

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS UREMiques EN DIALYSE PERITONEALE CONTINUE AMBULATOIRE : EXPERIENCE TUNISIENNE

**F. BEN HAMIDA, T. BEN ABDALLAH,
E. ABDERRAHIM, S. BEJI, H. HEDRI,
S. BARBOUCHE, M. OUNISSI, F. EL
YOUNSI, F. BEN MOUSSA, M.A.
KHEDER, H. BEN MAIZ.**

Service de Néphrologie et Médecine Interne
Hôpital Charles Nicolle - BS 1006 Tunis

I - INTRODUCTION

Dans certains pays développés, la dialyse péritonéale (DP) est largement utilisée et elle est même proposée en première intention chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique (IRC).

Dans les pays en voie de développement, sa place reste controversée : inadéquate pour certains et plus onéreuse que l'hémodialyse (HD) pour d'autres. La DP a des avantages mais aussi des inconvénients qui sont dominés par la survenue de péritonite.

En Tunisie, la DP a été introduite en 1983 au service de néphrologie et de médecine interne de l'hôpital Charles Nicolle. Nous rapportons les résultats de notre expérience concernant la prise en charge des patients en dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA).

II - MATERIEL ET METHODES

Les cathéters (KT) utilisés sont ceux de Tenckhoff en silicone. Lorsque le KT est muni d'une seule colorette en Dacron, il est mis en place par le néphrologue dans la salle de DPCA du service et sous anesthésie locale.

Lorsque le KT est muni de 2 colorettes, il est mis en place par le chirurgien sous anesthésie générale. Les systèmes de DPCA utilisés les premières années étaient déconnectables type Y Médital de Bieffe, qui ont l'inconvénient d'avoir une aiguille métallique.

Puis ont été utilisés les systèmes standards essentiellement type Clear Flex Medital de Bieffe. Depuis 1994, l'usage des systèmes déconnectables est prédominant et essentiellement de type Bieffe L3 et Dianectan (Aguettant double poche).

Le cathéter de DP est utilisé 48 heures après sa pose. La période d'apprentissage dure de 10 à 15 jours au cours de laquelle les patients sont hospitalisés dans le service.

Les poches utilisées sont de 2 litres contenant 35 mmol/l de lactate (tampon) et 15 ou 40 g/l de glucose.

L'étude statistique a été faite par le logiciel Stat View 5 sur Macintosh. Les variables qualitatives ont été comparées par le test Chi 2 et les survies actuarielles par le test de Logrank.

III - RESULTATS

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 11/2/1983 au 31/3/1999. Durant la période de l'étude, 186 patients ont été traités par la DPCA avec une moyenne de 12 patients par an (figure 1).

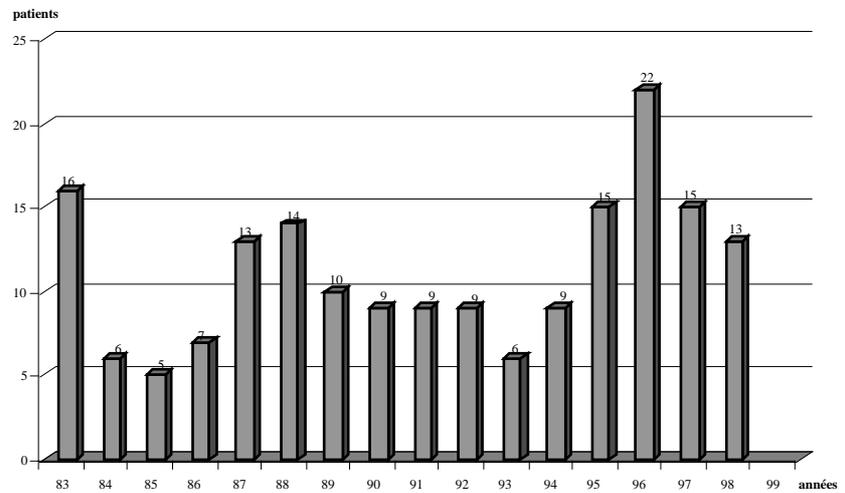


Fig. 1 : Recrutement des patients en DPCA par année

Il s'agit de 79 hommes (42,5 %) et 107 femmes (57,5 %) ayant un âge moyen de 31,6 ± 13,9 ans (extrêmes : 2 et 75 ans).

La plupart de ces patients sont jeunes, puisque seuls 11,3 % d'entre eux ont un âge supérieur à 50 ans (figure 2).

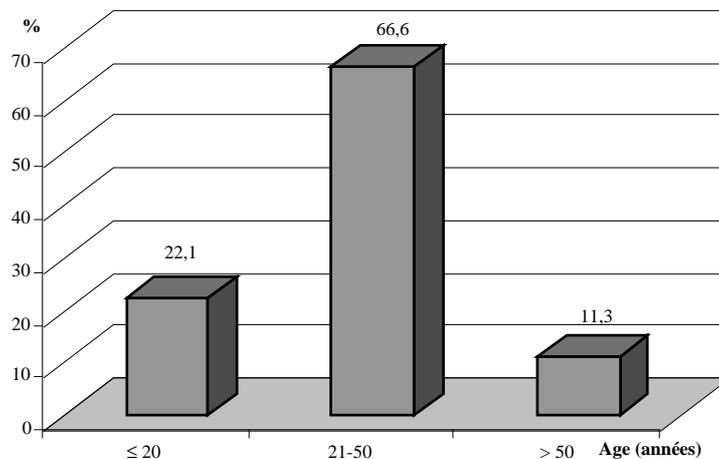


Fig. 2 : Age des patients lors de leur prise en charge

Une néphropathie diabétique est constatée chez 27 patients et elle est d'origine indéterminée chez 49 patients dont l'IRC a été diagnostiquée tardivement (tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon leur néphropathie

Néphropathies	Patients	%
Glomérulaire chronique	35	18,8
Interstitielle chronique	32	17,2
Vasculaire	43	23,2
Diabète	27	14,5
Indéterminée	49	26,3

Pour effectuer leurs échanges, 161 (86,6 %) patients sont autonomes et 25 (13,4 %) sont aidés par un membre de leur famille. Leur niveau de scolarité est représenté dans le tableau II.

Tableau II : Niveau de scolarité des patients

Scolarité	Patients	%
Analphabète	44	23,7
Primaire	67	36
Secondaire	63	33,9
Supérieure	12	6,4

Les cathéters de Tenckhoff ont été posés par le néphrologue du service sous anesthésie locale chez 158 patients (84,9 %) et par le chirurgien sous anesthésie générale dans 28 cas (15,1%). Ces cathéters sont à un manchon dans 133 cas (71,5 %) et à 2 manchons dans 53 cas (28,5 %).

Les principaux systèmes de DPCA utilisés durant toute la période de l'étude sont : ClearFlex Bieffe Medital chez 65 patients (34,9 %), Aguetant simple luer lactate chez 28 patients (15,1 %), Y-Medital Bieffe chez 26 patients (14 %), Bieffe L3 chez 51 patients (27,4 %) et Aguetant double poche (Dianectan) chez 13 patients (7 %). La répartition de l'utilisation de ces systèmes selon les années est représentée dans la figure 3.

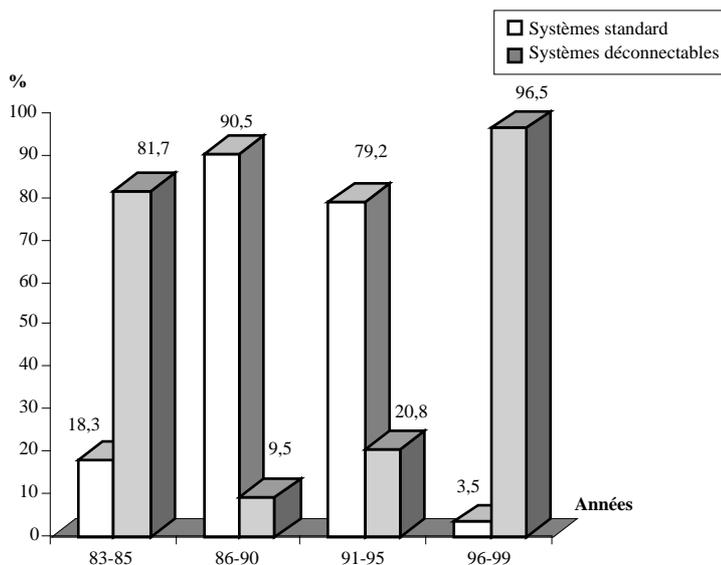


Fig. 3 : Répartition des systèmes de DPCA utilisés selon les années

Les patients ont été traités en DPCA durant une période allant de 1 à 161 mois, la médiane étant de 21 mois. Au cours de cette période on a noté 351 cas de péritonite avec un taux moyen d'un épisode de péritonite tous les 14,5 mois-patients. Le devenir des patients pris en charge en DPCA est représenté dans le tableau III.

Tableau III : Devenir des patients pris en charge en DPCA

Devenir des patients	Patients	%
Transplantation	32	17,2
Transfert en hémodialyse	65	34,9
Décès	35	18,8
Amélioration IRC	3	1,6
DP Intermittente	4	2,2
DP automatisée	1	0,6
Maintien en DPCA	46	24,7

Prise en charge des patients urémiques en Tunisie

Les causes de transfert en hémodialyse sont dominées par les péritonites et la perte de l'ultrafiltration péritonéale dans 33 cas (54,1 %).

Les autres causes sont une intolérance psychologique de la technique dans 9 cas (14,8 %), un dysfonctionnement du cathéter dans 6 cas (9,8 %), une incapacité du patient à assurer les échanges dans 5 cas (8,2 %) et des causes diverses non liées à la technique dans 8 cas (13,1 %).

Les causes de décès sont d'origine infectieuse dans 8 cas (25 %), une insuffisance coronarienne dans 3 cas (9,3 %), un état de malnutrition dans 1 cas (3,1 %) et chez 23 patients (65,6 %) le décès n'est pas en rapport avec la DPCA.

La survie actuarielle des patients à 1, 3 et 5 ans est respectivement de 91,5 %, 81,3 % et 58,8 %. Celle de la technique est de 82,6 %, 47,8 % et 19,6 % (figure 4).

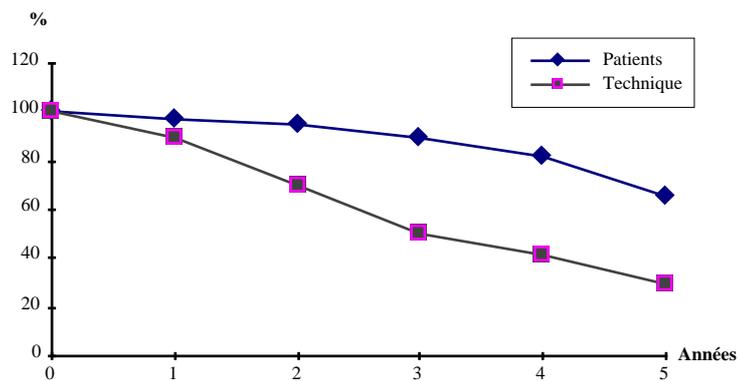


Fig. 4 : Survie actuarielle des patients et de la technique

La survie actuarielle de la technique à 1, 3 et 5 ans pour les patients âgés de moins de 21 ans est respectivement de 91,4 %, 51 % et 27,2 %.

Celle des patients âgés de 21 à 50 ans est de 53,1 %, 52 % et 20,8 %. Celle des patients âgés de plus de 50 ans est plus faible de 63,2 %, 21,6 % et 7,2 %. Cette différence entre les 3 tranches d'âge est statistiquement significative (figure 5).

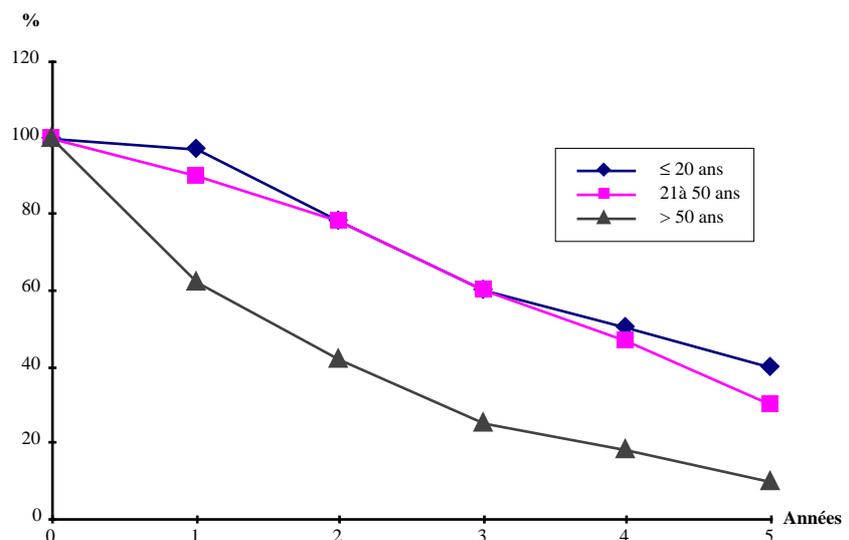


Fig. 5 : Survie actuarielle de la technique selon les tranches d'âge considérées (p=0,0037)

La survie actuarielle de la technique à 1, 3 et 5 ans pour les patients non diabétiques est respectivement de 84,2 %, 49,4 % et 22,7% alors que celle des diabétiques est de 71,4 %, 37,4 % et 0 %, la différence étant statistiquement significative (figure 6).

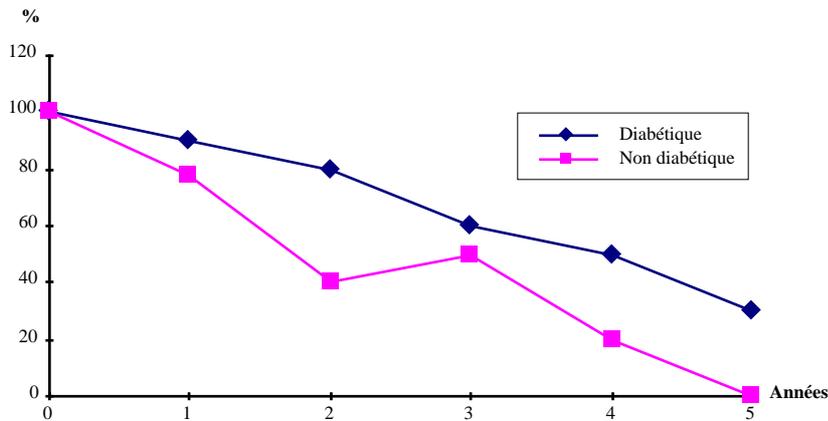


Fig. 6 : Survie actuarielle de la technique selon la néphropathie (p=0,0027)

IV - DISCUSSION

Le nombre des patients pris en charge en DPCA reste faible dans notre centre. En effet, d'après le rapport du Ministère de la Santé Publique, établis à la fin de l'année 1998, seuls 2,55 % des patients ayant une IRC terminale sont en DP (1).

La répartition des modalités de dialyse est en fait variable d'un pays à l'autre. En 1995, le pourcentage des nouveaux patients pris en charge en DP était de 2,3 % au Portugal, 9,6 % en Egypte, 18,6 % en France, 22 % en Italie et 39,3 % en Angleterre (2).

La place de la DP par rapport à l'hémodialyse reste très controversée selon les pays. Certains d'entre eux, comme le Mexique par exemple, ont développé un programme de DP pour des raisons économiques et géographiques, d'autres comme la Grande-Bretagne pour développer le traitement à domicile afin de minimiser le coût du traitement de l'IRC terminale (3,4).

Toutefois, grâce aux progrès récents réalisés, la DP offre actuellement une aussi bonne qualité de vie que l'hémodialyse et avec une autonomie supérieure (5,6). Dans notre centre, le choix de la DP est dans la plupart des cas influencé par les conditions sociales des patients : patients habitant loin d'un centre d'hémodialyse ou n'ayant pas de prise en charge sociale (non affiliés à la caisse de Sécurité Sociale).

La majorité de nos patients sont jeunes. En effet, la prise en charge des patients âgés en DPCA nécessite souvent l'aide d'une tierce-personne et la possibilité d'avoir recours à l'aide d'une infirmière libérale n'existe pas en Tunisie.

De même, le nombre des diabétiques n'est pas important (14,5 %) car souvent ces patients sont mal voyants (rétinopathie diabétique) et nécessitent l'aide d'une tierce-personne.

En France, la population des insuffisants rénaux pris en DP est nettement plus âgée qu'en Tunisie avec un nombre de diabétiques plus élevé atteignant 25 % (7). Dans d'autres études, le taux de patients diabétiques est de 31,9 % (8).

La survie de nos patients à 5 ans est de 58,8 %. Ce taux est assez bon et comparable à celui observé dans la littérature (9,10,11,12). Dans notre étude les causes de décès sont dominées par les infections (25 %) et les causes sans rapport avec la technique (65,6 %).

Dans la littérature, les études les plus documentées décrivant les causes de décès ont été réalisées en Italie, avec 45 à 47 % de mort subite ou d'origine cardiovasculaire, 23 à 25 % de causes néoplasiques et 12 à 13 % de causes infectieuses (10,13,14). La survie de la technique à 5 ans est de 19,6 %. Ce taux est faible par rapport à ceux observés dans la littérature (9,10,11,12). Nos résultats montrent que la survie de la technique est meilleure chez les sujets jeunes et non diabétiques.

Dans la plupart des études de la littérature, l'âge a un impact défavorable sur les courbes de survie des patients et de la technique (13, 15,16), alors que le facteur diabète accroît la mortalité, toutes modalités d'épuration extra-rénales confondues (16, 17). D'autres facteurs comme la qualité de la dialyse et de la nutrition peuvent influencer la survie de la technique (18,19,20).

Les causes de transfert en hémodialyse sont dominées chez nos patients par les péritonites et la perte de l'ultrafiltration péritonéale (54,1 %). Ces mêmes causes sont prédominantes dans la plupart des études, leur fréquence variant entre 37,1 % et 81 % (10,11,13,14).

CONCLUSION

Le nombre des urémiques parvenus au stade terminal de leur IRC pris en charge en DPCA reste faible. Ceci est dû au manque de sensibilisation du personnel médical et paramédical et au faible nombre des services de Néphrologie en Tunisie.

Nos résultats sont moyens et nettement meilleurs chez les sujets jeunes et non diabétiques. L'utilisation des systèmes déconnectables et de la Dialyse Péritonéale Automatisée devrait permettre d'améliorer ces résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Rapport annuel de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Tunisie.
Ministère de la santé publique, 1998.
- 2 - Report on management of renal failure in Europe.
Nephrol. Dial. Transplant. 1996, suppl. 7, 11.
- 3 - GOKAL R.
Who's for continuous ambulatory peritoneal dialysis ?
Brit. Med. J. 1993, 306, 1559-1560.
- 4 - RYCKELYNCK J.P., HURAUULT DE LIGNY B., LEVALTIER B.,
CARDINEAU E., LE GOFF C., BATHO J.M.
Place de la dialyse péritonéale dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale. Survie des patients et de la méthode.
Néphrologie 1995, 16, 85-92.
- 5 - COLES G.A., WILLIAMS J.D.
What is the place of peritoneal dialysis in the integrated treatment of renal failure ?
Kidney Int. 1998, 54, 2234-2240.
- 6 - BERGSTROM J., LINDHOLM B.
Nutrition and adequacy of dialysis. How do hemodialysis and CAPD compare ?
Kidney Int. 1993, 43, suppl. 40 : S 39-50.
- 7 - Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française. Données statistiques générales du RDPLF.
BDP 1996, 6, 92-103.

- 8 - FENTON S.S.A, SCHAUBEL D.E, DESMEULES M. et al.
Hemodialysis versus peritoneal dialysis : a comparison of adjusted mortality rates.
Am. J. Kidney Dis. 1997, 30, 334-342.
- 9 - ROTELLAR C., BLACK J., WINCHESTER J.F. et al.
Ten years experience with continuous ambulatory peritoneal dialysis.
Am. J. Kidney Dis. 1991, 17, 158-164.
- 10 - MAIORCA R., CANCARINI G.C., ZUBANI R. et al.
CAPD viability : A long term comparison with hemodialysis.
Perit. Dial. Int. 1996, 16, 276-287.
- 11 - KAWAGUCHI Y., HASEGAWA T., NAKAYAMA M. et al.
Issues affecting the longevity of the continuous peritoneal dialysis therapy.
Kidney Int. 1997, 52, Suppl. 63, S105-S107.
- 12 - DAVIES S.J., PHILLIPS L., GRIFFITHS A.M. et al.
What really happens to people on long term peritoneal dialysis ?
Kidney Int. 1998, 54, 2207-2217.
- 13 - MAIORCA R., VONESH E., CAVALLI P.L. et al.
A multi-centre, selection adjusted comparison of patient and technique survival on
CAPD and hemodialysis.
Perit. Dial. Int. 1991, 11, 118-127.
- 14 - LUPO A., TARCHINI R., CANCARINI G.C. et al.
A long-term outcome in CAPD : A 10-year survey by the Italian Cooperative
Peritoneal Dialysis study group.
Am. J. Kidney Dis. 1994, 24, 826-837.
- 15 - BENEVENT D., LARAQUI A., NGOHON C. et al.
Vingt ans de dialyse gériatrique. Comparaison de la dialyse péritonéale continue
ambulatoire et de l'hémodialyse.
BDP 1993, 3, 37-43.
- 16 - SERKES K.D., BLAGG C.R., NOLPH K.D., VONESH E.F., SHAPIRO F.
Comparison of patient and technique survival in continuous ambulatory peritoneal
dialysis (CAPD) and hemodialysis. A multicenter study.
Perit. Dial. Int. 1990, 10, 15-19.
- 17 - BRUNNER F.P., SELWOOD N.H.
Profile of patients on RRT in Europe and death rates due to major causes of death
groups.
Kidney Int. 1992, 42, Suppl. 28, S4-S15.
- 18 - CHURCHILL D.N., TAYLOR D.W., KESHAVIAH P.R.
Adequacy of dialysis and nutrition in continuous peritoneal dialysis : Association
with clinical outcome.
J. Am. Soc. Nephrol. 1996, 7, 198-207.
- 19 - DAVIES S.J., PHILLIPS L., RUSSEL G.I.
Peritoneal solute transport predicts survival on CAPD independently of residual
renal function.
Nephrol. Dial. Transplant. 1998, 13, 962-968.
- 20 - WANG T., HEIMBURGER O., WANIEWSKI J., BERGSTROM J.,
LINDHOLM B.
Increased peritoneal permeability is associated with decreased fluid and small-solute
removal and higher mortality in CAPD patients.
Nephrol. Dial. Transplant. 1998, 13, 1242-1249.