

# STATISTIQUES GENERALES DE LA BASE DE DONNEES DU REGISTRE PRESENTEE AU VIEME SYMPOSIUM DU RDPLF LE 23 AVRIL 2001

(Données disponibles sur le site <http://www.rdplf.org>)

**C.VERGER<sup>1</sup>, Mirela DUMAN<sup>1</sup>, J-PH. RYCKELYNCK<sup>2</sup>,  
E. FABRE<sup>1</sup>, Ghislaine VENIEZ<sup>1</sup>**

**Unité de Dialyse**

<sup>1</sup>Centre Hospitalier de Pontoise

<sup>2</sup>CHU de Caen

## I - INTRODUCTION

Les figures qui suivent sont celles qui ont été présentées au VIeme Symposium du RDPLF. Afin de les rendre plus compréhensibles nous avons accompagné chacune d'elle d'un court commentaire. Il s'agit cependant de résultats bruts dont l'interprétation que nous avons faite peut parfois être controversée. Nous proposons dans ce cas au lecteur de nous demander tout complément d'étude qu'il souhaiterait obtenir et l'invitons à en faire l'analyse dans de futurs numéros du BDP. Nous présentons ces résultats davantage comme un support de réflexion et un encouragement à compléter les analyses que comme une information figée.

## II - REPRESENTATIVITE

Les différents laboratoires ont une estimation très proche du nombre de patients traités. En prenant comme référence la moyenne de ces estimations au 1er Janvier 2000 le RDPLF avait une exhaustivité de 84% des malades. La proportion des centres est également élevée puisqu'elle représente 84 % des centres de DP en France.

## III - SELECTION DES ANALYSES PRESENTEES AU VIeme SYMPOSIUM DU RDPLF

### 1 - Recours temporaire à l'hémodialyse (fig. 1)

En moyenne 6 % des patients ont recours à des périodes d'hémodialyse temporaire. Dans plus d'un tiers des cas il s'agit de replis au décours d'interventions chirurgicales diverses, suivies de près par la nécessité de contrôler une hyperhydratation (20 % des causes d'hémodialyse temporaire) ou de compenser des signes de sous dialyse (14%). Ceci souligne la nécessité d'intégrer les différentes techniques au sein d'un même concept de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Une dialyse péritonéale à domicile ne peut se concevoir que si les conditions de sécurité et de qualité de dialyse sont assurées par les possibilités suffisantes de replis temporaires en hémodialyse.

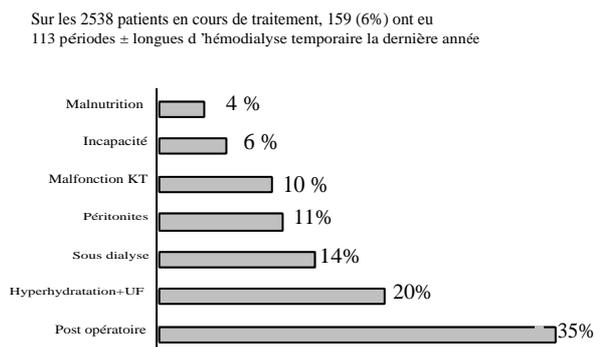


Fig. 1 : Intégration DP - Hémodialyse

**2 - Les centres qui pratiquent la dialyse péritonéale ont une activité hors centre élevée (Tableau I)**

Le pourcentage d'insuffisants rénaux traités par DP dans les centres du RDPLF semble plus faible qu'en 99 où il était de 33 %. Néanmoins il reste identique à la moyenne mondiale (20 %) et est double de la moyenne nationale Française. Par ailleurs tous les centres du RDPLF n'avaient pas encore répondu au moment où a été réalisée cette étude, en particulier certains «gros centres» de DP, ce qui pourrait modifier légèrement les résultats en faveur de la DP. Il convient de souligner également que dans les centres d'autodialyse un certain nombre de patients, difficile à évaluer, sont en fait des patients non autonomes traités en centres dits «allégés» parfois à l'hôpital avec le même prix de journée qu'en centre. Ils ont été comptés ici comme autodialyse vraie. La DPCA, à tort ou à raison, semble demeurer une indication de choix chez le diabétique puisque un quart de patients de DPCA sont diabétiques. Il faut remarquer que le pourcentage de diabétiques en hémodialyse en centre a également augmenté, passant de 8% en 99 à 17 % dans les centres du Registre.

Tableau I : Intégration de la DP avec les autres méthodes de dialyse RDPLF

| Intégration de la DP<br>avec les autres méthodes de dialyse RDPLF<br>Janvier 2001 |      |               |
|---|------|---------------|
| (Etude portant sur 73 centres du RDPLF)   |      |               |
|   |      | % diabétiques |
| Hémodialyse en centre   | 47 % | 17 %          |
| Hémodialyse à domicile  | 3 %  | 5 %           |
| Autodialyse   | 30 % | 8 %           |
| DPCA  | 15 % | 25 %          |
| DPA   | 5 %  | 14 %          |
| (DPCA+ DPA : 20 %)  |      |               |
| 25 % des patients en DP sont en DPA   |      |               |
| 38 % des patients autonomes sont en DP  |      |               |

Au total, les centres du Registre démontrent une utilisation complémentaire de l'ensemble des techniques de dialyse et maintiennent ainsi 52 % de leurs patients sur des techniques autonomes.

**3 - Répartition des techniques de dialyse péritonéale (fig. 2)**

La proportion de patients traités de nuit sur machine continue d'augmenter elle était de 20 % en 1999 et représente un quart des patients en 2001. En DPCA, les systèmes non déconnectables représentent près de la moitié des patients et correspondent globalement à la proportion de ceux assistés par une infirmière libérale.

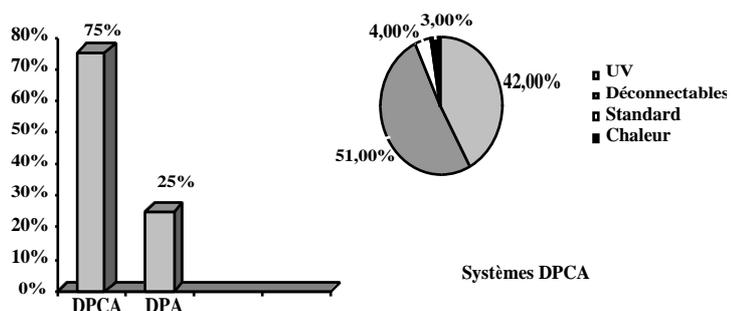


Fig. 2 : Les différents systèmes utilisés en DP en France (janvier 2001)

#### 4 - Les infections péritonéales (Tableau II)

Les complications infectieuses se font rares, un patient dont le délai d'attente avant transplantation est inférieur à 3 ans a de fortes chances de ne jamais faire d'infection péritonéale. Le risque infectieux semble moindre en DP sur machine. Il faut souligner que plus le risque infectieux est bas, plus la proportion de germes Gram négatifs, probablement d'origine endogène, s'élève : ceci pourrait conduire à avoir une antibiothérapie de première intention différente dans les centres qui bénéficient d'un faible taux de péritonites.

Tableau II : Les infections péritonéales en fonction du système

|   |                     |
|---|---------------------|
| Tous systèmes confondus : 1/30 mois en 2000 |                     |
| De 1995 à 2000 :                            |                     |
| DPCA : 1/27 mois                            |                     |
| DPA : 1/35 mois                             |                     |
| <hr/>                                       |                     |
| DPCA  | DPA                 |
| Cocci+ : 43 %                               | Cocci+ : 42,5 %     |
| Bacilles - : 19 %                           | Bacilles - : 22,5 % |

#### 5 - Autonomie des patients (fig. 3)

La proportion de patients non autonomes en DP continue d'augmenter en France, témoignant d'une sélection négative persistante. Ceci est rendu possible grâce au recours de plus en plus fréquent aux infirmières libérales (41,7 % des malades assistés à domicile). Il est vraisemblable, néanmoins, que le manque d'infirmières libérales ces dernières années limitent cette autonomie à court terme.

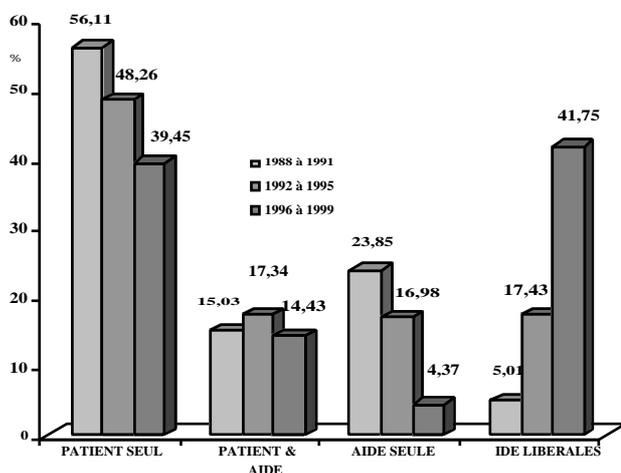


Fig. 3 : Evolution de la prise en charge infirmière à domicile en France

#### 6- Rôle de la spécialisation des infirmières sur la morbi-mortalité (Tableau III)

Au sein des unités de dialyse, la spécialisation des infirmières semble avoir une influence favorable sur la morbidité et la mortalité des patients. Il est important de souligner un taux de survie moitié moindre dans les équipes dont la formation est assurée par des infirmières polyvalentes. Ces résultats méritent d'être analysés en détail mais soulignent la nécessité de gérer les ressources humaines d'un service en évaluant prudemment les conséquences que les différentes approches peuvent avoir sur la qualité des soins et les résultats obtenus.

Tableau III : Influence de la spécification de l'infirmière sur la morbidité des patients

Patients formés dans des équipes constituées d'infirmières ne se consacrant qu'à la DP

Nombre de patients : 3218  
Taux de péritonite : 1/27 mois  
Survie patients à 5 ans : 29 %

Formation faite par infirmières non spécialisées

Nombre de patients : 965  
Taux de péritonite : 1/22 mois  
Survie patients à 5 ans : 14 %

**7- Evolutions des outils de formation infirmiers (Tableau IV)**

Cette analyse met en évidence au cours des années un effort de formation supplémentaire avec l'utilisation croissante d'une part du cahier d'éducation, d'autre part de supports audiovisuels.

Tableau IV - Outils de formation infirmiers - Evolution sur 10 ans

|                      | 1990 | 2000 |
|----------------------|------|------|
| Livret de formation  | 66%  | 66%  |
| Cahier d'éducation   | 32%  | 42%  |
| Support audio-visuel | 6%   | 21%  |
| Grille d'évaluation  | 24%  | 29%  |

**8 - Dose de dialyse en dialyse péritonéale (fig. 4)**

Moins de la moitié des patients ont une clairance hebdomadaire égale ou supérieure à la cible de 70 litres. Néanmoins, 80 % d'entre eux sont supérieurs à la valeur minimum recommandée de 50 litres. Il s'agit ici de la clairance rapportée à 1.73 m<sup>2</sup> de surface corporelle. Ceci souligne l'importance de surveiller régulièrement la clairance rénale résiduelle et la dose de dialyse. Cependant pour l'estimation de la dose adéquate, une correction devrait peut être être apportée pour les obèses et/ou les sujets âgés.

Centres du RDPLF qui participent au module "Dialyse Adéquate"

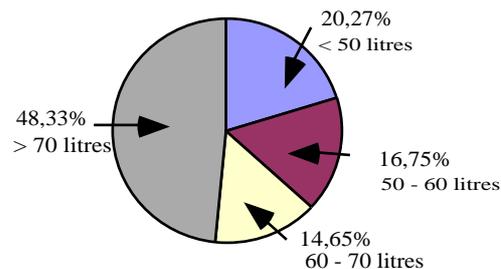


Fig. 4 - Répartition des patients selon la clairance hebdomadaire cumulée (rein propres + dialyse) de la créatinine.

**9 – Dose de dialyse moyenne (en cumulant rein propre et DP) (Tableau V)**

En moyenne la « qualité d'épuration » dont bénéficient les malades dans les centres du RDPLF qui participent au module nutrition et dialyse adéquate correspond aux recommandations internationales. Néanmoins la représentativité de ces résultats par rapport à l'ensemble des patients est difficile à évaluer, tous les centres du RDPLF ne participant pas à ce module. L'albuminémie, n'est plus considérée maintenant comme un indice fiable de l'état nutritionnel, il faut néanmoins remarquer un taux bas, même si l'on admet que le dosage par néphélométrie donne des chiffres inférieurs à l'électrophorèse. Ceci mérite certainement une étude plus approfondie. Il faut cependant se garder de toute comparaison avec l'hémodialyse en dehors de tout appariement en facteurs de comorbidité des patients sur chaque technique.

Tableau V - Qualité de dialyse et nutrition (tous patients confondus)

|   |
|---|
| Clairances cumulées hebdomadaires : 75 litres<br>KT/V hebdomadaires cumulés : 2<br>Albuminémie (néphélométrie) : 33,6 g/litre |
|---|

**10 - Dose de dialyse chez les anuriques (Tableau VI)**

Seulement 19 % des patients anuriques atteignent les valeurs cibles recommandées. Ceci souligne l'importance de maintenir une clairance rénale résiduelle le plus longtemps possible et de tenir compte du poids des patients. Néanmoins ces calculs sont faits à partir du poids réel et devraient probablement être corrigés par rapport au poids idéal, dont la formule prête néanmoins à discussion. Sans conclusions hâtives, on ne peut que souligner la nécessité d'une surveillance encore plus rigoureuse chez les anuriques.

Tableau VI : Qualité de dialyse et nutrition chez l'anurique

|  |
|--|
| Clairance hebdomadaire : 50 litres/1,73m <sup>2</sup><br>KT/V : 1,84<br>Albuminémie (néphélométrie) : 33,4 g/litre |
| <b>19 % : clairance &gt; 60 litres et KT/V &gt; 2</b>  |
| Chez l'anurique : importance du poids idéal  |

**11 - Survie actuarielle en dialyse péritonéale, toutes méthodes et tous âges confondus, indépendamment des facteurs de comorbidité et de l'existence ou non d'un diabète (Tableau VII)**

Ces chiffres sont calculés en ne comptabilisant que les décès en DP. Lorsque les patients ont été transplantés ou transférés en hémodialyse ils ont été considérés comme perdus de vue au moment du changement. Dans l'étude de Fenton ( ), le calcul est différent puisque la survie des patients de DP transférés en hémodialyse est prise en charge après le transfert : il s'agit alors de la survie en fonction de l'intention de traiter et non de la survie sur la méthode. En prenant cela en compte et en essayant de comparer les chiffres on peut en déduire que la survie en France semble au moins égale, sinon supérieure à celle de l'étude de Fenton. Seule une analyse prenant en compte le suivi après transfert en hémodialyse avec les mêmes facteurs de comorbidités permettrait une comparaison valable cependant.

Tableau VII : Survie des patients en DP (tous âges confondus, diabétiques inclus)

|          |       |      |      |      |      |      |
|----------|-------|------|------|------|------|------|
| Mois     | 0     | 12   | 24   | 36   | 48   | 60   |
| % survie | 100 % | 81 % | 64 % | 49 % | 36 % | 27 % |

### 12 - Causes de décès en DP (Tableau VIII)

Si l'on ne prend en compte que les affections qui semblent directement liées à la technique, 90 % des décès sont liés à une autre cause. Les sujets en DPA sont en moyenne 10 ans plus jeunes que ceux en DPCA : le pourcentage plus élevé de décès par insuffisance coronaire dans le groupe DPA souligne probablement le fait que les centres mettent probablement plus facilement les patients à haut risque cardio vasculaire en DP qu'en hémodialyse. Ceci souligne encore une fois l'impossibilité de comparer les deux techniques en l'absence d'appariement en fonction des facteurs de comorbidité.

Tableau VIII : Causes de décès en Dialyse Péritonéale

|  | DPCA       | DPA       |
|--|------------|-----------|
| <b>Nombre total</b>                      | <b>409</b> | <b>59</b> |
| Autres affections non liées à la méthode | 66 %       | 60 %      |
| Autres affections liées à la méthode     | 6 %        | 2 %       |
| Insuffisance coronarienne                | 13 %       | 29 %      |
| Cancer                                   | 4 %        | 2 %       |
| Péritonite                               | 3 %        | 2 %       |
| Malnutrition                             | 8 %        | 5 %       |

### 13 - Modalités de transfert en hémodialyse en cas d'arrêt de DP (fig. 5)

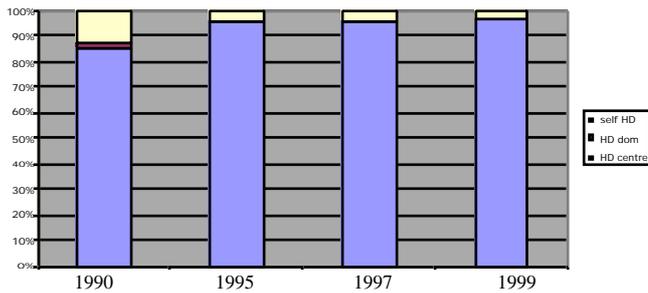
Il y a 10 ans, environ 12 % des patients transférés de DP vers l'hémodialyse étaient maintenus sur une méthode autonome «principalement auto dialyse». Ce pourcentage n'a cessé de diminuer chaque année.

On peut spéculer sur les raisons de cette évolution : une explication pourrait être que les indications de DP demeurent dans la plupart des centres des indications «négatives» comme en témoigne la proportion très importante de malades non autonomes.

Dès lors, en cas d'échec, seule l'hémodialyse en centre est possible. De plus il est possible qu'il y ait aussi une saturation des centres d'autodialyse par des patients non transplantés. Afin d'éviter le risque de saturation des centres une solution pourrait résider dans un changement des indications de DP, sélectionnant préférentiellement des sujets autonomes, transplantables et pour lesquels le transfert en autodialyse pourrait alors être la solution de choix avant transplantation en cas d'anurie associée à une épuration insuffisante.

Cette politique permettrait de maintenir le taux d'occupation des postes d'autodialyse tout en autorisant un pourcentage plus élevé de patients à domicile et désaturant ainsi les centres lourds sans risque d'accroître la morbidité.

Les centres seraient alors réservés aux patients «lourds» et aux replis de la DP. Ceci passe par un renforcement des équipes infirmières et médicales en charge d'autonomiser les patients et de les maintenir sur cette autonomie dans des conditions de sécurité suffisantes.



En cas de transfert en hémodialyse, le pourcentage de transferts sur méthodes autonomes diminue au cours des dernières années.

Fig. 5 : Pourcentages de transferts vers une technique autonome si transfert en HD

**14 - Influence du Kt/V cumulée sur la survie (Tableau IX)**

Le V a été calculé avec la formule de Watson. La «cible» habituelle d'un Kt/V égal ou supérieur à 2,2 semble devoir être maintenu car c'est à ce niveau que la différence de survie est la plus évidente dans les centres du RDPLF. Il convient de noter qu'il s'agit là d'un Kt/V cumulé Rein et DP avec toutes les critiques que cela soulève au plan conceptuel et mathématique. Nous l'avons néanmoins retenu car largement utilisé par convention. Il est hautement probable dès lors que c'est davantage la fonction rénale résiduelle que la dose de dialyse même qui influence le plus à ce niveau. Cela n'enlève rien à la valeur du chiffre qui dans ce cas plaide toujours en faveur de la nécessité de préserver au mieux la fonction rénale résiduelle.

Tableau IX : Survie technique à 5 ans en fonction du Kt/V

|              |     |                  |
|--------------|-----|------------------|
| $Kt/V < 2.2$ | ==> | survie tech 23 % |
| $Kt/V > 2.2$ | ==> | survie tech 36 % |

**15 - Evolution du Kt/V cumulé des patients en DP au cours des dernières années (fig. 6)**

Le Kt/V dont bénéficient les patients en DP n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années. Les doses de dialyse ont été augmentées, une meilleure préservation de la diurèse résiduelle a peut être aussi été mise en place mais demande à être confirmée par une analyse plus fine. Enfin l'ensemble témoigne probablement d'une prise de conscience des équipes de la nécessité de veiller à la qualité de la dialyse en dialyse péritonéale. Constamment, le Kt/V en DPA est supérieur à celui de la DPCA et suit une évolution parallèle au cours du temps. Actuellement la moyenne des centres est conforme aux recommandations internationales en termes de qualité.

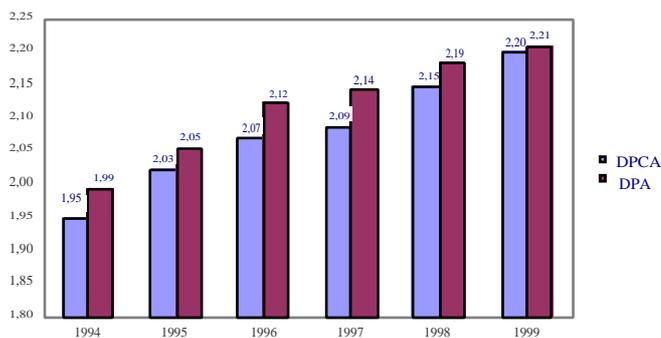


Fig. 6 : Evolution du Kt/V dans les centres en fonction du temps

**16 - Adaptation de la dose de dialyse à l'évolution de la fonction rénale (fig. 7)**

Lorsque les patients ont eu plusieurs mesures de leur clearance rénale résiduelle de la créatinine et que cette dernière a diminué, seulement 74 % d'entre eux ont eu leur dose de dialyse augmentée.

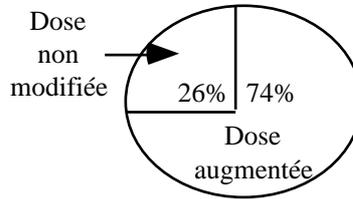


Fig. 7 : Pourcentage de patients dont la dialyse est augmentée en fonction de la baisse de la diurèse.

**17 – Rôle de l'adaptation de la dose de dialyse sur la survie chez les patients qui ont débuté la DP avec une fonction rénale résiduelle importante (fig. 8)**

Les patients qui avaient un KT/V cumulé initial compris entre 1.7 et 2.2 et qui ont baissé leur fonction rénale résiduelle ont été divisés en deux groupes selon que la dose de dialyse a été augmentée ou non. Ceux qui ont eu une augmentation de la dose de dialyse ont une survie significativement plus longue à 40 mois. Le rapprochement des courbes à 60 mois n'est pas significatif en raison du faible nombre de sujets.

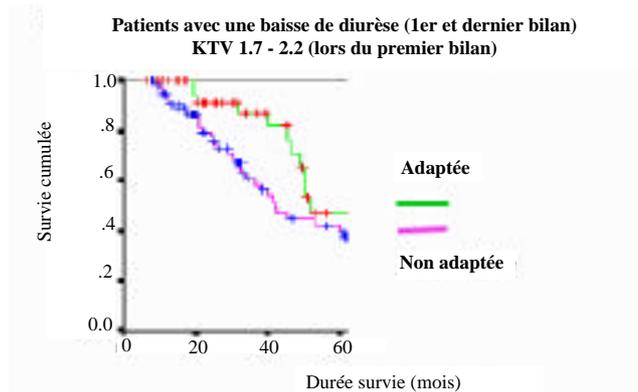


Fig. 8 : Effet de l'adaptation de la dose de dialyse en fonction de la fonction rénale

**18 - Rôle de l'adaptation de la dose de dialyse sur la survie chez les patients qui ont débuté la DP avec une fonction rénale résiduelle faible (fig. 9)**

Les patients qui avaient un KT/V cumulé initial faible inférieur à 1.7 ont été divisés en deux groupes selon que la dose de dialyse a été augmentée ou non pour satisfaire les critères habituels. Ceux qui ont eu une augmentation de la dose de dialyse ont une survie significativement plus longue.

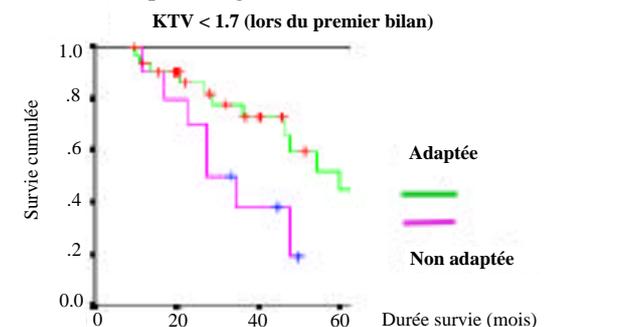


Fig. 9 : Survie chez les patients pris tardivement selon que la dose de dialyse est adaptée ou non

**19 – Influence de la date de début de dialyse péritonéale sur la survie des patients et de la technique (fig. 10)**

Seuls les patients pris de première intention en DP ont été inclus. Ils ont été divisés en deux groupes selon que la clearance rénale de créatinine initiale était supérieure à 12 ml/mn (début précoce) ou comprise entre 5 et 10 ml/mn (début tardif). La survie pour ceux qui avaient débuté précocement avait été calculée initialement dès leur début de traitement et s'avérait deux fois meilleure. Pour confirmer ces résultats de manière plus précise, nous avons refait le calcul ici en prenant comme date de début de traitement (pour le groupe début précoce) la date à partir de laquelle ils avaient la même clearance que le groupe tardif. Ainsi les deux groupes sont comparés à partir d'un niveau de clearance identique, le groupe 1 ayant débuté en fait plus précocement. Il apparaît clairement qu'un début de dialyse précoce assure à la fois une meilleure survie du patient et un maintien plus long sur la technique. Les deux groupes étaient identiques en âge, répartition des sexes et pourcentages de diabétiques.

**Groupe 1 ==> débute avec clearance supérieure à 12 ml/mn**  
**Groupe 2 ==> débute avec clearance entre 5 et 10 ml/mn**  
**Survies calculées quand clearance groupe 1 = groupe 2**

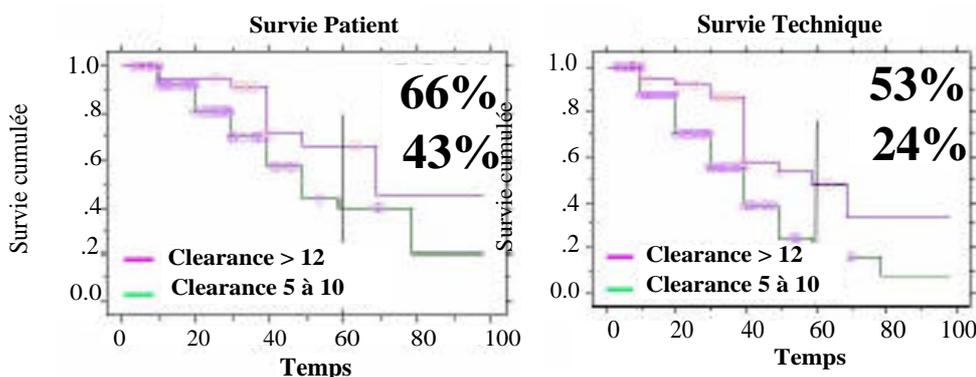


Fig. 10 : Survie en fonction de la clearance rénale résiduelle initiale tous âges confondus (les moyennes d'âge étaient identiques dans les deux groupes)

**20 - Analyse du module Synthétique annuel du RDPLF au 31 décembre 2000 (France uniquement)**

Chaque année les centres qui participent au RDPLF doivent retourner un bilan synthétique indiquant la répartition de leurs patients en hémodialyse et dialyse péritonéale au 31 décembre, ainsi que le personnel infirmier disponible.

Au 31 décembre 2000 : 128 centres Français participaient au RDPLF

Nombre de centres ayant répondu au module synthétique annuel : 88 sur les 128

- Répartition des centres par nombre de patients traités :
- 36 centres ( 41 %) traitaient de 1 à 9 patients en DP
  - 26 centres ( 26 %) traitaient de 10 à 19 patients en DP
  - 22 centres ( 22 %) traitaient de 20 à 29 patients en DP
  - 7 centres ( 07 %) traitaient de 30 à 39 patients en DP
  - 4 centres ( 04 %) traitaient de 40 à 65 patients en DP

55 centres sur les 88 ont indiqué le nombre de patients qu'ils traitaient à la fois en hémodialyse et DP.(Ces données ne représentent donc que très partiellement le RDPLF et ne représentent pas la répartition sur la totalité du territoire Français qui

diffère probablement largement, les centres qui ne font que de l'hémodialyse n'étant pas inclus dans cette analyse)

Parmi ces 55 centres :

- 17 % de leurs patients étaient traités par DP
- 15 centres traitaient de 0 à 9 % de leurs patients en DP
- 15 centres traitaient de 10 à 14 % de leurs patients en DP
- 7 centres traitaient de 15 à 19 % de leurs patients en DP
- 7 centres traitaient de 20 à 25 % de leurs patients en DP
- 12 centres traitaient de 25 à 63 % de leurs patients en DP

Recours à personnel spécialisé (cette étude ne porte que sur les 55 centres ci dessus) :

- 16 % des centres qui traitaient moins de 20 % de leurs patients en DP avaient individualisé une ou plusieurs infirmières pour se consacrer exclusivement à la DP
- 53 % des centres qui traitaient plus de 20 % de leurs patients en DP avaient individualisé une ou plusieurs infirmières pour se consacrer exclusivement à la DP

## 21 - Evolution de la fréquence des péritonites et des germes au cours des 10 dernières années (analyse faite le 20/10/01)

| Périodes :                                 | 01/06/1989<br>au<br>01/06/1991 | 01/06/1999<br>au<br>01/06/2001 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Durée cumulée (année-patients)             | 1797                           | 4526                           |
| Nombre total                               | 1249                           | 1737                           |
| Délai entre deux épisodes en mois patients | 17,3                           | 31,3                           |
| % cocci +                                  | 59,8                           | 55,1                           |
| % Bacilles +                               | 3,3                            | 1,8                            |
| % cocci -                                  | 0,56                           | 0,35                           |
| % Bacilles -                               | 15,6                           | 19,8                           |
| % levures                                  | 1,36                           | 1,27                           |
| % stériles                                 | 16,1                           | 12,7                           |
| % eosinophiles                             | 0,16                           | 0,17                           |
| % germes multiples                         | 2                              | 3,57                           |

Tableau 10 : Sélection des patients (France uniquement, tous âges et tous systèmes inclus)

**Commentaires :** il s'agit ici de résultats bruts sur une population non sélectionnée et les tests de signification statistiques doivent être faits. Néanmoins on observe à dix ans d'intervalle une tendance nette à une diminution de fréquence des infections péritonéales. Actuellement si une transplantation intervient dans un délai inférieur à 3 ans un patient en DP a en moyenne de forte chance de n'avoir jamais fait d'infection.

Il faut noter que si la fréquence totale des infections est moindre, il y a par contre une tendance à un pourcentage plus élevé de bacille gram négatif ou d'infections à germes multiples, laissant supposer une origine endogène plus fréquente. Il s'agit de la démonstration que les infections manuportées sont prévenues plus efficacement. Ceci peut influencer l'antibiothérapie de première intention.

Les péritonites dites aseptiques semblent moins fréquentes, probablement témoin d'une plus grande expérience de la part des laboratoires d'analyse. Enfin les péritonites stériles à eosinophiles demeurent stables.

## 22 - Prescription d'érythropoïétine

Cet aspect n'a pu être analysé qu'à partir des 22 centres qui participent au module Nutrition et Dialyse Adéquate et porte sur les 271 patients en cours de traitement au 30/11/01.

118 patients étaient sous EPO, soit 43,5% des patients. Dans le groupe EPO, l'hémoglobine moyenne était de 11,8 g %  $\pm$  2,6 et de 11,6 g %  $\pm$  1,6 dans le groupe sans EPO, ces chiffres témoignant probablement d'une bonne adéquation de la part de la prescription.

Le groupe sous EPO était en moyenne dialysé depuis un peu plus longtemps (762 jours) que le groupe sans EPO (625 jours).

### **23 - Patients transplantés en dialyse péritonéale en France entre le 1er janvier 1995 et le 1er janvier 2002**

- Nombre de centres concernés : 128
- Nombre de transplantés durant la période : 742
- Taux de péritonite chez ces patients : 1 épisode tous les 43,6 mois
- Pourcentage de patients n'ayant jamais fait de péritonite au moment de la transplantation : 78%

### **24 - Délai d'attente des patients transplantés en France au cours de l'année 2001 (entre le 1er janvier et le 31 décembre)**

Le délai d'attente a été calculé entre la date de première dialyse et la date de transplantation, il est donc par définition probablement supérieur au délai d'attente à partir de la date réelle d'inscription.

- Age moyen: 43,7 ans  $\pm$  12,9
- Moyenne 498 jours  $\pm$  330
- Médiane 454 jours
- 38,6 % greffés en moins d'un an
- 29,7 % entre 1 et 2 ans
- 20,8 % entre 2 et 3 ans
- 6,9 % entre 3 et 4 ans
- 3,8 % entre 4 et 5 ans

73% des greffés cette année n'avaient jamais fait de péritonite

### **III - CONCLUSION**

La dialyse péritonéale demeure anormalement sous utilisée en France puisque les chiffres admis sont de 10 %, moitié de la moyenne mondiale et moitié du taux d'utilisation dans les centres qui participent au RDPLF.

Les infirmières jouent un rôle prépondérant pour prévenir les infections et améliorer la survie. La nécessité d'avoir des équipes infirmière spécialisées se consacrant exclusivement à ces patients est confirmée par des chiffres statistiquement significatifs.

La dose de dialyse joue un rôle prépondérant sur la survie des malades ainsi que la préservation de la fonction rénale résiduelle.

Un début précoce en dialyse péritonéale permet à la fois d'améliorer la survie des patients et de les maintenir plus longtemps sur cette technique.

Enfin, il se confirme que la dialyse péritonéale représente d'après ces chiffres une excellente méthode en attente de transplantation avec un risque d'infection particulièrement faible.