

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles....Prudence!

Mardi 10 mars 2014

Hôpital cantonal de Genève

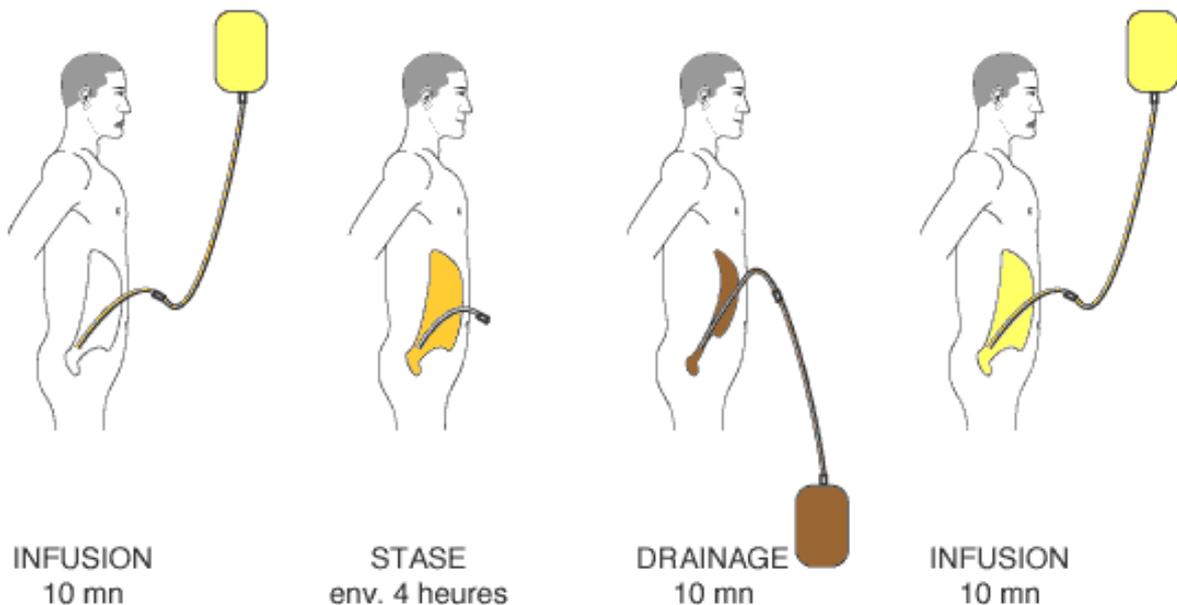
Dialyse péritonéale: une méthode à développer

Dr C. Stoermann, Dr V. Jotterand Drepper, Dr Th. Hernandez

Vu que les orateurs oublient que nous oublions...grâce à Wikipedia je me(vous) fais un petit rappel...

La dialyse péritonéale (DP) consiste à utiliser la membrane péritonéale riche en capillaires comme membrane de dialyse, et de permettre un échange avec un liquide de dialyse, le dialysat, qui est introduit dans la cavité péritonéale à travers un cathéter (cath. de Tenckhoff) implanté chirurgicalement dans le cul de sac de Douglas.

Ça se passe comme ça...



...c'est ce qu'on appelle la DPCA (Dialyse péritonéale continue ambulatoire), qui nécessite 3-4 échanges par jour habituellement...il y a aussi des DPCA qui se font au cours de la nuit sur 10h, avec infusion de 12l. en une seule fois par jour...

Il y a aussi la DPA (dialyse péritonéale automatisée) qui s'effectue à l'aide d'une machine qui s'occupe de gérer les différents temps de stase, d'infusion et de drainage. La personne prépare son «cycleur» et ses différentes poches en soirée puis la machine assure le traitement durant le sommeil.



On ne peut pas faire de DP après chirurgie abdominale avec des cicatrices internes ni lors d'insuffisance respiratoire grave (COPD), la pression abdominale diminuant la capacité ventilatoire du patient.

Après ce rappel...et la présentation de 2 patients «type», 1 homme de 22 ans avec une Insuffisance rénale terminale (IRT) sur néphropathie à IgA qui va bénéficier d'une DP, avec passage transitoire en hémodialyse (HD) avant d'être transplanté, et un homme de 45 ans avec une amyloïdose systémique qui va alterner DPA et DPCA....

La survie est identique avec les DP et les HD; la survie est même sans doute meilleure au cours des 1ères années avec les DP.

La DP préserve mieux la fonction rénale résiduelle (FRR), et les patients ont moins besoin d'érythropoïétine (EPO).

L'épuration des moyennes molécules est meilleure.

Il y a moins de troubles du rythme.

Il y a moins de sidération myocardique observée au cours de l'HD.

Moins d'hypotension péri-dialytique, grâce à une ultrafiltration plus douce....

Les patients qui choisissent la DP ont une qualité de vie meilleure, avec un impact moindre sur leur quotidien que l'HD.

Le coût d'un an d'HD s'élève à 82'000\$ aux USA alors que celui d'1 an de DP s'élève à 62'000\$.

Le maintien des patients dans leur activité professionnelle est supérieur dans les DP par rapport aux HD.

Un autre exemple...celui d'une patiente de 85 ans, à domicile, suivie par l'IMAD, avec une HTA mal contrôlée malgré une hexathérapie, un diabète de type II, une

cardiopathie ischémique et une insuffisance rénale chronique (IRC) d'origine hypertensive.

Cette patiente s'est vue proposée une DP incrémentale et assistée...

Incrémentale ça veut dire (si j'ai bien compris)...«à la carte»...c'est à dire avec un volume d'échange plus faible... adaptée à la FRR...

Pour calculer le volume de dialysat on se base sur le rapport KT/V ou K représente la clearance dialysée de l'urée, t la durée de la dialyse, et V le volume de distribution de l'urée, soit la quantité d'eau totale du patient...

Donc une espèce de DP «a minima» (un échange suffit habituellement) qui permet malgré tout de diminuer les doses d'EPO, d'améliorer le contrôle métabolique phospho/ calcique, et de préserver la FRR

L'acceptation est meilleure.

La membrane péritonéale est mieux préservée, car l'exposition au glucose, qui est l'agent osmotique utilisé, est plus faible...

La DP assistée...ça signifie qu'un partenaire (conjoint, proche, infirmière à domicile ou d'EMS) aide à l'installation et au déroulement des opérations...

Un dernier patient est présenté...un homme de 67 ans avec une pathologie valvulaire, une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) de 35%, donc abaissée...une insuffisance cardiaque congestive avec oedèmes des membres inférieures (OMI) et ascite...un traitement comprenant IEC, diurétiques et éplerenone (antagoniste du récepteur mineralocorticoïde à l'aldostérone)...une IRC progressive...

Ça s'appelle un syndrome cardio rénal...il y en a 4 types avec chaque fois une atteinte primaire et une atteinte secondaire...

	Mécanisme initial	Atteinte secondaire
Type 1	Insuffisance cardiaque aiguë	Insuffisance rénale aiguë
Type 2	Insuffisance cardiaque chronique	Insuffisance rénale chronique
Type 3	Insuffisance rénale aiguë	Insuffisance cardiaque aiguë
Type 4	Insuffisance rénale chronique	Insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, arythmies
Type 5	Maladie systémique (sepsis, diabète)	Insuffisances cardiaque et rénale

Après 2 séances initiales d'HD le patient est mis en DP....car la DP semble avoir fait ses preuves dans le syndrome cardio rénal avec une ultrafiltration douce, le maintien d'une FRR, une meilleure stabilité hémodynamique, moins d'hospitalisations, une

meilleure qualité de vie...et beaucoup d'autre avantages comme une restauration de la réponse aux diurétiques, une diminution de l'ascite...etc...et une amélioration de la FEVG...

Donc la DP est intéressante aussi dans l'insuffisance cardiaque décompensée...

En conclusion on se souviendra qu'en termes de survie la DP est équivalente à l'HD, qu'elle devrait être proposée à tous. On retiendra qu'en attente d'une greffe, lors d'une HTA incontrôlée avec IRC même chez la personne âgée, et finalement lors de syndrome cardio rénal elle peut être proposée. Son rapport coût bénéfice est probablement meilleur que l'HD ...

En en reparlant avec certains collègues...un peu la sensation que le message est «suroptimisé», qu'il y a quand même pas mal de contre-indications (post chri.abd., COPD) et pas mal de complications (péritonites) et surtout qu'actuellement les assureurs maladies font un peu pression pour encourage cette technique....

« Cum grano salis »...donc.....



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch