

# Bulletin de la Dialyse à Domicile

## Home Dialysis Bulletin (BDD)

Journal international bilingue pour partager les connaissances et l'expérience en dialyse à domicile

(Edition française) (English version available at same address)

### Perspective de gestion intégrée de la voie d'abord pour la dialyse : en avance sur le plan de soins intégrés

(A perspective on integrated dialysis access management: in advance of integrated care plan)

Beatriz Gil Braga <sup>1</sup>, Joana Tavares <sup>1,2</sup>, Maria João Carvalho <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Nefrologia, Unidade Local de Saúde de Santo António; Largo do Professor Abel Salazar, 4050-366, Porto, Portugal

<sup>2</sup>UMIB- Unit for Multidisciplinary Research in Biomedicine; Rua Jorge de Viterbo Ferreira, 228. 4050-313 Porto, Portugal

Pour citer : Gil Braga B. A perspective on integrated dialysis access management: in advance of integrated care plan : Letter to editor. Bull Dial Domic [Internet]; 7(3). Available from DOI: <https://doi.org/10.25796/bdd.v7i3.81783>

#### Résumé

Nous souhaitons attirer l'attention sur la question cruciale de la gestion de la voie d'abord pour la dialyse et des options d'accès vasculaire chez les patients en transition vers une thérapie de remplacement rénal chronique et de la dialyse péritonéale (DP) vers l'hémodialyse (HD). Nous plaçons pour la mise en place de services de consultation dédiés à la gestion intégrée de l'accès à la dialyse afin d'optimiser les résultats pour les patients. Nous mettons en évidence des cas spécifiques pour lesquels une approche personnalisée de la sélection du type d'accès pour la dialyse est essentielle, en soulignant l'importance d'une stratification des risques et de la préparation de ce type d'accès en temps opportun. L'utilisation préférentielle de la fistule artérioveineuse chez les patients en hémodialyse et les défis entourant sa maturation sont discutés. Nous explorons également les circonstances qui nécessitent des transitions urgentes ou planifiées vers l'HD, en incluant des considérations sur les soins et l'éducation centrés sur le patient. Le rôle de l'échographie dans la gestion des infections liées à la DP et les avantages potentiels de l'HD à domicile dans le processus de transition sont également examinés. Nous suggérons le développement de systèmes de cotation pour prédire les transitions des patients et soulignons la nécessité d'une approche intégrée de la gestion de la voie d'abord pour la dialyse. Dans l'ensemble, nous préconisons des mesures proactives pour prévenir la défaillance de l'accès vasculaire et garantir un processus de transition sûr et efficace pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

**Mots-clés :** dialyse péritonéale, accès vasculaire en hémodialyse, hémodialyse, hémodialyse quotidienne à domicile, cathéter de dialyse péritonéale

#### Summary

We would like to draw attention to the critical issue of dialysis access management and vascular access (VA) options in patients transitioning to chronic renal replacement therapy and from peritoneal dialysis (PD) to hemodialysis (HD). We advocate for the establishment of dedicated consultation services for integrated dialysis access management to optimize patient outcomes. We highlight specific cases where a tailored approach to VA selection is essential, emphasizing the importance of risk stratification and timely access preparation. The preferred use of arteriovenous fistula in HD patients and the challenges surrounding its maturation are discussed. We also explore circumstances necessitating urgent versus planned transitions to HD, incorporating considerations for patient-centered care and education. Sonography's role in managing PD-related infections and the potential benefits of home HD in the transition process are also examined. We suggest the development of scoring systems to predict patient transitions and emphasize the need for an integrated approach to dialysis access management. Overall, we advocate for proactive measures to prevent vascular access failure and ensure a safe and effective transition process for patients with chronic kidney disease.

**Keywords:** peritoneal dialysis, Hemodialysis vascular access, Hemodialysis, Daily home hemodialysis, peritoneal dialysis catheter.



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

Copyright: les auteurs conservent le copyright.

## Lettre à l'éditeur

Chère éditrice, cher éditeur,

Nous aimerions attirer l'attention sur la question de la gestion de l'accès pour la dialyse, et sur options d'accès vasculaire (AV), à la fois pendant la transition vers la première thérapie de remplacement rénal chronique et lors de la transition de dialyse péritonéale vers l'hémodialyse.

La dialyse péritonéale (DP) est une thérapie de remplacement rénal (TRR) tout aussi efficace que l'hémodialyse. En outre, la transplantation rénale préemptive à partir d'un donneur vivant offre les meilleures chances de prolonger la survie du patient et d'améliorer sa qualité de vie.

La mise en place d'un service de consultation dédié à la gestion intégrée de l'accès à la dialyse serait une approche bénéfique pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC), en particulier dans des cas spécifiques :

- 1) Les patients présentant des problèmes d'AV complexes prévisibles pourraient bénéficier d'une période de DP afin de prévenir l'épuisement de l'AV et d'optimiser le traitement par dialyse à long terme.

- 2) Les patients présentant des difficultés techniques prévisibles liées à la mise en place du cathéter de Tenckhoff (tels que ceux ayant subi de multiples chirurgies abdominales, des adhérences, des stomies ou une polykystose rénale autosomique dominante) pourraient bénéficier d'une hémodialyse (HD).

- 3) Les patients en DP qui prévoient une transplantation rénale préventive à partir d'un donneur vivant peuvent bénéficier d'une prise en charge conservatrice jusqu'à la transplantation, avec un plan d'urgence pour la mise en place d'un cathéter veineux central (CVC) en cas de besoin.

En outre, certains patients en DP peuvent nécessiter un transfert en HD à un moment donné, et la stratification des risques peut contribuer à garantir un processus de transition sûr et efficace. Le moment optimal pour la construction de l'AV chez les patients en DP qui passent à l'HD reste difficile à définir et doit encore être amélioré. Cependant, le pronostic dépend de la qualité de la transition.

Comme cela est largement reconnu, la fistule artérioveineuse (FAV) est l'option d'accès vasculaire préférée chez les patients en HD en raison des taux d'infection inférieurs à ceux des CVC. Néanmoins, le retard de maturation de la FAV signifie que le délai entre la demande du chirurgien et la première ponction de l'accès chez les patients HD incidents est généralement d'environ trois mois [1]. Cependant, la mise en place préventive d'une FAV ne conduit pas toujours à de meilleurs résultats. De plus, alors que les taux d'échec des FAV peuvent être plus élevés que ceux des cathéters péritonéaux, les patients traités par HD n'ont généralement pas de cathéter péritonéal de secours implanté. Certaines lignes directrices ont été proposées pour aider à guider ce processus de transition.

Bien que le passage à l'HD soit souvent urgent et imprévisible en cas d'infections liées à l'accès, de dysfonctionnement insoluble ou de problèmes abdominaux aigus, il existe des circonstances dans lesquelles un transfert planifié et plus sûr est possible. Des conditions cliniques telles qu'une clairance de dialyse insuffisante malgré des ajustements appropriés de la prescription de DP,

une surcharge liquidienne soutenue, une insuffisance de la membrane péritonéale ou un manque d'observance de la part du patient peuvent nécessiter une préparation opportune de l'accès vasculaire [2].

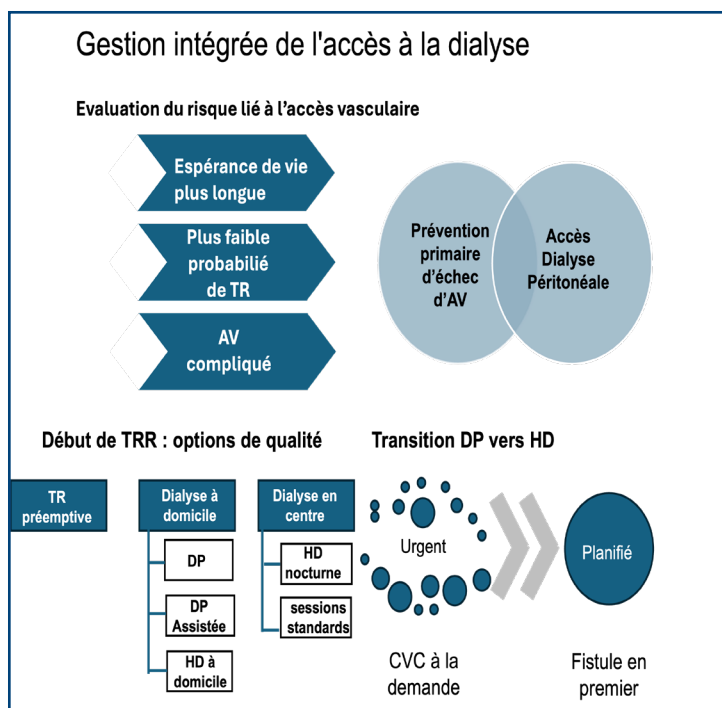
En outre, l'utilisation de l'échographie est devenue essentielle dans la gestion des infections liées à la DP, aidant à la prise de décisions en matière d'antibiothérapie et déterminant la nécessité d'une intervention chirurgicale [3]. L'évaluation successive des capacités fonctionnelles et cognitives, en particulier chez les patients âgés, peut aider à préparer la transition vers la dialyse assistée.

Il est essentiel d'adopter une approche centrée sur le patient, en respectant les décisions éclairées des patients concernant la TRR. L'éducation des patients sur les avantages des différentes modalités dès les stades avancés de l'IRC peut les aider à considérer les transferts comme des opportunités plutôt que comme des menaces. L'HD à domicile joue également un rôle dans ce processus de transition, en montrant des résultats positifs pour les patients qui passent de la dialyse péritonéale à la dialyse à domicile.

Le développement d'un système de notation pour prédire quels patients peuvent nécessiter une transition serait bénéfique [4], car les cliniciens manquent souvent des occasions de préparer les patients, en particulier en ce qui concerne l'accès vasculaire. Différents modèles ont été proposés, y compris l'utilisation des caractéristiques du patient, des résultats de laboratoire et des épisodes de péritonite [5].

En conclusion, les unités de dialyse intégrées offrant une gamme d'options de dialyse personnalisées bénéficieraient d'une approche intégrée similaire pour la gestion de la voie d'abord pour la dialyse (Figure 1). La prévention primaire de la défaillance de l'accès vasculaire peut être réalisée en envisageant l'implantation d'un accès péritonéal, en particulier chez les patients dont l'espérance de vie est présumée plus élevée ou dont la probabilité d'une transplantation rénale est plus faible. Les patients à haut risque doivent faire l'objet d'une surveillance étroite, l'accent étant mis

sur la sécurité du processus de transition entre modalités et sur l'expérience globale du patient.



↑ Figure 1. Gestion intégrée de l'accès à la dialyse ; CVC-Cathéter veineux central ; DP-Dialyse péritonéale ; HD-Hémodialyse ; TR-Transplantation rénale ; AV-Accès vasculaire

## Références

- 1 - Fraga Dias B, Rodrigues A. Managing transition between dialysis modalities : Un appel pour des soins intégrés dans les unités de dialyse. Bulletin de la Dialyse à Domicile. 2022;5(4):11-22. doi:10.25796/bdd.v4i4.69113
- 2 - Covic A, Bammens B, Lobbedez T, Segall, L, Heimbürger, O. van Biesen, W., Fouque, D, & Vanholder R. Educating end-stage renal disease patients on dialysis modality selection. NDT Plus. 2010;3(3):225-233. doi:10.1093/ndtplus/sfq059
- 3 - Sim JJ, Zhou H, Shi J, Shaw S F, Henry, S L, Kovesdy C P, Kalantar-Zadeh K, & Jacobsen SJ .Disparities in early mortality among chronic kidney disease patients who transition to peritoneal dialysis and hemodialysis with and without catheters [published correction appears in Int Urol Nephrol. 2019 Feb;51(2):375-376]. Int Urol Nephrol. 2018;50(5):963-971. doi:10.1007/s11255-018-1837-6
- 4 - Anwaar A, Liu S, Montez-Rath M, Neilsen H, Sun S, Abra, G, Schille B, & Hussein W F. Predicting transfer to haemodialysis using the peritoneal dialysis surprise question. Peritoneal Dialysis International : Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis. 2023;44(1):16-26. doi:10.1177/08968608231214143
- 5 - McGill RL, Weiner DE, Ruthazer R, Miskulin DC, Meyer KB, Lacson E Jr. Transfers to Hemodialysis Among US Patients Initiating Renal Replacement Therapy With Peritoneal Dialysis. Am J Kidney Dis. 2019;74(5):620-628. doi:10.1053/j.ajkd.2019.05.014