

Effects of Increased Peritoneal Clearances on Mortality Rates in Peritoneal Dialysis: ADEMEX, a Prospective, Randomized, Controlled Trial. Paniagua R. et al. [J Am Soc Nephrol.](#) 2002 May;13(5):1307-20.

Effet de l'augmentation de la clairance péritonéale sur la mortalité en DP : Etude ADEMEX.

Résumé : Stanislas BATAILLE (Clinique BOUCHARD, Marseille)

Introduction

De la même façon que les cibles d'épuration des petites molécules en hémodialyse ont été définies par Daugirdas, les cibles d'épuration des petites molécules ont été définies en dialyse péritonéale. En pratique, 2 grandes études randomisées ont permis de définir la « dose » minimale d'épuration de l'urée et la créatinine en dialyse péritonéale. Il s'agit de l'étude ADEMEX, présentée ici, et de l'étude de Lo et al. ([Kidney Int.](#) 2003 Aug;64(2):649-56). ADEMEX est une étude qui date un peu (1998-2001), mais reste une étude pivot en DP qu'il faut connaître. Pour cette raison, nous vous en présentons le principal résultat.

Patients et méthode

L'étude ADEMEX est une étude prospective randomisée 1 :1 réalisée dans 24 centres de DP au Mexique. Tous les patients inclus étaient des patients prévalents traités par DPCA 2L 4 échanges par jour qui avaient une clairance de la créatinine péritonéale (CrCIP)<60L/sem. Les patients étaient randomisés pour soit rester au même traitement, soit pour augmenter la dose de dialyse pour obtenir une ClCrP >60L/sem. L'augmentation de dose se faisait dans un premier temps par l'augmentation du volume d'échange à 2.5 ou 3L puis en augmentant le nombre d'échanges quotidiens à 5 échanges par jour. L'objectif primaire était la survie à 2 ans. Les critères secondaires étaient les hospitalisations, les complications de la DP, et le statut nutritionnel.

Résultats

Le nombre de patients inclus était de 965 patients et il dépassait l'effectif calculé prévu pour démontrer un effet statistiquement significatif entre les 2 groupes sur le critère primaire de jugement. Les groupes étaient comparables à l'inclusion. L'âge moyen était de 47 ans. 58% d'hommes.

Dans le groupe contrôle, la ClCrP et le Kt/V péritonéal de l'urée sont restés constants durant l'étude (Figure 1) respectivement à 45L/sem et 1.6. Dans le groupe traité, la ClCrP a augmenté conformément au protocole, mais seuls 59% des patients ont obtenu une ClCrP >60L/sem. La CrCIP moyenne était de 57L/sem. Le Kt/V urée augmentait également dans ce groupe (Figure 1).

Concernant l'objectif primaire, il n'y a pas eu de différence significative de survie entre les deux groupes, même après stratification selon les caractéristiques des patients.

Les résultats des critères secondaires étaient identiques en ce qui concerne les hospitalisations, la survie de la technique (plus de survie pour insuffisance de dialyse dans le groupe contrôle, mais plus de sortie pour inconfort du au volume péritonéal dans le groupe traité), le statut nutritionnel ou les complications de la DP.

Discussion :

Cette étude montre que l'augmentation de l'épuration des petites molécules (Créatinine et Urée) au-delà d'une valeur de 45L/min de clairance péritonéale n'a probablement que peu d'intérêt en dialyse péritonéale. En effet, en DP, l'épuration n'est souvent pas le problème en raison d'une technique qui est continue et de la diurèse conservée. Une des limites de l'étude était d'ailleurs que les patients étaient inclus quelle que soit leur diurèse. Peut être l'effet aurait-il été plus fort chez les patients avec une faible diurèse.

Il faut ici souligner cependant un point important : le fait que l'augmentation de la clairance péritonéale n'a pas d'effet sur la survie ne doit pas pousser à croire qu'il faut pour autant s'abstenir d'augmenter la dose de dialyse chez un patient qui semble sous dialysé. Les cibles d'épuration ne sont que des indicateurs et c'est la clinique qui doit primer.

Quoi qu'il en soit, cette étude ne prend pas en compte une complication fréquente en DP : la perte d'ultrafiltration. Dans d'autres études, la capacité d'extraction d'eau et de sel par la membrane péritonéale ou la diurèse résiduelle étaient des facteurs majeurs de survie.

En conclusion, de même qu'en hémodialyse, en DP au-delà du seuil minimal, l'augmentation de l'épuration des petites molécules n'améliore pas la survie. Ce seuil est défini par une Cl_{CrP} de 45L/sem et un Kt/V de 1.7.



