

Bulletin de la Dialyse à Domicile

Utilisation de la fistule artério-veineuse en dialyse péritonéale en France (Données RDPLF)

(Use of arteriovenous fistula in peritoneal dialysis in France (RDPLF data))

Christian Verger¹, Emmanuel Fabre¹

¹RDPLF, 30 Rue Séré Depoin, 95300 - Pontoise

Note : this publication is bi-lingual. English original text available same url : <https://doi.org/10.25796/bdd.v4i4.63943>

Résumé

Il existe un consensus pour ne pas réaliser systématiquement une fistule artério-veineuse (FAV) chez les patients traités par dialyse péritonéale. Nous avons voulu vérifier dans la base de données du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF), quelles étaient les pratiques en France.

Nous avons sélectionné 4344 personnes de France métropolitaine qui ont cessé leur traitement par dialyse péritonéale entre décembre 2016 et décembre 2021 et qui, avant leur traitement par dialyse péritonéale, n'avaient pas été traitées par hémodialyse ni transplantées.

Uniquement 5,2 % des malades ont eu une FAV en cours de DP, mais 86,7 % ne l'ont pas utilisée. Parmi les malades qui n'avaient pas de FAV, 38 % ont cependant été transférés en hémodialyse, souvent avec un cathéter central.

S'il est probablement important d'avoir un algorithme prévisionnel pour éviter des transferts définitifs en hémodialyse sur cathéter central quand ce transfert peut être planifié, ce rapport supporte l'absence d'intérêt à créer un abord vasculaire systématique en DP, en particulier lorsqu'il y a un projet de greffe rénale.

Mots clés : dialyse péritonéale, fistule artério-veineuse, transferts dialyse péritonéale

Summary

There is a consensus not to systematically create arteriovenous fistula (AVF) in patients treated with peritoneal dialysis. We wanted to verify in the French Language Peritoneal Dialysis Register (RDPLF) database what the practices are in France.

We selected patients who stopped peritoneal dialysis between December 2016 and December 2021 and who, before their peritoneal dialysis treatment, had not been treated with hemodialysis or transplant before.

Only 5.2% of patients had an AVF during PD, and 86.7% of these did not use it. Of the patients who did not have AVF, however, 38% were transferred to hemodialysis, often with a central venous catheter.

While it is probably important to have a predictive algorithm to avoid definitive transfers in hemodialysis with a central venous catheter when this transfer can be planned, this report confirms the pointlessness of creating a systematic vascular access in PD, particularly when there is a kidney transplant project.

Key words : peritoneal dialysis, arterio-venous fistula, peritoneal dialysis transition

Pour citer cet article : Verger C, Fabre E. Use of arteriovenous fistula in peritoneal dialysis in France (RDPLF data). Bull Dial Domic [Internet]. 15déc.2021 [cité 14déc.2021];4(4):307-12.
DOI : <https://doi.org/10.25796/bdd.v4i4.63943>

INTRODUCTION

Par définition le traitement par dialyse péritonéale ne nécessite pas de recours à une circulation extracorporelle. Les travaux précédents sur l'intérêt d'un abord vasculaire de sécurité en dialyse péritonéale sont contradictoires et reposent souvent sur des études mono-centriques et un petit nombre de patients, et il n'y a pas de recommandations simples disponibles[1-3]. Le but de ce rapport est de décrire les pratiques en France concernant la réalisation conjointe d'un abord vasculaire pour hémodialyse chez les patients traités par dialyse péritonéale dans le Registre de dialyse péritonéale de langue française (RDPLF).

METHODES

Structure de la base de données du RDPLF

Le fonctionnement du Registre de RDPLF et la structure de la base de données sont décrits par ailleurs[4]. La variable abord vasculaire est d'introduction récente dans le recueil de données, ce qui ne permet pas de disposer à ce sujet d'information fiable antérieure au premier décembre 2016.

Sélections des patients

Sélection pour étude principale

Ont été inclus :

- tous les patients qui ont cessé définitivement, quelle qu'en soit la cause, un traitement par dialyse péritonéale entre le 1er décembre 2016 et le 1er décembre 2021 en France métropolitaine ;
- les patients dont le seul traitement a été la dialyse péritonéale et qui n'avaient donc jamais été traités auparavant par hémodialyse ou transplantation.

Ont été exclus les patients âgés de moins de 18 ans à l'initiation de la dialyse et ceux dont l'indication de dialyse péritonéale était une insuffisance cardiaque liée à un syndrome cardio rénal.

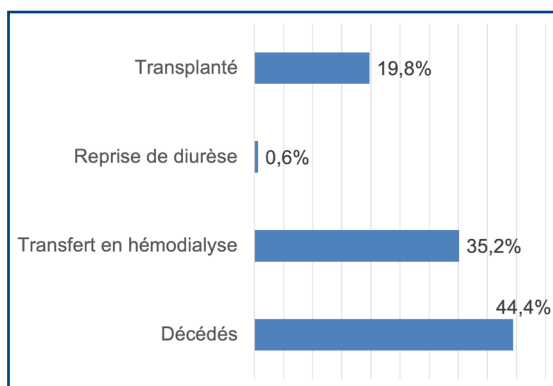
Sélection pour étude complémentaire

Afin d'avoir une «photographie» des patients en cours de traitement nous avons également calculé le pourcentage de patients en cours de traitement en octobre 2021 qui étaient porteurs d'une FAV, en France métropolitaine.

RESULTATS

Les causes d'arrêt de dialyse péritonéale durant la période d'étude sont résumées dans la figure 1 et les causes de transferts ainsi que la durée de traitement avant transfert sont résumées dans le tableau I

- 4344 patients ont cessé la DP durant la période d'étude et ont été inclus
- 4119 (94,8 %) n'avaient pas de FAV au moment de l'arrêt de DP et 226 (5,2 %) patients avaient une FAV réalisée avant la mise en DP ou en cours de traitement.

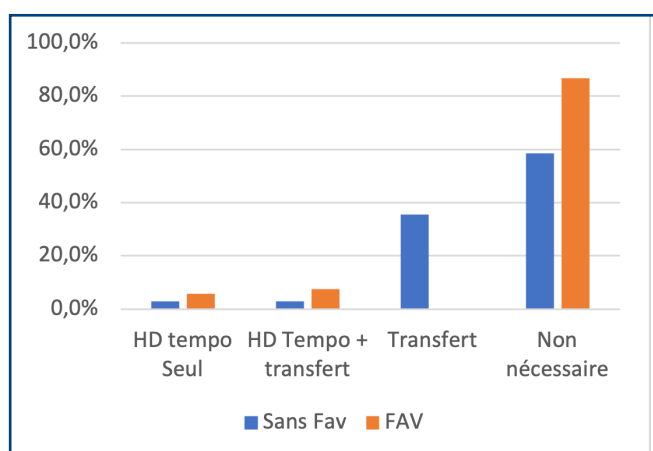


↑ Fig. 1 : causes d'arrêt de dialyse péritonéale en France métropolitaine entre décembre 2016 et décembre 2021

↓ Tableau 1 : causes de transferts définitifs en hémodialyse et durée médiane de traitement, en mois, avant transfert en hémodialyse

	Nombre	%	Durées médiane de traitement
Péritonites	366	14,9%	18
Malfonction cathéter	227	9,2%	6
Malfonction cathéter	741	30,2%	25
Perte UF	240	9,8%	20
Incapacite patient	74	3,0%	10
Intolérance psychologique	92	3,7%	12
Défaillance aide	12	0,5%	9
OAP à répétition	53	2,2%	15
Autres causes	706	26,6%	15

La figure 2 résume le pourcentage de cas où l'abord a, ou aurait été nécessaire.



↑ Fig. 2 : pourcentage de recours à une hémodialyse selon l'existence ou non d'une FAV. Le dernier groupe de colonnes représente le pourcentage de patients qui n'ont pas eu besoin d'une FAV, qu'ils aient eu ou non cet abord vasculaire

Parmi les 226 patients qui avaient eu une FAV :

- 13 ont eu une ou plusieurs périodes d'hémodialyse temporaire sans nécessité de transfert définitif en hémodialyse, et 17 ont eu une ou plusieurs périodes d'hémodialyse temporaire suivies d'un transfert définitif en hémodialyse ;
- 196 (86,7 %) n'ont pas eu besoin de leur FAV.

Parmi les patients qui n'avaient pas de FAV (4119) :

- 242 (5,9 %) ont eu besoin d'une ou plusieurs séances d'hémodialyse dont 122 uniquement de l'hémodialyse temporaire, et 120 ont eu des séances d'hémodialyse temporaire suivies d'un transfert définitif en hémodialyse ;
- 1466 (35,6%) ont été transférés définitivement en hémodialyse ;
- 760 patients ont été transplantés et 42 (5,5 %) ont eu besoin de séances d'HD temporaire (sur cathéter veineux central dans 93 % des cas).

Statut des patients en cours de traitement au 1er décembre 2021 :

Au 1er décembre 2021, parmi les 2186 patients jamais dialysés avant la DP et en cours de traitement, 2125 (97,2%) n'ont pas de FAV et 61 (2,8%) ont eu une FAV et se répartissent dans 37 centres sur 148.

Parmi les 37 centres qui ont des patients en cours de traitement et sont porteurs d'une FAV réalisée depuis le début de leur traitement par DP :

- ceux qui traitent moins de 10 patients ont 29 % de leurs patients avec FAV
- ceux qui traitent entre 10 et 20 patients ont 13 % de leurs patients avec FAV
- ceux qui traitent plus de 20 patients ont 6 % de leurs patients avec FAV

DISCUSSION

Cette étude montre que dans la grande majorité des cas les patients traités par dialyse péritonéale en France métropolitaine n'ont pas de FAV. Cette pratique se retrouve aussi bien chez l'ensemble des patients qui ont quitté la DP au cours des quatre dernières années que chez ceux qui sont actuellement en cours de traitement. Dans les centres qui ont des patients en cours de traitement par DP porteurs d'une FAV, le pourcentage de patients avec FAV est d'autant plus faible que le nombre de patients du centre est élevé. On peut supposer ainsi que les centres ayant un programme de DP plus important ont davantage confiance dans la technique et sont moins enclins à réaliser une FAV dite « de sécurité ».

L'examen de la figure 1 montre que 88 % des patients naïfs qui ont quitté la technique au cours des 4 dernières années et chez qui une FAV a été réalisée durant leur traitement, n'ont pas eu besoin de cette fistule. Si à l'inverse 59% de ceux qui n'avaient pas eu de fistule n'en ont pas eu besoin non plus, 41 % d'entre eux ont été transférés en hémodialyse probablement souvent de manière non planifiée avec un cathéter veineux central.

Les limites de cette étude sont liées à la conception de la base de données du RDPLF concernant la variable qui renseigne la présence ou non d'une FAV : c'est une variable binaire, oui ou non, et elle n'est pas évolutive dans le temps. La plupart des centres ne modifient pas la saisie de la variable lors du transfert en HD de tel sorte qu'il est possible qu'un certain nombre de patients

qui ont été enregistrés «non porteurs» d'une FAV lors du transfert en HD ont eu en réalité une confection d'abord vasculaire lorsque le transfert était planifié.

Cela pourrait être le cas pour ceux transférés pour sous dialyse ou ultrafiltration insuffisante dont on voit dans le tableau I que le transfert a lieu en moyenne dans les deux ans. On sait néanmoins d'après les données du registre REIN* (*Communication personnelle, Cécile Couchoud et Mathilde Lassalle*) qu'environ 72 % des patients transférés en HD le sont sur cathéter veineux central. Cela reflète d'assez près ce qui est observé dans le RDPLF : il doit s'agir de transferts en urgence probablement non planifiés. Ce peut être le cas aussi pour ceux qui ont été transférés pour péritonites graves ou récurrentes et qui représente 13,6 % des causes de transfert (Tableau I). Cela a été précédemment rapporté dans l'étude de Boissinot et coll qui avait montré le recours presque systématique à l'utilisation d'un cathéter central en cas de transfert non planifié en hémodialyse[5].

Dans tous les cas ces transferts en urgence, non planifiables, ne justifient pas de réaliser en pratique une FAV dite de sécurité qui sera inutile pour la grande majorité des malades et limitera leurs possibilités d'abords vasculaires dans le futur, lorsqu'ils en auront besoin.

Une modification prochaine du mode de recueil de l'information dans la base de données du RDPLF permettra d'obtenir, lorsqu'elle existe, la date de réalisation de l'abord vasculaire avant transfert en hémodialyse.

Peu de patients transplantés ont eu besoin de périodes d'hémodialyse temporaire, ce qui justifie de ne pas réaliser de FAV de sécurité dans ce groupe de patients pour épargner leur capital vasculaire dans l'hypothèse d'un rejet de greffe ultérieur souvent suivi d'une prise en charge en hémodialyse[6] : pour ce groupe de patients, l'utilisation d'un cathéter veineux central temporaire sur une courte période a peu de risque d'amputer leur capital vasculaire pour l'avenir.

Il convient enfin de rappeler que la Haute Autorité de Santé en France recommande de ne pas prévoir de de fistule artério-veineuse chez les patients en attente de transplantation[7].

Il serait sans doute utile de se doter d'organigrammes décisionnels, comme cela a été proposé par d'autres équipes[3], pour prédire le besoin d'un recours à l'hémodialyse.

CONCLUSION

Cette étude confirme pour la France en 2021 les travaux plus anciens qui démontrent l'inutilité de créer systématiquement une fistule chez les patients de dialyse péritonéale, en particulier lorsqu'ils sont inscrits sur une liste d'attente de transplantation. Un des avantages de la dialyse péritonéale est de préserver les abords vasculaires dont tout patient insuffisant rénal chronique peut avoir besoin un jour. Chaque centre devrait cependant suivre un algorithme décisionnel afin de pouvoir réaliser une fistule artério-veineuse à l'avance quand un transfert en hémodialyse est hautement probable.

CONFLITS D'INTERET

Cette étude n'a pas été financée et les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt.

*REIN : <https://www.agence-biomedecine.fr/R-E-I-N-Reseau-Epidemiologique-et-Information-en-Nephrologie>

Remerciements

Les auteurs remercient chaleureusement les néphrologues et équipes soignantes du RDPLF pour la grande qualité des données qu'ils transmettent régulièrement et nous espérons que ce travail les aidera dans la prise en charge de leurs patients.

Nous remercions également Mme Katia Guérin pour le contrôle de saisie qu'elle fait quotidiennement pour garantir la fiabilité des données enregistrées, et pour la mise en page de cet article.

Soumission

Cet article est un court rapport pour information sur un aspect des données enregistrées dans le RDPLF, il n'a pas été soumis en double aveugle à des pairs externes, mais a été relu en interne par 4 membres du comité éditorial du BDD.

REFERENCES

1. Nezakatgoo N, Ndzenue A, Ramaiah M, Gosmanova EO. Outcomes of Simultaneous Peritoneal Dialysis and Arteriovenous Fistula Placement in End-Stage Renal Disease Patients. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. 2017;37(6):658-61.
2. Beckingham IJ, O'Rourke JS, Bishop MC, Blamey RW. Are backup arteriovenous fistulae necessary for patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis? *Lancet*. 1993;341(8857):1384-6.
3. Chiarelli G, Beaulieu M, Cozzolino M, Singh S, Kiai M, Taylor P, et al. Vascular access planning in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*. 2008;28(6):585-90.
4. Verger C, Fabre E, Veniez G, Padernoz M. Synthetic 2018 data report of the French Language Peritoneal Dialysis and Home Hemodialysis Registry (RDPLF). *Bulletin de la Dialyse à Domicile [Internet]*. 2019; 2(1):[1-10 pp.]. Available from: <https://dx.doi.org/10.25796/bdd.v2i1.19093>.
5. Boissinot L, Landru I, Cardineau E, Zagdoun E, Ryckelycnk JP, Lobbedez T. Is transition between peritoneal dialysis and hemodialysis really a gradual process? *Perit Dial Int*. 2013;33(4):391-7.
6. Karim MS, Aryal P, Gardezi A, Clark DF, Aziz F, Parajuli S. Vascular access in kidney transplant recipients. *Transplant Rev (Orlando)*. 2020;34(3):100544.
7. Durand PY, Rusterholz T. Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte. *Recommandations françaises en 2008. Néphrologie & Thérapeutique*. 2009;5:S281-S5.

Soumis le 10/12/2021 publié en ligne le 15/12/2021



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