

Bulletin de la Dialyse à Domicile

Dialyse à domicile et pandémie Covid-19 dans les pays francophones (données RDPLF)

(Home dialysis and Covid-19 in French-speaking countries (RDPLF data-base))

Christian Verger¹, Emmanuel Fabre¹, Pierre Yves Durand², Jacques Chanliau³, Isabelle Vernier¹ et Max Dratwa⁴

¹RDPLF, 30 rue Séré Depoin 95300 PONTOISE, France, ²ECHO Vannes (France), ³ALTIR Nancy (France), ⁴CHU Brugmann (Bruxelles, Belgique)

Note : this publication is bi-lingual. English original text available same url : <https://doi.org/10.25796/bdd.v4i3.63003>

Résumé

Buts de l'étude : évaluer la fréquence de la Covid-19 symptomatique chez les patients dialysés à domicile et son influence sur le nombre de patients traités par dialyse à domicile dans les unités de dialyse des pays francophones qui participent au Registre de Dialyse Péritonéale et hémodialyse à domicile de Langue Française (RDPLF). Un accent particulier est porté sur les patients traités par dialyse péritonéale (DP) en France métropolitaine.

Résultats : en HDD l'incidence est de 6 % en Belgique, et 4,8 % en France métropolitaine. Elle est en DP de 10,6 % en Belgique, 6,7 % en France métropolitaine, 10,8 % au Maroc et 11,5 % en Tunisie. La létalité est inférieure à 5 % en HDD et comprise entre 8,4% et 42,7 % en DP en fonction de l'âge et des comorbidités associées. En France le pourcentage de patients qui ont eu une Covid-19 symptomatique est inférieur en dialyse à domicile, toutes méthodes confondues. Néanmoins, parmi les méthodes de DP à domicile, les fréquences et gravités les plus élevées sont observées en France métropolitaine en DP assistée à domicile : ce sont les patients les plus âgés et comorbides. Par ailleurs, les transferts de DP en hémodialyse en centre ont augmenté alors que le nombre de transplantations a diminué.

Conclusion : si la baisse du nombre de transplantations peut s'expliquer par une moindre disponibilité des blocs opératoires, des équipes chirurgicales et des unités de soins intensifs en période de pandémie, il est paradoxal que la prescription de la dialyse à domicile, qui limiterait le risque de contagion, ait diminué.

Mots clés : SARS-CoV-2, Covid-19, dialyse péritonéale, hémodialyse à domicile

Summary

Aims of the study: to assess the frequency of symptomatic Covid-19 in home dialysis patients and its influence on the number of patients treated at home in dialysis units of centers included in the French-speaking peritoneal and home hemodialysis Registry (RDPLF). Focus is placed on patients treated by peritoneal dialysis (PD) in mainland France.

Results: in home hemodialysis (HHD) the incidence is 6% in Belgium and 4.8% in mainland France. On peritoneal dialysis it is 10.6% in Belgium, 6.7% in mainland France, 10.8% in Morocco and 11.5% in Tunisia. Lethality is less than 5% in HHD and between 8.4% and 42.7% in PD depending on age and associated comorbidities. In France, the percentage of patients who have had symptomatic Covid-19 is lower on home dialysis, all methods combined. Nevertheless, among the home methods, the higher frequencies and severities are observed in mainland France in home assisted PD: these are the oldest and most co-morbid patients. Transfers from PD to in center hemodialysis have increased during Covid-19 pandemic while the number of transplants has decreased.

Conclusion: if the drop in the number of transplants can be explained by a reduced availability of operating theaters and surgical teams during a pandemic period, it is paradoxical that the prescription of home dialysis, which should be supposed to limit the risk of contagion, has decreased. More investigation should be performed to understand this paradox.

Key words : SARS-Cov-2, Covid-19, peritoneal dialysis, home hemodialysis

INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 fait l'objet de multiples travaux. En sus de la vaccination, les mesures barrière jouent un rôle primordial dans la prévention des contaminations. La population des patients insuffisants rénaux dialysés est à haut risque en raison de leur immunité diminuée et leur risque de contamination élevé (fréquence des transports entre domicile et établissement de soins, contacts à l'occasion des dialyses).

Plusieurs travaux ont insisté sur l'avantage qu'il y aurait à privilégier les traitements à domicile de ces patients pour réduire le risque de contamination nosocomiale. Le but de ce rapport est d'évaluer, à partir du Registre de Dialyse Péritonéale et hémodialyse à domicile de Langue Française (RDPLF), si le nombre et les caractéristiques des patients traités par dialyse péritonéale (DP) au cours de la période de pandémie, ainsi que l'évolution de la morbi-mortalité liée au Sars-Cov2.

METHODES

La structure et le mode de fonctionnement du RDPLF ont été précédemment décrits [1] [2]. Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle à partir des données anonymisées du RDPLF.

Cet article reprend :

- Tous les patients âgés de 18 ans ou et plus, traités à domicile entre le 1er janvier 2017 et le 30 juin 2021 et enregistrés dans la base de données du RDPLF, ont été inclus,
- Dates d'implantation des cathéters de DP : cette information est disponible uniquement pour les centres qui participent au module optionnel « cathéter », soit environ 40 % des patients,
- Période d'inclusion divisée en semestres,
- Pour chaque semestre nous avons calculé :
 - le nombre de patients incidents et leur profil,
 - le nombre de patients prévalents au moins un jour dans le semestre,
 - le nombre de patients présents à la fin de chaque semestre.,
 - le taux de sorties de DP dans la période par rapport au nombre de prévalents, (nombre de patients sortis dans la période/nombre de patients traités au moins 1 jour dans la période),
 - le taux de décès durant chaque semestre,
 - le taux de transfert durant le semestre,
 - les causes de décès et de transfert.

La pandémie Covid-19 est devenue évidente au cours du premier trimestre 2020. A ce moment en France, comme dans la plupart des pays, les tests PCR de recherche systématique de contamination par le SARS-Cov2 étaient peu disponibles. Afin de ne pas confondre les tests positifs des personnes asymptomatiques avec ceux des personnes présentant les symptômes cliniques de la Covid, seuls les patients symptomatiques ont été enregistrés dans la base de données du RDPLF.

Logiciels

Les calculs ont été effectués avec le logiciel R version 4.0.2 (<https://www.r-project.org>).

Ethique et contrôle qualité

La base de données du RDPLF est déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des

Libertés (CNIL) sous le numéro d'agrément 542668.

Les données saisies sont soumises à un algorithme de vraisemblance et à une inspection visuelle par une secrétaire formée : en cas de doute, les centres sont contactés. Durant cette période d'épidémie tous les centres ont été contactés par courriel ou téléphone pour demander s'ils avaient des patients contaminés et, dans l'affirmative, le mode de contamination probable.

RESULTATS

Près de 100 % des patients de France métropolitaine traités par DP sont enregistrés dans la base de données du RDPLF. L'exhaustivité est bien moindre en ce qui concerne l'HDD, 40% environ des patients seulement sont suivis par le RDPLF.

Concernant la DP dans les Territoires français d'outre-mer, les patients de Nouvelle Calédonie et de la Réunion sont inclus, mais seulement un centre de Polynésie ; la Martinique et la Guadeloupe ne participent pas au Registre.

En Belgique l'exhaustivité n'est complète que pour la partie francophone du pays.

Enfin, les profils des patients sont différents entre DP et HDD, et aussi en DP d'un pays à l'autre (Tableau I).

Dans un souci d'homogénéité et pour plus de fiabilité nous avons décidé d'analyser en détail essentiellement les patients traités par DP en France métropolitaine. Néanmoins un bilan synthétique de la situation dans les pays francophones est présenté dans le Tableau I : le pourcentage de patients symptomatiques est plus faible dans les centres d'HDD, et plus faible en DP en France métropolitaine ; par contre le taux de létalité y est globalement plus élevé (32,7 %).

I - Résultats globaux

↓ *Tableau I. Résultats globaux ; seuls les patients qui ont présenté une maladie Covid symptomatique sont enregistrés. Le nombre de patients correspond à tous ceux qui ont été traités entre le 1er janvier 2020 et le 30 juin 2021. La létalité est le rapport entre le nombre de patients décédés et le nombre de patients une Covid symptomatiques. La létalité réelle est donc plus faible puisque les sujets positifs asymptomatiques sont exclus.*

	Belgique HDD	France HDD	Belgique DP	France DP	Suisse	Maroc DP	Tunisie DP
Nb centres inclus	8	52	20	170	3	6	7
Nb patients prévalents 01/2020-06/2021	163	388	556	4943	64	250	276
Sexe (%F/%M)	34/66	29/71	36/64	40/60	43/57	49/51	45/55
Age (ans)	48±19	52±14	62±17	67±17	63±15	44±17	42±16
% Diabète	20,4	14,8	37	36	28	12	20
Nb patients symptomatiques	10 (6 %)	19 (4,8 %)	59 (10,6 %)	333 (6,7 %)	10 (15,6 %)	27 (10,8 %)	32 (11,5 %)
Létalité des patients symptomatiques	0 (0 %)	1 (5 %)	5 (8,4 %)	109 (32,7 %)	1 (10 %)	5 (18,5 %)	5 (15,6 %)

II - France métropolitaine - Dialyse péritonéale

Entre janvier 2020 et juin 2021, 46% des patients traités par DP étaient assistés à domicile par une

infirmière (Tableau II). Il s'agit de patients dont l'âge moyen est supérieur d'environ 15 ans à celui des patients autonomes. Le pourcentage de patients atteints d'une Covid symptomatique dans ce groupe est près de deux fois plus élevé, et presque trois fois supérieur pour ce qui concerne la létalité. 70 % des centres de DP ont eu au moins un patient qui a présenté un Covid symptomatique et 30 % n'ont eu aucun cas.

↓ *Tableau II. Profil et évolution des patients atteints de Covid symptomatique en DP, selon l'autonomie, en France métropolitaine du 1er janvier 2020 au 30 juin 2021*

	Autonomes	Assistés
Nb de patients prévalents	2650	2250
Age (ans)	60 ±15,3	75,9±11,5
Sexe % F/M	34/66	41/49
Charlson médian	5	7
Nb de patients symptomatiques	125 (4,7 %)	206 (9,1 %)
Nb et % décès « Covid » chez les patients symptomatiques	21 (16,8 %)	88 (42,7 %)

Les sources de contamination reposent sur une évaluation subjective par le personnel soignant en fonction de l'enquête de contagage auprès du patient. Le taux de contamination par un visiteur externe chez les patients autonomes regroupe aussi bien des infirmiers que des livreurs ou des relations. Il ne permet pas d'incriminer les professionnels et reste minoritaire par rapport aux contaminations intrafamiliales, ou lors d'un passage dans un établissement de soins (Tableau III).

↓ *Tableau III. Sources probables de contaminations selon le degré d'autonomie*

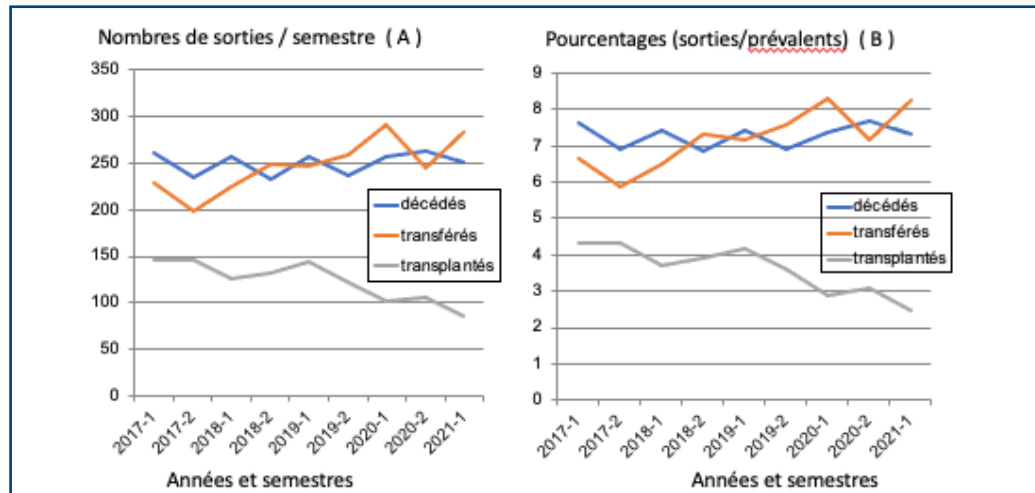
Source supposée de contamination	Total	Autonomes	Non autonomes
Par un membre de la famille	26,2 %	47,8 %	33,6 %
Suite à une hospitalisation	33 %	31,9 %	33,6 %
Par un visiteur externe	7,8 %	5,7%	8,9 %
Suite à une consultation	5,9 %	5,7 %	5,9 %
En EHPAD	12,8 %	2,8 %	17,9 %
Inconnue ou non précisée	14,3 %	6,1 %	0,1 %

Evolution du nombre de patients atteints d'une Covid symptomatique en DP en France métropolitaine

Le taux de patients présentant une Covid-19 symptomatique a été maximal durant le second semestre 2020, atteignant 4,7 % (Tableau IV).

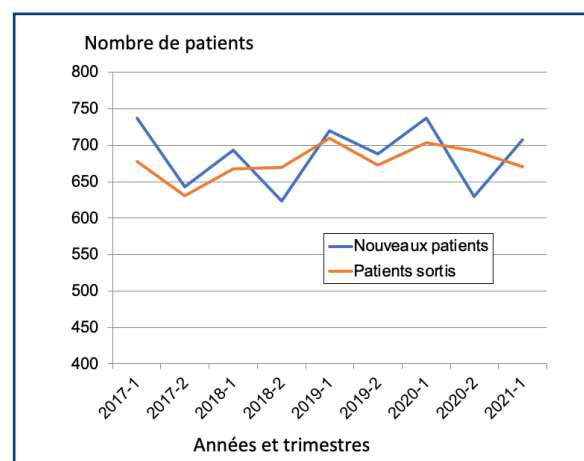
↓ *Tableau IV. Evolution des patients atteints d'une Covid symptomatique en DP en France. Le pourcentage est calculé par rapport au nombre de patients prévalents chaque semestre. La létalité est le nombre de patients décédés parmi ceux qui ont présenté une Covid symptomatique. Au premier trimestre 2021, 102 patients étaient symptomatiques contre 31 au second trimestre*

Semestres	Covid des patients symptomatiques	Létalité des patients symptomatiques
2020-1	68 (1,9 %)	24 (35 %)
2020-2	162 (4,7 %)	45 (28 %)
2021-1	133 (3,8 %)	39 (29 %)



↑ Fig. 1a : nombre de patients sortis de DP. Fig. 1b : pourcentage par rapport aux patients prévalents dans chaque semestre

La période janvier 2020-juin 2021 objective essentiellement l'augmentation des transferts en hémodialyse en centre et la forte diminution du nombre de transplantations (Figures 1a et 1b). Le nombre moyen de patients incidents durant les trois semestres de pandémie demeure proche de celui des trois années précédentes avec le maintien d'une variation saisonnière importante, le nombre de nouveaux patients baissant systématiquement au deuxième semestre de chaque année (Figure 2).



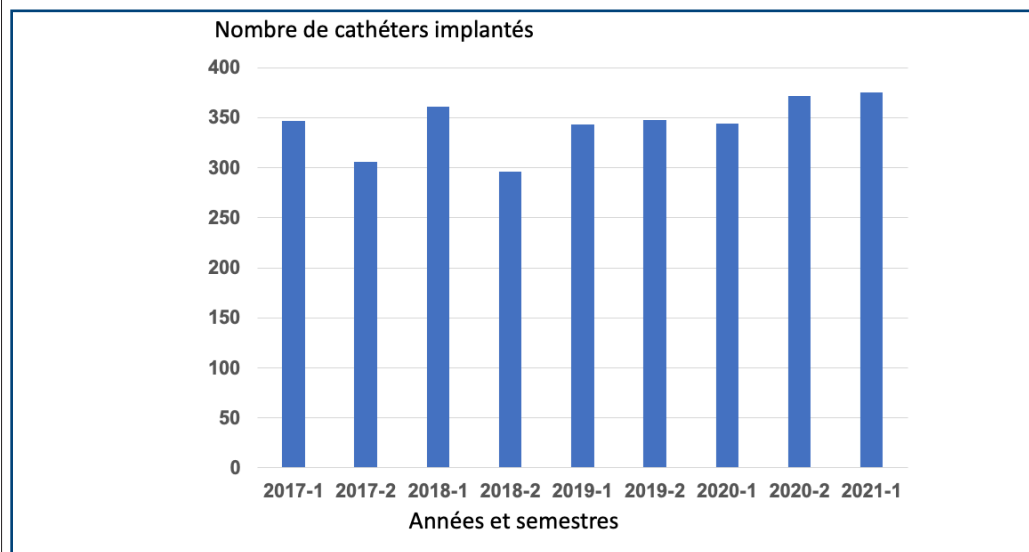
↑ Fig. 2 : évolution semestrielle du nombre de nouveaux patients et des sorties de technique

Le nombre de patients en cours de traitement en DP a diminué fortement à partir du deuxième semestre de 2020 (Tableau V).

↓ *Tableau V. Evolution du nombre de patients*

Semestre	Prévalents dans le semestre	Nb présents fin de semestre
2017-1	3420	2740
2017-2	3385	2751
2018-1	3447	2775
2018-2	3398	2727
2019-1	3449	2737
2019-2	3428	2753
2020-1	3492	2780
2020-2	3409	2710
2021-1	3422	2705

Implantations des cathéters : le nombre de cathéters implantés semble augmenter au cours de la période 2020-2021 (Figure 3), mais les centres qui enregistrent les poses de cathéters dans la base de données du RDPLF ne représentent que 40 % des centres inclus, l'enregistrement des poses de cathéters se faisant dans un module spécifique optionnel.



↑ *Fig 3. Nombre de cathéters implantés par semestre dans les centres qui participent au module « cathéter » en France métropolitaine, soit 72 centres sur 204*

Péritonites : Le Tableau VI compare le taux de péritonites dans les trois années précédant la période de pandémie par rapport à la période pandémique. L'ISPD recommande de ne pas compter les récurrences et de présenter sous forme fractionnaire en épisodes par an [3], néanmoins le nombre réel d'épisodes subis par les patients étant celui habituellement utilisé dans le RDPLF, nous faisons figurer les deux modalités de présentations. Il existe une tendance à la baisse du taux d'infections associée à un pourcentage moindre de Cocci Gram positifs responsables ; une analyse plus fine sera nécessaire pour confirmer que cette tendance est statistiquement significative.

↓ *Tableau VI : Taux de péritonites et pourcentage de germes avant et pendant la pandémie*

Périodes	Taux de péritonites avec récurrences	Taux de péritonites sans récurrences	Cocci Gram plus
01/2017 - 01/2020	1 tous les 38,4 mois ou 0,31/an	1 tous les 40 mois ou 0,30 /an	46 %
01/2020 - 06/2021	1 tous les 40 mois ou 0,30/an	1 tous les 43 mois ou 0,28 /an	43 %

DISCUSSION

Incidence globale de la Covid-19 dans les centres du RDPLF

Le but principal de cette étude était de voir si l'incidence et la prévalence du nombre de patients traités par DP avaient évolué au cours des trois premiers semestres de la pandémie. Avant de suivre cette évolution une synthèse plus globale a été réalisée.

Les principaux résultats des centres du RDPLF selon les pays ont été rapportés dans le Tableau I ; en raison des différences importantes d'un pays à l'autre, à la fois en termes de recrutement des patients et de modalités de prise en charge, toute comparaison nécessiterait des modalités d'ajustement qui sortent du cadre de cette étude. Nous avons donc fait le choix d'analyser l'évolution de la DP en France métropolitaine uniquement.

La létalité élevée liée à la Covid-19 chez les patients symptomatiques de France métropolitaine est probablement liée au recrutement des patients et à leurs comorbidités, : en effet 46 % d'entre eux doivent être assistés à domicile. Le Tableau II met en évidence, chez les patients assistés, un pourcentage double de Covid symptomatiques dans un contexte d'âge et d'indice de comorbidité de Charlson plus élevés, associé à une létalité de 42,7 % contre 16,8 % chez les patients autonomes.

Les sources supposées de contamination, telles que déclarées par les infirmières, étaient attribuées pour plus d'un tiers à un séjour en hospitalisation, laissant penser à une origine nosocomiale dans environ 33 % des cas (Tableau III).

L'origine de la contamination aurait été un membre de la famille dans un tiers des cas pour les patients assistés, contre 47% des cas pour les patients autonomes, ce qui souligne l'importance du respect des mesures barrière à domicile. Enfin le séjour en établissement pour personnes âgées représente un risque connu. Il faut souligner que la période de pandémie n'est pas associée à une modification apparente du risque d'infection péritonéale, la tendance étant même à une diminution (Tableau VI). Le fait que le pourcentage de Cocci Gram positifs diminue également est en faveur d'une diminution des contaminations manu-portées, probablement secondaire à la généralisation de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques dans la vie quotidienne.

Evolution de la dialyse péritonéale en France métropolitaine en période de Covid-19

Cette étude avait aussi pour but de suivre l'évolution semestrielle de l'incidence et de la prévalence des patients traités par DP en période de pandémie Covid-19 dans les centres qui participent au RDPLF, par comparaison aux trois années précédentes.

Le pourcentage de patients avec présentant une Covid symptomatique a été à son maximum de 4,7 % au cours du second semestre 2020, a diminué au cours du premier semestre 2021 (Tableau

IV) parallèlement à la politique de vaccination débutée en janvier de la même année, ce qui a entraîné une baisse drastique du nombre de contaminations symptomatiques.

La proportion de patients contaminés à domicile est probablement plus faible car nous n'avons pas demandé aux centres d'enregistrer les patients asymptomatiques : un testing systématique dans 66 centres d'hémodialyse en Espagne a montré que 13 % des patients avec un test PCR positif étaient asymptomatiques [4].

Variation de l'incidence

Au cours des trois derniers semestres les variations du nombre de nouveaux patients d'un semestre à l'autre sont dans les moyennes observées au cours des trois années précédentes, une diminution plus importante étant observée au cours du second semestre 2020.

On note une saisonnalité, marquée par la baisse du nombre de patients mis en DP au cours du deuxième semestre de chaque année, même avant la période de pandémie : le manque de personnel soignant pendant l'été pourrait être à l'origine d'un retard dans les formations en dialyse à domicile.

Le nombre de patients prévalents pendant la période de pandémie diminue aussi, à la fois par l'augmentation des décès liés à la Covid, mais aussi par l'augmentation (que l'on pourrait considérer comme paradoxale) du nombre de patients transférés en hémodialyse en centre. Cette baisse du nombre de patients prévalents est en partie limitée par une diminution concomitante du nombre de transplantations.

Une plus grande disponibilité de lits d'hémodialyse en centre alliée à un personnel moins disponible pour les formations et à un manque de disponibilité des blocs opératoires pour l'implantation des cathéters de DP peut expliquer l'absence d'augmentation de la DP. Une étude belge récente, dont les résultats sont probablement applicables à la France, a montré que la période de pandémie s'est accompagnée d'une diminution globale de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par traitement de suppléance [5] y compris pour la transplantation rénale.

La Figure 2 suggère qu'il est possible aussi qu'un certain nombre de patients aient déjà bénéficié de la mise en place d'un cathéter de DP, mais que le début de DP ait été retardé. L'implantation du cathéter dans la majorité des centres est faite par un chirurgien, et il s'agit d'un geste rapide, nécessitant un temps en personnel plus court que celui nécessaire à l'éducation à domicile, rendant compte d'un nombre de cathéters posés supérieur au nombre de patients formés. Néanmoins il est possible que la Figure 2 ne soit représentative que d'une fraction des centres, puisque tous ne participent pas au module optionnel « cathéters » et que sur l'ensemble du territoire la dynamique ne soit pas la même. Les prochains mois permettront d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse.

L'épidémie de SARS-Cov2 a été à l'origine d'une contamination importante dans les populations de patients dialysés dans le monde entier, mais avec des taux très variables d'un pays à l'autre. Lors d'une table ronde des investigateurs de Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), l'aspect le plus marquant était une différence de risque très importante d'une région à l'autre avec dans tous les cas un risque de décès compris entre 10 et 30 % chez les patients dialysés, mais moindre chez ceux traités à domicile [6]. Sur l'ensemble du territoire français au

moment de la rédaction de cet article, l'Agence de Biomédecine estimait que 16 % des patients dialysés, toutes méthodes confondues, auraient présenté une infection à SARS-Cov2 et que 20% des décès seraient liés à ce virus [7]. En ne considérant que les patients symptomatiques (donc en excluant ceux qui avaient un test positif sans signe clinique), nous avons trouvé récemment, dans une étude commune des deux registres REIN et RDPLF, un taux de 8 % de patients symptomatiques (donc en excluant ceux qui avaient une recherche de Covid sans signe clinique) chez les patients traités dans une unité de dialyse, alors que ceux traités [8] à domicile par DP ou hémodialyse à domicile étaient symptomatiques dans 4,9 % des cas au cours des neuf premiers mois de l'année 2020 [8]. La volonté des néphrologues de limiter les contacts dans les transports ou les établissements de soins a favorisé en France la constitution d'un réseau de développement de l'hémodialyse à domicile, mais ce dernier se heurte à des contraintes organisationnelles et financières [9]. D'autres se sont mobilisés récemment aussi pour encourager l'ensemble des techniques à domicile, DP comme HD [10].

Un exemple de programme visant à limiter les risques de contamination chez les patients dialysés en favorisant la DP à domicile est illustré au Canada : une étude récente dans les centres de Colombie Britannique, qui suivent les recommandations de la Société Canadienne de Néphrologie, a montré une augmentation d'incidence de la DP, alors que le nombre total de dialysés incidents a diminué. Ceci est la conséquence de transferts d'HD vers la DP, avec 50 % des cathéters de DP implantés au lit du malade [11].

L'évolution de l'incidence et de la prévalence

L'absence de prescription plus importante de la dialyse à domicile en France peut donc sembler paradoxale en période pandémique puisqu'elle pourrait réduire le risque de contamination persistant dans les transports ou en milieu hospitalier malgré le respect des mesures barrière.

Il faut retenir que le personnel soignant est davantage sollicité et parfois redéployé vers des services en difficulté. Leur disponibilité pour assurer la formation de nouveaux patients peut être considérablement réduite, soit par manque de temps, soit en raison d'absences liées à des collègues malades. Former un patient à une technique de dialyse à domicile nécessite plusieurs entretiens, la nécessité de calmer ses angoisses et de répéter les explications : ce temps infirmier n'est pas disponible en période d'activité intense. La France possède un réseau important d'infirmiers libéraux qui permet depuis longtemps de prendre en charge à domicile des patients non autonomes [12] ; on aurait pu imaginer en cas de manque de personnel, de recourir à une assistance à domicile par infirmière. Néanmoins les infirmiers libéraux en période Covid sont probablement surchargés par les soins à d'autres patients qui auraient dû être hospitalisés ; il existe d'ailleurs fin 2020 et au premier semestre 2021 une légère diminution du pourcentage de patients assistés à domicile par des infirmiers libéraux.

Les blocs opératoires étaient également moins disponibles durant les pics de contamination ; la pose de cathéter de DP au lit du patient est devenue rare au cours des années précédentes dans nos régions, contrairement à l'expérience canadienne déjà citée [11]: un début en hémodialyse en centre, éventuellement sur cathéter central, peut alors être considéré comme plus pratique et rapide, et se faire aux dépens d'une indication de dialyse à domicile, DP ou HDD. Une organisation hospitalière et des moyens différents d'un pays à l'autre pourraient expliquer la différence de gestion des flux de patients, ce qui mériterait une analyse plus précise non réalisable dans le cadre de cet article.

L'augmentation importante des transferts en hémodialyse en France au cours des derniers mois, pour d'autres raisons qu'une infection Covid, trouve d'autant moins d'explication que l'inverse serait attendu si on se base sur la prévention des contaminations Covid.

D'autres études mériteront d'être réalisées pour élucider cet aspect, avec le registre REIN qui englobe l'ensemble des techniques.

Limites

Les principales limites de cette étude reposent sur l'absence de stratification en fonction des régions. On sait en effet que les indications de DP varient énormément d'une région à l'autre en France [13]. Il est possible que certaines régions aient favorisé la DP dans le but de prévenir les contaminations alors que d'autres, par manque de personnel ou en raison d'une organisation moins adaptée, ont préféré se concentrer sur la mise en place de protocoles spécifiques dans l'environnement de la dialyse en centre. Théoriquement un calcul trimestriel aurait été plus précis, mais il risquait de perdre en sensibilité vu le nombre de patients en DP, qui demeure faible par rapport à l'ensemble de la population des insuffisants rénaux dialysés. Une comparaison par rapport aux patients traités par hémodialyse en centre n'est pas possible avec les seules données du RDPLF qui ne concernent que les patients traités en DP. De même la comparaison avec l'HDD doit rester prudente car le RDPLF n'est exhaustif qu'à 40 % environ pour ce type de traitement, contrairement à près de 100% pour la DP.

CONCLUSIONS

Les données enregistrées dans le RDPLF montrent un risque d'infection Covid grave moindre en DP qu'en hémodialyse en centre. Chez les patients en HDD le risque est encore plus faible, mais influencé également par leur moyenne d'âge inférieure. La létalité chez les patients symptomatiques plaide en faveur de la vaccination. Une augmentation du nombre de transferts de DP vers l'hémodialyse en centre, majoritairement liée à d'autres causes que la Covid en période de pandémie, peut sembler paradoxale dans le contexte pandémique, alors qu'un consensus existe d'un moindre risque infectieux à domicile.

CONFLITS D'INTERET

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

REMERCIEMENTS

Nous remercions les infirmiers, infirmières et néphrologues des centres du RDPLF qui maintiennent une mise à jour en temps réel de leurs données. Nous les remercions particulièrement et chaleureusement pour avoir maintenu la haute qualité de leur participation durant les journées extrêmement chargées de l'épidémie de Covid-19. C'est leur travail qui permet la rédaction de cet article.

Nous remercions mesdames Ghislaine Veniez et Marie Christine Padernoz, infirmières, pour le contrôle qualité de la base de données.

Nous remercions madame Katia Guerin, secrétaire, pour le contrôle qualité temps réel, la vérification des mises à jour des centres et pour la mise en page de l'article avant publication.

RELECTURE : *Cet article, sur invitation, a été revu par les membres du comité éditorial.*

REFERENCES

1. Verger C, Fabre E, Veniez G, Padernoz MC. Synthetic 2018 data report of the French Language Peritoneal Dialysis and Home Hemodialysis Registry (RDPLF). *Bulletin de la Dialyse à Domicile*. 2019;2(1):1-10.
2. Verger C, Veniez G, Padernoz M-C, Fabre E. Home dialysis in french speaking countries in 2020 (RDPLF database). *Bulletin de la Dialyse à Domicile*. 2021;4(1):55-70.
3. Li PK-T, Szeto CC, Piraino B, De Arteaga J, Fan S, Figueiredo AE, et al. ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. 2016;36(5):481-508.
4. Pizarro-Sánchez MS, Avello A, Mas-Fontao S, Stock Da Cunha T, Goma-Garcés E, Pereira M, et al. Clinical Features of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Hemodialysis Patients. *Kidney and Blood Pressure Research*. 2021:1-9.
5. Lucas Pierre-Michel J, Collart F, Baudoux T, Bonvoisin C, De Smet J-M, Devresse A, et al. Has Covid-19 reduced the management of end-stage kidney disease in 2020? *Bulletin de la Dialyse à Domicile*. 2021;4(1):53-4.
6. Robinson BM, Guedes M, Alghonaim M, Cases A, Dasgupta I, Gan L, et al. Worldwide Early Impact of COVID-19 on Dialysis Patients and Staff and Lessons Learned: A DOPPS Roundtable Discussion. *Kidney Medicine*. 2021;3(4):619-34.
7. Biomédecine Ad. Situation de l'épidémie de Covid-19 chez les patients dialysés et greffés rénaux en France au 18 Aout 2021. *Bulletin numéro 61 du registre REIN [Internet]*. 2021; (61). Available from: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/bulletin_no61_version1.pdf.
8. Couchoud C, Verger C. Symptomatic SARS-CoV2 infections in patients treated in France by hemodialysis in an establishment, or at home or by peritoneal dialysis: Data from the REIN and RDPLF registry. *Bulletin de la Dialyse à Domicile*. 2020;3(4):213-26.
9. Michel P-A, Piccoli GB, Couchoud C, Fessi H. Home hemodialysis during the COVID-19 epidemic: comment on the French experience from the viewpoint of a French home hemodialysis care network. *Journal of Nephrology*. 2020;33(6):1125-7.
10. Rostoker G, Issad B, Fessi H, Massy ZA. Why and how should we promote home dialysis for patients with end-stage kidney disease during and after the coronavirus 2019 disease pandemic? A French perspective. *Journal of Nephrology*. 2021;34(4):985-9.
11. Canney M, Er L, Antonsen J, Copland M, Singh RS, Levin A. Maintaining the Uptake of Peritoneal Dialysis During the COVID-19 Pandemic: A Research Letter. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. 2021;8:205435812098626.
12. Durand P-Y, Verger C. The State of Peritoneal Dialysis in France. *Peritoneal Dialysis International*. 2006;26(6):654-7.
13. Couchoud C, Savoye E, Frimat L, Ryckelynck JP, Chalem Y, Verger C. Variability in case mix and peritoneal dialysis selection in fifty-nine French districts. *Perit Dial Int*. 2008;28(5):509-17.

Reçu le 05/09/2021, accepté après révision le 09/09/2021, publié le 15/09/2021



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