

Bulletin de la Dialyse à Domicile

REVUE DE PRESSE DU CLUB DES JEUNES NEPHROLOGUES (CJN) : 2nd TRIMESTRE 2021 DE LA DIALYSE A DOMICILE

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

¹ Clinique Bouchard (Marseille), ² Clinique Kuendo-Magnin (Nouvelle Calédonie), ³ Fondation AUB Santé (Brest), ⁴ CHR Clemenceau (Caen),
⁵ Association ECHO, (St-Herblain), ⁶ AVODD Sainte Anne (Toulon), ⁷ AURAD Aquitaine (Bordeaux), ⁸ ECHO Pôle Sud (Le Mans), ⁹ Hôpital 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 : Démarrage en urgence de la dialyse péritonéale chez les patients avec maladie rénale chronique : revue de la littérature et méta analyse en comparaison avec démarrage programmé de la DP et démarrage en urgence de l'hémodialyse.

- Résumé 2 : Mortalité, hospitalisation et transfert en hémodialyse et en technique hybride des patients japonais.

Résumé 1 : Démarrage en urgence de la dialyse péritonéale chez les patients avec maladie rénale chronique : revue de la littérature et méta analyse en comparaison avec démarrage

programmé de la DP et démarrage en urgence de l'hémodialyse.

Article original : *Urgent-start peritoneal dialysis in chronic kidney disease patients: A systematic review and meta-analysis compared with planned peritoneal dialysis and with urgent-start hemodialysis.* Guo Xieyi, Tang Xiaohong, Wu Xiaofang, Li Zi. *Perit Dial Int.* 2021, vol 41(2) 179-193. <https://doi.org/10.1177/0896860820918710>

Résumé Julie Morinière-Beaume (AVODD, Toulon)

Introduction

Environ 1/3 des patients dans le monde démarrent une technique d'épuration extra rénale en urgence majoritairement l'hémodialyse (HD). Il est recommandé d'attendre au moins 2 semaines après la pose du cathéter de dialyse péritonéale (DP) afin de limiter le risque de complications infectieuses et mécaniques. Le manque d'expérience des praticiens, l'accessibilité facile à la pose d'un cathéter veineux central (CVC) et au contraire l'impossibilité de pose rapide du cathéter de DP sont autant de raisons qui conduisent à préférer en urgence l'HD. Néanmoins un travail de 2011 (Jeffrey et al. JASN) concernant plus de 40000 patients a montré que le risque de décès était 80% supérieur chez les patients ayant démarré l'HD par CVC par rapport à ceux ayant démarré en DP, risque demeurant 20% supérieur après un suivi de 5 ans.

Méthodes

Les auteurs ont effectué une revue de la littérature et une meta-analyse pour évaluer la faisabilité et la sécurité du démarrage en urgence de la DP en comparaison au démarrage en urgence de l'HD et au démarrage programmé de la DP. Les critères d'évaluation primaire sont la mortalité toute cause, les évènements cardiovasculaires et le nombre de réhospitalisation. Les éléments de suivi sont la durée technique en DP, les complications liées au cathéter de DP ou à la technique d'HD, le temps passé à l'hôpital, le KT/V, le taux d'albumine et d'hémoglobine.

Résultats

Parmi les 456 papiers identifiés dans les bases de données, 15 finalement ont rempli les critères d'éligibilité parmi lesquels 14 études observationnelles (2 études cas témoins et 12 études de cohorte) et un essai clinique randomisé (ECR).

*DP en urgence versus DP programmée :

- critères primaires : les résultats non ajustés de 5 études montrent une mortalité supérieure pour la DP en urgence mais il n'y a pas de différence significative après ajustement. Pas de différence concernant le nombre de réhospitalisation sur 2 études. Pas de données sur les évènements cardiovasculaires.

- critères secondaires : pas de différence sur la survie technique (8 études). Après ajustement, le démarrage en urgence de la DP ne semble pas être un facteur de diminution de la survie technique (3 études). Concernant le seul ECR, la survie technique est de 97,1% versus 86,6% pour le démarrage en urgence versus programmé (NS). Par ailleurs les résultats montrent de manière significative plus de fuite cathéter dans le groupe démarrage en urgence (32,4% versus 8,8% p=0,005). Pas de différence concernant la survenue de complications infectieuses (8 études) ni sur les taux d'albumine et d'hémoglobine (1 étude). La durée d'hospitalisation est plus longue

dans le groupe démarrage en urgence (1 étude).

*DP en urgence versus HD en urgence :

- critères primaires : pas de différence sur la mortalité toute cause (4 études) ni sur le nombre de réhospitalisation (2 études). Pas de données sur les évènements cardiovasculaires.

- critères secondaires : pour 2 études observationnelles, l'incidence de bactériémie est plus importante dans le groupe HD. Pas de données solides concernant les complications non infectieuses ou la durée d'hospitalisation.

Conclusion

Le démarrage en urgence de la DP en comparaison avec le début programmé peut augmenter le risque de fuite et de dysfonction de cathéter. Les effets sur les complications infectieuses, la mortalité toute cause et la survie technique sont incertains. Pas rapport au démarrage en urgence en HD, la DP peut diminuer le risque de bactériémie. Les effets sur la mortalité toute cause et la durée d'hospitalisation sont incertains. Les limitations de ce travail sont l'absence d'évaluation des biais potentiels, le nombre de données ajustées insuffisant, le nombre d'études de qualité insuffisant (seulement un ECR) et le manque de puissance. Il s'agit de la première méta-analyse comparant le démarrage en urgence de la DP avec celui en HD et celui programmé en DP.

Résumé 2 : Mortalité, hospitalisation et transfert en hémodialyse et en technique hybride des patients japonais.

Article original: *Mortality, hospitalization and transfer to haemodialysis and hybrid therapy, in Japanese peritoneal dialysis patients. Hideki Kawanishi, Mark R Marshall, Junhui Zhao, Keith McCullough, Bruce Robinson, Ronald L Pisoni, Jeffrey Perl, Tadashi Tomo, Jun Minakuchi, The Japan PDOPPS Study Committee Perit Dial Int 2021 May 18;*
doi: <https://doi.org/10.1177/08968608211016127>

Résumé (Morgane Gosselin, Fondation AUB Santé, Brest)

Introduction

Au dernier recensement, 320000 patients sont dialysés au Japon, dont 2.7 % sont en dialyse péritonéale (faible prévalence par rapport à la moyenne globale de 11%). Cette incidence augmente discrètement en raison de la satisfaction des patients, de la flexibilité du traitement et de la facilité d'accès à l'emploi comparativement à l'hémodialyse. Au Japon, une solide pratique de l'hémodialyse associée à un des meilleurs taux de survie en hémodialyse au monde, une faible rentabilité financière de la DP et un manque de formation sont responsables de ce déséquilibre au profit de l'hémodialyse. PDOPPS (Peritoneal Dialysis and Outcomes Practice Patterns Study) est une étude internationale observationnelle permettant de collecter des informations sur le devenir des patients en DP. L'objectif de cet article est de déterminer les raisons de transfert en hémodialyse, en technique hybride et en hospitalisation des patients en DP au Japon.

Méthodes

Cette étude observationnelle a concerné 808 patients en DP adultes répartis sur 31 structures au Japon entre 2014 et 2017. Toutes les données concernant la mortalité et les hospitalisations de ces patients ont été collectées ainsi que les causes de transfert en hémodialyse ou en technique hybride (DP/HD). La technique hybride consiste en la prescription d'une solution de 1.5% ou 2.5% de dextrose ou d'une solution d'Icodextrine 4 à 5 jours/semaine associées à 1 ou 2 sessions d'hémodialyse/semaine. Les causes de transferts étaient les suivantes : dialyse inadéquate (clairance des solutés ou de l'eau libre insuffisante), risque ou diagnostic de péritonite encapsulante (EPS), raisons psychosociales, dysfonction liée au cathéter, hernie ou fuite, péritonite et complications infectieuses liées au cathéter.

Résultats

La médiane de suivi a été de 1.66 ans durant laquelle 162 patients ont été transférés en hémodialyse, 79 patients en dialyse hybride, 14 patients ont été transplantés et 74 patients sont décédés. La mortalité toute cause est de 5.1 décès/100 patients-années (p-a), de 1.7 décès/100 p-a pour la mortalité cardio-vasculaire, de 0.6 décès/100 p-a pour cause infectieuse. Les taux de transferts en hémodialyse étaient de 11.2 transferts / 100 p-a, et de 5.5 transferts /100 p-a en technique hybride. Concernant les transferts en hémodialyse, 40 % étaient liées à des infections (incluant les péritonites), tandis que 20% étaient liés à une clairance insuffisante. 81% des transferts en technique hybrides étaient liés à une clairance insuffisante en DP. L'incidence des complications était plus faible la première année en DP.

Sur 749 patients étudiés, 512 ont expérimenté au moins une hospitalisation. Le taux d'hospitalisation toutes causes confondues était de 120.4 / 100 p-a avec une durée médiane d'hospitalisation de 19 jours, de 21.1 /100 p-a pour péritonite et de 15.6 /100 p-a pour cause cardio-vasculaire.

Discussion et conclusion

Différents points sont à relever dans cette étude :

- Le taux de mortalité en DP au Japon est faible, rapportée à celui d'autres pays, lié certainement à certains biais (dont la censure liée à un changement de centre ou de modalité de dialyse par exemple), sans qu'il n'y ait de raison apportée à cela dans cette étude (ou peut-être un âge médian plus jeune, moins de comorbidités, une faible incidence des péritonites, l'omniprésence des solutions biocompatibles...)
- La faible incidence des péritonites est notable avec pour conséquence un faible taux d'hospitalisation (pourtant privilégiée puisque 88% des patients infectées sont hospitalisés pour l'administration IV/IP des antibiotiques du fait d'un manque d'infrastructures en ambulatoire).
- La part importante des techniques mixtes associant DP et HD (près de 21.3% des patients en DP en 2016, la proportion augmentant avec la durée en DP : 16.9 % entre 2 et 4 ans).
- La chute du nombre de péritonites sclérosantes s'expliquant en partie par la courte période étudiée mais également par l'utilisation de solutions biocompatibles ou de techniques hybrides.

3 axes d'amélioration se dessinent :

- Optimiser/rationnaliser le management des péritonites et la prévention de celles-ci.

- Opter pour des techniques hybrides HD/DP si cela peut permettre le maintien en DP (des études de mortalités/morbidités doivent être réalisées).

- Unifier les pratiques concernant ce switch vers les techniques hybrides (émissions de recommandations permettant d'homogénéiser les pratiques, variables selon les habitudes de centre).

Quelques limites à cette étude :

- Elle demeure observationnelle (et n'établit pas de lien de cause à effet, simplement des hypothèses).

- Elle manque de précisions concernant les causes d'hospitalisation, et d'exhaustivité des relevés concernant ces hospitalisations (pouvant expliquer les variations observées entre les centres).

- Il n'a pas été possible de déterminer de facteurs prédictifs d'évolution dans la technique (telles que la pré-suppléance, la prescription de dialyse, la dose de dialyse, les données de laboratoire).

- Les petites structures de dialyse ont été exclues.

- Pas d'extrapolation possible à d'autres pays car peu de greffes ou Japon et beaucoup de disparités sur le territoire.



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/>.