

Bulletin de la Dialyse à Domicile

L'Individualisation du traitement de dialyse influence-t-elle positivement la qualité de vie des patients en dialyse péritonéale tout en préservant une dialyse adéquate ?

(Does individualization of dialysis treatment have a positive influence on the quality of life of peritoneal dialysis patients while maintaining adequate dialysis?)

Guy Fomegne Ngassa¹, Miguel-Ange Guillen², Assma Ballout², Andreas Bottiggi³

^{1,2}Service de néphrologie, Centre Hospitalier Epicura, site d'Hornu, Belgium

³Performance manager, Centre Hospitalier Epicura, Belgium

Note : this publication is bi-lingual. English original text available same url : <https://doi.org/10.25796/bdd.v5i1.64253>

Résumé

Notre objectif est d'évaluer l'impact de l'individualisation du traitement de dialyse sur la qualité de vie de nos patients en dialyse péritonéale tout en leur préservant une dialyse adéquate.

La qualité de vie a été évaluée au moins 3 mois après individualisation de la dose de dialyse, par auto questionnaires en utilisant la version SF-36 (short form) de l'échelle KDQOL (Kidney Disease Quality Of Life). Les résultats du KDQOL-SF36 sont utilisés comme variables quantitatives rapportées à l'obtention d'un Kt/V > 1.7. La dose de dialyse a été calculée à partir du dialysat et d'urines de 24 heures, des prélèvements sanguins des patients encodés dans le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF). <https://www.rdpf-db.org>. Le test de significativité de Pearson est utilisé pour rechercher une corrélation entre les sous scores du SF-36 de l'échelle KDQOL et le Kt/V.

Quinze patients (huit hommes, sept femmes) d'âge moyen de 65.93 ans ont été éligibles pour l'étude.

Nos résultats n'ont pas montré de lien direct entre le Kt/V et la qualité de vie. On note une corrélation existante mais faible entre les sous-scores «fonctionnement physique» et le Kt/V ainsi qu'entre «limitation des rôles dus aux problèmes physiques» et le Kt/V. Ces corrélations ne semblent pas significatives d'après le test de significativité de Pearson. L'individualisation du traitement semble ne pas avoir d'impact négatif sur le Kt/V et certaines dimensions du score KDQOL SF36 paraissent moins altérées (interactions sociales, support social, vie en relation avec les autres). D'autres études prenant en compte les limites de la nôtre sont nécessaires pour généraliser une telle approche thérapeutique.

Mots clés : individualisation de la dose de dialyse ; KDQOL-SF 36 ; Kt/V ; dialyse péritonéale ; qualité de la dialyse ; qualité de la vie.

Summary

Our objective is to evaluate the impact of individualizing dialysis treatment on the quality of life of our peritoneal dialysis (PD) patients while preserving adequate dialysis. The quality of life was assessed at least three months after the individualization of the dialysis dose via self-questionnaires using the short form (SF-36) version of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) scale. The results of the KDQOL-SF36 scale are used as quantitative variables related to the achievement of a Kt/V > 1.7. The dialysis dose was calculated from dialysate and 24-hour urine and blood samples from patients encoded in the French-Language Peritoneal Dialysis Registry (RDPLF) (<https://www.rdpf-db.org>). Pearson's significance test was used to determine a correlation between the SF-36 sub-scores of the KDQOL scale and Kt/V. Fifteen patients (eight men, seven women) with a mean age of 65.93 years were eligible for the study. Our results did not show a direct relationship between Kt/V and quality of life, but we found an existing but weak correlation between the sub-scores "physical functioning" and Kt/V as well as between "role limitation caused by physical problems" and Kt/V. These correlations do not appear to be significant according to Pearson's significance test. The individualization of the treatment does not seem to have a negative impact on Kt/V, and certain dimensions of the KDQOL-SF36 score seem to be less altered (social interactions, social support, life in relation with others). Further studies taking into account the limitations of our study are necessary to generalize such a therapeutic approach.

Key words : individualization dialysis dose; KDQOL-SF 36; Kt/V; Peritoneal dialysis; quality of dialysis; quality of life

Pour citer cet article : Fomegne G, Guillen M-A, Ballout A, Bottiggi A. Does individualization of dialysis dose positively influence the quality of life of peritoneal dialysis patients while preserving adequate dialysis?. Bull Dial Domic [Internet]. 2022Mar.9 [cited 2022Mar.25];5(1). Available from: <https://doi.org/10.25796/bdd.v5i1.64253>

INTRODUCTION

Lorsque les patients arrivent au stade de l'urémie terminale, trois options thérapeutiques peuvent être proposées : l'hémodialyse, technique d'épuration extra-rénale s'effectuant majoritairement en milieu hospitalier, la transplantation rénale qui dépend initialement d'une inscription sur une liste de greffe, inscription qui tient bien-sûr compte des différentes comorbidités des patients et enfin la dialyse péritonéale, technique d'épuration extra-rénale se réalisant à domicile [1]. La dialyse péritonéale est le mode d'épuration extra-rénale le moins répandu ; c'est une technique continue car se pratique quotidiennement. Être à l'écoute de ces patients et surtout demander leur avis ou ressenti constitue le meilleur moyen de repérer les points faibles de la technique afin de les remédier, d'améliorer leur qualité de vie et d'éviter à long terme le burn out chez ces patients.

KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) est une échelle de mesure de la qualité de vie validée par plusieurs études [2-5]. C'est un questionnaire qui se base sur le SF36 (Short Form) et dont les questions mesurent essentiellement deux composantes : mentale et physique et rajoutent la partie spécifique au dialysé. Un score plus élevé est en faveur d'une meilleure qualité de vie [2,6]. Celle-ci prédit également la survenue ultérieure d'évènements indésirables comme le décès ou l'hospitalisation : plus la qualité de vie est faible, plus le risque de survenue de ces évènements est élevé [2,7].

Le Kt/V de l'urée mesure la dose de dialyse et la clairance de l'urée [8,9]. Son résultat reflète le nombre de fois où le volume total d'eau du patient a été épuré. L'urée est prise comme témoin de l'accumulation des toxines urémiques et sert de substance de référence pour quantifier l'épuration [8,9]. De même, des caractéristiques cliniques et biologiques comme l'hémoglobinémie, l'albuminémie, la présence de comorbidités, ainsi que des caractéristiques d'ordre thérapeutique comme la prise de médicaments et surtout l'individualisation du traitement de la dialyse péritonéale pourraient influencer positivement sur leur qualité de vie et limiter le risque de burnout.

MATERIELS ET METHODES

C'est une étude transversale monocentrique menée en mars 2021 par questionnaire auto-administré utilisant des instruments standardisés auprès des patients traités par dialyse péritonéale dans le service de Néphrologie du centre hospitalier Epicura, site d'Hornu en Belgique. Ce questionnaire a été complété après individualisation du traitement chez nos patients. Nous avons utilisé les critères d'inclusion suivants : 1) tous les patients adultes du centre en dialyse péritonéale (DP) depuis au moins trois mois 2) patients consentants 3) les patients âgés de plus de 16 ans. Ont été exclus les patients ayant présenté une péritonite ou hospitalisés au cours des trois derniers mois. Deux des dix-sept patients du centre ont été exclus : l'un en dialyse manuelle hospitalisé pour péritonite et l'autre également en dialyse manuelle décédé en début de l'étude pendant la collecte des données. Tous les deux étaient sous quatre échanges par jour. Tous les patients de notre centre bénéficient d'une assurance maladies et invalidités. Les données médicales ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. La qualité de vie a été évaluée soit en dialyse par les infirmières du service, soit au domicile du patient en se servant de l'échelle KDQOL (Kidney Disease Quality Of Life). Une fois les données recueillies, le néphrologue a procédé au calcul du score de chaque dimension avec l'aide du statisticien de l'hôpital. Un score plus élevé est en faveur d'une meilleure qualité de vie dans cette dimension. Le KDQOL SF36 comporte deux noyaux [3-6] :

Un noyau générique qui étudie les deux composantes, mentale et physique en 8 dimensions :

- 1) fonctionnement physique comportant dix questions,
- 2) santé physique comportant quatre questions,
- 3) douleur comportant 2 questions,
- 4) perception générale de la santé comportant cinq questions,
- 5) bien-être émotionnel comportant cinq questions,
- 6) santé émotionnelle comportant trois questions,
- 7) relations sociales comportant deux questions,
- 8) énergie/fatigue comportant quatre questions.

Un noyau spécifique qui étudie onze dimensions :

- 1) les symptômes de la maladie en douze questions,
- 2) le fardeau de la maladie rénale en quatre questions,
- 3) l'effet de la maladie rénale en 8 questions,
- 4) le statut professionnel en 2 questions,
- 5) les fonctions cognitives en trois questions,
- 6) la qualité des interactions sociales comportant 3 questions,
- 7) la fonction sexuelle en deux questions,
- 8) le sommeil en quatre questions,
- 9) le support social en cinq questions,
- 10) l'encouragement du personnel traitant en deux questions,
- 11) la satisfaction du patient en une question.

Le néphrologue responsable a ensuite collecté les données cliniques et biologiques. La dose de dialyse a été calculée à partir du dialysat de 24 heures, des collectes d'urine de 24 heures et des prélèvements sanguins obtenus dans le dossier des patients et encodés dans le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF). <https://www.rdplf.org>. Le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG), la moyenne de la clearance de créatinine totale hebdomadaire et la moyenne du Kt/V hebdomadaire de l'urée ont été obtenus grâce aux données encodées dans le registre et calculées sous la rubrique « module nutrition adéquate ». Nous avons ainsi pu recueillir les doses de dialyse adéquate (Kt/V) avant et après individualisation si nécessaire des traitements chez nos patients. Nous avons utilisé les résultats du KDQOL SF 36 comme variables quantitatives rapportées à l'obtention d'un Kt/V>1,7. [3,4,10].

ANALYSES STATISTIQUES

Pour l'analyse des sous-scores du questionnaire KDQOL SF36, nous avons aussi utilisé le lien [Free online SF-36 score calculator - OrthoToolKit \(https://orthotoolkit.com/sf-36/\)](https://orthotoolkit.com/sf-36/). Le test de significativité de Pearson a été utilisé pour rechercher une corrélation entre les sous scores du SF-36 (Short Form) de l'échelle KDQOL et le Kt/V. Les huit scores génériques et les deux scores résumés, ainsi que les trois scores spécifiques ont été calculés si au moins la moitié des items qui constituent chaque dimension était renseignée. *Les huit scores génériques et les trois scores spécifiques ont été standardisés de telle manière que 0 corresponde à la pire qualité de vie et 100 à la meilleure qualité de vie.*

Les scores résumés physique (PCS) et mental (MCS) du SF-36 sont calculés pour permettre une comparaison simple avec la population générale américaine. En effet, si les valeurs observées

pour ces deux scores sont inférieures à 50, cela signifie que la qualité de vie est moins bonne que celle de la population générale américaine. *L'interprétation des résultats est différente des autres dimensions, des variations de 5 points sont encore plus significatives car ces scores varient de 10 à 70.*

RESULTATS

Le formulaire a été rempli dans la majorité des cas à domicile (treize patients) avec l'aide de l'infirmière de la dialyse péritonéale (huit patients). Seuls cinq des quinze patients ont pu remplir sans aide le formulaire et deux ont bénéficié de l'aide de proches.

Caractéristique des patients au moment de la mesure de la qualité de vie :

Un peu plus de la moitié des patients sont des hommes (53.33%) et l'âge moyen des participants est de 65,93 ans. La plupart des patients étaient à la retraite au moment de l'étude. Un patient a débuté ses dialyses en 2017, deux en 2018, six en 2019 et enfin cinq en 2020. Le délai entre la mise en dialyse et la mesure de la qualité de vie va donc de quatre ans à sept mois environ pour le dernier patient. Sur les quinze patients (tableau Ia), huit étaient en dialyse péritonéale manuelle (Baxter double poche) et sept en technique automatisée sous Homechoicepro Baxter (trois en Dialyse Péritonéale Continue Cyclique et quatre en Dialyse Péritonéale fluctuante). L'individualisation du traitement de dialyse a été faite chez six des huit patients en dialyse manuelle (les deux derniers poursuivant leurs quatre échanges quotidiens par jour) et deux des sept patients en technique automatisée (tableau Ib). Cette individualisation avait été faite chez ces patients au moins trois mois avant le début de notre étude en mars 2021. Des six patients en dialyse manuelle au traitement individualisé, deux effectuent quatre échanges quotidiens cinq jours sur sept et seulement deux échanges longs le week-end (icodextrine une poche par douze heures), un réalise quatre échanges quotidiens six jours sur sept et deux icodextrines le dimanche. Enfin, trois des six patients effectuent trois échanges tous les jours (ventre vide quatre heures par jour) avec deux poches de solution isotonique et une poche d'icodextrine. Pour les patients en technique automatisée (sept patients), ils effectuent désormais leur traitement avec la nouvelle machine connectée de Baxter, le Claria Share Source : un des sept patients en DPCC, quatre en mode fluctuant. Par contre, deux patients (traitement individualisé) font une alternance DPA fluctuante (pendant deux mois) avec une dialyse manuelle à trois échanges par jour le mois suivant (pendant un mois). Ces deux derniers patients préfèrent largement cette option car se sentant un peu "libérés" de la machine durant un mois tout en bénéficiant d'une meilleure ultrafiltration lors des DPCA (tableau Ib). Ces modifications du schéma de traitement finalement chez huit de nos quinze patients faisaient suite à leur écoute et au dialogue singulier tissé avec ces malades chroniques. Elles constituaient donc une des réponses à leurs demandes : alléger les échanges surtout ceux du week-end, désir de plus de contacts sociaux, adaptation par rapport au mode de vie.

Des quinze patients, six sont diabétiques (40%) et la plupart sous insuline en sous cutané (cinq des six patients). Dix patients (66.66%) étaient hypertendus et la plupart des patients avaient une diurèse résiduelle supérieure à un litre (100-1900 ml/jour). Par ailleurs, deux patients présentent une membrane hypoperméable, huit patients avec une membrane moyennement perméable et cinq patients avec membrane hyperperméable.

Tableau 1. Traitement à l'initiation de la dialyse péritonéale et au moment de l'étude de la qualité de vie

a: A l'initiation de la dialyse péritonéale			
Classe	Système	Nombre patients	Pourcentage
Dialyse péritonéale manuelle	Baxter double poche	8	53,33%
DPA		7	47%
DP Continue Cyclique	Home choice DP continue cyclique	3	20,00%
DP Continue Fluctuante	Home choice DP Fluctuante	4	26,67%
	Total patients	15	
a: Au moment de l'étude de qualité de vie			
Classe	Système	Nombre patients	Pourcentage
	Baxter double poche	8	53,33%
	4 échanges/j; 7j/7	2	donc 13,33%
Dialyse péritonéale manuelle	4 échanges/j; 5j/7 et 2 icodextrines		
	4 échanges/j; 6j/7 et 2 icodextrines		
	le dimanche	1	donc 6,66%
	3 échanges/j; 7j/7	3	donc 20%
DPA		7	46,66%
DP Continue Cyclique	Claria ShareSource	1	donc 6,66%
DP Continue Fluctuante	Claria ShareSource Fluctuante	4	donc 26,66%
	Claria ShareSource Fluctuante/DPm	2	donc 13,33%

DPA: Dialyse Péritonéale Automatisée; DP: Dialyse Péritonéale; DPm: Dialyse Péritonéale manuelle.

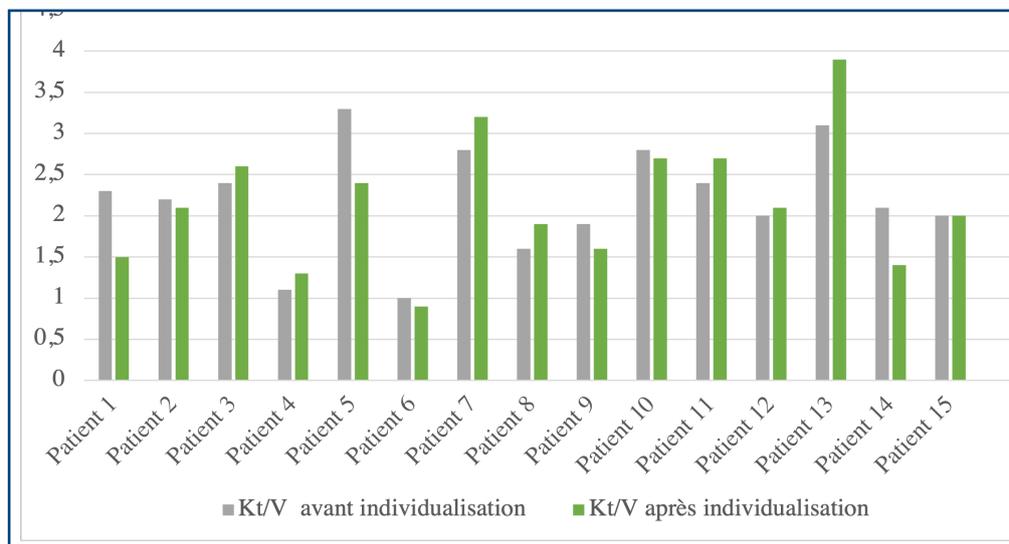
Résultats obtenus à partir du Module de dialyse adéquate de la base de données du RDPLF avant et après l'individualisation des doses de dialyse :

Nous avons pris le dernier bilan annuel réalisé avant et après l'individualisation des traitements. Avant l'individualisation, le DFG médian est de 4 ml/min/1.73m² et le ratio de patients avec diurèse inférieure à 300 ml est de 14.29%. La moyenne de la clearance de la créatinine totale hebdomadaire est de 95.4L/semaine/1.73 m² et le ratio de patients avec clearance de la créatinine hebdomadaire < à 50L/semaine/1.73 m² est de 7.14%. Enfin, la moyenne du Kt/V hebdomadaire (la dose de dialyse (Kt/V urée moyen)) est de 2.2 (Figure 1a). Douze patients (80%) atteignaient la cible de Kt/V urée>1,7 (Figure 1a).

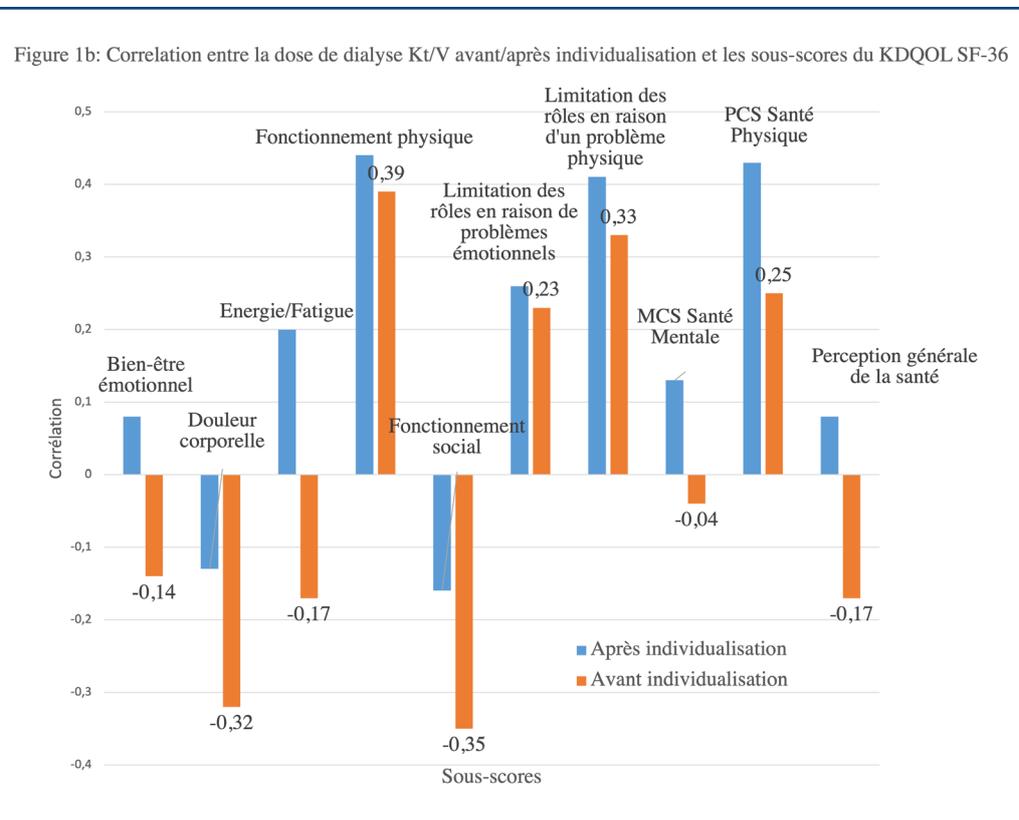
Après l'individualisation, le DFG médian est de 6 ml/min/1.73m² et le ratio de patients avec diurèse inférieure à 300 ml est de 7.69%. La moyenne de la clearance de la créatinine totale hebdomadaire est de 97.31L/semaine/ 1.73 m² et le ratio de patients avec clearance de la créatinine hebdomadaire< à 50L/semaine/1.73 m² est de 7.2%. Enfin, la moyenne du Kt/V hebdomadaire (la dose de dialyse (Kt/v urée moyen)) est de 2.15 (Figure 1a). Onze patients (73.33%) atteignaient la cible de Kt/V urée >1.7 (Figure 1a)

Qualité de vie mesurée par le SF36.

La figure 2 montre les résultats chez nos quinze patients de leur qualité de vie par sexe et classe d'âge. Un seul patient, de sexe féminin, a moins de 45 ans. Elle présentait une altération de sa qualité de vie dans presque toutes les dimensions hormis la santé mentale, la vie et relation avec



↑ Fig. 1a : Kt/V de l'urée de chaque patient avant et après individualisation des doses de dialyse ainsi que la corrélation entre la dose de dialyse Kt/V et les sous-scores du KDQOL SF-36. Kt/V moyen avant individualisation : 2.2 ; après individualisation : 2.15. MCS : Mental Composit Score ; PCS : Physical Composit Score

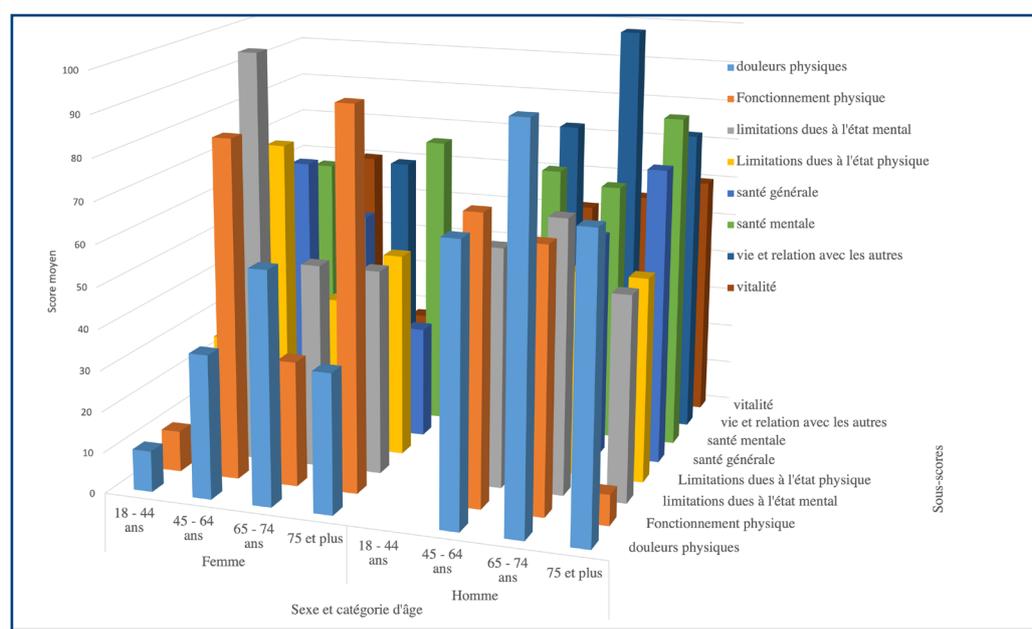


↑ Fig. 1b : Corrélation entre la dose de dialyse Kt/v avant/après individualisation et les sous-scores du KDQOL SF-36

les autres et la vitalité. Le score «douleurs physiques» est parmi les plus bas surtout chez les sujets féminins. Les femmes dialysées, dans presque toutes les classes d'âge, déclarent une moins bonne qualité de vie que les hommes dans presque toutes les dimensions du SF 36, à l'exception de la dimension "limitations dues à l'état mental". Les femmes ont également une moins bonne qualité de vie que les hommes pour le score résumé physique. Dans l'ensemble, la qualité de vie des patients dialysés a tendance à diminuer fortement avec l'âge dans les dimensions à composante physique (fonctionnement physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques et santé générale) ainsi que pour le score résumé physique et ce, chez les hommes comme chez les femmes. On note également une diminution avec l'âge des scores relatifs aux dimensions "limitations dues à l'état mental et vitalité". Nous retrouvons ces résultats dans de nombreux articles antérieurs décrits dans la littérature [11-15].

La proportion de sujets ayant une qualité de vie très altérée varie de 0 à plus de 40 % dans les dimensions à composante physique, de 7 à plus de 33 % pour les dimensions à composante mentale. C'est chez la patiente de moins de 45 ans que cette altération de la qualité de vie est la plus élevée dans les deux dimensions. Dans l'ensemble, malgré cette qualité de vie altérée dans les composantes physiques et mentales de SF 36, les patients décrivent une santé générale un peu moins altérée comparée aux résultats décrits dans la littérature [3,4,10], sans doute un possible rôle favorisant de l'individualisation de leur traitement.

Le KDQOLSf36 comporte deux noyaux [3-6] : Un noyau générique qui étudie les deux composantes, mentales et physiques en huit dimensions et un noyau spécifique qui étudie onze dimensions. La figure 3 montre les résultats du noyau spécifique et du noyau générique du KDQOL™ -36 Scoring Program (v 2.0) chez les quinze patients de l'étude : c'est essentiellement trois dimensions sur onze du noyau spécifique qui altèrent la qualité de vie de nos patients (les symptômes, le fardeau de la maladie rénale et l'effet de la maladie rénale). Peu de patients ont souhaité répondre à certaines dimensions telle la fonction sexuelle et le statut professionnel. Quant aux autres dimensions du noyau spécifique du SF 36 (les fonctions cognitives, la qualité des interactions sociales, le sommeil, le support social, l'encouragement du personnel traitant, la



▲ Fig. 2 : score moyen de qualité de vie des insuffisants rénaux chroniques traités par DP, par sexe, catégorie d'âge et sous-score

satisfaction du patient), les scores étaient plutôt en faveur d'une qualité de vie moins altérée, les patients insistant sur l'effet bénéfique de l'adaptation de leur traitement en rapport à leur mode de vie. Pour le noyau générique du KDQOL SF36 (figure 3), la santé physique, bien qu'altérée, est uniforme chez la plupart des patients. On ne retrouve que cinq patients qui décrivent une santé physique moins altérée. Quant à la santé mentale, elle est clairement altérée chez six des quinze patients, les neuf autres patients rapportant une santé mentale stable ou améliorée.

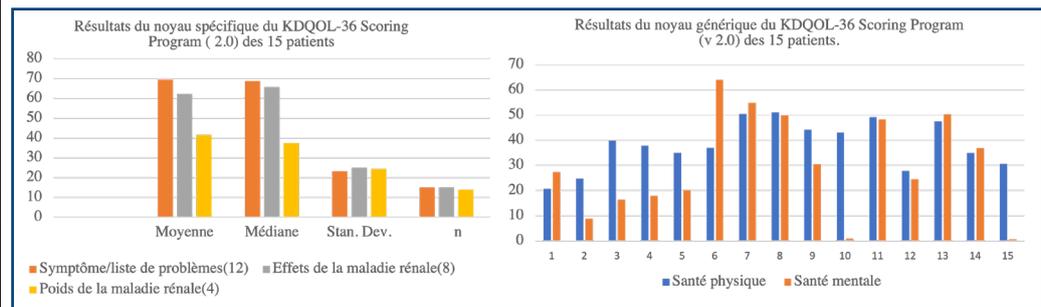


Fig. 3: Résultats du noyau spécifique et du noyau générique du KDQOL™ -36 Scoring Program (v 2.0) chez les 15 patients de l'étude. Les autres dimensions du noyau spécifique ne sont pas reprises car en dessous du score requis. Au niveau du noyau générique, la santé mentale est fortement altérée chez six des quinze patients. La santé physique, bien qu'altérée, est plus uniforme. Cinq patients ne décrivent pas une altération de leur santé physique.

DISCUSSION

Au total, quinze patients de notre centre ont été inclus dans cette étude. En DPCA, les patients réalisent habituellement 4 échanges quotidiens par jour et en DPA automatisée, les échanges se font généralement la nuit [6,16-18]. Deux des huit patients en DPCA n'avaient que deux échanges d'icodextrine le week-end dont un tout le week-end et l'autre uniquement le dimanche. Ce traitement individualisé répondait non seulement à leurs attentes, mais permettait d'améliorer en fin de semaine leurs ultrafiltrations moyennes moins bonnes sous dialysats isotoniques. Par contre, deux des sept patients en DPA faisaient en alternance, une DPA fluctuante (pendant deux mois) suivie d'une dialyse manuelle à 3 échanges par jour (pendant 1 mois). Ces deux derniers patients préféraient largement cette option car se sentant un peu "libérés" de la machine durant un mois tout en bénéficiant d'une meilleure ultrafiltration lors des DPCA. Accessoirement, en moyenne un jour une fois tous les mois, tant les patients en DPA qu'en DPCA ne réalisaient que deux icodextrines lorsqu'ils prévoyaient en journée un événement ou activités familiales. Ces adaptations de traitement de nos patients par rapport aux schémas habituels [19,20] nous a conduit à mener ce travail afin d'évaluer leur impact réel sur leur qualité de vie tout en leur préservant une dialyse adéquate.

D'après nos résultats ci-dessus (Figure 1a), la dose de dialyse (Kt/V) reste satisfaisante en moyenne chez nos patients [10]. L'individualisation semble ne pas avoir un impact négatif sur le Kt/V. Sept patients sur quinze affichent d'ailleurs un Kt/V égal voire proche du Kt/V initial lors de la deuxième mesure, après individualisation du traitement de dialyse. On remarque une corrélation existante mais faible entre les sous-scores « fonctionnement physique » et le Kt/V ainsi qu'entre « limitation des rôles dus aux problèmes physiques » et le Kt/V (Figure 1b). Ces corrélations ne semblent pas significatives d'après le test de significativité de Pearson. En effet, de ce qui est communément admis, une corrélation non nulle est faible si elle est inférieure à 0.5 (relation positive) ou supérieure à -0.5 (relation négative). Dans ce cas, aucun des sous scores ne montre de corrélation forte avec la mesure du Kt/V avant et après l'individualisation de la dose

de dialyse (Test de significativité : $r (n 1 ; 0.05) : r (14 ; 0.05) = 0.4973$. Si $0.4973 >$ coefficient de corrélation, pas de relation significative). Nos résultats ne montrent pas véritablement de liens entre la mesure de la qualité de vie et le Kt/V (figure 1b). Comme retrouvée dans la littérature [5,6,12,13], cette qualité de vie est altérée, tant dans le noyau générique que dans le noyau spécifique du questionnaire SF36 (Figure 3), essentiellement dans leurs composantes physiques (symptômes de la maladie rénale, effets et fardeau de la maladie rénale, santé physique). La santé mentale est également altérée chez certains de ces patients comme également décrite dans divers articles antérieurs [19,20]. Cependant, chez la plupart de nos patients, certaines dimensions de ces scores semblent moins altérées, notamment tout ce qui concerne les interactions sociales, le support social et la vie en relation avec les autres. Le traitement individualisé par rapports aux schémas classiques en dialyse péritonéale, prenant en compte le mode de vie et la spécificité de chaque patient contribuerait donc à notre avis à une meilleure interaction sociale et à plus de support social. Nous pensons que cette individualisation de traitement par rapport à leur mode de vie permettrait donc une meilleure observance thérapeutique et contribuerait à ne pas omettre les échanges péritonéaux prescrits. En effet, deux études ont montré que l'irrespect des patients de la prescription des échanges péritonéaux était corrélé à une mauvaise qualité de vie et des complications urémiques plus fréquentes nécessitant le recours à des séances d'hémodialyse [21,22].

Elles ont conclu que les visites à domicile par le personnel soignant ainsi que l'implication d'une autre personne de l'entourage étaient un bon moyen pour inciter le patient à être plus observant [25]. Nos résultats montrent que l'adaptation du schéma du traitement de la dialyse péritonéale à chaque patient n'a pas nécessairement d'effets défavorables sur les différentes composantes du SF 36 et sont d'ailleurs proches de données recueillies dans la littérature [3,6,15,17,26]. Mieux, certains de nos patients décrivent plus de vitalité, le fardeau de la maladie rénale semble plus accepté en raison probablement de leur plus grande interaction et support sociaux. Elle ne semble pas non plus avoir un impact négatif sur le Kt/V, critère essentiel de mesure de la dose de dialyse.

Cependant, notre travail souffre de certaines limites. En effet, outre le nombre limité de patients, nous pensons qu'il aurait été intéressant de faire remplir le questionnaire avant et après individualisation des traitements pour en mesurer l'effet sur les sous-scores de la qualité de vie. Nous avons seulement été en mesure d'effectuer une analyse de corrélation entre les sous-scores et le Kt/V, compte tenu de l'absence de moyens à cet effet (logiciels statistiques, etc) et de données exploitables. Il faut sans doute prévoir d'autres études ultérieures prenant en compte ces limites et incluant un plus grand nombre de patients tout en explorant également d'autres paramètres d'adéquation (aspect nutritionnel, ultrafiltration, maintien à long terme de la diurèse résiduelle, paramètres infectieux) pour généraliser une telle approche dans le suivi de ces malades chroniques.

CONCLUSION

Il est indéniable que l'insuffisance rénale, arrivée au stade terminal, a une répercussion défavorable sur la vie des patients notamment, les limitations de leurs activités, les restrictions sociales, le fardeau de la maladie rénale, la lourdeur des traitements etc. Notre étude, sous réserve du peu de patients inclus, semble montrer que l'individualisation du traitement par rapport aux schémas habituels et en tenant compte de la spécificité de chaque patient, n'aurait pas d'impact défavorable sur la dose de dialyse (dialyse adéquate). Elle confirme, comme dans la littérature, une altération de la qualité de vie dans certaines dimensions du sous score SF36 notamment dans leurs composantes physiques. A l'inverse, l'augmentation des interactions et supports sociaux pourrait

contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie tout en gardant une dose de dialyse adéquate en raison d'une meilleure observance thérapeutique. D'autres études avec un plus grand nombre de patients et d'autres paramètres d'adéquation sont nécessaires pour généraliser cette approche thérapeutique.

Auteurs du texte : Guy Fomegne a assuré la conception et rédaction de l'article, a assuré la recherche des références bibliographiques et participé à la collect de données et l'interprétation statistiques. Miguel Guillien a participé à la recherche des références et a relu le texte. Assma Ballout a participé à la recherche de références et a relu le texte. Andreas Bottiggi a participé à la conception de l'article, effectué l'encodage des données, effectué les analyses statistiques, conçu les graphiques, relu le texte.

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

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Sophie Viart et Lorella Gaddi, coordinatrices des études cliniques, qui nous ont aidés à mener à bien cet article. Nous remercions également Christine Piesen qui nous a aidés à résoudre les détails éthiques avant de soumettre l'article au Comité d'éthique de notre hôpital.

REFERENCES

- 1 - Rosenberg M. Overview of the management of chronic kidney disease in adults. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed April 26, 2021.
- 2 - Kalender B, Ozdemir AC, Dervisoglu E, Ozdemir O. Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract.* 2007;61:569–76. 10.1111/j.1742-1241.2006.01251.x [PubMed] [Google Scholar]
- 3 - Salim K, Mujais, Ken Story, John Brouillette, Tomoko Takano, Steven Soroka, Catherine Franek,† David Mendelsohn, and Frederic O. Finkelstein. Health-related Quality of Life in CKD Patients: Correlates and Evolution over Time. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009 Aug; 4(8): 1293–1301.
- 4 - Cohen, D.E., Lee, A., Sibbel, S. et al. Use of the KDQOL-36™ for assessment of health-related quality of life among dialysis patients in the United States. *BMC Nephrol* 20, 112 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1295-0>
- 5 - Kurella M, Luan J, Yaffe K, Chertow GM. Validation of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) cognitive function subscale. *Kidney Int* 2004;66(6):2361-7.
- 6 - <https://www.agence-biomedecine.fr/R-E-I-N-Reseau-Epidemiologique-et-Information-en-Nephrologie>. Les chiffres du REIN. Enquête qualité de vie. Mise à jour 24 juin 2021.
- 7 - Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F, Fukuhara S, Young EW, Kurokawa K, Saito A, Bommer J, Wolfe RA, Held PJ, Port FK. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003;64(1):339-49.
- 8 - Michael Rocco J. Michael Soucie, Stephen Pastan, and William M. Mc Clellan. Peritoneal dialysis adequacy and risk of death. *Kidney International*, Vol. 58 (2000), pp. 446–457
- 9 - Scott J. Schurman Lawrence R. Shoemaker, Bradley A. Warady. Urea kinetic analysis of automated peritoneal dialysis allows calculation of a CAPD-equivalent Kt/Vurea. *Kidney International* 2000 ;58(3) :1318-1324.

- 10 - Al Borgi yassine, El Alaoui A, Benlachhab Z, Toutti W, SaghirBahah M, Jerghich K, Ghita B, Amal Chouhani B, Kabbali N, El Rhazi K, Sqalli T. Relation entre la dose de dialyse et la qualité de vie des patients en dialyse péritonéale. Bull Dial Domic [Internet]. 9déc.2019. Volume 2, n° 4, Décembre 2019 <https://doi.org/10.25796/bdd.v2i4.23553>
- 11 - Maria Carolina Cruz, Carolina Andrade, Milton Urrutia, Sergio Draibe, Luiz Antônio Nogueira-Martins, Ricardo de Castro Cintra Sesso. Quality of life in patients with chronic kidney disease, CLINICS 2011;66(6):991-995
- 12 - Judith Tommel, Andrea W.M. Evers, Henk W. van Hamersvelt, Rien Jordens, Sandra van Dijk, Luuk B. Hilbrands, Henriët van Middendorp, For the E-HELD Study Group. Predicting health-related quality of life in dialysis patients: Factors related to negative outcome expectancies and social support Patient Education and Counseling 104(2021) 1474-1480.
- 13 - Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. Kidney Int 2002;61(1):239-48.
- 14 - Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, Powe NR. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. J Am Soc Nephrol 2004;15(3):743-53.
- 15 - Baiardi F, Degli EE, Cocchi R, Fabbri A, Sturani A, Valpiani G, Fusarol M. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. J Nephrol 2002;15(1):61-67.
- 16 - K/DOQI. K/DOQI clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy. Am J Kidney Dis 2005; 20(Suppl. 9): S1.
- 17 - Bernardini J, Price V, Figueiredo A, Peritoneal dialysis patient training, 2006. Perit Dial Int 2006; 26:625-632.
- 18 - Peritoneal dialysis adequacy. Am J Kidney Dis 2006 Jul;48 Suppl 1:S98-129
- 19 - Ginieri-Coccosis, P Theofilou, C Synodinou, V Tomaras I and C Soldatos. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. BMC Nephrology 2008, 9:14 doi:10.1186/1471-2369-9-14
- 20 - Baiardi F, Degli EE, Cocchi R, Fabbri A, Sturani A, Valpiani G, Fusarol M. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. J Nephrol 2002;15(1):61-67.
- 21 - Bernardini J, Nagy M, Piraino B. Pattern of noncompliance with dialysis exchanges in peritoneal dialysis patients. Am J Kidney Dis. 2000 Jun;35(6):1104-10.
- 22 - JC Korevaar, Validation de KDQOL-SF™ : une mesure de santé ciblée sur la dialyse. Recherche sur la qualité de vie 2002;11(5) : 437-447.
- 23 - Bernardini J, Piraino B. Compliance in CAPD and CCPD patients as measured by supply inventories during home visits. Am J Kidney Dis. 1998 Jan;31(1):101-7.
- 24 - JC Korevaar, Validation de KDQOL-SF™ : une mesure de santé ciblée sur la dialyse. Recherche sur la qualité de vie 2002;11(5) : 437-447.

Reçu le 24/01/2022, accepté après révision le 27/02/2022, publié le 06/04/2022

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/>.