contact avec le Taurolock (T) varie de 15 à 80%, la réduction de viabilité des colonnies bactériennes dépasse 99%.

Ces données nous ont conduit à utiliser en clinique T, enregistré comme dispositif médical pour les KT de dialyse, dans l'indication de prévention des péritonites récidivantes. Après un ou plusieurs épisodes de péritonite, 3.7 ml de T sont injectés dans le KT de DP après guérison de la péritonite, le temps de contact est de 12 heures, "ventre plein". Une étude monocentre initiée en 2004 a été complétée en 2007 par une application multicentre.

Résultats

19 patients ont été inclus dans l'étude monocentre : 9 hommes, 10 femmes, âge moyen 75.3 ans, 10 en DPCA, 9 en DPA, 10 diabétiques. Le taux de péritonite était de 1 tous les 12,9 mois-patients (m-p) avant T et de 1/42 m-p après. En excluant les patients sortis (décès, transferts) le taux pour les 13 patients restant était de 1/16,9 m-p avant et 1/63 m-p après T. 21 centres supplémentaires (22 patients) ont été inclus depuis février 2007. Le taux de péritonite a été de 1/11 m-p avant et 1/60 m-p après T. Des épisodes douloureux brefs à l'injection de T ont été relevés dans l'application multicentre. L'administration de T dans les KT de DP est efficace pour prévenir les récurrences de péritonite. Nous présenterons un protocole prospectif randomisé en double aveugle avec T en prévention primaire des péritonites associées à la DP.

MED.13

Hémopéritoine: pas si bénin que ça!

M Libertalis, R Wens, Maria Mesquita, Noella Keller, Nadine Rossez, M Laureys, Viviane Thill, M Dratwa
(Bruxelles, Belgique)

L'hémopéritoine est une complication peu fréquente de la dialyse péritonéale. Son caractère récurrent est associé à des pathologies graves, nécessitant une prise en charge spécifique, parfois urgente. Nous rapportons le cas d'un patient de 74 ans traité par DPCA depuis 2 ans quand il présente un dialysat sanglant. Les analyses du liquide révèlent 15000 globules rouges/ μ l ; une culture négative ; et un examen cyto-pathologique sans signe de malignité. On réalise 3 lavages avec des solutions non réchauffées, ce qui normalise l'aspect de l'effluent. Le scanner abdominal démontre un foie à contours irréguliers avec une lésion du segment VI mesurant 11 cm entourée d'une petite zone hémorragique. L'imagerie magnétique délimite cette masse hétérogène à 12.6 x 13.7 cm, compatible avec un hépatocarcinome. Les biopsies trans-cutanées et laparoscopiques ramènent du matériel nécrotique ininterprétable. Le bilan d'extension est négatif. La mesure de la fonction microsomiale hépatique est modérément abaissée. Le taux d' α -foetoprotéine est élevé à 150 ng/ml (normale <15). Le patient bénéficie d'une chimio-embolisation par instillation

d'1 mg/kg d'Adriamycine. Cette administration est couplée à une embolisation sélective de l'artère hépatique droite par Gelfoam. Le mois suivant, l'évolution clinique est favorable, et l' α -foetoprotéine est redescendue à des taux normaux. Cependant, l'hémopéritoine réapparaît un mois après. Un scanner abdominal met cette fois en évidence une carcinomatose péritonéale. Le patient décède un mois plus tard.

Conclusion : chez un patient en DPCA, un hémopéritoine, même résolutif après lavages par dialysat non réchauffé, peut être associé à une pathologie abdominale grave.

MED.16

Double dose d'icodextrine pour augmenter l'ultrafiltration (UF) de patients avec UF insuffisante en dialyse péritonéale (DP).

E Goffin, Assma Ballout
(Bruxelles, Belgique)

L'icodextrine est utilisée afin d'accroître l'UF durant les longues périodes de stase chez des patients en DP. Certains patients gardent des UF insuffisantes malgré une poche d'icodextrine/jour et doivent être transférés en hémodialyse. Nous rapportons notre expérience avec l'utilisation de deux poches d'icodextrine chez des patients avec surcharge volémique symptomatique.

Méthode :

Nous avons revu l'évolution de 8 patients [âge moyen: 69.5 \pm 9 ans; durée de DP: 10.8 \pm 7.2 mois] en DPCA (n=3) ou DPA (n=5), chez qui nous sommes passés de une à deux poches d'icodextrine/jour en raison d'une perte d'UF (n=6) ou d'apports hydriques excessifs (n=2). Le schéma en solutions glucosées a été adapté en conséquence. Les ratios D/P de la créatinine évalués par un mini-PET (n=7) étaient de 0.51 \pm 0.11 à 1 h. L'UF quotidienne et les natrémies ont été enregistrées avant, et une semaine, un, trois et six mois après l'initiation de la double dose d'icodextrine.

Résultats :

L'UF moyenne quotidienne avec une poche d'icodextrine/jour pour les 6 patients avec défaut d'UF était de 37.8 \pm 264.3 ml. L'UF augmente à 655.2 \pm 234.6 ml (p < 0.001) à 1 semaine et reste identique tout au long des 6 mois suivants. Les natrémies diminuent de 134.6 \pm 3.2 avec une poche à 130.4 \pm 2.4 mmol/l (p < 0.01) à 6 mois avec les 2 poches d'icodextrine. Il n'y a pas eu d'autres effets indésirables.

Conclusions. Une double dose d'icodextrine augmente significativement l'UF chez des patients DP qui ont des UF insuffisantes, permettant de prolonger la durée de la technique sans effets indésirables.

MED.17

Y'a-t-il une relation entre le nombre des échanges en DPCA et la préservation de la fonction rénale résiduelle.

Loubna Benamar, Zineb liousfi, Rabia Bayahia
(Rabat, Maroc)

Introduction :

Le maintien prolongé d'une fonction rénale résiduelle (FRR), chez les patients en dialyse péritonéale (DP), contribue

à une efficacité de la DP en combinant une clairance rénale native à la clairance dialytique péritonéale. L'objectif de ce travail est de montrer l'impact du nombre des échanges par jour sur la préservation de la FRR chez les patients en DP. Patients et méthodes : Notre étude est une analyse rétrospective concernant 16 patients parmi 26 traités par DPCA recevant que 2 à 3 échanges par jour, par une solution DIANEAL* 1.36%. Nous avons analysé les données démographiques, cliniques et biologiques. Résultats : L'âge moyen des patients est de 48 ± 19 ans. Parmi 26 patients, 6 font 2 échanges par jour et 10 font 3 échanges par jour. On ne note pas de péritoine hypo ou hyper perméable franc. Après une durée moyenne de suivi de 16 ± 7.5 mois, l'évolution clinique est marquée par une diminution de la prévalence de l'HTA de 43 % et la résorption des œdèmes chez tous les patients. La diurèse moyenne était de 1565 ± 700 ml/j au début du traitement et actuellement elle est de 1512 ± 718 ml/j, avec une ultrafiltration moyenne de 1060 ml/j en cas de 2 échanges par jour et de 940 ml/j en cas de 3. Conclusion : La réduction du nombre d'échange en DPCA permet de maintenir une FRR, diminuer les manipulations du cathéter et le taux d'absorption de glucose. Le nombre de 2 à 3 échanges par jour offre aux patients un confort, une insertion socioprofessionnelle et une diminution du coût de la DP.

MED.19

Un début de traitement dialytique urgent et non planifié peut-il encore conduire vers la dialyse à domicile?

Nadine Rossez, Catherine Defawe, F Collart, R Wens, M Dratwa (Bruxelles, Belgique)

Une proportion non négligeable de patients débutent la dialyse de manière non planifiée, c'est à dire sans accès permanent et en urgence. Cela accompagne souvent une référence tardive au néphrologue et ne permet guère une intervention pharmacologique, ni l'information du patient ou la création d'un accès, de qualité. Ces patients sont généralement hémodialysés en urgence endéans les 12 heures de leur admission via un cathéter veineux central et ont un mauvais pronostic; cette façon de procéder semble l'option la plus facile dans beaucoup d'unités. Elle empêche souvent ces patients de choisir un traitement à domicile comme la DP, puisqu'on estime leur proportion à < 10 %.

Nous avons donc lancé dans notre centre une expérience pilote non randomisée visant précisément ce type de patients. Il s'agit pour une infirmière spécialement formée à cet effet de leur prodiguer une information objective structurée et standardisée à propos de toutes les modalités de traitement supplétif, et ce dans les premières 48 heures suivant leur admission. Le but étant d'évaluer le nombre, la typologie et la morbidité de ces patients « rattrapés » vers la filière décisionnelle normale, mais aussi de collecter leurs et nos appréciations sur cette démarche ainsi que son résultat en terme de choix d'une technique de domicile et du délai nécessaire pour créer un accès permanent. Après 1 mois, quatre patients ont déjà été inclus et nous espérons donc pouvoir rapporter au Symposium les résultats d'un semestre avant de poursuivre cette expérience avec d'autres centres européens.

MED.23

Suivi de la concentration plasmatique de Nt-ProBNP chez huit patients traités par dialyse péritonéale et mesure de leur état d'hydratation grâce à la spectroscopie par bioimpédance multifréquence (BCM, Fresenius).

Gaëlle Lefrançois, V Menoyo Calonge, Annie Saimbault (ECHO, Nantes)

Introduction :

La concentration plasmatique de Nt-ProBNP est le reflet de l'état de remplissage vasculaire et a une valeur pronostique dans l'insuffisance cardiaque hors insuffisance rénale (IR). Cependant sa concentration plasmatique augmente selon l'âge et est aussi influencée par l'IR. **Matériel et méthode :** 8 patients d'âge moyen 79 ans (67-90) en DP depuis 15 mois en moyenne (6-46) ont été suivis mensuellement (suivi moyen 4,5 mois). Sept sur 8 présentaient une insuffisance cardiaque (IC) connue: fraction de raccourcissement moyenne de 29% lors du début de la DP (16- 35) appréciée ensuite chez tous les patients avec IC sauf un (Fraction de raccourcissement / Fraction d'éjection pour 4 patients). Le traitement comportait de l'icodextrine dans 7 cas sur 8, moyenne 10,8 litres/semaine (6-12). La fonction rénale résiduelle était de 3,61 ml/min/1,73 (8,15 -0); 3 sur 8 étaient anuriques. La clairance de la créatinine hebdomadaire moyenne était de 67 litres (40-107) Ils ont subi une mesure mensuelle de la concentration plasmatique de Nt-ProBNP (electrochimiluminescence Modular Roche) et une mesure (ventre vide) de leur état d'hydratation par bioimpédance.

Résultats. Il existe une corrélation inverse significative entre la durée de la DP et la moyenne pour chaque sujet des valeurs de NtProBNP (r^2 0,6500 p 0,0157). Ces valeurs sont très variables d'un patient à l'autre de 4060 à 36008 pg/ml. La corrélation est juste en dessous du seuil pour la fraction d'éjection (p0,07). Il n'y pas de corrélation entre la concentration de NtproBNP et la quantité d'extraneal ni la fonction rénale résiduelle ni la clairance péritonéale hebdomadaire. La bioimpédance a évalué la surhydratation des patients en moyenne de +1,27 (+0,1-+3) sans corrélation avec la valeur simultanée du NtproBNP.

MED.31

Etat de l'hydratation et composition corporelle chez les patients dialysés : DP vs HD.

Isabelle Devolder, W Van Biesen, Annick Verleysen, Denise Vijl, R Vanholder (Gand, Belgique)

Introduction :

Une surcharge hydrosodée s'associe à une mauvaise survie, chez DP comme chez HD. Evaluer l'état volémique par paramètres cliniques est peu fiable, et les moyens techniques sont souvent compliqués (deuterium) ou pas fiables (radiographie thoracique). La bio-impédance à multiples fréquences est une technique simple qui permet d'évaluer la volémie de manière simple, rapide et économique. En plus, on peut juger la composition corporelle (la masse de graisse FTM et le tissu réel LTM). Cette étude analyse la composition corporelle chez les patients en DP et en HD dans un centre universitaire de dialyse à l'aide d'un BCM-monitor® (FMC®).

Méthode:

Tous les patients en PD (ventre vide) ou en HD (avant et 20 min après la dialyse) ont subi une évaluation de l'état volémique avec le BCM®.

Résultats:

44 patients en HD (moyen âge 67) et 34 en PD (moyen âge 61) ont été inclus.

Il n'y avait pas de différence en poids (71.4 vs 70.1kg), en total body water (TBW)(33.7 vs 33.9 l), en ECW (16.4 vs 17.4l), en ICW (17.1 vs 17.2l) ou en ECW/longueur ratio (9.1 vs 10.6) entre les deux groupes. Les patients en HD avaient un LTM plus bas (31.1 vs 34.5kg, $p < 0.01$) et une FTM plus élevée (27.5 vs 24.2 kg). Le ECW/longueur était déterminé par âge, diabète, sexe et albuminémie, mais pas par la modalité de dialyse.

Conclusion:

Dans notre centre, HD et DP sont équivalents en termes de volémie. Les patients en PD avaient un volume de tissu réel plus élevé et une masse de graisse plus basse.

MED.34

Impact de la dialyse péritonéale sur la vie sexuelle et affective des malades.

Mondher Ounissi, Chedly Bdir, Hafedh Hedri, Fathi Ben Hamida1, Ezeddine Abderrahim, T Ben Abdallah, H Ben Maiz, A Kheder

(Hôpital Charles Nicolle, Laboratoire des maladies rénales, Tunis, Tunisie)

INTRODUCTION :

L'impact de l'IRC, de la DP et du cathéter est important sur l'état psychique, la vie sexuelle et le comportement du malade et du partenaire. Nous avons étudié cet impact à l'aide d'un questionnaire anonyme de 22 questions. 65 malades ont répondu : 35 H et 30 F. La majorité appartient à la tranche d'âge 26-45 ans. 37 sont mariés et 32 ont des enfants. 21 malades rapportent une impuissance sexuelle ou l'aggravation de celle-ci après sous DP. 21 sentent une aggravation après les échanges (32,31%). Le nombre des rapports sexuels est diminué dans 55,38%, la libido dans 40% et de l'orgasme dans 24,61% des cas. Le cathéter de DP ne gêne que 13 partenaires (20%) et 14 évitent de regarder le corps du conjoint (21,54%). 34 malades (52,3%) sont aidés par le partenaire. La moitié discute avec lui à propos des troubles sexuels. Le partenaire (44,61%) et le médecin (13,85%) sont les plus sollicités par les malades. 24 malades (36,96%) acceptent de parler avec le médecin en présence du partenaire. Cinquante et un (78,46%) pensent que le sexe est essentiel pour l'équilibre psychique. Trente huit malades ne veulent avoir des enfants après le début de l'épuration (58,46%). La dialyse sans problèmes (43,07%) et la famille (24,61%) représentent les 2 premières préoccupations des malades. Le sexe n'est prioritaire que chez un seul.

CONCLUSION :

L'insuffisance rénale et le traitement par DP ont un impact négatif sur

la sexualité et la vie affective et familiale des malades. La majorité des partenaires aident leurs conjoints à surmonter leur handicap.

MED.38

Il est possible de rester 10 ans en Dialyse Péritonéale.

D Pagniez, Celia Lessore, Géraldine Robitaill, A Lionet, J-B Beuscart
(Lille)

Introduction

La Dialyse Péritonéale (DP) est souvent présentée comme nécessairement de courte durée. Nous rapportons 6 patients traités par DP pendant plus de 10 ans dans notre centre.

Patients et Méthodes

Depuis 1990, dans notre centre, l'utilisation des poches hypertoniques a été intentionnellement restreinte, commencées lorsque nécessaire, jamais plus d'une par jour, arrêtées lors des infections péritonéales (IP). La diurèse résiduelle était stimulée par le furosémide et préservée des médicaments néphrotoxiques. Les patients n'étaient pas transférés en hémodialyse après un nombre préétabli d'IP.

Résultats

6 patients (2 hommes, 4 femmes) ont été traités plus de 10 ans dans notre centre. Tous étaient en DPCA. Aucun n'était diabétique. Au départ, l'âge moyen était de 43 ans, le poids de 67 kg, la taille 1,65 m. Le taux d'infection péritonéale a été de 1/20.1 mois-patients. 3 patients sont devenus anuriques après 0, 3, et 7 ans. Les perméabilités péritonéales n'ont pas augmenté. 1 patient a été transféré en HD, 2 sont décédés, 3 sont encore en DP.

Discussion

Rares sont les études de la littérature rapportant des patients traités 10 ans en DP ; elles insistent plus sur les caractéristiques des patients que sur les techniques mises en œuvre. Nous pensons que notre politique d'économiser la fonction rénale résiduelle et l'exposition au glucose a été utile pour éviter la perte d'ultrafiltration et les conséquences métaboliques, et permettre 10 ans en DP.

Conclusion

Il nous semble important de rapporter les patients traités par DP au long cours, pour casser son image de technique transitoire.

MED.39

Deux poches d'Icodextrine chez les patients hyperperméables : suivi des concentrations des métabolites de l'Icodextrine.

D Pagniez, Géraldine Robitaill, J-B Beuscart, A Klein, Célia Lessore
(Lille)

Les patients hyperperméables sont habituellement traités par DPA. Nous rapportons deux patients hyperperméables traités par DPCA avec 2 poches d'Icodextrine (ICO) par jour, avec un suivi des Concentration Sériques des Métabolites de l'Icodextrine (CSMI). Un patient de 47 ans reprenait la DPCA en octobre 1998 après un échec de greffe, avec une poche d'ICO la nuit,

et une poche à 3,86% de glucose l'après-midi. Elle était remplacée par une deuxième poche d'ICO, laissée 6 heures, en décembre 2006, après une péritonite sévère. Les CSMI étaient à 5,24 g/litre avec 1 poche d'ICO, et à 8,14 et 9,02 g/litre 3 et 15 mois après l'introduction de la deuxième poche d'ICO. Un patient de 48 ans, aux antécédents de tuberculose péritonéale, reprenait la DPCA en décembre 2007 après un échec de greffe. Les poches à 3,86% de glucose ne donnaient pas d'ultrafiltration, et il était rapidement nécessaire d'utiliser 2 poches d'ICO par jour. Les CSMI étaient à 8,02 g/litre avec 1 poche d'ICO, et à 9,72 et 7,78 g/litre 1 et 6 mois après l'introduction de la deuxième poche d'ICO. Ces deux patients ont utilisé deux poches d'ICO par jour pendant 24 et 12 mois, sans signe de toxicité locale ou systémique. Les CSMI se trouvaient à la limite supérieure de l'intervalle de concentrations (2,04 – 9,16 g/litre) relevées chez nos patients utilisant 1 poche d'ICO par jours. Nous concluons que la DPCA avec deux poches d'ICO par jour est un traitement sûr, bon marché, logique et efficace chez les patients hyperperméables.

MED.43

Récupération de la fonction rénale au cours de la maladie d'embols de cholestérol.

Mouna Hamouda, Wissal Sahtout, Yosra Guedri, Anis Bel Arbia, Dorsaf Zellama, Samia Bouraoui, A Achour (Sousse, Tunisie)

INTRODUCTION :

La migration de cristaux de cholestérol caractérise la maladie d'embolie de cholestérol. La fréquence est en augmentation. Sur le plan rénal, elle engendre une insuffisance rénale IR d'aggravation rapide avec recours à l'épuration extra-rénale. La dialyse péritonéale préférable évitant toute héparinothérapie. L'amélioration de la fonction rénale est rarement observée.

OBSERVATION :

Patient âgé de 71 ans hypertendu, diabétique nécessitant . Il est insuffisant rénal chronique par néphropathie diabétique (créatinine à 103 Umol /l). Parmi, les autres complications, on cite une insuffisance coronaire. Le pt a subi une triple angioplastie avec pose d'un stent actif en 2 temps et a été mis sous clopidogrel. Il a présenté après 2 sem une aggravation de son IR avec anurie. Le diagnostic de maladie d'embols de cholestérol a été retenu devant outre le contexte , la présence de livedo des orteils et de cristaux de cholestérol rétinien. Le bilan a montré un C3 bas et un léger syndrome inflammatoire. Devant l'anurie et la surcharge pulmonaire, le pt a été hémodialysé sans héparine, puis mis en DP. Le clopidogrel a été gardé ainsi que les statines. L'évolution était marquée par une reprise de la diurèse avec récupération du niveau de fonction rénale clear à 33 ml/min, et arrêt de la dialyse.

CONCLUSION :

L'originalité de cette observation réside en l'amélioration de la fonction rénale au cours de cette maladie. En effet, l'IR est souvent définitive avec une mortalité élevée. Il n'y a pas de traitement spécifique, le rôle des analogues de prostacyclines n'est pas établi.

MED.45

Les nouvelles recommandations HAS 2008 sur les indications et contre-indications de la DP : y a-t-il du changement ?

P-Y Durand, Th Rusterholz (AUB et Centre Hospitalier, Quimper)

Ce papier expose les bases des recommandations françaises 2008 concernant les indications et contre-indications de la DP, en identifiant les changements par rapport aux recommandations nationales antérieures, et les différences par rapport aux recommandations internationales. Les recommandations publiées en 2008 par la Haute Autorité de Santé (HAS) décrivent pour la première fois, 5 situations : 1) le choix entre DP et HD chez un nouveau malade; 2) les critères de transfert de la DP vers l'HD; 3) les critères de transfert de l'HD vers la DP; 4) la DP avant transplantation rénale; 5) la DP après échec de greffe. Ces situations ont permis d'établir des indications préférentielles pour le choix de la DP plutôt que l'HD en première intention: cirrhose décompensée, embols de cholestérol, difficultés de voie d'abord pour l'HD. Les recommandations ont précisé les rares contre-indications absolues à la DP: obésité morbide avec index de masse corporelle supérieur à 45 Kg/m², et délabrement irréparable de la paroi abdominale. Les critères de transfert de la DP vers HD sont précisés: plus de 3 infections péritonéales dans l'année à des germes d'origine digestive, prise de poids supérieure à 15 % en un an, hypertriglycéridémie supérieure à 10 g/L. Les critères de transfert de l'HD vers la DP concernent essentiellement la voie d'abord vasculaire, l'instabilité hémodynamique en HD, l'angor instable, les cardiomyopathies sévères. Ces recommandations, établies par un consensus d'experts à partir des données de la littérature, sont plus précises que les recommandations internationales, et plus complètes que les précédentes recommandations françaises.

MED.46

DPA - Adaptée : supériorité par rapport à la DPA Standard ?

Catherine Godart, Catherine Albert. (Chartres)

Le nouveau cycleur SLEEP SAFE (Laboratoire Fresenius) peut combiner des cycles courts à faible volume à des cycles longs à volume élevé. Ce traitement est appelée Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA) Adaptée. Depuis janvier 2008, une étude multicentrique nationale compare l'efficacité de cette méthode à celle de la DPA Standard. Un de nos patient est traité par DPA-Adaptée. Un patient, 71 ans, hypertendu, est traité depuis 2005 par DPA Standard: 2L puis 5 cycles de 1,6L, stase 60 min, sur une durée de 8H, ventre vide le jour. La fonction rénale résiduelle (FRR) est à 9,5 ml/min, la Clearance de la créatinine Totale (CCI) à 121 L/1,73/semaine, le KT/V à 3,05 et l'ultrafiltration (UF) de 2,4L (2L de diurèse et 0,4L par la DP). Trente mois plus tard, le patient ventre plein le jour a une FRR à 3,5 ml/

min, une CCI à 61,5 L/1,73/sem et un KT/V à 1,84. L'UF est de 1,4L (0,2L par la DP et 1,4 L de diurèse). Il reçoit 4 hypotenseurs. Un programme de DPA-Adaptée est prescrit: 2,6L puis 3 cycles de 2L, stase de 90min suivi de 2 cycles de 2L, stase de 30 min et 2L d'icodextrine le jour. La CCI est à 105 L/1,73/sem, le KT/V à 2,82 et l'UF de 1,7L (0,7L par la DP et 1L de diurèse). La TA est équilibrée sous 2 hypotenseurs. La DPA-Adaptée, par l'association de stases courtes et longues optimise l'épuration des toxines urémiques et l'UF. Le contrôle de la TA est secondaire à celui de la volémie par amélioration de l'UF et de l'extraction sodée. La DPA-Adaptée paraît prometteuse mais mérite confirmation par l'étude clinique multicentrique observationnelle en cours.

PLI.05

La synergie médecin/équipe pluridisciplinaire, pierre angulaire de l'optimisation du suivi du patient en DP.

*Marie-Christine Padernoz,
(Saint Lô)*

Pour la surveillance des patients traités par dialyse péritonéale, les sociétés savantes et les experts recommandent d'ajouter à l'adéquation, le contrôle des risques cardiovasculaires. 50% des patients en DP ont une comorbidité cardiovasculaire. Dans l'étude, 63% des patients présentent un indice de comorbidité de Charlson ≥ 6 . La mortalité des patients IRC est 10 à 20 fois plus élevée. 1/3 des hospitalisations des patients IRC sont attribuées à des complications cardiovasculaires. 1 patient sur 3 est diabétique.

Buts : Obtenir que les patients répondent aux normes d'adéquation retenues : $KT/V \geq 2$, clairance hebdo $\geq 60L$ /semaine, surveillance de la perméabilité péritonéale (D/P,PET,APEX), NPCR $> 1g/Kg/j$.

Maîtriser les facteurs de risques cardiovasculaires (HTA, diabète, dyslipidémie) en surveillant le bilan Na^+ , fuite protidique et absorption du glucose.

Moyens : Toutes les 5 semaines le patient est suivi en consultation par l'équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmière référente, diététicienne), en lien étroit avec les IDE libérales/accompagnants. Tous les 3 mois, examens d'adéquation et monitoring infirmier très structuré.

Outils : Logiciels de calculs du RDPLF et de l'industrie, feuilles de calcul Na^+ et protides. Solutions de dialyse avancées : (Physioneal, Balance, Bicavera, Acides aminés, Polymères de glucose).

Résultats : Sur une durée de 5 ans, 63 patients ont été pris en charge (46 en DPA et 17 en DPCA), 93,7% sont restés dans les normes retenues, 6,3% transférés en HD (tous pour perte UF).

Conclusion : Il est possible de se conformer aux recommandations des sociétés savantes et des experts, d'autant que les patients acceptent, voire plébiscitent la méthode.

PLI.20

Mauvaise adhésion au traitement médicamenteux : les malades ne sont pas les seuls responsables.

*Véronique Lemerour, IDE AUB, S Benarbia, P-Y Durand
(AUB Quimper)*

La plupart des études publiées sur l'observance au traitement

médicamenteux ont eu pour objectif d'établir un profil de patients inobservants. Ce travail étudie l'impact de la prescription sur la mauvaise observance, indépendamment du profil des patients.

Méthodes. A l'occasion d'une opération humanitaire, tous les patients d'un centre ont été sollicités pour rapporter leurs médicaments « inutiles ». Avant anonymisation des données, les médicaments restitués ont été comparés au traitement de chaque patient. Les médicaments non périmés restitués et faisant partie du traitement en cours ont été supposés mal pris (ou non pris).

Patients. Un total de 105 patients ont été sollicités. Parmi ceux-ci, 20 patients (19 %) ont restitué un total de 35 Kg de médicaments. Les prescriptions de deux groupes ont été comparées : celles du groupe « Non-Observant » (N=11) , et celles du groupe « Observants » (N=9).

Résultats. Les prescriptions moyennes étaient 14 ± 6 comprimés par jour (4-31) provenant de 10 ± 3 spécialités différentes (4-16). Les ordonnances du groupe « Observants » étaient significativement plus légères que celles du groupe « Non-Observants » (8 versus 12 spécialités différentes, $p < 0,05$). Le risque de ne pas respecter la prescription était directement lié au nombre de comprimés prescrits. Le seuil au-delà duquel apparaissait la non-observance était de 10 à 15 cp à prendre quotidiennement. Cette étude a établi un « Top10 » des médicaments non pris (Calcium en tête) et bien pris (Cinacalcet, somnifères).

Conclusion. En cas de mauvaise observance au traitement médicamenteux, il faut parfois remettre en cause la prescription.

PLI.55

Développement d'un programme de visites à domicile en DP: impact sur les événements infectieux.

*Véronique Taudou, Valérie Box, Carine Mercier, Stéphanie Plagnes, Stéphanie Romain, Isabelle Vernier
(Narbonne)*

Objectifs. Afin de mieux évaluer le patient dans son environnement et de diminuer les accidents infectieux, des visites à domicile ont été organisées depuis septembre 1997 (début de l'activité de DP du centre).

Matériel et méthodes. Trois périodes sont individualisées par des changements de pratiques :

- 1997 – fin 2003 : visite d'installation (1)
- à partir de 2004, visite pré-installation (2)
- depuis le 01/01/2007, programme de visites post-installation à 6 semaines, 6 mois puis visite annuelle (3)

Résultats. Cent vingt-six patients ont été inclus dans l'étude. Le taux d'infections péritonéales a été étudié chez les patients traités au cours des 3 périodes, incluant à mesure les nouveaux patients. Les taux des périodes 1 et 2 sont comparables, le taux de la période 3 est significativement différent des taux des périodes 1+2 : un épisode / 41 mois-patient vs un épisode / 21,9 mois-patient, $p < 0,5$. Les résultats sont donnés tous germes confondus car le faible nombre d'infections à Staphylocoques de la période 3 ne permet pas l'application de test statistique.

Les taux d'infections de cathéters ont été étudiés pour les périodes 2 et 3 (un seul cathéter saisi en période 1). Une tendance non significative est observée : un épisode / 25,5 mois-patient en période 2 vs un épisode / 42,9 mois-patient en période 3. Conclusion. L'extension du programme de visites à domicile s'accompagne d'une prévention efficace des infections péritonéales et probablement des infections de cathéter. Une enquête de satisfaction est en cours auprès des infirmiers libéraux.

PLI.57

Information pré-dialyse : impact sur le mode de prise en charge et les pratiques médicales.

Valérie Box, Carine Mercier, Stéphanie Plagnes, Stéphanie Ro-main, Véronique Taudou, Isabelle Vernier (Narbonne)

Objectifs. Notre centre offrant toutes les modalités d'épuration extra-rénale, notamment la DP depuis septembre 2007, l'équipe soignante a souhaité développer l'information pré-dialyse pour aider les patients dans leur choix et améliorer l'acceptation de la dialyse. Matériel et méthodes. Un atelier information pré-dialyse a mis au point les documents nécessaires, complétant les informations fournies par le néphrologue en consultation. Seuls les patients pouvant bénéficier d'une technique hors centre ont été inclus dans l'étude. Résultats. En 2007, 12 patients (âge moyen 63,4±19,8 ans) ont bénéficié de l'information. Cinq étaient plutôt orientés vers l'hémodialyse, 4 vers la DP et 3 n'avaient pas choisi. L'orientation initiale a été respectée pour les 9 patients « pré-orientés », dont 4 insuffisants cardiaques traités ensuite par DP. Les 3 patients non déterminés ont choisi la DPA, 2 sont encore en attente de dialyse. Entre le 01/01/2008 et le 31/10/2008, 19 patients ont été informés (âge moyen 76,7±7,7 ans). Quatre ont débuté leur traitement 5 à 12 jours après l'information (2 en DP, 2 en HD). Le délai entre l'information pré-dialyse et le début du traitement ou la date du 31/10/2008, étudié selon la méthode de Kaplan-Meier, est significativement plus long en 2008 (test de logrank $p=0.0144$). Conclusion. La création d'une consultation infirmière d'information pré-dialyse amène le néphrologue à proposer plus tôt cette information, et un programme de deuxième visite est en cours d'évaluation. Les patients non déterminés dans leur choix choisissent plutôt la DPA.

PLI.62

Détermination de la masse maigre en hémodialyse et dialyse péritonéale : fiabilité et facilité.

Françoise Mollet-Niger, C Verger (Pontoise)

Le but de ce travail était de vérifier la fiabilité de l'estimation de la masse maigre en hémodialyse (HD) et dialyse péritonéale (DP) et sa facilité.

Patients et méthodes : 35 patient en DP et 11 patients en HD ont eu une impédancemétrie spectroscopique multifréquence ; en HD avant et 20 mn après dialyse. La force musculaire (FM) était mesurée avec le manomètre de Harpende, avant dialyse en hémodialyse. La masse maigre était calculée par l'impédancemètre à partir de la répartition des secteurs hydriques et les corrélations entre masse maigre, FM ont été calculées, ainsi qu'avec la production de créatinine en DP.

Résultats : En DP il existait une forte corrélation entre la masse maigre, la production de créatinine et la FM. En HD la masse maigre avant dialyse était corrélée avec la FM ($R=0,78$ et $p<0,006$). Toutes les mesures en hémodialyse ont été faites par l'aide soignante.

Conclusion : L'estimation de la masse maigre en hémodialyse par impédancemétrie multifréquence comporte la même fiabilité en hémodialyse et DP, néanmoins en HD une meilleure fiabilité est obtenue 20 mn après séance. La technique est praticable par tout personnel sous réserve d'une formation rapide pour respecter les procédures de mesures. Cela permet à la fois de surveiller le poids sec et l'état nutritionnel.

PLI.63

Pour un projet d'éducation thérapeutique en dialyse : enquête auprès des patients.

Yolande Gagneux, Agnès Caillette-Beaudoin, Véronique Berger, Anne-Marie Marin, Hélène Demirdjian, Roula Galland, Cora Lia Denicola, P Hallonet (CALYDIAL, Lyon)

Pour construire notre programme ETP, nous avons réalisé une enquête pour connaître les attentes de nos 160 patients dialysés, (1/3 en DP). Nous avons conçu une ETP cohérente, concrète et profitable, pour les patients et les soignants.

Le questionnaire comportant des questions fermées et ouvertes, a été validé par la fédération d'éducation pour la santé. Il a permis aux patients d'exprimer leurs malaises et leurs souffrances face aux contraintes de la maladie et du traitement (durée de la séance, attente en HD, crainte du matériel...). Il permis un bilan des connaissances du patient sur la maladie, la dialyse, les médicaments et la diététique nécessaire au bon déroulement des traitements, ainsi que nos carences en terme d'accompagnement soignant et éducatif.

87 % pensent jouer un rôle actif pour se maintenir en bonne santé .
65 % comprennent leur technique de dialyse et l'utilité des médicaments.

61 % connaissent la diététique.

25 % souhaitent des informations supplémentaires.

36 % ont des angoisses pour l'avenir.

24 % veulent un soutien spécifique pour leur entourage.

La fatigue, générée par la maladie et les traitements, freine ou empêche toute activité, modifie la place familiale, le caractère, diminue fortement la sexualité et parfois stoppe l'activité professionnelle. La vie sociale est modifiée. La mise en œuvre du projet d'ETP dans notre établissement

s'est faite à partir des résultats d'une enquête qualitative, mais aussi en fonction de notre projet de soin et d'une formation destinée à améliorer la relation soignant/soigné.

PLI.67

Retour d'expérience : optimisation de la prise en charge en dialyse péritonéale (DP) à l'issue d'une évaluation des pratiques professionnelles inter établissement.

*Sophie Fave¹, Béatrice Baghdassarian², S Collomb², Chantal Charbonnel³, Anne Laure Charlois¹, Bernadette Glathoud², C Cardozo², Fitsum Guebre³, D Fouque³, W Arkouche², M Laville¹,
(¹TIRCEL, ²AURAL, ³Hôpital Edouard Herriot, Lyon)*

1. En 2006, un audit interne relève le manque d'interface dans la prise en charge en DP entre les structures néphrologiques de l'Hôpital Edouard Herriot et de l'AURAL (adhérents au réseau TIRCEL), générant dans le parcours clinique des retards de prise en charge, des hospitalisations en urgence, des interruptions de suivi médical en phase pré dialyse, et une volonté d'amélioration de la part des équipes.

2. La méthode choisie pour l'amélioration de la démarche est une approche-processus de la prise en charge des patients basée sur les principes de l'amélioration continue de la qualité (PDCA). Six thèmes sont retenus : la phase pré-dialyse, la pose de cathéter péritonéal, la mise en dialyse, le suivi, la gestion des complications et la sortie de cette méthode de traitement de suppléance. Des procédures communes élaborées au niveau médical et paramédical sont rédigées et pour la plupart mises en production en phase expérimentale dès 2007.

3. La comparaison de 21 dossiers en 2006 et 19 dossiers en 2008 montre une information plus précoce (le délai entre l'information et la pose de cathéter passe de 39 jours à 72 jours en moyenne), une meilleure harmonisation des prises en charge (information pré-dialyse dans 39% des dossiers en 2006 et dans 100% en 2008), une amélioration de la pertinence de l'orientation (confirmation d'orientation en DP pour près de 80% des patients en 2006 et pour 95% des patients en 2008). La coordination avec le service de chirurgie reste un axe d'amélioration.

PLM.03

Disparités régionales d'utilisation de la dialyse péritonéale en France : impact de l'opinion du néphrologue.

*N Bouvier¹, P-Y Durand², A Testa³, Catherine Albert⁴, V Planquois⁵, J-Ph Ryckelynck¹, Th Lobbedez¹,
(¹Caen, ²Quimper, ³Nantes, ⁴Chartres, ⁵Dieppe)*

Introduction

La dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France et d'importantes disparités régionales existent. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'opinion des néphrologues vis-à-vis de cette technique.

Méthode

En juin 2007, réalisation d'un sondage de l'ensemble des néphrologues de 5 régions : 2 à haute prévalence de DP (>20%)

et 3 à faible prévalence

Résultats

L'exhaustivité (70%) est comparable entre les groupes. La proportion de néphrologues prenant en charge des patients en DP est équivalente (30/34 vs. 61/80). La présentation des 2 méthodes de dialyse est similaire (32/34 vs. 65/80). La prévalence et l'incidence optimales diffèrent significativement entre les groupes "haute prévalence" et "basse prévalence" (31±15% vs. 25±14% et 25±14% vs. 19±9%). L'incidence optimale diffère significativement entre les néphrologues du public et de l'associatif par rapport à ceux du privé. Le manque d'infirmières, le faible taux de remboursement, le manque de formation sont les principales barrières à son développement

Discussion

La DP est actuellement une méthode de dialyse efficace. La DP est moins coûteuse que l'hémodialyse en centre. La volonté du néphrologue semble avoir un impact important sur le taux d'utilisation de la DP car l'opinion exprimée sur l'incidence et la prévalence optimales correspond aux différences régionales observées. Les freins à son utilisation ne diffèrent pas entre les régions.

Conclusion

Les disparités régionales d'utilisation de la DP sont partiellement liées à l'opinion des néphrologues. Une action portant sur les barrières limitant son utilisation pourrait avoir un impact favorable.

PLM.06

Résultats de la dialyse péritonéale (DP) dans les départements et pays d'outre mer (DOM-POM). Données du RDPLF.

*N Quirin¹, S Veillon², J-F Verdier³, J-Ph Ryckelynck⁴, C Verger¹, Th Lobbedez⁴
(¹Noumea, ²CH, Saint Pierre Réunion, ³Papeete, ⁴Caen, ⁵Pontoise)*

Il existe peu de données sur les résultats de la DP dans les conditions spécifiques des DOM-POM.

Objectifs : Déterminer si la population, les résultats de la DP dans les DOM-TOM diffèrent de ceux observés en métropole.

Patients et méthode: Etude rétrospective des patients enregistrés au RDPLF incidents en DP du 31/12/00 au 31/12/05 (fin d'observation : 31/12/07). Comparaison métropole - DOM/POM (Réunion, Tahiti, Nouvelle Calédonie)

Résultats: 5846 patients incidents en DP, 283 dans les DOM-POM. Comparativement à la métropole, les patients DOM-POM sont plus jeune (67±17 vs 59 ±15 ans, p<0,01), plus diabétique (30% vs 58%), et ont un Charlson modifié plus élevé (4±2 vs 5±2, p<0,01). La DPA est plus souvent utilisée dans les DOM-POM qu'en métropole (53% vs 34%). L'assistance par infirmière est plus fréquente en métropole que dans les DOM-POM (44% vs 30%). En analyse multivariée, le Charlson modifié et l'âge étaient associés à la survie patient (RR=1,2 et RR=1,7 respectivement p<0,001). La survie de la technique à Tahiti et en Nouvelle Calédonie est inférieure à celle de métropole. En analyse multivariée l'âge, l'incidence des péritonites avait un impact défavorable sur la survie méthode (RR=1,32, p<0,01, RR=0,87, p<0,01). La probabilité d'infection péritonéale était

plus élevée dans les DOM-POM qu'en métropole (survie à 2 ans 43% vs 57%, $p < 0,001$). En analyse multivariée résider dans les DOM-POM était associé à une augmentation du risque d'infection péritonéale (RR=1,54, $p < 0,01$).

Conclusion

L'échec de la méthode est plus fréquent dans les DOM-TOM. Le risque d'infection péritonéale, plus élevé dans les DOM-POM pourrait expliquer cette observation

PLM.09

Devenir des patients de moins de 50 ans traités par dialyse péritonéale.

J Chanliau¹, Michèle Kessler², L Frimat²,
(¹ALTIR, ²CHU Nancy)

Les patients jeunes, souvent en attente de transplantation, sont en général de bonnes indications pour le traitement par dialyse péritonéale (DP). Entre le 1 janvier 2000 et le 15 août 2008, nous avons pris en charge 74 patients âgés de moins de 50 ans lors du début de leur traitement par DP. 39 patients ont été greffés, 21 transférés en hémodialyse, 12 sont toujours suivis et 1 est décédé. La durée cumulée de traitement correspond à 1045 mois-patients, au cours desquels sont survenues 38 péritonites, soit un taux élevé (1/28 mois-patients) supérieur à la moyenne de notre population traitée en DP. La durée de suivi est très variable, de 6 jours à plus de 8 ans, mais la moitié des patients est suivi moins de 9 mois, et les trois quarts moins de 20,5 mois. La majorité des patients (53%) a bénéficié d'une greffe rénale sans transfert en hémodialyse. 27 de ces patients sont restés indemnes de péritonites, alors que 12 patients ont présenté de 1 à 3 péritonites, sans conséquences pour la greffe. Nous nous proposons de détailler cette population, selon l'évolution des patients (greffe, décès, transfert en hémodialyse), selon la pathologie, et selon le délai d'inscription sur la liste d'attente à la transplantation. La dialyse péritonéale est une bonne indication chez les patients jeunes, à condition de les inscrire rapidement sur la liste d'attente de greffe, et de porter une attention particulière au risque infectieux, lors de la pose du cathéter et de leur éducation à l'autonomie.

PLM.10

Dialyse péritonéale et maladie des embols de cristaux de cholestérol. Données du RDPLF.

M Ficheux¹, T Besselièvre¹, Angélique Lecouf¹, C Verger²,
J-Ph Ryckelynck¹, Th Lobbedez¹,
(¹CHU, Caen, ²CH Pontoise)

Introduction

L'anticoagulation est formellement contre-indiquée chez les patients atteints d'une maladie des embols de cristaux de cholestérol. La dialyse péritonéale pourrait être la méthode préférentielle en cas d'insuffisance rénale due à la maladie des embols de cristaux de cholestérol

Objectif

Evaluer les résultats de la dialyse péritonéale chez les patients en insuffisance rénale terminale liée à la maladie des embols de cristaux de cholestérol

Patients et méthodes

Etude retrospective des patients incidents en dialyse péritonéale, enregistrés au RDPLF, du 01/01/01 au 31/12/05, fin de période d'observation au 31/12/07. Questionnaire additionnel pour certains centres

Résultats

50/5881 patients âgés de 74±8 ans, de sex ratio (M/F): 40/14. Le score de Charlson moyen est de 7±1 le score de Charlson modifié est de 4±1, 40/54 patients sont diabétiques. La DPCA est utilisée chez 40/54 (75%) patients, le taux d'assistance est de 40/54 (75%). La dialyse péritonéale est la première méthode de dialyse pour 32/54 (60%) patients. La survie actuarielle des patients est de 81% à 1 an et de 77% à 2 ans. La survie de la méthode censurée sur le décès est de 93% à 1 et 2 ans. La survie sans infection péritonéale de 80% à 2 ans. Chez 12/54 patients la dialyse péritonéale a été interrompue par récupération de la fonction rénale après 10±6 mois de dialyse.

Conclusion

La dialyse péritonéale peut être utilisée chez les patients en dialyse par maladie des embols de cristaux de cholestérol. L'arrêt de dialyse par récupération tardive de la fonction rénale est fréquent chez ces patients.

PLM.15

Les courbes de survie sont-elles toutes fausses en DP ? Importance de la méthodologie des risques concurrents dans les analyses de survie en DP.

J-B Beuscart¹, D Pagniez¹, E Boulanger¹, Célia Lessoré de Ste Foy¹, Julia Salleron², A Duhamel²
(¹Service de Néphrologie, Lille, ²Laboratoire de biostatistiques, CERIM, Lille²)

Contexte : La DP prend fin suite au décès en DP (DcDP), au transfert en HD (TrHD) ou à une greffe rénale (GR). Ces événements n'étant pas indépendants, ils devraient tous être pris en compte dans les analyses de survie en DP et être appelés risques concurrents (RC). Dans une revue de la littérature (79 articles), nous n'avons trouvé aucune référence aux RC. Nous avons donc évalué l'apport de la méthodologie des RC en DP.

Matériel et méthodes : Sur une cohorte de 388 patients incidents consécutif sur une période de 16 ans, nous avons estimé les incidences cumulées (IC) de chaque RC avec la méthode de Kaplan Meier (KM) puis la méthode des RC.

Résultats : La méthode de KM surestime systématiquement les probabilités d'évènement : 56% pour le DcDP, 44% pour le TrHD, 24% pour la GR pour les probabilités à 12 ans de traitement. La somme des probabilités estimées par la méthode de KM dépasse 1, un résultat impossible qui confirme que les estimations sont erronées.

Discussion : DcDP, TrHD et GR sont bien des RC dans les analyses de survie en DP. Les méthodes classiques, comme la méthode de KM, ne sont pas adaptées pour l'analyse statistique de ce type de données et peuvent donc être source d'erreurs.

Conclusion : La méthodologie des RC doit être utilisée dans les analyses de survie en DP.

PLM.21

Mise en place de la dialyse péritonéale en soins de suite.

Frédérique Meeus, Isabelle Abbassi, M Slimani, M Mazouzi
(Centre Médical Edouard Rist, Paris)

Le Service de Médecine Interne Néphrologie comporte 33 lits (8 de MCO et 25 de SSR). En 2007 le projet d'accueil de patients en DP dans l'unité SSR est instauré. L'étude des besoins a été faite par courrier adressé aux centres de DP de la région en précisant le « domaine » de prise en charge. Les réponses ont permis d'évaluer les besoins à 10 à 15 séjours par an. Les IDE font partie de l'équipe soignante, où 6 ont été choisis comme référents. Leur formation s'est faite sur 3 jours consécutifs, et s'est couplée avec l'arrivée du premier patient en mars 2008. Huit patients ont été pris en charge depuis : 4 hommes et 4 femmes, avec une moyenne d'âge de 79 ans. Les motifs d'hospitalisation étaient : attente d'un placement en long séjour (3), troubles cognitifs (1), rééducation post PTH (1) et post infection (1), bilan de greffe cardiaque (1), et AEG (1). Quatre patients étaient sous double-poche, 3 en UV Flash et 1 sous cycleur. Les complications rencontrées étaient : 1 décès et 1 péritonite. Le forfait hebdomadaire de DP n'est pas facturable actuellement en SSR et la T2A n'est pas encore appliquée. Nous avons comparé le prix journalier du traitement des patients en DP avec celui d'autres patients du service : transplantés rénaux, transplantés hépatiques, allogreffés de CSH, intercure de chimiothérapie, en excluant les molécules T2A. L'analyse montre que le traitement spécifique des patients en DP est moins coûteux que celui des autres patients.

PLM.30

Une nouvelle conception de l'information pré dialyse : l'accompagnement au choix d'une méthode de suppléance (PACTE).

(D Aguilera, Groupe de travail, Vichy)

L'information pré dialyse est une obligation et s'est imposée. Malgré tout la pénétration de la DP en France ne dépasse pas 8 % nécessitant d'améliorer cette démarche. Les recommandations de prise en charge des maladies chroniques sont basées sur l'éducation thérapeutique. Nous proposons d'évoluer du concept d'information sur les méthodes de dialyse à un concept d'accompagnement au choix d'une méthode d'épuration. Un groupe de travail de 15 médecins et infirmiers exerçant en secteur public, privé et associatif (formé à l'éducation thérapeutique) a élaboré un Parcours d'Accompagnement au Choix d'une Thérapie extra rénale avec les outils de l'Education thérapeutique (P.A.C.T.E.). La prise en charge s'articule sur 6 grandes étapes : un diagnostic éducatif, la contractualisation des objectifs de la prise en charge, l'acquisition par le patient et sa famille des compétences définies au préalable, l'évaluation de ses acquis et de sa satisfaction. Des outils éducatifs ont été élaborés. Un dossier informatisé spécifique permet le suivi et l'analyse des données. Depuis avril 2008 dans 7 centres, une expérimentation est en cours. 150 patients constituent la file active du programme d'accompagnement. Le patient est suivi à partir d'une DFG de 30 ml/min jusqu'à la réalisation de l'abord

de dialyse. Les premiers résultats sont en cours d'analyse. Le but de toute prise en charge de patients atteints d'IRC est de faciliter l'autonomie et l'adhésion au traitement. Dans le cadre de la dialyse le patient doit être acteur de ce choix en cohésion avec son projet de vie. PACTE est une proposition innovante de démarche d'accompagnement au choix d'une méthode de dialyse.

PLM.61

Les produits de dégradation du glucose (GDPs) dans les solutions de dialyse ont une influence sur le déclin de la fonction rénale résiduelle

M Haag-Weber¹, U Haug¹, J Nabut¹, A Wieslander¹, R Deppisch¹
(¹Klinikum Ste Elisabeth, Straubing, ²Gambro Corporate Research, Hechingen, Allemagne)

Cette étude prospective, contrôlée, parallèle, multicentrique a analysé l'effet des GDP sur la fonction rénale résiduelle de patients en DP, randomisés avec un traitement de 18 mois sur Gambrosol trio® (Taux de 3,4-DGE < 1 µM) ou sur une solution conventionnelle (3,4-DGE 13-20 µM). La fonction rénale résiduelle a été mesurée toutes les 4-6 semaines en calculant la clairance moyenne de l'urée et de la créatinine. Les données de 69 patients sur 80 randomisés ont été exploitées. 43 patients sur Gambrosol trio® et 26 sur solution conventionnelle. Les groupes n'étaient pas statistiquement différents dans leur traitement par les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine (ARB) (16 vs 31%), leur FRR de départ (6,7 ± 3,1 vs 6,2 ± 2,4 ml/min/1,73 m²), l'âge (52 ± 12 vs 54 ± 15 ans), le diabète (20,9% vs 19,2%), le sexe (26 vs 14 h) et le temps passé en DP (9 ± 13 vs 5 ± 10 mois), mais étaient statistiquement différents en ce qui concerne le traitement par Inhibiteurs de l'Enzyme de conversion (IEC) (70 vs 40 %). Un modèle de mesures répétées (matrice de covariance hétérogène) ajusté à l'âge, le diabète, le sexe, les ARBs, les IEC, le temps passé sur la thérapie et les possibles interactions a démontré que le déclin de la fonction rénale résiduelle était significativement réduit lors de l'utilisation de Gambrosol trio® en comparaison avec l'utilisation d'une solution conventionnelle (1,5% vs 4,3%, p=0,0437). Cette étude clinique prospective démontre ainsi, qu'une solution contenant un taux de GDPs réduit a un effet protecteur sur la fonction rénale résiduelle chez les patients traités en DP.

POI.27

Outils de formation des patients autonomes en Dialyse Péritonéale

Catherine Ceresa, Frédérique Givaudan, Bérange Geslot, A Abbassi, Martine Saint-Georges
(Saint-Maurice)

Introduction : La DP est une technique de domicile. Elle est applicable à la majorité des patients en IRC terminale surtout à ceux qui manifestent un désir d'autonomie. Le patient autonome devient acteur à part entière de son traitement, ce qui nécessite une motivation plus grande de sa part et une formation de qualité.

Dans le centre et à titre d'exemple, 128 patients ont été traités par DP entre le 1er jan. 2000 et le 30 sept. 2006, avec 60 patients autonomes (47%), 11 aidés par un membre de la famille (8,5%) et 57 par une IDE libérale (44,5%). La formation se déroule en ambulatoire sur 2 semaines en moyenne du lundi au vendredi. L'objectif étant d'amener le patient à se prendre en charge et à accepter son traitement avec ses contraintes et obligations. Pour cela, l'équipe utilise différents outils et modes d'apprentissage adaptés à chaque patient :

- **Outils de formation:** A. Cahier de Formation - B. Posters fournis par les laboratoires - C. Tablier de manipulation - D. Les protocoles en images élaborés par les IDE de DP (Pansement d'urgence - Doubles poches...) - E. Les protocoles écrits et élaborés par l'équipe.
- **Les Modes d'apprentissage:** Apprentissage auditif - Apprentissage visuel- Apprentissage tactil et gestuel - Evaluation et acquisition de l'autonomie.

Conclusion : Dans notre expérience, nous avons optimisé les outils de formation existants. Nous en avons développés d'autres afin de les adapter à chaque patient pour qu'il se les approprie. L'observance et la survie de sa technique en dépendent.

POI.47

La dialyse péritonéale au delà des frontières françaises.

*Myriam Denouel, Claudie Hansen
(Strasbourg)*

A Strasbourg, ville magnifique au cœur de l'Europe se trouve un centre important de Dialyse Péritonéale. C'est le point de départ pour les voyages de certains patients soignés par cette technique de dialyse. En effet, il leur suffit de parcourir quelques kilomètres pour en se trouver en "terre inconnue". Que ce soit pour un voyage personnel ou professionnel, il est important d'organiser la continuité du traitement de dialyse péritonéale dans ces pays frontaliers. Mais....

- Quels sont les centres, hôpitaux ou associations existants ?
- Qui sont nos correspondants ?
- Quels sont les systèmes, techniques et solutés utilisés
- Quels sont les papiers à fournir aux différentes frontières ?
- Existe-t-il un réseau identique à celui des infirmières libérales en France pour les patients dépendants ?

Malgré la proximité de tous ces pays, nous nous sommes étonnés d'avoir bien peu d'informations et de connaissances à ce sujet. C'est ainsi que nous avons été motivés pour des recherches. Nous avons eu l'idée de créer un support utile et pratique pour sécuriser et simplifier les départs en voyage de nos patients. Car
"Le voyageur est encore ce qui importe le plus dans un voyage"
André Suarez

POI.49

Mise en place de la dialyse péritonéale en soins de suite.

*Isabelle Abbassi, M Slimani, M Mazouzi, Frédérique Meeus
(Centre Médical Edouard Rist Paris)*

Le Service de Médecine Interne Néphrologie comporte 33 lits (8 de MCO et 25 de SSR). En 2007 le projet de prise en charge de patients en DP dans l'unité SSR est instauré. L'étude des besoins a été faite par courrier adressé aux centres de DP de la région en précisant le « domaine » de prise en charge : pathologie aiguë, traitement d'une péritonite, surveillance après pose de KT, rééducation post-chirurgicale, relais avant retour à domicile, ou dans le cadre d'une prise en charge Soins/Etudes. Parmi les IDE de l'équipe soignante, 6 ont été choisis comme référents. Leur formation théorique et pratique s'est faite sur 3 jours consécutifs, et s'est couplée avec l'arrivée du premier patient en mars 2008. Huit patients ont été pris en charge depuis : 4 hommes et 4 femmes, une moyenne d'âge de 79 ans. Les motifs d'hospitalisation étaient : attente d'un placement en long séjour (3), troubles cognitifs (1), rééducation post PTH (1), bilan de greffe cardiaque (1), rééducation après épisode infectieux (1), et AEG (1). 4 patients étaient sous double-poche, 3 en UV Flash et 1 sous cycleur. Les complications rencontrées : 3 changements de prolongateur, 1 décès et 1 péritonite. Le forfait hebdomadaire de DP n'est pas facturable en SSR et la T2A n'est pas encore appliquée. Nous avons comparé le prix du traitement des patients en DP avec celui d'autres patients du service, en excluant les molécules T2A. L'analyse montre que le traitement spécifique des patients en DP est moins coûteux que celui des autres patients.

POI.51

Optimisation des indicateurs en dialyse péritonéale pour l'amélioration de la prise en charge.

*J-P Grangier, Cora Lia Denicola, Roula Galland, P Hallonet, Yolande Gagneux, Agnès Piquet-Gauthier, Agnès Caillette-Beaudoin
(Calydial, Lyon)*

La Dialyse Péritonéale est une méthode de traitement validée pour laquelle la péritonite reste une des complications majeures. Méthodologie : dans le cadre de la référence 42 du manuel de certification V2007, notre équipe a choisi l'évaluation du processus de prise en charge des patients en D.P par suivi d'indicateurs. Adossé au taux du RDPLF, nous avons, par la méthode des 5 M, recherché des facteurs pouvant expliquer la péritonite. Chaque événement infectieux est analysé en revue de morbi-mortalité pour une recherche de la cause et de l'évitabilité. Nous utilisons nos indicateurs pour avoir un suivi des actions correctives mise en place et/ou comparer nos stratégies de traitement. Des actions ont été mises en place: 1) pour les péritonites manuportées: Réévaluation systématique des manipulations avec une fiche d'évaluation spécifique, mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique et traitement par Taurolock pour deux patients avec récurrences. 2) pour les péritonites à Gram -: Examens digestifs à la recherche d'une étiologie, antibioprofylaxie adaptée en cas des examens digestifs et de troubles du transit et transfert HD si plus de trois infections péritonéales dans l'année.

Conclusion: le suivi d'indicateurs en DP permet une analyse fine de notre organisation et par la même le pilotage stratégique de cette activité.

POI.58

L'hygiène en dialyse péritonéale.

R. Hached, Soumaya Beji, M.K.Zouaghi, Fatma Ben Moussa (Tunis, Tunisie)

L'hygiène est un volet indispensable dans la dialyse péritonéale. Les mesures draconiennes de propreté lors de la manipulation des connexions, du cathéter et du cycleur permettent de diminuer l'incidence des infections péritonéales et leurs complications aussi bien sur le malade que sur la technique. Nous exposons dans ce travail les principes d'hygiène appliqués dans notre unité dialyse péritonéale aussi bien que par l'équipe soignante que par les malades. Ces principes sont destinés à maîtriser le risque de transmission par l'intermédiaire de l'environnement contaminé au patient. Il est indispensable de connaître le mécanisme de survenue des infections péritonéales, les moyens de prévention, de comprendre et d'appliquer les mesures d'hygiène au quotidien et de préventions adaptées.

POM.04

Parcours thérapeutique en DPA d'une jeune femme amputée d'un membre supérieur.

J-P Jaulin, Myriam Boisard, Lucia Tetaud (La Roche Sur Yon)

Suite à un traitement chimiothérapique pour un ostéosarcome, qui a nécessité une amputation de la totalité de son membre supérieur droit, Me C. présente une insuffisance rénale terminale, qui l'a conduite, dans un premier temps, vers l'Hémodialyse. Devant l'insatisfaction de créer une fistule artériovoineuse sur un bras unique et le besoin de la patiente de rester à son domicile pour élever son enfant, l'équipe médicale a envisagé la mise en place de la Dialyse Péritonéale, afin de rendre à la patiente l'autonomie souhaitée. Après une réflexion entre l'équipe pluridisciplinaire (infirmières DP, infirmières libérales, assistante sociale, ergothérapeute) et la patiente, l'utilisation combinée du cycleur HOMECHOICE et de l'appareil UV Flash a été considérée comme la solution la plus sécurisée et la mieux adaptée. Ce choix a permis de répondre aux demandes de la patiente et d'assurer un traitement de qualité.

Cette présentation aura pour objectif d'évoquer le chemin parcouru par la patiente et de témoigner de la motivation d'une l'équipe à dépasser les difficultés rencontrées.

POM.08

Obstruction du cathéter de dialyse péritonéale par la trompe de Fallope.

F Schillinger, Th Milcent, R Montagnac, J Nyandwi, G Elhomby (Troyes)

Le dysfonctionnement du cathéter de DP est rarement dû à son obstruction par une trompe de Fallope : nous en rapportons un cas.

OBSERVATION :

Cette infirmière à la retraite de 59 ans est hospitalisée pour une IRC terminale sur polykystose hépato-rénale. Le cathéter de DP est posé par coelioscopie et les échanges débutés 18 jours plus tard. Après 2 jours, le drainage devient de plus en plus laborieux. Le cliché d'abdomen sans préparation confirme le bon positionnement du cathéter et la vidange de l'abdomen se fait aux dépens d'un allongement excessif du temps de drainage. Une exploration par coelioscopie est réalisée et découvre une incarceration des franges de la trompe de Fallope droite dans les orifices latéraux du cathéter. Une salpingectomie bilatérale et une omentectomie sont réalisées. La patiente est traitée par hémodialyse sur un cathéter veineux central, en attendant la reprise des échanges de DP avec alors un très bon fonctionnement.

DISCUSSION :

Dans la littérature, nous avons relevé 12 cas d'obstruction du cathéter de DP par la trompe de Fallope. Dans 4 cas, l'obstruction s'est manifestée par une fuite de dialysat par le vagin, faussement interprétée comme une incontinence urinaire. La capture du cathéter par les franges tubaires et les invaginations de celles-ci dans les trous latéraux entraînent la difficulté de drainage. Il est de bon ton de tenter diverses manœuvres conservatoires qui restent en général inefficaces et c'est la coelioscopie qui apporte la solution en permettant de libérer le cathéter et de pratiquer l'ablation de la trompe.

POM.11

Péritonite à staphylocoque résistant à la vancomycine : à propos d'une observation, point de vue du biologiste.

Monica Ciobotaru, Kedna Thomas, D Lombart, J Wantine, L Cavalié, Marie-Françoise Prère, M Amirou (Rodez)

Résumé: Il s'agit d'un patient de 71 ans en DPCA depuis juin 2004. Il a présenté 3 tennellites et 2 péritonites à staphylocoque doré (ayant toutes évolué favorablement sous vancomycine. En mars 2008, un 3ème épisode de péritonite à Staphylococcus epidermidis résistant aux glycopeptides. Sous vancomycine IP, la bactérie ainsi que la réaction leucocytaire persistent dans le liquide de dialyse péritonéale. Sous rifampicine IP en revanche, toutes ces anomalies cliniques et biologiques disparaissent. Sur les 4 isolats de S.epidermidis obtenus au laboratoire au décours de cette observation, la résistance aux glycopeptides était bien détectée par le Vitek-2 et confirmée par E-tests, avec des CMI qui allaient en augmentant avec le temps tandis que le patient recevait de la vancomycine (CMI de 8 mg/L à 16 mg/L pour la vancomycine et de 16 mg/L jusqu'à 24 mg/L pour la teicoplanine). En revanche, ces 4 isolats paraissaient tous sensibles par la méthode de diffusion en gélose selon les recommandations du CA-SFM. Un seul dosage (sanguin) de vancomycine a été effectué au décours de cet épisode (par polarisation de fluorescence): la vancomycinémie était à 15,3 mg/L.

Cet unique dosage ne nous permet pas d'exclure que la présence de concentrations sub-inhibitrices de vancomycine ait favorisé la résistance de ces isolats, d'autant que nous ne pouvons pas non plus exclure que cette vancomycémie n'ait pas été surestimée par cette méthode de dosage. Ceci soulève la question du suivi thérapeutique optimal de ces patients à fonction rénale résiduelle : faut-il doser la vancomycine, quand, et comment ?

POM.14

Infection péritonéale à *Rhizobium radiobacter*: une rareté de plus.

M Libertalis, Christelle Fosso, Isabelle Braeyer, Françoise Dumortier, Maria Mesquita, M Dratwa
(Bruxelles, Belgique)

Nous présentons le cas d'une patiente de 49 ans traitée par DPCA dans le cadre d'une maladie polykystique, s'étant présentée en urgence pour douleurs abdominales, fièvre et dialysat trouble cinq mois après l'initiation de la dialyse. On note un syndrome inflammatoire biologique, et l'analyse de son dialysat effluent démontre un nombre très élevé de globules blancs (10340 / μ l dont 80% de polymorphonucléaires neutrophiles). Une antibiothérapie intra-péritonéale empirique (vancomycine et amikacine) est initiée. La vancomycine est remplacée par la ceftazidime (1g/j) après 48 heures sur base de l'annonce de la présence d'un bacille Gram négatif, identifié comme étant *Rhizobium radiobacter*. L'antibiogramme démontre une résistance aux aminoglycosides mais une sensibilité aux céphalosporines et aux quinolones. On arrête l'amikacine et on ajoute donc de la ciprofloxacine orale le quatrième jour. L'évolution est rapidement favorable, tant sur le plan clinique que biologique, en particulier de la cytologie du dialysat. La patiente quitte l'hôpital une semaine après son admission, avec comme consigne de continuer ce traitement pendant un total de 3 semaines. Deux mois plus tard, elle demeure asymptomatique. Le *Rhizobium radiobacter* est une bactérie Gram négatif, qui ne semble causer d'infection qu'en présence d'un corps étranger (prothèse, cathéter veineux ou péritonéal) et en particulier chez des hôtes immunocompromis. La majorité des 13 cas décrits de péritonite liée à ce germe chez les patients en dialyse péritonéale ont d'ailleurs nécessité le retrait du cathéter. Nous rapportons un cas de péritonite de DPCA à germe rare, *Rhizobium radiobacter*, traitée avec succès SANS retrait du cathéter.

POM.22

DPA et insuffisance cardiaque : une belle histoire de coopération médico-chirurgicale, une leçon de vie : à propos d'un cas d'insuffisance cardiaque chez une jeune trisomique.

Isabelle Vernier¹, J Prunel¹, V Cantet¹, P Paris²
(¹Clinique Les Genêts, Narbonne, ²Polyclinique Le Languedoc, Narbonne)

Cas clinique. Emilie H. née le 20/02/1979, trisomique 21, présente un canal atrio-ventriculaire complet opéré le 12/06/1979 ; le 13/11/1980, réintervention pour rupture de cordage mitral avec aspect échographique de chenal

sous-aortique et le 09/07/1993 pour prothèse mitrale. Après 10 ans de tolérance fonctionnelle, apparaissent une fibrillation auriculaire, une insuffisance rénale et une insuffisance cardiaque globale. La première consultation de néphrologie a lieu le 02/10/2007. Emilie présente une ascite et un épanchement pleural bilatéral. La créatinine est à 17 mg/l (clairance évaluée à 47,3 ml/mn/1,73 m²). La prise en charge en DP est discutée avec la patiente et sa mère et acceptée. Le 24/12/2007 Emilie présente un choc cardiogénique avec insuffisance rénale aiguë. Le cathéter de DP est posé en urgence le 28/12 et la DPA immédiatement débutée à petits volumes permettant le drainage de l'ascite, la disparition des oedèmes et une amélioration fonctionnelle décisive. La technique est prise en charge à domicile par la mère après une courte période d'éducation. Evolution. Après 11 mois sans hospitalisation, l'échocardiographie montre une dilatation majeure des cavités droites, une légère amélioration de la contractilité ventriculaire (FEVG 20%), une fuite aortique, une chambre de chasse obstruée par la prothèse mitrale, une fuite tricuspide et une HTAP à 40 mmHg. Conclusion. Grâce à la coopération de toute une équipe, la DP a été utilisée en urgence pour traiter une insuffisance cardiaque stade IV avec un excellent résultat immédiat et à moyen terme. L'acceptation de la technique est parfaite comme en témoignent les images présentées.

POM.28

Le développement de la poche Physioneal ClearFlex : Ouverture séquentielle et fiable des soudures pelables.

J-P Hartman¹, M Peeters¹, P Balteau¹
(¹Baxter R&D Europe SCRL, Belgique)

La disponibilité de poches 5L facilite la prise en charge en dialyse péritonéale automatisée. Le développement d'une poche 5 L qui utilise des soudures pelables en lieu et place de canule sécable permet aujourd'hui la fabrication d'une poche 5L Physioneal. Ces poches possèdent deux compartiments contenant un concentré lactate/bicarbonate de sodium pH 9.0 et un concentré glucosé à pH 2.0. Les concentrés sont mélangés de façon extemporanée avant infusion de la solution reconstituée. Le développement a été conçu avec l'aide de patients en dialyse péritonéale afin d'intégrer les facteurs humains lors de la conception et pour les phases de validation de cette nouvelle poche de 5L. Le film Physioneal Clear-Flex permet de réaliser des soudures cohésives et adhésives selon les températures de soudure. La poche possède deux soudures adhésives. La première soudure permet de cloisonner la poche en deux compartiments pour séparer les ingrédients actifs des concentrés pendant la stérilisation. La deuxième soudure isole le dispositif d'accès à la solution. La solution Physioneal est reconstituée par activation de la grande soudure pelable. La petite soudure pelable est ensuite activée et garantit l'administration d'une solution reconstituée. La géométrie des soudures pelables et les paramètres de soudure sont les garants d'une ouverture séquentielle fiable pour la sécurité du patient. L'utilisation et choix judicieux des matériaux a permis de reformuler les concentrés alcalin et glucosé de la solution

Physioneal, d'utiliser des soudures pelables pour faciliter et sécuriser la reconstitution instantanée de la solution Physioneal et son administration pour dialyse péritonéale automatisée.

POM.32

Faire des gardes : charge de travail dans un programme de DP bien développé.

C Dequidt, Denise Vijt, Nathalie Polfliet, Hilde Praet, M Bogaert, W Van Biesen (Gand, Belgique)

Introduction: La DP n'est pas fréquemment implémentée en Belgique (11 %), et il y a beaucoup de centres avec < 10 patients en DP, résultant dans une pénurie de gens expérimentés. Cette manque d'expérience pourrait expliquer une hésitation du personnel d'inclure des patients dans un programme de DP. Dans cette étude nous avons analysé la charge de travail pendant les horaires de garde dans un centre universitaire.

Méthode: Entre 01/12/2004 et 01/09/2008, tous les actions pendant les horaires de garde étaient enregistrées.

Résultats: 121 patients (57% males, 25.6 % diabétiques), âge moyen 61.3 (20.1 - 87.9), ont été surveillés, engendrant 1539.4 mois de traitement. Il y avait 643 appels de garde. EnDPCA et DPA, la fréquence d'appels était de 1/4.5 versus 1/1.58 mois ($p < 0.01$). Dans 30.6 % des cas il s'agissait d'une complication de DP, 17.6 % d'une péritonite, dans 30.4 % de problèmes techniques de cycler. Dans 71.4% des cas, le problème avait été résolu par l'infirmière de façon autonome. 70.3 % des cas étaient résolus en 15 minutes. En moins de 20 % des cas, l'infirmière indiquait un stress lié à l'appel (en 2% , un stress grave).

Conclusion: Dans un programme de DP, l'appel au service de garde est fréquent. Néanmoins, la plupart des problèmes est résolue rapidement. En débutant un programme de DP, il est envisageable d'organiser en première instance le programme de DPCA vu le fait qu'on expérience plus de problèmes avec DPA, pour ne pas surcharger le staff paramédical dès le début.

POM.35

Les complications mécaniques en Dialyse Péritonéale.

M Ounissi, Ch Bdir, F Ben Hamida, R Goucha, H Hedri, E Abderrahim, T Ben Abdallah, A Kheder (Hôpital Charles Nicolle - Tunis, Tunisie)

Les complications mécaniques liées au cathéter de dialyse péritonéale sont fréquentes, peuvent compromettre la bonne dialyse et avoir des mauvaises répercussions sur la survie de la technique et des patients. Les fuites du liquide de dialyse et les déplacements du cathéter dominant le tableau et nécessitent parfois l'ablation ou la repose du cathéter. Nous avons fait une étude rétrospective incluant 75 malades traités par DP durant l'année 2007 et 13 parmi eux ont présenté une complication mécanique. Ils étaient épurés par DPA depuis une médiane de 450 jours. La pose du cathéter a été faite par mini laparotomie sous anesthésie locale chez 12 malades et par laparotomie sous anesthésie générale chez le dernier. Le déplacement du cathéter est la complication

la plus fréquente (92,3%) : il était antérieur dans 50% des cas, sous diaphragmatique chez 2 malades et au niveau de la fosse iliaque droite, gauche et hypochondre gauche chez un malade chacun. Il est postérieur chez le douzième. Le dernier malade a présenté une obstruction du cathéter par de la fibrine. Dix malades ont eu une repose du cathéter par coeliochirurgie sous anesthésie générale après une médiane de 148 jours. Cinq parmi eux ont nécessité une repose du même cathéter après une médiane de 74 jours et deux l'ablation du cathéter et la pose d'un nouveau après une médiane de 90 jours. Un malade a nécessité un troisième cathéter. A la fin de l'étude, dix malades sont toujours en dialyse péritonéale et 3 transférés en hémodialyse.

POM.36

Perforation utérine en dialyse péritonéale : A propos d'un cas.

M Ounissi, Ch Bdir, Halima Jouini, Imen Habli, Taieb Ben Abdallah, A Kheder, H Ben Maiz (Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie)

INTRODUCTION

Les complications mécaniques de la dialyse péritonéale sont représentées essentiellement par le dysfonctionnement du cathéter. Les perforations des organes creux de voisinage sont exceptionnelles et doivent être recherchées devant une fuite du liquide de DP ou une complication locale ou générale.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une perforation utérine chez une patiente, âgée de 16 ans ayant une insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une néphropathie interstitielle et traitée par dialyse péritonéale automatisée depuis juin 1998. Le cathéter a été repositionné par voie chirurgicale pour des péritonites non améliorées par le traitement antibiotique. Un mois après la pose du cathéter, une fuite du liquide par voie vaginale a été constatée lors des échanges. Une opacification à travers le cathéter de DP a mis en évidence une fistule utérine avec perte vaginale du liquide de dialysat. La tomodynamométrie a confirmé la fistule. L'attitude thérapeutique était d'arrêter la dialyse péritonéale et d'épurer la malade par des séances itératives d'hémodialyse. Le cathéter a été retiré et une cure chirurgicale a été faite pour réparer la fistule utérine. La patiente est toujours en hémodialyse et les échographies de contrôle n'objectivent pas d'épanchements abdominaux.

CONCLUSION

La fistule utérine est une complication rare en dialyse péritonéale. Le diagnostic suspecté devant une fuite vaginale est confirmé par l'opacification par le cathéter. Néanmoins la dialyse péritonéale reste toujours possible après la cure de la fistule.

POM.37

Corrélation entre le portage nasal de germe et les infections péritonéales.

Ch Bdir, M Ounissi, Halima Jouini, Imen Habli, T Ben Abdallah, A Kheder
(Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie)

Plusieurs études ont montré une corrélation positive entre le portage nasal de germe particulièrement le staphylocoque et l'incidence des infections péritonéales. La prévention ou le traitement de ce portage est associée à une baisse de cette incidence. Nous avons étudié de façon rétrospective la fréquence et les résultats du prélèvement nasal chez 78 malades ayant une péritonite et/ou une infection du tunnel durant la période s'étendant du 1^{er}/1/2005 au 31/12/2007 et recherché une corrélation entre le portage nasal de germes et l'incidence des infections péritonéales. Trente cinq malades seulement ont eu ce prélèvement avant la survenue de l'épisode infectieux (48%). La culture était négative dans 62,86% des cas et le staphylocoque était présent dans 37,14%. Un deuxième prélèvement a été fait chez 25 malades ; 7 seulement avaient toujours le staphylocoque. Parmi les 15 restants un troisième prélèvement a été fait et 4 avait le staphylocoque. Ils ont tous été traités par des solutions nasales d'antibiotiques anti staphylocoques avec disparition du germe. Huit malades parmi les 11 ont présenté une infection du tunnel (72,72%) ; un staphylocoque auréus a été trouvé dans 7 cas et épidermidis dans le dernier. Tous ces malades présentant par ailleurs une péritonite durant cette période d'étude avaient comme germe responsable staphylocoque auréus dans 6 cas, un bacille à gram négatif dans un cas et la culture était négative dans 4 cas. L'évolution des péritonites était favorable sous antibiothérapie chez 9 malades et 2 ont été transférés en hémodialyse devant la non amélioration de leur symptomatologie.

POM.41

L'utilisation de l'icodextrine en dialyse péritonéale : effets cliniques.

Wissal Sahtout, Yosra Guedri, Mouna Hamouda, Awatef Azzabi, Anis Belarbia, Dorsaf Zellama, Samia Bouraoui, Abdellatif Achour
(Hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie)

Introduction :

L'icodextrine est utilisée comme alternative d'agent osmotique de dextrose durant la séance longue quotidienne de la dialyse péritonéale (DP). Elle induit une ultrafiltration (UF) transcapillaire par un mécanisme ressemblant aux substances colloïdes hyperosmolaires.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur 8 patients (pts) suivis dans notre unité de DP, chez qui l'icodextrine a été indiquée.

Buts : évaluer les effets cliniques constatés lors de l'utilisation de cet agent osmotique en DP.

Résultats :

Il s'agit de 8 patients d'âge moyen 50 ± 13 ans : 6 hommes et 2 femmes. Le délai moyen d'instauration de l'icodextrine par rapport au début de la dialyse péritonéale est de 29 ± 18 mois ; 5 en DPA, 1 seul en dialyse péritonéale continue ambulatoire DPCA, 2 switchés de la DPCA à la DPA.

Nous avons constaté une amélioration de l'état général chez 7 pts, une baisse du poids dans 75% des cas, une augmentation de la clearance totale de la créatinine ($14 \pm 13,9$ l/sem) chez 7 pts. Un meilleur équilibre tensionnel a été obtenu chez 6 pts. L'UF a augmenté de 586 ± 401 mL. L'état nutritionnel s'est détérioré chez 4 pts, une cassure de la diurèse a été constatée dans 3 cas. Un pt a présenté une allergie nécessitant l'arrêt et 2 patients ont développé une péritonite grave.

Conclusion :

L'icodextrine a été associée dans la littérature à un maintien et une augmentation de l'UF et des clear sur les stases longues, préservant ainsi la technique.

POM.42

Succès d'un traitement médical d'une péritonite à Pseudomonas Aeruginosa chez une patiente en dialyse péritonéale (DP).

Wissal Sahtout, Awatef Azzabi, Yosra Guedri, Dorsaf Zellama, Belarbia Anis, Samia Bouraoui, A Achour
(Sousse, Tunisie)

Introduction

Les péritonites restent une complication majeure en DP. Les germes les plus souvent rencontrés sont les staphylocoques dans 45 à 60% des cas, les Bacilles Gram négatifs dans 25 à 30% des cas. Les infections à Bacilles et à Cocci Gram ainsi qu'à levures demeurent rares. Les péritonites à Pseudomonas Aeruginosa en représentent une forme sérieuse. Cette forme est l'une des principales causes d'échec de la technique.

Observation

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 80 ans, insuffisante rénale chronique par néphropathie interstitielle chronique, sous traitement suppléance par dialyse péritonéale depuis 2004. En Juillet 2008, elle a été hospitalisée pour un tableau associant douleurs abdominales intenses, fièvre avec frissons et troubles digestifs vomissements. Le diagnostic de péritonite aiguë a été porté devant la turbidité du liquide et l'examen cyto bactériologique retrouvant 400 leucocytes dont 95% PNN. Une antibiothérapie par Vancomycine, Claforan a été instaurée, puis changée par Fortum, Ciflox après résultat de la culture ayant poussé à Pyocyanique. L'évolution initiale était défavorable nous incitant à demander des explorations morphologiques revenues sans particularités, rajouter l'Amiklin et prescrire un régime hyperprotidique et hypercalorique. Après 3 semaines de traitement, l'évolution finale était bonne avec conservation de la technique.

Conclusion

Les péritonites à Pyocyanique sont une complication cruelle de la DP. L'infection du site de sortie et une antibiothérapie récente en sont les principaux facteurs de risque et associés à une mauvaise réponse thérapeutique. Le changement du KT ou de la technique est à considérer au cas par cas.

POM.48

Le Nombre 17 n'est pas Magique.

D Pagniez

(Lille)

A propos d'une patiente ayant présenté plusieurs infections péritonéales, nous discutons de la valeur symbolique du nombre 17.

Une patiente née en 1952, diabétique depuis l'âge de 13 ans, tabagique, hypertendue majeure, commençait la DPCA en mars 1992. Celle-ci était marquée par la survenue de nombreuses IP, toutes vues tôt, peu symptomatiques, dues à des germes cutanés, d'évolution rapidement favorable, sans altération de la perméabilité péritonéale. La patiente présentait en 1993 plusieurs AVC, avec amnésie antérograde, mais continuait d'assurer sa DPCA. Après le 17^{ème} épisode d'IP, une hémodialyse sur cathéter était commencée le 27 août 1997. La patiente présentait le 24 septembre une nécrose inférieure avec troubles du rythme, et décédait le 30 septembre.

La prise en charge de la cohorte dont provient la patiente est caractérisée par une limitation systématique de l'exposition au glucose hypertonique, alors que les patients ne sont pas transférés en hémodialyse après un nombre préétabli d'IP. Ceci peut aboutir à un nombre important d'IP, comme chez notre patiente. Curieusement, c'est plus le nombre (17) d'IP présentées par celle-ci que le pronostic globalement favorable de la cohorte qui semble avoir frappé certains. Il nous semble néanmoins que ce cas illustre la nécessité, chez les patients faisant de fréquentes IP, d'apprécier le risque relatif du transfert en hémodialyse et du maintien dans la méthode, ce dernier apparaissant faible dans notre expérience.

Les nombres 3, 5 ou 17 ne doivent pas être vus comme symboles d'un transfert obligatoire en hémodialyse.

POM.53

Voie d'abord préperitonéale : la hernie inguinale apprivoisée !

Cora Lia Denicola¹, P-Y Chavatte², Agnès Caillette-Beaudoin¹,

Roula Galland¹, P Hallonet¹,

(¹CALYDIAL et ²Centre Hospitalier Lucien Hussel, Lyon)

La survenue d'une hernie en DP conduit classiquement à un arrêt temporaire de technique. Nous rapportons l'intérêt de la cure de hernie par voie pré péritonéale, pour sa moindre morbidité. Technique : l'abord est coelioscopique, sans ouverture du péritoine, avec mise en place d'une prothèse limitant le risque de récurrence. Notre expérience : cure de hernie inguinale chez 6 hommes, 39 à 82 ans. La hernie est apparue 3 à 12 mois après le début de la DP, obligeant à 1 transfert en HD et 2 transferts en DPA avant la cure de hernie. La reprise de la DP a eu lieu en post-opératoire immédiat : chez 4 patients, à petits volumes (2 DPCA et 2 DPA), au 3^{ème} jour post-opératoire en DPCA chez un patient, au 20^{ème} jour post-opératoire chez un autre transféré en HD avant la chirurgie. Un patient a présenté une brèche péritonéale à 7 jours de l'intervention, sans arrêt de la dialyse. Aucune récurrence de hernie à la date actuelle chez ces patients. L'expérimentation et la pratique usuelle du chirurgien délicate sont les conditions de réussite de cette intervention. En conclusion, la voie d'abord pré péritonéoscopique pour la cure de la hernie inguinale chez les patients en DP donne d'excellents résultats, grâce à un chirurgien intéressé et expérimenté. Elle est

désormais un atout dans la réussite de notre programme de DP.

POM.54

3 cas de péritonite encapsulante en 3 ans : que se passe-t-il ?

Cora Lia Denicola¹, Agnès Caillette-Beaudoin¹, P Trolliet², Roula Galland¹, P Hallonet¹, J-P Grangier¹, Yolande Gagneux¹

(¹CALYDIAL et ²CHU Lyon-Sud, Lyon)

La péritonite sclérosante encapsulante (SEP) complication grave de la DP, jamais rencontrée depuis 1990 par notre équipe. Depuis 2005, rapportons 3 cas de SEP dans une file active moyenne de 60 patients/an. Les trois patients 1H, 2F; 55, 48, 50 ans, DP depuis 46, 108, 59 mois pour diabète, retour de greffe sur PNC, polykystose ; 1 DPCA, 2 DPA dont 1 avec solution sans produit de dégradation de glucose ; tous icodextrine > 40 mois ; 1 patient 3 péritonites, 2 indemnes. Diagnostic : SEP après transfert en HD. Cas 1 : 2 mois après, syndrome subocclusif, laparotomie exploratrice, suivi de décès. Cas 2 : 24 mois après, épisodes subocclusifs répétés, dénutrition sévère, ascite cloisonnée. Au scanner fibrose péritonéale encapsulante, calcifications. Essai Tamoxifène, décès 18 mois après. Pas de biopsie effectuée. Cas 3 : 1 mois après, ascite récidivante exsudative, cytologie altérée, CA125 et IL6 élevés; scanner, pet-scan, échographie abdominale sans particularités et histologie péritonéale confirmative. Traitement par corticoïdes, tamoxifène en cours, inscription sur liste d'attente de transplantation. Aucun patient n'a eu d'IRM avec injection. Conclusion : ces 3 cas de SEP sont survenus après l'arrêt de la DP, sans étiologie évidente, avec morbidité lourde : nous proposons de vérifier la morphologie et l'histologie péritonéale chez tout patient transféré de DP en HD avec troubles digestifs. Cette complication constitue un événement indésirable grave que nous serons amenés à déclarer dans le cadre de l'expérimentation nationale sur la déclaration des EIG qui débute en 2009.

POM.59

Écologie bactérienne des péritonites au centre de Saint-Maurice : Étude rétrospective du 1 janvier 2000 au 30 septembre 2006.

A Abbassi, Isabelle Poli, Fatima Yazbeck, S Roueff, Lilia Kihal, Béatrice Pegaz, Martine Saint-Georges

(Saint-Maurice)

Introduction : La péritonite (**P**) est une complication grave et fréquente. La (**P**) à Cocci gram (+), en particulier à Staphylocoque, est la plus fréquente mais celle à gram (-) est de plus en plus rencontrée.

Méthode : Notre étude a pour but d'apprécier, sur une période de 6 ans, l'écologie des péritonites dans le centre et leurs répartitions selon le germe et la prise en charge.

Discussion : Durant cette période, 59 (**P**) ont été recensées chez 128 patients correspondant à 1 péritonite tous les 49.6 mois-patient. Les (**P**) à Cocci + représentent 37% avec 20% à Staph. Coag(-), 1,7% à Staph. Doré, 13,6% à Streptocoque et 1,7% à Stomatococcus. Celles à gram(-) représentent 24%, les germes multiples 10%, le Candida et le BK 4% et les cultures stériles 25%.

En tenant compte du type de prise en charge , nous avons observé une prédominance :

- Des (P) Gram(-) (35%) et à culture stérile (29%) dans le groupe patient avec IDE (pIDE), .
- Des (P) à Cocci gram (+) (54%) dans le groupe des patients autonomes ou aidés par famille (pAF).
- Des (P) à gram cocci (+) (33%) et à culture stérile (29%) dans le groupe DPCA.
- Des (P) à Cocci gram (+) (46%) dans le groupe DPA.

Conclusion : Dans le centre, la (P) à Cocci gram(+) reste la plus fréquente en particulier chez les (pAF) ou traités par DPA. Chez les (pIDE) la (P) à gram (-) est prédominante. Notons le taux important des (P) à culture négative (25%).

POM.65

Péritonite encapsulante après transplantation rénale.

A Ould Mohamed, Catherine Dupré- Goudable, N Kamar, L Rostaing, (Toulouse)

RESUME : *la péritonite encapsulante ou sclérosante est une entité pathologique rare dont la physiopathologie est mal élucidée avec des signes cliniques et radiologiques peu spécifiques associant un syndrome occlusif et une sclérose de la membrane péritonéale. Il s'agit d'une complication sérieuse à long terme de la dialyse péritonéale. Nous rapportons 2cas de péritonite encapsulante (PE) en post transplantation, traités par tamoxifène et corticoïdes. CAS 1 : Homme âgé de 60 ans, IRCT depuis 2002 traité par DPCA, transplanté en 2006 hospitalisé 4 mois après la greffe pour syndrome occlusif. Une laparotomie et la biopsie confirme le diagnostic. Le patient a reçu du tamoxifène 20mg par jour CAS 2 :Homme âgé de 41ans, IRCT sur maladie de berger en 1989,dialysé péritonéale de 2001 à 2007 , antécédent de 4 greffes rénales, la dernière réalisée en octobre 2007,hospitalisé en février 2008 pour syndrome occlusif et ascite de grande importance. le diagnostic de la péritonite encapsulante(PE) a été fait par laparoscopie et scanner .le patient a été traité par tamoxifène 10mg par jour sans amélioration notable.*

- **DISCUSSION** *Le principal facteur responsable de la PE pourrait être l'infection péritonéale(1). La péritonite encapsulante(PE) est un diagnostic clinique appuyé par les critères histologiques montrant la sclérose péritonéale. La première étape du traitement est l'arrêt de la dialyse péritonéale. Le Tamoxifène est un antioestrogène, Son efficacité serait probablement due à une activité anti-TGFβ1. .*
- **CONCLUSION:** *la PE constitue une complication grave de la DP; elle peut survenir plusieurs années après l'arrêt de la dialyse péritonéale et même apres transplantation rénale.*

POM.66

DP sur la planète Mars(eille).

L Frantzen, Myriam Elbaz, Stéphanie Clos (Clinique de la Résidence du Parc, Marseille)

Il s'agit avant tout d'une présentation powerpoint plutôt ironique, agrémentée de jolies images de martiens, de Mars et de Mars(eille).

Cette présentation retrace la mise en place de la dialyse péritonéale dans un centre de dialyse privé à Marseille, ville où la DP reste une technique "exotique" et confidentielle. En effet moins de 1% des patients dialysés à Marseille sont en DP et avant notre démarrage 0% dans le privé.

On retrace l'histoire de M. B, un patient dynamique (chef d'entreprise d'une petite PME de courtage en céréales) admis le 1er avril en réanimation suite à une décompensation rapide d'une IRC sur une néphropathie diabétique, nécessitant la mise en hémodialyse en urgence sur cathéter.

Mi-avril, il va émettre le souhait d'être switché en DP.

Notre équipe avait initialement prévu de démarrer la DP qu'en 2009, après le déménagement dans de nouveaux locaux. On a finalement réussi à mettre sur pied un programme de DP (formation des IDE, installation des locaux, rédaction des protocoles, visite de conformité,...) en l'espace de 2 mois avec l'installation à domicile du patient (en DPCA) fin juin.

Liste des auteurs des résumés

Auteurs	n° page	Auteurs	n° page	Auteurs	n° page	Auteurs	n° page
Abbassi A.....	15,21	Devolder I.....	8	Lireux M.....	4	Thill V.....	7
Abbassi I.....	15,16	Douelle M.....	4	Lobbedez T.....	4,6,13,14	Thomas K.....	17
Abderhamid E.....	7,9	Dratwa M.....	7,8,18	Lombard D.....	17	Trolliet P.....	21
Aboky Y S.....	11	Duhamel A.....	14	Marangon N.....	4	Van Biesen W.....	8,19
Achour A.....	7,8,10	Dumortier F.....	18	Marin A-M.....	5,12	Vanholder R.....	8
Aguilera D.....	15	Dupre Goudable C.....	22	Marion K.....	6,7	Vécina F.....	6,7
Albert C.....	10,13	Durand P-Y.....	10,11,13	Martin-Dupont Ph.....	3	Veillon S.....	13
Amirou M.....	17	Elhomsy G.....	17	Mazouzi M.....	15,16	Verdier J-F.....	13
Arkouche W.....	13	Fave S.....	13	Mbalu E.....	3	Verger Ch.....	12,13,14
Assilatam S.....	3	Ficheux M.....	6,14	Meeus F.....	15,16	Verleysen A.....	8
Azzabi A.....	20	Fosso C.....	18	Meidinger C.....	4	Vernier I.....	5,11,12
Baghdassarian B.....	13	Fouque D.....	13	Menoyo Calonge V.....	8	Vijt D.....	8,19
Ballout A.....	7	Frantzen L.....	22	Mercier C.....	5,11,12	Watine J.....	17
Balteau P.....	18	Frimat L.....	14	Mesquita M.....	7,18	Wens R.....	7,8
Bayahia R.....	7	Gagneux Y.....	5,12,16,21	Milcent Th.....	17,18	Wieslander A.....	15
Bdir C.....	9,19,20	Galland R.....	5,12,16,21	Mollet-Niger F.....	12	Wigno V.....	4
Béji S.....	17	Geslot B.....	15	Montagnac R.....	17	Yazbeck F.....	21
Belarbia A.....	10,20	Gilles B.....	3	Myriam E.....	22	Zabadani B.....	6,7
Ben Abdallah T.....	9,19,20	Givaudan F.....	15	Nabut J.....	15	Zellama D.....	10,20
Ben Hamida F.....	9,19	Glathoud B.....	13	Naveerasoon Z.....	3		
Ben Maiz H.....	9,19	Godart C.....	10	Nyandwi J.....	17		
Ben Moussa F.....	17	Goffin E.....	7	Ould Mohamed A.....	22		
Benamar L.....	7	Gombert-Jupille B.....	4	Ounissi M.....	9,19,20		
Benarbia S.....	11	Goucha R.....	19	Paderno M-Ch.....	11		
Berger V.....	5,12	Grangier J-P.....	5,16,21	Pagniez D.....	9,14,21		
Berlan-Mercier C.....	3	Gregoire Ch.....	4	Paris P.....	18		
Besselievre T.....	14	Guebre F.....	13	Peeters M.....	18		
Beuscart J-B.....	9,14	Guedri Y.....	10,2	Pegaz B.....	21		
Bogaert M.....	19	Haag-Weber M.....	15	Piquet-Gauthier A.....	5,16		
Boisard M.....	17	Habli I.....	19,2	Plagnes S.....	5,11,12		
Boulangier E.....	14	Hached Ri.....	17	Planquois V.....	13		
Bouraoui S.....	10,2	Haemmerle C.....	6	Polfiet N.....	19		
Bouvier N.....	13	Hallonet P.....	5,12,16,21	Poli I.....	21		
Box V.....	5,11,12	Hamouda M.....	10,2	Pommereau A.....	3		
Braeyer I.....	18	Hansen C.....	16	Praet H.....	19		
Branger B.....	6,7	Hartman J-P.....	18	Prère M-F.....	17		
Caillette-Beaudoin A.....	5,12,16,21	Haug U.....	15	Prunel J.....	18		
Cantet V.....	18	Hedri H.....	9,19	Quirin N.....	13		
Carceles O.....	6	Henri P.....	6	Reboul P.....	6,7		
Cardozo C.....	13	Huguet G.....	6	Robitaille G.....	9		
Cassagnes B.....	4	Hurault de Ligny B.....	6	Romain S.....	5,11,12		
Cavalié L.....	17	Jaulin J-P.....	17	Rossez N.....	7,8		
Ceresa C.....	15	Jouini H.....	19,2	Rostaing L.....	22		
Chanliau J.....	14	Kamar N.....	22	Roueff S.....	21		
Charbonnel C.....	13	Keller N.....	7	Rusterholz Th.....	10		
Charlois A-L.....	13	Kessler M.....	14	Ryckelynck J-Ph.....	4,6,13,14		
Chavatte P-Y.....	21	Kheder A.....	9,19,20	Sahtout W.....	10,20		
Ciobotaru M.....	17	Kihal L.....	21	Saimbault A.....	8		
Clos S.....	22	Klein A.....	9	Saint-Georges M.....	15,21		
Collart F.....	8	Laureys M.....	7	Salleron J.....	14		
Collomb S.....	13	Laville M.....	13	Schillinger F.....	17		
Defawe C.....	8	Lecouf A.....	14	Schlesinger J-P.....	3		
Delevoye N.....	4	Lefrançois G.....	8	Schmauch A.....	3		
Demirdjian H.....	5,12	Lemerour V.....	11	Schuller E.....	4,6		
Denicola C-L.....	5,12,16,21	Lessore C.....	9,14	Slimani M.....	15		
Denouel M.....	16	Leveneux G.....	4	Tallec N.....	3		
Deppisch R.....	15	Libertalis M.....	7,18	Taudou V.....	5,11,12		
Dequidt C.....	19	Lionet A.....	9	Testa A.....	13		
Desbonnes S.....	3	Liousfi Z.....	7,8	Tetaud L.....	17		

Légende des codes :

- INF : Présentation orale infirmières en session simultanée (page S3 - S6)
- MED : Présentation orale médicale en session simultanée (page S6 - S10)
- PLI : Présentation orale infirmière en session plénière (page S7 - S13)
- PLM : Présentation orale médicale en session plénière (page S13- S15)
- POI : Poster infirmier (page S15 - S17)
- POM : Poster médical (page S17 - S22)