

Le Bulletin de la Dialyse à Domicile

REVUE DE PRESSE DU CLUB DES JEUNES NEPHROLOGUES (CJN) : 4e TRIMESTRE 2019 DE LA DIALYSE A DOMICILE

Julie Morinière Beaume⁶, Céline Nodimar⁷, Guillaume Seret⁸, Laurence Vrigneaud⁹, Stanislas Bataille¹, Odette Carceles²,
Morgane Gosselin³, Antoine Lanot⁴, Frédéric Lavainne⁵

¹ Clinique Bouchard (Marseille), ² CHT Gaston-Bourret (Nouvelle Calédonie), ³ Fondation AUB Santé (Brest), ⁴ CHR Clemenceau (Caen), ⁵ ECHO (Nantes),
⁶ AVODD Sainte Anne (Toulon), ⁷ AURAD Aquitaine (Bordeaux), ⁸ ECHO Pôle Sud (Le Mans), ⁹ Hopital Privé la Louvière (Lille)

Introduction (NDLR)

Un groupe de néphrologues issus du Club des jeunes Néphrologues sélectionne chaque mois à tour de rôle un article de la littérature internationale en rapport avec la dialyse à domicile, Dialyse Péritonéale ou Hémodialyse à Domicile, et en propose un résumé en français et son analyse. Ces résumés sont librement téléchargeables sur le site du RDPLF à l'adresse : <https://www.rdplf.org/biblio.html>. A partir de décembre 2018 ceux sélectionnés au cours du trimestre par ces néphrologues sont publiés sous leur nom dans la présente rubrique du Bulletin de la Dialyse à Domicile.

Articles analysés dans ce numéro

- Résumé 1 : Ultrafiltration péritonéale dans l'insuffisance cardiaque : leçons d'un essai contrôlé randomisé.

-Résumé 2 : Se baigner en dialyse péritonéale: recommandations des unités de DP australiennes

- Résumé 3 : Prévalence et management de l'anémie en dialyse péritonéale au niveau international

Résumé 1 : Ultrafiltration péritonéale dans l'insuffisance cardiaque : leçons d'un essai contrôlé randomisé.

Article original : Peritoneal ultrafiltration for heart failure: lessons from a randomized controlled trial. Ye et al. BMC Nephrology (2019) 20 :238

<http://www.pdconnect.com/content/39/5/486.abstract>

Résumé (Julie Morinière-Beaume)

Introduction

Les épisodes de décompensation cardiaque sont responsables d'une surmortalité et de plus d'un

million d'hospitalisation par an dans le monde. Le traitement médical optimal échoue parfois à améliorer ces patients notamment du fait d'une résistance aux diurétiques. Plusieurs études observationnelles semblent montrer un bénéfice de l'ultrafiltration péritonéale (UFp), à pondérer par les risques potentiels de complications mécaniques et infectieuses du cathéter.

Méthodes

The Peritoneal Dialysis in Heart Failure study (PDHF) est un essai prospectif randomisé multicentrique visant à établir le bénéfice de l'UFp chez les patients insuffisants cardiaques (IC) résistant aux diurétiques. Les patients sont randomisés entre traitement médical optimal seul ou associé à un échange long nocturne quotidien à base d'icodextrine avec un suivi de 32 semaines.

Les critères d'inclusion sont un score NYHA 3 ou 4, une MRC stade 3 ou 4, un traitement médical optimal depuis au moins 4 semaines, une FEVG <40% et une résistance au traitement diurétique.

Le critère d'évaluation principal est l'évolution du test de marche de 6 minutes entre l'initiation du

traitement et la semaine 28. Les critères secondaires sont le nombre d'hospitalisation toutes causes ou liées à l'IC, la mortalité toutes causes et les variations de scores de sévérité. L'objectif de recrutement était de 130 patients.

Résultats

L'étude a dû être stoppée prématurément en raison d'un nombre de patients insuffisants. Malgré 290 patients pré sélectionnés sur une période de 2 ans, seulement 20 ont été éligibles et finalement 10 patients randomisés. A la fin de la période de suivi c'est seulement 3 patients qui ont terminé l'étude.

Les principales raisons d'exclusion ont été un DFG finalement trop élevé (>60ml/min), un traitement médical non optimisé le plus souvent sans utilisation de l'association sacubitril/valsartan ou resynchronisation. Enfin les auteurs retiennent aussi le manque de patients enclins à participer compte tenu de leur état particulièrement fragile et comorbide et la réticence des équipes à envisager une procédure invasive chez ces mêmes patients.

Les leçons de cet échec permettent aux auteurs de suggérer quelques hypothèses :

- l'optimisation du recrutement pourrait passer par un plus grand nombre de sites recruteurs, une meilleure formation des équipes de néphrologie et de cardiologie à la faisabilité de la technique, une sélection des patients plus en amont avant que leur état clinique ne soit trop grave.
- La dégradation de la fonction rénale de ces patients en cours de décompensation est souvent contextuelle et s'améliore souvent concomitamment avec la réduction de l'état de surcharge hydrosodée ce qui doit faire revoir la notion de MRC sévère à l'inclusion.
- La mise en place d'un traitement médical optimisé a bien sa place dans la gestion du patient IC et permet de réduire le nombre de patients vraiment réfractaires à une minorité, rendant le recours à l'UFp moins fréquemment utile.

Discussion et conclusions

En conclusion, l'échec de cet essai randomisé visant à montrer un bénéfice de l'UFp dans l'arsenal thérapeutique du patient IC doit faire réfléchir quant à la place de la technique dans cette indication à la fois dans le choix des patients et du timing. Les auteurs espèrent

que les leçons tirées de cette expérience aideront à la réflexion de nouveaux travaux pour mieux évaluer le rapport bénéfice/risque de l'UFp chez ces patients fragiles.

Résumé 2 : Se baigner en dialyse péritonéale: recommandations des unités de DP australiennes

Article original: Swimming on peritoneal dialysis, recommendations from Australian PD units.

Perit Dial Int. 2019 Nov-Dec;39(6):527-531. doi: 10.3747/pdi.2018.00254

<http://www.pdconnect.com/content/39/6/527.full.pdf+html>

Résumé (Odettes Carceles)

Introduction

Rien ne prouve qu'il faut protéger l'émergence du cathéter (KT) de dialyse péritonéale (DP) avant d'aller se baigner, afin d'éviter le risque d'infection. Les objectifs de l'étude étaient de compter le nombre de centres de DP en Australie qui encouragent la baignade des patients en DP, de recueillir les recommandations concernant le KT et l'émergence, ainsi que les complications infectieuses en conséquence.

Les recommandations les plus récentes de l'ISPD encouragent de protéger l'émergence et le KT au moment de prendre un bain ou de faire de la natation. Cependant, aucune donnée n'a été publiée dans ce domaine.

Les infections sont toujours la principale cause d'échec de la technique. En Australie, les péritonites représentent 2/3 des causes d'échec. Les taux de péritonites sont très différents selon les centres, globalement plus élevés en Australie que dans d'autres pays. En 2016 en Australie, on compte 2439 patients en DP, dans 61 centres de DP.

Méthode

Des infirmières (IDE) de DP ont menés des sondages téléphoniques auprès d'IDE de 39 centres de DP, entre novembre 2016 et février 2018.

Résultats

Le nombre moyen de patients par centre était de 59 (2-234). 77% (30) des centres seulement préconisent la baignade, et parmi eux, 23% uniquement (9) ont un protocole écrit. Or, presque tous les patients en DP se baignent. La majorité des centres préconise les baignades en mer (85%) ou en piscine

privée (90%). Les bains en rivières, lacs, spa/jacuzzis, ou piscine publique sont à éviter.

La protection de l'émergence et du KT est recommandée avec un pansement transparent étanche ou une poche de colostomie, en immobilisant bien le cathéter. Tous les centres interrogés recommandent de refaire le pansement d'émergence du KT juste après la baignade, avec le protocole habituel, après une douche.

L'antibiothérapie prophylactique par topiques locaux était appliquée dans seulement 51% (20) des centres. Un centre utilise le miel thérapeutique sur l'émergence en routine.

En plus des soins locaux, 3 centres recommandent de changer le bouchon blanc minicap.

Au total, il y a eu 7 infections d'émergence et 2 épisodes de péritonites a priori en lien avec la baignade, mais sans certitude (identification du germe non disponible).

Discussion et conclusions

Les infections semblent rares parmi les baigneurs en DP. Aucune donnée fiable sur le risque infectieux ne permet de recommander soit l'utilisation d'un pansement soit de laisser l'émergence à l'air libre. Les recommandations de ces centres de DP australiens sont basées sur l'expérience des IDE et des néphrologues, avec leurs biais liés aux préférences de chacun. Il paraît capital de soutenir les choix du patient, d'encourager le maintien de son mode de vie et de s'assurer que ceux qui veulent se baigner, puissent le faire de manière sûre.

D'autres études sont évidemment nécessaires pour savoir si les baigneurs s'exposent à un risque accru d'infection.

Résumé 3 : Prévalence et management de l'anémie en dialyse péritonéale au niveau international

Articles original: International anemia prevalence and management in peritoneal dialysis patients.

Perlman et al. Perit Dial Int. 2019 Nov-Dec; 39(6):539-546. doi: 10.3747/pdi.2018.00249

Résumé (Morgane Gosselin)

Introduction

La gestion de l'anémie en dialyse péritonéale n'est pas encore complètement codifiée. Quelques éléments déjà distinguent la physiologie de l'anémie du patient en dialyse péritonéale de celle du patient hémodialysé.

Il n'y a pas de perte de circuit et potentiellement moins de carence en fer. Les prélèvements sanguins sont théoriquement moins fréquents comparés à l'hémodialyse. Les patients en DP peuvent également différer de part leur statut inflammatoire, de part la persistance d'une fonction rénale résiduelle, conduisant à une réponse aux ASEs variable, à une mobilisation des réserves martiales différente. Les modalités d'utilisation et les politiques de remboursement peuvent également varier d'un pays à l'autre. L'objectif de l'étude a donc été de mieux décrire la gestion actuelle de l'anémie du patient en dialyse péritonéale au niveau international.

Matériels et Méthodes

L'étude PDOPPS (The Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) a regroupé les patients en dialyse péritonéale de 6 pays de 2014 à 2017 (Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, Japon, Royaume-Uni, Etats-Unis). Le taux d'hémoglobine (Hb), la Ferritine, le Coefficient de saturation de la transferrine (TSAT), les modalités d'administration du fer, les modalités d'administration de l'ASE (quelque soit son type) ont été relevés dans chacun des 6 pays concernés.

Résultats

3603 patients ont été inclus. Aux EU, les patients étaient plus jeunes (57.6 ans en moyenne, vs 61.5-64.9 ans). Au Japon, la DPA est moins utilisée (37% vs 66%-84%) et les patients ont un IMC plus bas (22.8 kg/m² vs 26.8-29.3 kg/m²). La durée moyenne en DP varie également: de 1.6 ans aux EU à 2.1 ans au Japon. La diurèse des 24h était comparable d'un pays à l'autre.

L'Hb moyenne varie de 11 à 11,3 g /dl. La majorité des patients (53 à 59%) ont une Hb moyenne variant entre 10 g /dl et 11,9 g /dl; 4 à 12% des patients ayant une Hb > 13g/dl et 16 à 23% <10g/dl. L'utilisation des ASEs est supérieure au Japon (94% contre 66% à 71% des patients ailleurs). La prescription des ASE de courte durée d'action a décliné au profit des EPO de longue durée d'action (Epoetin beta recombinante pégylée), la plus utilisée au Japon (55% - 59% 2015-2017). La dose d'ASEs ne varie pas significativement d'un pays à l'autre (dose médiane de Darbepoetin variant de 20 à 31 µg/sem et celle de l'Epoetin β de 2600 à 6600 unités/sem, celle de l'Epoetin β pégylée de 25 à 30 µg/sem). Les besoins en ASEs diminuent chez les patients polykystiques (OR 0.42, 95% IC 0.27-0.66). Une bonne diurèse résiduelle est associée à une réduction des besoins en ASEs (OR 0.95, 95% IC 0.93-0.96). Les modes et fréquences d'administration varient d'un pays à l'autre: la voie IV

est plus fréquente au Japon, et la voie S/C ailleurs (94%-99%).

Aux EU, 63% des patients ont une Ferritine >500ng/ml, comparé aux autres pays (entre 5% et 38%). Au Japon, 44% des patients ont une ferritine <100 ng/ml. Aux EU et au Japon, entre 87% et 89% des patients ont un coefficient de saturation >20%, variant de 73% et 76% dans les autres pays.

L'utilisation de fer intraveineux était plus importante aux EU (55% des patients dans les 4 premiers mois de l'étude) que dans les autres pays (6 à 17%). La dose moyenne de Fer IV était de 209 mg/mois.

Discussion

Les taux d'Hb sont similaires d'un pays à l'autre mais les stratégies de gestion de l'anémie diffèrent: le type d'ASE, sa dose, son mode d'administration varie. Mêmes remarques pour la gestion du fer. Par exemple, au Japon, il est recommandé de débiter les ASEs lorsque le taux d'Hb <11g/dl, les KDIGO le recommandant lorsque l'Hb < 10g/dl g/dl. Au Japon, les ASEs ne sont pas inclus dans le forfait DP, pouvant influencer son mode de prescription. Le type d'ASEs utilisé varie en fonction des AMM propres à chaque pays. La fréquence d'administration varie en fonction du degré d'autonomie du patient. La voie majoritaire d'administration est sous-cutanée (la différence nipponne s'explique par d'anciennes recommandations datant d'avant 2015).

La voie d'administration du fer est variable et la dose médiane relativement élevée dans certains pays (s'expliquant peut-être par un biais de sélection: une moindre réponse à la prescription de Fer par voie PO chez ces patients). Les KDIGO recommandent une supplémentation quand le TSAT \leq 30% et la Ferritine \leq 500 ng/ml. Les recommandations propres à chaque pays varient ensuite (au Royaume-Uni, TSAT <20% et Ferritine <100ng/ml). Les objectifs à ne pas dépasser restent à mieux définir. Il n'y a pas d'explications à l'utilisation plus importante de Fer IV aux EU. Le Fer PO est plus fréquemment utilisé chez les Canadiens et Japonais. L'administration du Fer IV est bien toléré à

court terme mais les effets à long terme, en particulier liés à l'inflammation, à la mortalité cardio vasculaire sont moins bien connus (bien qu'une méta analyse récente de CJASN 2018 soit plutôt rassurante). La Ferritine est plus élevée aux EU. Cette différence s'explique par des guidelines différents mais peut également s'expliquer par une inflammation plus importante. Il aurait fallu comparer la ferritine aux marqueurs de l'inflammation. Le fait d'avoir un TSAT plus élevé au Japon n'est pas expliqué. La fréquence des bilans sanguins est variable d'un pays à l'autre: mensuelle majoritairement aux EU et Japon et trimestrielle ailleurs.

Ainsi, il s'agit d'une large étude internationale se concentrant sur les pratiques en dialyse péritonéale de plusieurs pays sur plusieurs années associée à une bonne représentation des différents modes d'exercice (comprenant structures publiques et privées)

Les difficultés d'interprétation des résultats sont liées à l'exclusion des petites structures (moins de 20 patients), au lissage sur plusieurs années masquant les changements de pratique ponctuels au cours de ces années. Aucune explication n'est donnée à l'utilisation plus importante de fer IV au EU, à la ferritine plus élevée aux EU (pas de marqueurs de l'inflammation), et au TSAT plus élevé au Japon.

Conclusion

Cette étude observationnelle internationale permet de mettre en évidence des taux similaires d'hémoglobine en dialyse péritonéale selon les pays observés avec cependant des différences significatives dans l'utilisation des ASEs et du Fer. Aux EU, la ferritine est plus élevée et la quantité de Fer administrée plus importante que dans les autres pays. Des recommandations internationales basées sur de solides études cliniques sont à mettre en place dans le management de l'anémie des patients en dialyse péritonéale.

les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt pour cet article.

Reçu le 10/12/19, publié le 15/12/19

Open Access : cet article est sous licence Creative Commons CC BY 4.0 : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>

Vous êtes autorisé à :

Partager — copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous formats

Adapter — remixer, transformer et créer à partir du matériel pour toute utilisation, y compris commerciale.

Cette licence est acceptable pour des œuvres culturelles libres.

L'Offrant ne peut retirer les autorisations concédées par la licence tant que vous appliquez les termes de cette licence.

Selon les conditions suivantes :

Attribution — Vous devez créditer l'Œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'Œuvre. Vous devez indiquer ces informations par tous les moyens raisonnables, sans toutefois suggérer que l'Offrant vous soutient ou soutient la façon dont vous avez utilisé son Œuvre. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.