

Le Bulletin de la Dialyse à Domicile

TRADUCTION DES RECOMMANDATIONS DE L'ISPD JANVIER 2020

Recommandations de pratique de la Société internationale de dialyse péritonéale: prescrire une dialyse péritonéale de haute qualité dirigée par un objectif

texte original open acces : [Perit Dial Int](https://doi.org/10.1177/0896860819895364). Janvier 2020, 1-10 <https://doi.org/10.1177/0896860819895364>

Traduction réalisée sous l'égide du RDPLF par

Dr Christian Verger, président du RDPLF
RDPLF, 30 rue Sere Depoin, 95300 Pontoise – France

Professeur Max Dratwa,
Hopital Universitaire Brugmann – Bruxelles – Belgique

**Recommandations de la Société Internationale de Dialyse Péritonéale (ISPD) sous le titre :
International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-
quality goal-directed peritoneal dialysis**

Peritoneal Dialysis International. DOI : 10.1177/0896860819895364

Edwina A Brown, Peter G Blake, Neil Boudville, Simon Davies, Javier de Arteaga, Jie Dong, Fred Finkelstein, Marjorie Foo, Helen Hurst, David W Johnson, Mark Johnson, Adrian Liew, Thyago Moraes, Jeff Perl, Rukshana Shroff, Isaac Teitelbaum, Angela Yee-Moon Wang and Bradley Warady

Cette traduction est uniquement destinée à aider les professionnels de la communauté francophone à prendre connaissance des recommandations de l'ISPD dans leur langue maternelle. Le texte original est disponible et téléchargeable à l'adresse :

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0896860819895364>

Toute référence doit se faire au texte original et non à la traduction, en respectant les règles de copyright Creative Computing du texte original : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Key word : Guideline, peritoneal dialysis prescribing, quality of life, small solute removal

Mots Clefs : recommandations, prescription de dialyse péritonéale, qualité de vie, épuration petites molécules.

Résumé profane

La dernière publication des recommandations de l'ISPD concernant la prescription de la dialyse péritonéale (DP) date de 2006. Elle était centrée sur l'élimination des toxines et utilisait l'urée comme indice d'épuration. Cette approche a suggéré qu'une quantité spécifique d'élimination des petits solutés était nécessaire pour obtenir une dialyse « adéquate ». Cependant, il est désormais généralement admis que le bien-être de la personne dialysée est également lié à d'autres facteurs, différents et non uniquement à l'élimination de toxines spécifiques. Ces recommandations ont été rédigées en mettant l'accent sur la personne qui est traitée par DP. Il est proposé que la prescription de dialyse soit « ciblée ». Cela implique des discussions entre la personne traitée par DP et l'équipe de soins (prise de décision partagée) pour définir les objectifs de soins dans la prescription de dialyse. Les objectifs de ces recommandations sont (1) de permettre à la personne traitée par DP d'atteindre ses propres objectifs de vie et (2) favoriser la prescription de soins de dialyse de haute qualité par l'équipe soignante.

Recommandations clefs

1. La DP devrait être prescrite conformément à une prise de décision partagée entre la personne en DP et l'équipe de soins. Le but est d'établir des objectifs de soins réalistes, qui (1) maintiennent autant que possible la qualité de vie de la personne dialysée en lui permettant d'atteindre ses objectifs de vie, (2) minimisent les symptômes et la lourdeur du traitement, tout en (3) garantissant des soins de haute qualité.
2. La prescription de DP doit prendre en compte les ressources du pays, le mode de vie de sa population et les souhaits de la personne traitée, mais aussi ceux de sa famille, en particulier si elle lui fournit une assistance.
3. Un certain nombre de mesures garantissent une dialyse de qualité :
 - a. Evaluation des résultats perçus par la personne en DP – évaluation de sa qualité de vie et de son sentiment de bien-être. Elle doit prendre en compte ses symptômes, l'impact du régime de dialyse sur sa vie, sa santé mentale et sa situation sociale.
 - b. Le statut hydrique constitue une part importante de la dialyse. Le débit urinaire et la soustraction liquidienne par dialyse contribuent tous deux à maintenir un bon état hydrique. Une évaluation régulière de l'état hydrique, incluant la pression artérielle et l'examen clinique, devraient faire partie des soins de routine.
 - c. L'état nutritionnel du patient doit être évalué régulièrement par une évaluation de son appétit, un examen clinique, la pesée et des tests sanguins (potassium, bicarbonate, phosphate, albumine). L'apport alimentaire en potassium, phosphate, sodium, protéines, glucides et lipides peut également nécessiter une évaluation et être ajusté.
 - d. L'élimination des toxines, qui peut être estimée à l'aide d'un calcul appelé Kt/V de l'urée et/ou de la clairance de la créatinine. Les deux mesurent la quantité de dialyse délivrée. Il n'y a aucune preuve d'une meilleure qualité de dialyse associée à l'atteinte d'une valeur cible spécifique pour ces mesures.
4. La fonction rénale résiduelle doit être connue pour toutes les personnes en DP. Leur prise en charge devrait être concentrée sur sa préservation aussi longtemps que possible.
5. Pour certaines personnes qui nécessitent une dialyse mais sont âgées, fragiles ou ont un mauvais pronostic, la qualité de vie peut être améliorée par une prescription de DP réduite, afin de minimiser le fardeau du traitement.
6. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, tous les efforts doivent être faits pour se conformer à ces recommandations, en tenant compte des ressources limitées.
7. Les principes de prescription et d'évaluation d'une DP de haute qualité pour les enfants sont les mêmes que ceux pour les adultes. Dans tous les cas, la prescription de DP doit répondre aux besoins médicaux, tout en assurant une santé mentale, sociale et financière à l'enfant et à sa famille.

Contexte

La Société Internationale de Dialyse Péritonéale (ISPD) a publié pour la dernière fois des lignes directrices sur la prescription de la dialyse péritonéale (DP) en 2006 [1]. Celles-ci se concentraient principalement sur les cibles d'élimination des petites molécules (clairance de la créatinine et Kt/ V urée) et de l'ultrafiltration. Même si les recommandations de cette publication commençaient par « L'adéquation de la dialyse doit être interprétée cliniquement plutôt que de cibler uniquement l'élimination des solutés et de l'eau », cette recommandation a souvent été interprétée comme stipulant qu'il devait y avoir une cible minimale d'élimination des petites molécules. En effet, dans certains établissements de soins de santé, la prescription de la DP s'est efforcée avant tout d'obtenir les cibles d'épuration des petites molécules suggérées par les recommandations de 2006, sans se soucier de l'impact sur la qualité de vie des patients de l'augmentation du nombre d'échanges de dialyse ou des heures à passer sur un cycleur.

Depuis 2006, les besoins de dialyse ont considérablement changé avec l'augmentation de la multimorbidité liée à l'accroissement du nombre de personnes atteintes de diabète et/ ou dans des groupes plus âgés. Il est donc de plus en plus admis que la dialyse n'est qu'une composante des différents traitements affectant les résultats (voir figure 1).

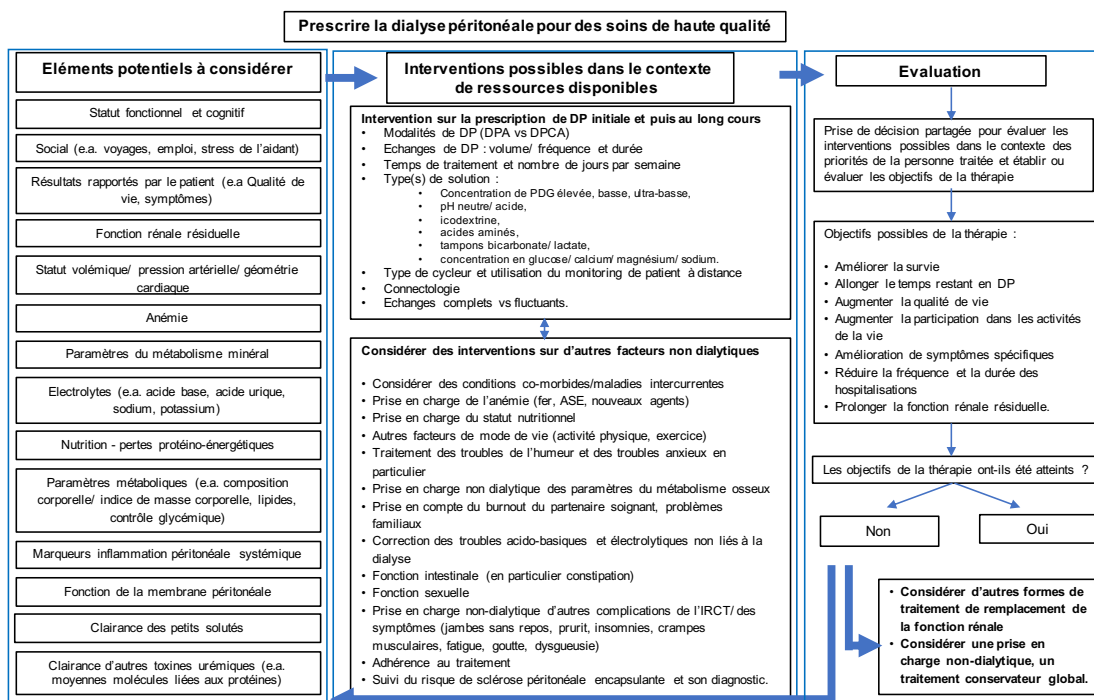


Figure 1. Complexité des soins lors de la prescription d'une dialyse péritonéale de haute qualité.

La nécessité d'un changement à propos de l'initiation de la dialyse, des modalités de choix et de prescription constituait le point central des discussions lors de la conférence des KDIGO en janvier 2018. A cette réunion il fut proposé qu'il y ait un changement de terminologie de « dialyse adéquate » en « but à atteindre », ce dernier résultant de la décision prise conjointement par le patient et l'équipe soignante, pour déterminer des objectifs de soins réalistes, qui permettront au patient d'atteindre ses propres objectifs et au clinicien de fournir une dialyse personnalisée et de haute qualité [2].

L'évaluation de la qualité de la dialyse nécessiterait de nombreuses mesures : la fonction rénale résiduelle, le statut hydrique, les mesures biochimiques, l'état nutritionnel, la fonction cardiovasculaire, la clairance des petits solutés, ainsi que l'appréciation de la satisfaction et du bien-être du patient : ses symptômes, ses expériences et objectifs individuels [2] (tableau 1).

Cette approche orientée vers les objectifs corrobore les résultats de l'initiative SONG-PD (<https://songinitiative.org/projects/song-pd/>), qui a identifié des résultats significatifs pour les priorités centrales de la DP désignées conjointement par les patients, les soignants et les professionnels de la santé [3]. Ces principales priorités concernaient l'infection en DP, les maladies cardiovasculaires, la mortalité, l'échec de la DP et la qualité de la vie sociale du patient [4]. Il n'y a aucune preuve qu'une faible clairance des solutés ou que seule la clairance des petits solutés génère directement ces résultats, sauf pour une petite proportion de sujets pour lesquels le transfert de DP en HD aurait été justifié par une élimination insuffisante des petites molécules [5,6]. Par ailleurs, les infections en DP et les pathologies cardio-vasculaires ont déjà été traitées dans des recommandations récentes de l'ISPD [7-10].

Facteurs influant le devenir des patients en Dialyse Péritonéale.

Facteurs	Impact
Comorbidités	Symptômes Poly-médication Altération fonctions physiques Altération fonctions cognitives Déperdition protéino-énergétique Psycho-social
Age	Altération fonctions physiques Altération fonctions cognitives Déperdition protéino-énergétique Chutes Démence/délire Fragilité
Liés à la dialyse	Symptômes Polymédication Statut volume : surcharge ou déplétion volémique Manque d'appétit Déperdition protéino-énergétique Fardeau de la dialyse Fatigue et malaise Prurit Insomnie Infections
Psycho-sociaux	Dépression, Anxiété, Soucis financiers, Soutien social, Perte d'emploi Temps réduit pour la vie sociale

Compte tenu de ces changements d'orientation clinique, le comité des recommandations (Guidelines Committee) de l'ISPD a invité un groupe international de néphrologues représentatifs à rédiger de nouvelles recommandations de pratiques pour prescrire une DP de haute qualité et orientée vers les « buts à atteindre ». Ces recommandations sont résumées dans cet article avec les processus de réflexion sous-jacents et/ ou les preuves dans les références accompagnant ce supplément de PDI.

Le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) a été utilisé pour classer le niveau de certitude des données probantes et le niveau des recommandations dans les rapports des « guidelines » cliniques [11,12].

La force des recommandations est indiquée comme niveau 1 (nous recommandons), niveau 2 (nous suggérons) ou non classé ; la certitude du niveau des preuves est indiquée comme A (certitude élevée), B (certitude modérée), C (certitude faible) ou D (très faible certitude). Nous avons choisi d'appeler « points pratiques » les déclarations avec des preuves à faible niveau de certitude (2C, 2D).

La force des recommandations est indiquée comme niveau 1 (nous recommandons), niveau 2 (nous suggérons) ou non classé ; la certitude du niveau des preuves est indiquée comme A (certitude élevée), B (certitude modérée), C (certitude faible) ou D (très faible certitude). Nous avons choisi d'appeler « points pratiques » les déclarations avec des preuves à faible niveau de certitude (2C, 2D).

La force des recommandations est indiquée comme niveau 1 (nous recommandons), niveau 2 (nous suggérons) ou non classé ; la certitude du niveau des preuves est indiquée comme A (certitude élevée), B (certitude modérée), C (certitude faible) ou D (très faible certitude). Nous avons choisi d'appeler « points pratiques » les déclarations avec des preuves à faible niveau de certitude (2C, 2D).

Recommandatons principales

Le but d'une dialyse de haute qualité, ciblée sur les buts à atteindre, est de fournir les meilleurs résultats de santé possibles à une personne traitée par DP en termes de maintien de son bien-être clinique, de sa qualité de vie, sa capacité à atteindre ses objectifs de vie, et en même temps, de minimiser le poids du traitement. Les recommandations suivantes sont tirées des documents d'accompagnement.

1. La DP devrait être prescrite en ayant recours à une prise de décision partagée entre la personne concernée, son entourage, soignant ou non, et l'équipe de soins dans le but d'atteindre des objectifs de soins réalistes afin de maximiser la qualité de vie et la satisfaction de la personne, de minimiser ses symptômes et de fournir des soins de haute qualité (**point pratique**).

Blake PG and Brown EA. Person-centered peritoneal dialysis prescription and the role of shared decision making. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819893803

2. La DP peut être prescrite de différentes manières et doit tenir compte des ressources locales, des souhaits de la personne concernant son mode de vie, et aussi de la famille, si celle-ci apporte une assistance dans les soins (**point de pratique**).

Wang AY-M, Zhao J, Bieger B, et al. on behalf of PDOPPS dialysis prescription and fluid management working group. International Comparison of Peritoneal Dialysis Prescriptions from the Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (PDOPPS). Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819895356

3. Une prescription de DP de qualité devrait être guidée par la prise en compte d'un certain nombre d'évaluations dont le bien être de la personne dialysée et sa participation à la vie sociale, son statut hydrique et nutritionnel, la gestion de l'anémie, l'épuration des petites molécules et la gestion du métabolisme osseux et minéral.

3.1. Qualité de vie liée à l'état de santé

La perception que la personne a de sa qualité de vie liée à la santé doit être évaluée régulièrement. Cela devrait prendre en compte l'évaluation des symptômes, l'impact de la dialyse sur sa participation à la vie quotidienne et son statut psychosocial. Des ajustements appropriés des soins doivent être effectués sur la base de ces évaluations (**point pratique**).

Finkelstein FO and Foo MWY. Health-related quality of life and adequacy of dialysis for the individual maintained on peritoneal dialysis. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819893815

3.2. Statut volémique

a) Une DP de haute qualité devrait viser à atteindre et à maintenir une euvolémie clinique en tenant compte de la fonction rénale résiduelle et de sa préservation, de sorte que l'élimination des fluides (par l'ultrafiltration péritonéale et par la diurèse) soit prise en compte et que la fonction rénale résiduelle ne soit pas compromise (**point pratique**).

b) La pression artérielle doit être considérée comme l'un des paramètres clés dans l'évaluation de la qualité de la DP. Cependant, il n'y a actuellement aucune preuve de la nécessité d'une pression artérielle spécifique en DP (**point pratique**).

c) Une évaluation régulière du statut hydrique, y compris la pression artérielle et l'examen clinique, devrait faire partie du suivi clinique de routine (**point pratique**).

Wang AY-M, Dong J, Xu X, et al. Volume management as a key dimension of a high-quality PD prescription. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819895365

3.3. État nutritionnel

a) L'état nutritionnel doit être régulièrement évalué et surveillé en tenant compte de l'appétit et de l'apport en protéines alimentaires pour maintenir un état nutritionnel normal avec une restriction du phosphore, du sodium et du potassium comme indiqué (point pratique).

b) Les marqueurs plasmatiques biochimiques, y compris le potassium, le bicarbonate, l'albumine et le phosphate, doivent être régulièrement mesurés comme marqueurs de la nutrition (**point pratique**).

Glavinovic T, Hurst H, Hutchison A, et al. Prescribing high-quality peritoneal dialysis: moving beyond urea clearance. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819893571

Boudville N and Moraes TP. 2005 Guidelines on targets for solute and fluid removal in adults being treated with chronic peritoneal dialysis: 2019 Update of the literature and revision of recommendations. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819898307

Davies SJ and Finkelstein FO. Accuracy of the estimation of V and the implications this has when applying

Kt/Vurea for measuring dialysis dose in peritoneal dialysis. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819893817

Blake PG, Dong J, Davies SJ. Incremental peritoneal dialysis. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819895362

4. La fonction rénale résiduelle doit être déterminée chez tous les patients en DP et la prescription doit se concentrer sur sa préservation (**point pratique**).

Chen CH, Perl J and Teitelbaum I. Prescribing high-quality peritoneal dialysis: The role of preserving residual kidney function. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819893821

5. Chez certains patients, en particulier ceux qui sont âgés, fragiles ou dont le pronostic est mauvais, il peut y avoir un avantage pour la qualité de vie à diminuer la prescription de dialyse pour minimiser le poids du traitement (**point pratique**).

Brown EA and Hurst H. Delivering peritoneal dialysis for the multimorbid, frail and palliative patient. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819893558

6. Dans les pays ou régions à revenu faible ou intermédiaire, tous les efforts doivent être faits pour se conformer à ces affirmations, en tenant compte des ressources limitées (**point pratique**).

Liew A. Prescribing peritoneal dialysis and achieving good quality dialysis in low and low-middle income countries. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819894493

7. Les principes de prescription et d'évaluation d'une DP de haute qualité aux enfants sont les mêmes que pour les adultes. Dans tous les cas, elle doit répondre aux besoins médicaux, psychosociaux et financiers de l'enfant et de sa famille (**point pratique**).

Warady BA, Schaefer F, Bagga A, et al. Prescribing peritoneal dialysis for high quality care in children. Perit Dial Int. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819893805

Revue de la littérature et points clefs

Ces recommandations comprennent des sections sur la dispensation de la DP aux enfants dans les pays à faible revenu, afin qu'elles soient pertinentes pour toutes les personnes qui bénéficient de la technique. Les discussions du groupe de travail de l'ISPD ont mis l'accent sur les facteurs liés à la dialyse qui ont un impact sur le bien-être du sujet en DP, les approches de prescription de DP qui ont évolué depuis 2006 (DP incrémentale, DP pour les personnes âgées et individus fragiles), et les problèmes liés à l'interprétation du Kt/V urée

Un récapitulatif et les principales recommandations de chaque document sont résumés dans le tableau 2.

Tableau II : Résumé des points clefs

Sujet	Points clefs
Modèles pratiques de prescription d'après PDOPPS Prescription pratique de la DP	La DP est prescrite de diverses manières en fonction des ressources locales du pays, de la disponibilité des solutions et des dispositifs de DP, des modalités, du remboursement, des préférences des cliniciens et d'autres contraintes locales, ainsi que des caractéristiques et des préférences des patients en ce qui concerne le mode de vie et les souhaits de la famille ou du soignant s'il fournit une assistance. (point de pratique)

suite du tableau 2--->

tableau 2 (suite)

Problèmes suscités par l'utilisation de cibles d'élimination des petites molécules comme seule mesure de la qualité de la DP	
Critique des précédentes cibles de clairance des petites molécules	<p>1. Il existe une très faible certitude que la fonction rénale résiduelle peut être plus importante que la clairance péritonéale (point de pratique)</p> <p>2. Il ne semble y avoir aucun avantage de survie à viser systématiquement un Kt/V hebdomadaire > 1,70 (point de pratique)</p> <p>3. Il y a très peu de certitude qu'un Kt/V hebdomadaire inférieur à 1,7 peut être associé à une morbidité accrue (point de pratique)</p>
Estimation de V : implication pour le Kt /V	<p>1. Lors de la définition d'un objectif Kt/V pour chaque patient, il est plus approprié de définir une plage acceptable qui reconnaît l'incertitude de la mesure, plutôt que d'appliquer une seule valeur limite (point de pratique)</p> <p>2. Compte tenu de l'incertitude sur l'estimation de V, les cliniciens devraient être encouragés à modifier la dose de dialyse prescrite en fonction des symptômes du patient, des paramètres biochimiques et des objectifs de traitement, plutôt que de s'en tenir uniquement à une valeur seuil unique de traitement adéquat. (point de pratique)</p> <p>3. Lorsque l'on rapporte la dose de dialyse au niveau d'une population, cela devrait être la moyenne dans cette population et la plage de Kt/V plutôt que la proportion de patients qui sont au-dessus d'une valeur seuil arbitraire (par exemple 1,7); cela permettra une comparaison au niveau de la population tout en reconnaissant les limites de la mesure (point de pratique)</p>
Soins centrés sur la personne. Prescription de DP centrée sur la personne et prise de décision partagée	<p>1. Les principes de soins centrés sur la personne et de prise de décision partagée devraient être appliqués aux personnes arrivées au stade de l'insuffisance rénale terminale (point de pratique)</p> <p>2. Les personnes en DP devraient être informées et, dans la mesure du possible, avoir le choix de la prescription de DP (point de pratique)</p> <p>3. Les personnes en DP devraient être informées de leur état et de leur pronostic et avoir la possibilité de définir leurs objectifs de traitement (point de pratique)</p> <p>4. L'expérience du traitement ressentie et rapportée par les patients est une mesure cruciale de l'efficacité des soins centrés sur la personne en DP et devrait être étudiée et utilisée pour améliorer la prestation des soins (point de pratique)</p>
Autres facteurs liés à la dialyse qui devraient être mesurés	
FRR (fonction rénale résiduelle)	<p>1. La FRR est un élément important du bien-être général et de la survie des patients en dialyse (point de pratique)</p>

	<p>2. Il existe des preuves de faible évidence démontrant que différentes modalités de DP peuvent faire peu ou pas de différence par rapport à la préservation de la FRR (point de pratique)</p> <p>3. Des précautions doivent être prises pour éviter une déplétion volémique et une hypotension basées sur des preuves de faible évidence que cela peut affecter négativement la FRR (point de pratique)</p> <p>4. La diurèse est augmentée de manière variable mais faible, lors de l'utilisation d'un dialysat à pH neutre avec une faible concentration en produits de dégradation du glucose pendant les 12 à 24 premiers mois après le début de la DP (GRADE 1A), bien qu'il existe des preuves de faible certitude d'une réduction associée de l'ultrafiltration.</p>
Statut volémique	<p>1. Une prescription de DP de haute qualité devrait viser à atteindre et maintenir l'euvolémie clinique tout en tenant compte de la fonction rénale résiduelle et de sa préservation, de manière à ce que l'élimination de liquide par l'ultrafiltration péritonéale et la diurèse soit prise en compte et que la fonction résiduelle ne soit pas compromise (point de pratique)</p> <p>2. La pression artérielle doit être incluse comme l'un des principaux paramètres objectifs dans l'évaluation de la qualité de la prescription de DP. Cependant, il n'y a actuellement aucune preuve d'une cible de pression artérielle spécifique en DP (point de pratique)</p> <p>3. Une évaluation régulière de l'état d'hydratation y compris la pression artérielle et les examens cliniques, devrait faire partie de suivi clinique de routine. Il n'y a actuellement aucune preuve claire que la gestion des secteurs hydriques guidée par bio-impédance présente des avantages cliniques (point de pratique)</p>
Autres facteurs au-delà de la clairance de l'urée.	<p>1. Chez patients qui restent symptomatiques malgré un $Kt/V_{urée} > 1,7$ d'autres facteurs liés ou non à la dialyse devraient être considérés comme facteurs contributifs possibles. Un essai d'augmentation de la dose de dialyse peut être alors indiqué (point de pratique)</p> <p>2. L'hypokaliémie est associée à un faible apport nutritionnel et d'autres effets indésirables, y compris la péritonite. Une supplémentation alimentaire et / ou orale en potassium devrait être alors envisagée (point de pratique)</p> <p>3. L'hypoalbuminémie est plus courante en DP qu'en HD et est associée à une déplétion protéino-énergétique et des pertes péritonéales. Les interventions sont d'une utilité limitée pour augmenter l'albumine sérique seule (point de pratique)</p> <p>4. L'hyperphosphatémie est multifactorielle et associée à des évolutions défavorables. Les interventions diététiques, l'utilisation des chélateurs du phosphore et une modification de la prescription de DP devraient être envisagés pour contrôler l'hyperphosphatémie. (point de pratique)</p> <p>5. Le mauvais état nutritionnel et la déplétion protéino-énergétique doivent être estimés pour évaluer la nécessité d'augmenter la dose de dialyse péritonéale (point de pratique)</p>

tableau 2 (suite)

<p>Qualité de vie liée à la santé</p> <p><i>* note du traducteur : QVLS : Qualité de vie liée à la santé (traduction du sigle anglais HRQoL : health related quality of life)</i></p> <p><i>** note du traducteur : RSRPP : résultats de soins rapportés par le patient (traduction du sigle anglais PROMs : Patient Reported Outcome Measures)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'évaluation de la perception du patient vis-à-vis de sa QVLS * doit être intégrée dans les évaluations des soins de routine et prise en compte lors de la prescription du schéma thérapeutique optimal pour chaque patient (point de pratique) 2. L'utilisation des PROMs ** pour évaluer les expériences, les symptômes et les domaines de difficulté des patients nécessite que des approches appropriées soient utilisées, telles que l'incorporation de divers questionnaires dans les soins de routine aux patients, abordant une grande variété de domaines (point de pratique) 3. Il est suggéré que le régime de DP devrait être ajusté et modifié en utilisant une approche individualisée de prise de décision partagée centrée sur la personne, basée sur les symptômes des patients et les besoins médicaux / cliniques, QVLS, sentiment de bien-être et de satisfaction et participation à la vie avec une définition clairement définie des objectifs de soins (point de pratique)
<p>Dialyse Péritonéale non standard Dialyse incrémentale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La dialyse péritonéale incrémentale est une stratégie au cours de laquelle une « dose » moindre de DP est utilisée en début de traitement; ceci est utilisé dans le but d'accroître la prescription de dialyse si et quand la clairance rénale résiduelle diminue (DÉFINITION) 2. Les stratégies de DP incrémentales utilisent moins de dialysat que la prescription de DP à dose complète standard et coûtent donc moins cher (GRADE 1A) 3. Les stratégies de DP incrémentales permettent d'obtenir des résultats au moins aussi bons que la prescription de DP à pleine dose chez les patients ayant une fonction rénale résiduelle (point de pratique)
<p>Patients fragiles et / ou palliatifs</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La DP n'est qu'une composante des soins généraux (point de pratique) 2. Il est suggéré que les objectifs de soins et les besoins en soins soient déterminés après des évaluations appropriées des soins gériatriques et palliatifs avec une approche décisionnelle partagée (point de pratique) 3. La prescription doit tenir compte des objectifs de vie, de la qualité de vie et du contrôle des symptômes (point de pratique) 4. La fonction rénale résiduelle permet de réduire la prescription de DP; cela permet de réduire le fardeau du traitement conformément aux autres recommandations de multimorbidité existantes (point de pratique)

suite du tableau 2--->

tableau 2 (suite et fin)

Situations particulières	
Prescription de la DP chez les enfants	<p>1. Chez les enfants, la sélection de la modalité de dialyse doit être basée sur l'âge et la taille de l'enfant, la présence de comorbidités, le soutien familial disponible, les contre-indications de modalité, l'expertise de l'équipe de dialyse et le choix de l'enfant et des parents / tuteurs. Préserver l'accès à la dialyse, à la fois l'accès péritonéal et vasculaire, doit être pris en compte lors du choix de la modalité de dialyse optimale pour un enfant (point de pratique)</p> <p>2. Bien que l'objectif de la thérapie de DP soit d'optimiser la gestion des fluides et la clairance des solutés, cela doit être considéré dans le contexte des attentes de l'enfant et de la famille en matière de dialyse et de qualité de vie, en encourageant l'enfant à participer à l'école et à consacrer à sa famille et à ses amis autant de temps libre que possible (point de pratique)</p>
La DP dans les pays à revenu faible et intermédiaire faible	<p>1. La prescription initiale de DP devrait prendre en considération l'importance de la fonction rénale résiduelle et viser à atteindre l'euvolémie clinique, le bien-être clinique et des données biochimique satisfaisantes des patients au moindre coût, en utilisant la DP incrémentale avec moins de poches et en acceptant des jours sans DP (point de pratique)</p> <p>2. Tous les efforts doivent être faits pour préserver la fonction rénale résiduelle et la fonction de la membrane péritonéale et, ce faisant, maintenir l'ultrafiltration en DP pendant une période prolongée sans avoir besoin d'intensifier la prescription (point de pratique)</p> <p>3. Il faudrait mettre davantage l'accent sur l'utilisation de stratégies de gestion d'appoint à faible coût dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (PFR-RI), telles que la modification du régime alimentaire et du mode de vie, en réduisant la génération de toxines urémiques et en réalisant l'euvolémie, dans le but de diminuer le risque d'être obligé d'augmenter prématurément la dose de dialyse. (point de pratique)</p> <p>4. La réalisation de PET et les mesures de Kt/V hebdomadaire devraient être encouragés si le coût de ces tests ne compromet pas l'abordabilité du traitement par DP dans les PFR-RI. Lorsque les moyens de l'établissement ne permettent pas la mesure du PET ou du Kt/V, il est raisonnable d'évaluer la qualité et l'adéquation de la prescription de DP en fonction des paramètres cliniques, biochimiques et du bien-être clinique des patients (point de pratique)</p> <p>5. Les programmes de DP devraient surveiller les résultats de ces interventions cliniques, en se concentrant sur des indicateurs cliniques peu coûteux, pour déterminer l'efficacité, les tendances et la progression et pour une comparaison internationale (point de pratique)</p>
<p>PDOPPS: Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study; PD: peritoneal dialysis; RKF: residual kidney function; HRQOL: health-relatedquality of life; PROM: patient-reported outcomes measures; PET: peritoneal equilibration test.</p>	

Utilisation des recommandations en pratique clinique

Quelles solutions utiliser ?

Les données de l'étude sur les résultats des différentes pratiques en dialyse péritonéale (PDOPPS) [13] ont montré des variations significatives dans l'utilisation de différentes concentrations de solutions hypertoniques de glucose, d'icodextrine et de pH neutre, ainsi que des solutions à faible teneur en produits de dégradation du glucose (GDP), en fonction des politiques de disponibilité et de remboursement dans les différents pays. Un suivi plus long est nécessaire pour déterminer l'association entre l'utilisation de ces solutions et les résultats pour les patients. La recommandation cardiovasculaire ISPD publiée en 2015 [9] a récemment passé en revue les preuves concernant l'icodextrine, le pH neutre et les solutions à faible teneur en GDP; cela a été mis à jour par une revue Cochrane publiée en 2018 [14].

A. L'icodextrine une fois par jour doit être considérée comme une alternative aux solutions hypertoniques de glucose, lors des temps de contact longs, chez les patients qui éprouvent des difficultés à maintenir une euvoémie en raison d'une ultrafiltration péritonéale insuffisante, en tenant compte des caractéristiques individuelles de transport péritonéal (**GRADE 1B**).

B. L'utilisation de solutions à pH neutre et de solutions de DP à faible teneur en GDP améliore la préservation de la fonction rénale résiduelle et du débit urinaire (**GRADE 1A**). Il existe peu de preuves que l'utilisation de ces dialysats peut ou non avoir un effet sur la survie technique ou la mortalité.

Identification des sujets qui ne répondent pas aux attentes du traitement

Lors de la prescription d'une DP de haute qualité centrée sur la personne, le défi consiste à identifier les personnes qui bénéficieraient d'une augmentation de la prescription de dialyse ou d'un changement de modalité de dialyse tout en repérant celles qui y seraient réticentes. En outre, il peut y avoir des limites à la dialyse imposées par les structures et les ressources locales en soins de santé. Il est donc important que toutes les unités mettent en place des structures qui permettraient d'identifier les patients auxquels la DP n'apporterait pas de bénéfices attendus et pour reconnaître les symptômes, les caractéristiques cliniques et les marqueurs biochimiques qui soutiendraient une augmentation de la prescription de dialyse ou un changement de modalité de dialyse. Les méthodes qui pourraient être utilisées par les équipes de soins sont suggérées dans le tableau 3.

Tableau III : Méthodes de détection des patients qui ne bénéficient pas du traitement par DP

Facteurs	Méthodes d'évaluation
Faible sensation de bien-être	Interroger le patient Modification du poids (perte de poids) Evaluation clinique Taux d'hospitalisation Questionnaires qualité de vie, symptômes, dépression.
Hydratation mal contrôlée	Evaluation clinique Contrôle de la pression artérielle Enregistrement de l'ultrafiltration obtenue par le patient Mesure du volume urinaire
Mauvaise épuration	Tests sanguins Clairance des petites molécules (Kt/Vurée, clairance de la créatinine) Evaluation nutritionnelle.
Facteurs non liés à la dialyse : comorbidités, fragilité, déperdition protéino-énergétique	Evaluation de la fragilité Evaluation des fonctions cognitives Evaluation de l'état nutritionnel Taux d'hospitalisation

La fréquence d'utilisation des méthodes individualisées dépendra des ressources de santé locales, mais il est recommandé que toutes les unités développent une méthode de reconnaissance des patients présentant des symptômes ou des caractéristiques cliniques et des marqueurs biochimiques indiquant l'absence d'amélioration (**point pratique**).

Les symptômes, les caractéristiques cliniques et les marqueurs biochimiques d'une personne qui pourraient bénéficier d'une augmentation de la dose de dialyse sont présentés dans le tableau 4. Nous suggérons que *Table IV Facteurs qui peuvent être en faveur d'une augmentation de la dose de dialyse.*

Facteurs	Suggère la nécessité de changer le type de dialysat ou d'augmenter la dose de dialyse.
Données cliniques	Symptômes urémiques, tels que augmentation de la fatigue, perte d'appétit, nausées, perte de poids (sachant qu'il peut y avoir d'autres causes de symptômes individuels) Surcharge volémique symptomatique Mauvais état nutritionnel ou signes cliniques de déperdition protéino-énergétique Hospitalisation liée à l'urémie ou surcharge hydrique Faiblesse ou diminution des performances scolaires Baisse de l'énergie, de l'activité physique ou de la présence scolaire propre à l'âge de l'enfant
Fonction rénale résiduelle	Diminution du volume urinaire et/ou de l'épuration des petites molécules
Données biologiques	Hyperkaliémie Hyperphosphatémie Bicarbonate plasmatique diminué Aggravation de l'urémie (augmentation des taux d'urée et de créatinine)

plusieurs d'entre eux devraient être présents étant donné les inexactitudes inhérentes à la mesure de la clairance des petits solutés et les causes multiples potentielles d'un seul symptôme «urémique» ou anomalie biochimique (**point pratique**).

Implication des personnes en DP dans les recommandations

Les différences dans les ressources de santé et l'hétérogénéité de la technologie de DP, la disponibilité variable des solutions de dialyse et les soins globaux aux personnes traitées par dialyse ont rendu difficile leur intégration au stade de l'élaboration des recommandations dans un programme comportant des lignes directrices. La première version de cet article a été envoyée à des sujets traités par DP dans les différents pays dont sont issus les membres du groupe de recommandations.

Nous avons reçu 22 réponses de personnes, en DP ou soignants, de 8 pays répartis sur 5 continents ; elles seront présentées dans un document d'accompagnement séparé. Nous avons intégré leur souhait que le terme «personne» soit préférable à celui de «patient» dans la révision de ce manuscrit. Nous avons également co-écrit un résumé pour le public avec un groupe de personnes en dialyse au Royaume-Uni avec le principal contributeur répertorié comme auteur.

Corbett RW, Fleisher G, Goodlet G, et al. International Society for Peritoneal Dialysis Practice Recommendations: The view of the person who is doing or who has done PD. *Perit Dial Int*. In press.

Implémentation

Il n'est pas possible d'intégrer un plan de mise en œuvre dans une directive internationale alors que le processus variera d'un pays à l'autre selon les systèmes de santé et les ressources disponibles. Nous recommandons fortement que les personnes en dialyse péritonéale soient impliquées dans les plans de mise en œuvre nationaux, régionaux et locaux basés sur ces recommandations.

Résumé

La prescription d'une dialyse péritonéale de haute qualité, orientée vers un objectif, nécessite une approche de prise de décision partagée centrée sur la personne et individualisée avec une adaptation de la prescription au bien-être, au mode de vie et à la qualité de vie de la personne traitée avec des ajustements en fonction de la fonction rénale résiduelle, de la volémie et de l'épuration par dialyse et pour minimiser la lourdeur du traitement. Étant donné le minimum de données probantes de haute qualité pour les recommandations, il est essentiel de poursuivre les recherches avec les questions classées prioritaires par les prestataires de soins de santé et les personnes atteintes d'une maladie rénale.

Déclaration conflits d'intérêt :

Les auteurs ont révélé les conflits d'intérêts suivants concernant leurs recherches, les droits d'auteurs, et/ou la publication de cet article: EA Brown a reçu des honoraires d'oratrice de Baxter Healthcare UK et de membre du Conseil d'avis Baxter Healthcare UK, LiberDi, AWAK.

Support financier

Les auteurs n'ont reçu aucun support financier pour leurs recherches, la rédaction et/ou la publication de cet article.

ORCID iD :

Edwina A Brown <https://orcid.org/0000-0002-4453-6486>
Thyago Moraes <https://orcid.org/0000-0002-2983-3968>
Isaac Teitelbaum <https://orcid.org/0000-0002-7526-6837>
Angela Yee-Moon Wang <https://orcid.org/0000-0003-2508-7117>

Traduction Français et déclaration d'intérêt:

Christian Verger
Max Dratwa

Les traducteurs sont restés strictement fidèles au texte original. Ni des traducteurs ni le RDPLF n'ont reçu de support financier pour la traduction de ces recommandations.

Références

1. Lo, WK, Bargman, JM, Burkart, J, et al. Guideline on targets for solute and fluid removal in adult patients on chronic peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2006; 26: 520–522.
Google Scholar
2. Chan, CT, Blankestijn, PJ, Dember, LM, et al. Dialysis initiation, modality choice, access and prescription: conclusions from a kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) controversies conference. *Kidney Int* 2019; 96: 37–47. DOI: 10.1016/j.kint.2019.01.017
Google Scholar | Crossref
3. Manera, KE, Johnson, DW, Craig, JC, et al. Patient and caregiver priorities for outcomes in peritoneal dialysis: multinational nominal group technique study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2019; 14: 74–83.
Google Scholar | Crossref

4. Manera, K, Tong, A, Craig, J, et al. Developing consensus-based outcome domains for trials in peritoneal dialysis: an international Delphi survey. *Kidney Int* 2019; 96: 699–710.
Google Scholar | Crossref
5. Perl, J, Wald, R, Bargman, JM, et al. Changes in patient and technique survival over time among incident peritoneal dialysis patients in Canada. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 1145–1154.
Google Scholar | Crossref
6. Australia & New Zealand Dialysis & Transplant Registry (ANZDATA) 2018 Chapter 5 Peritoneal Dialysis. http://www.anzdata.org.au/anzdata/AnzdataReport/41streport/c05_peritoneal_2017_v1.0_20190110_version1.pdf (accessed 13 May 2019).
Google Scholar
7. Szeto, CC, Li, PK, Johnson, DW, et al. ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update. *Perit Dial Int* 2017; 37(2): 141–154.
Google Scholar | Crossref
8. Li, PK, Szeto, CC, Piraino, B, et al. ISPD peritonitis recommendations: 2016 Update on prevention and treatment. *Perit Dial Int* 2016; 36(5): 481–508.
Google Scholar | Crossref
9. Wang, AY, Brimble, KS, Brunier, G, et al. ISPD cardiovascular and metabolic guidelines in adult peritoneal dialysis patients part I – assessment and management of various cardiovascular risk factors. *Perit Dial Int* 2015; 35(4): 379–387.
Google Scholar | Crossref
10. Wang, AY, Brimble, KS, Brunier, G, et al. ISPD cardiovascular and metabolic guidelines in adult peritoneal dialysis patients Part II – management of various cardiovascular complications. *Perit Dial Int* 2015; 35(4): 388–396.
Google Scholar | Crossref
11. Guyatt, G, Oxman, AD, Akl, EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 383e94.
Google Scholar | Crossref
12. Neumann, I, Santesso, N, Akl, EA, et al. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol* 2016; 72: 45–55.
Google Scholar | Crossref
13. Wang, AY-M, Zhao, J, Bieger, B, et al. on behalf of PDOPPS dialysis prescription and fluid management working group. International Comparison of Peritoneal Dialysis Prescriptions from the Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (PDOPPS). *Perit Dial Int*. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1177/0896860819895356
Google Scholar
14. Htay, H, Johnson, DW, Wiggins, KJ, et al. Biocompatible dialysis fluids for peritoneal dialysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 10: CD007554.