

Bulletin de la Dialyse à Domicile

REVUE DE PRESSE DU CLUB DES JEUNES NEPHROLOGUES (CJN) : 3e TRIMESTRE 2020 DE LA DIALYSE A DOMICILE

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

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>. Depuis 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 : Point de vu des patients et aidants sur l'autonomisation des patients en dialyse péritonéale.
- Résumé 2 : Dialyse péritonéale en urgence chez des patients COVID-19 positifs et insuffisance rénale aigue : uen expérience monocentrique aux Etats Unis.
- Résumé 3 : Qualité de vie des patients dialysés à domicile comparée aux patients hémodialysés en centre : revue et méta-analyse.

Résumé 1 : Point de vu des patients et aidants sur l'autonomisation des patients en dialyse péritonéale.

Article original : Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: focus groups with patients and caregivers Baumgart A et al. Nephrol Dial Transplant 2020. gfaa127, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa127>

Résumé (Antoine Lanot, CHU de Caen Normandie)

Introduction

Comparée à l'hémodialyse en centre, la dialyse péritonéale (DP) apporte aux patients une meilleure indépendance et plus de souplesse et de liberté. Cependant, la gestion en autonomie de la technique peut être source de tension et accroître le fardeau psychologique que représente la dialyse, occasionnant alors au contraire une diminution de la qualité de vie. L'autonomisation (« empowerment » en anglais) est le processus permettant au patient de mieux contrôler sa santé et sa vie, grâce à l'acquisition de connaissances et de compétences nécessaires aux soins centrés sur la personne.

L'objectif de cette étude était de décrire l'expérience et la perception de patients et d'aidants concernant l'autonomisation de patients pour s'occuper de leur DP.

Méthodes

Des patients majeurs et aidants ont été sélectionnés au sein de neufs centres de dialyse en Australie, à Hong-Kong, et aux États-Unis. Des discussions dirigées en groupes et sur deux heures ont été organisées, et leur contenu enregistré et analysé. Des thèmes ont été dégagés des discussions ainsi que les liens les unissant (figure 1).

Résultats

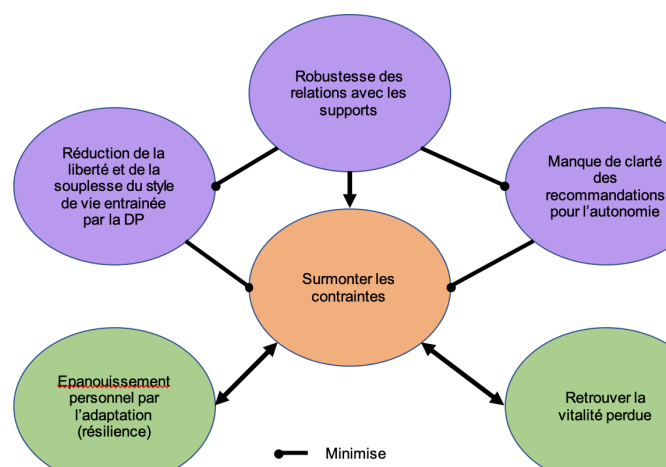


Figure 1 . thématiques estimées importantes pour assurer l'autonomie

Quatre-vingt-un patients et 45 aidants ont participé à 14 groupes de discussion. Cinquante-trois

pour cent étaient traités par DPCA, 57% n'avaient pas connu d'autre modalité de traitement avant la DP, et 35% avaient un diplôme d'université alors que 46% avaient au plus été scolarisés jusqu'à l'âge de 12 ans.

Six thématiques estimées importantes pour assurer l'autonomie ont été identifiées (figure 1):

1. le manque de clarté des informations données pour l'autonomie. Les patients décrivaient des informations contradictoires données entre les différents soignants, et une absence de raison expliquée pour les restrictions qui étaient recommandées.
2. la réduction de la liberté et de la souplesse du style de vie entraînée par le régime de DP. La contrainte liée au temps était souvent exprimée, ainsi que l'impression d'être confiné au domicile ou à proximité.
3. la robustesse des relations avec les supports. Les patients exprimaient le besoin de se sentir en pleine confiance avec les services logistiques et de se sentir soutenus et considérés par les soignants. La présence de soutien familial était décrite comme source de soulagement pour les patients qui pouvaient en bénéficier.
4. surmonter les contraintes. Les patients traités par dialyse péritonéale automatisée exprimaient qu'ils se sentaient plus libre et actifs la journée. Des patients décrivaient diverses stratégies pour mener à bien toutes les activités sans renoncement malgré la contrainte de la dialyse. Enfin, surtout aux USA et en Australie, certains ne se sentaient pas « patient » et refusaient d'être définis par leur maladie.
5. retrouver la vitalité. Certains patients, notamment les plus âgés décrivaient que la DP leur avait permis de retrouver la force de participer à des activités plus physiques et plus variées.
6. construire son épanouissement personnel par l'adaptation, ou la résilience. Pour certains, le fait de réussir à surmonter le challenge de la dialyse les rendaient plus forts et plus confiants. La plupart des patients décrivaient que la réalité de la dialyse leur semblait moins terrible que l'image qu'ils en avaient avant la maladie.

Conclusion

Les patients et les soignants estiment qu'un défaut de compréhension des raisons aux restrictions recommandées, ainsi que les informations contradictoires parfois données par les soignants compromettent la motivation et la capacité à gérer la DP en autonomie. Au contraire, l'autonomie est favorisée par un soutien familial et des services soignants de qualité, et elle est motivée par la contrainte temporelle et les capacités à participer à des activités hors du domicile.

Résumé 2 : Dialyse péritonéale en urgence chez des patients COVID-19 positifs et insuffisance rénale aigüe : une expérience monocentrique aux Etats Unis

Article original: Urgent Peritoneal Dialysis in Patients With COVID-19 and Acute Kidney Injury : A Single-Center Experience In a Time of Crisis in the United States

Sourial et al. *Am J Kidney Dis.* 2020,76, (3): 401-406

<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.06.001>

Résumé (Julie Morinière-Beaume, HIA Saint Anne, Toulon)

Introduction

La dialyse péritonéale (DP) est une alternative possible à l'hémodialyse (HD) pour la prise en charge de l'insuffisance rénale aigue. En pleine pandémie COVID-19, les capacités hospitalières de recours à l'hémodialyse ont potentiellement été dépassées à la fois par le nombre de patients concernés mais aussi par la moindre disponibilité des personnels eux aussi touchés.

Matériel et méthode

Entre mars et avril 2020, 3345 patients COVID-19 + ont été admis au Centre Médical Montefiore (Bronx, NY) dont 438 (13%) ont nécessité une unité de soins intensifs. 5% des patients (n=164) ont nécessité une technique d'épuration extra rénale (EER). Les auteurs rapportent leur expérience de développement d'un programme de dialyse péritonéale en urgence.

Résultats

Problématiques et modalités

Des protocoles d'initiation et de mise en place de la dialyse péritonéale en urgence ont été créés à destination des équipes paramédicales non néphrologiques pour la DPCA et la DPA. Les cathéters de DP étaient posés par voie laparoscopique au bloc mais aussi en radiologie interventionnelle avec une utilisation immédiate par de faibles volumes les premières 24h. Un protocole spécifique de gestion des stocks de matériels et de formation des personnels infirmiers a permis aux différents secteurs d'hospitalisation de prendre en charge les patients en autonomie sous la supervision du néphrologue/infirmier formateur. Le choix de la technique de dialyse a été à l'initiative du néphrologue en intégrant divers paramètres comme la disponibilité des personnels et matériels, la gravité du patient éventuellement intubé et nécessitant des séances de décubitus ventral (DV). L'association HD + DP fut parfois nécessaire pour gérer les problèmes de volémie, les désordres hydroélectrolytiques chez des patients hypercataboliques. Une héparinisation (500ui/l) systématique des poches de dialysat a été effectuée.

Evolution et pronostic

Parmi les 164 patients nécessitant une EER, 30 (18,3%) ont été mis en DP. A la fin de la période d'étude, 14 sont décédés (47%), 8 sont sortis de l'hôpital (3 encore en DP et 5 avec une récupération rénale) et 8 sont toujours hospitalisés (4 switchés vers HD et 4 avec une récupération rénale). 22/30 patients étaient sous respirateur artificiel dont 16 ont nécessité des séances de DV. 5 patients ont nécessité le recours à l'hémofiltration continue en association dont 2 de manière définitive en raison d'une hyperkaliémie persistante pour l'un et une septicémie fongique pour l'autre sans lien avec la DP. 6/30 patients ont nécessité le recours à l'HD intermittente en association, 2 pour une amélioration des clairances et 4 en raison d'une surcharge mal contrôlée malgré un dialysat hypertonique. A noter que l'icodextrine n'était pas disponible.

La prescription standard en DPCA était de 6 échanges par jour de 2l avec un temps de stase de 3h avec un objectif de 2l d'UF par jour soit un KT/V hebdomadaire cible de 2,52. La prescription standard en DPA était un volume de dialysat quotidien de 16l soit 8 échanges par jour de 2l avec un temps de stase de 2h avec un objectif de 2l d'UF par jour soit un KT/V hebdomadaire cible

de 3,24. La dose effective fut souvent moindre quelle que soit la modalité expliquant parfois le recours complémentaire à l'HD.

Discussion et conclusions

Plusieurs avantages existent à utiliser la DP en situation aigue : pas de nécessité de voie d'abord vasculaire, pas de circuit d'eau nécessaire, un moindre coût, une formation des personnels plus facile permettant une diffusion rapide de la technique en autonomie. Mais si la DP est une alternative solide à l'HD, elle reste peu utilisée dans moins de 30% en situation aigue. En situation épidémique exceptionnelle, elle peut néanmoins se placer au premier plan comme le montre ce retour d'expérience.

Résumé 3 : Qualité de vie des patients dialysés à domicile comparée aux patients hémodialysés en centre : revue et méta-analyse.

Article original: Health-Related Quality of Life in Home Dialysis Patients Compared to In-Center Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis.

Bonenkamp et al. *Kidney Med.* 2020 Mar-Apr; 2(2): 139–154.

<https://doi.org/10.1016/j.xkme.2019.11.005>

Résumé (Morgane Gosselin, Fondation AUB Santé, Brest)

Introduction

La médiane de survie à 5 ans des patient en dialyse est de 45 % seulement. La majorité considère leur qualité de vie comme essentielle (HRQoL). L'objectif de cette méta-analyse est d'évaluer les différences pouvant être observées entre dialyse à domicile (DP et hémodialyse à domicile) et dialyse en hémodialyse en centre. Outre l'indépendance et la flexibilité, la dialyse à domicile permet également un gain d'autonomie, de réduire le nombre de visites médicales et donc permet une meilleure insertion professionnelle et sociale.

Méthodes

Les bases de données Cochrane, PubMed et Embase ont été utilisées, les recherches étant basées sur les synonymes de « dialyse » et de « qualité de vie ». La recherche s'est limitée à 10 ans : la perception de la dialyse a beaucoup évolué avec l'amélioration de la technique

Résultats

1647 articles ont été étudiés (publiés de novembre 2017 à janvier 2019) et finalement 46 articles ont été inclus dans l'analyse (PROSPERO). La plupart des études étaient transversales (90%), conduites chez des patients en dialyse péritonéale (95%), se basant sur le questionnaire Short-Form Health Survey à 12 et 36 items (83%). L'analyse a concerné 4158 patients hémodialysés à domicile et 7854 patients hémodialysés en centre. Une légère différence a été observée en faveur de la dialyse à domicile (SMD, 0.14 ; 95% IC, 0.04 à 0.24). Différence plus marquée dans le sous-groupe des patients d'Europe de l'Ouest (SMD, 0.39 ; 95% IC, 0.17 à 0.61) que dans le groupe des latino-américains (SMD, -0.20 ; 95% IC, -0.28 à -0.12) pour lequel le plus bas score de qualité de vie est observée en dialyse à domicile.

Discussion et conclusion

Le questionnaire portant sur l'amélioration physique de la qualité de vie en dialyse à domicile semble obtenir de meilleurs résultats que la dialyse en centre (en particulier en Europe de l'Ouest). Il apparaît une certaine disparité puisqu'aucune étude n'a concerné l'Océanie, la Russie et seulement quelques-unes en Afrique gênant l'interprétation des résultats. De plus, la majorité des études sont de qualité moyenne et d'une grande hétérogénéité (3 études seulement concernent l'HDD). Les patients en DP d'Europe de l'Ouest sont plus jeunes expliquant potentiellement les meilleurs résultats de la dialyse à domicile au questionnaire. Inversement, les patients brésiliens sont éligibles à la DP s'il apparaît une contre-indication à l'hémodialyse. Les patients brésiliens de centre sont donc en meilleure condition physique expliquant le faible score de la dialyse à domicile. Ainsi les différences observées à travers le monde sont liées aux conditions d'accès à la dialyse (géographiques, financières notamment). De nombreux biais peuvent également apparaître (portant notamment sur la nécessité pour le patient de remplir lui-même le questionnaire et non le praticien). Aucune étude randomisée n'a été réalisée (probablement lié au fait que le choix entre les 2 techniques est fondamental). Une large étude prospective longitudinale est nécessaire afin de confirmer cette première tendance.

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