

Le **B**ulletin de la **DP**

Volume 13 - numéro 3
Supplément Symposium
Année 2005

Bulletin du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française

VIII^{ème} Symposium du RDPLF Montvillargenne, 21 - 22 Avril 2005

Liste des Participants inscrits au 1^{er} Mars 2005

ABBASSI Abdelhamid (Saint-Maurice, France)	BOUVIER Maie-Christine (Neuilly sur Seine, France)	DARIE Ioana (Montbéliard, France)
ABOUBEKR Habib (Kremlin-Bicêtre, France)	BRESSON-VAUTRIN Catherine (Besançon, France)	DE CHASTEIGNER Aymeric (Neuilly sur Seine, France)
AGUILERA Didier (Vichy, France)	BRICE Thierry (Fresnes, France)	DE NICOLA Cora Lia (Vienne, France)
ALBICY Séverine (Paris, France)	BRUET Alain (Poissy, France)	DECHENNE Charles (Sart-Tilman, Belgique)
ALLARD Catherine (Caen, France)	BUREAU Sylvie (Montréal, Canada)	DECOUT Stéphanie (Vandoeuvre, France)
AMAGAT Nicole (Haubourdin, France)	CABANNE Marina (Mons, Belgique)	DELHOMME Amaury (Romans, France)
ARCAZ Véronique (Paris, France)	CAILLETTE-BEAUDOIN Agnès (Vienne, France)	DELMARCELLE Cécile (Liège, Belgique)
ASSELINEAU Catherine (Blois, France)	CALAUD Frédéric (Troyes, France)	DELOMBAERDE Caroline (Bruxelles, Belgique)
ATTAF David (Neuilly-sur-Seine, France)	CAMARA Marie-Caroline (Maurepas, France)	DESROUSSEAUX Delphine (Colombes, France)
AUFFRET Yannick (Rennes, France)	CAPELLI Alexandrine (Nîmes, France)	DOMERC Christian (Maurepas, France)
BABILON Geneviève (Strasbourg, France)	CAPORALE Nelson (Montévidéo, Uruguay)	DOYEN Mireille (Liège, Belgique)
BALAUD Catherine (Colombes, France)	CARON Sylvie (Chalon sur Saône, France)	DRACON Marie-Agnès (Lille, France)
BALDACCHINO Christelle (Paris, France)	CAVEY Michèle (Petit-Quevilly, France)	DRATWA Max (Bruxelles, Belgique)
BALIT Gabriel (Angers, France)	CHAGHOURI Baher (Evreux, France)	DROMBY Bernadette (Angers, France)
BARGAS Evelyne (Martignes, France)	CHANLIAU Jacques (Vandoeuvre-les-Nancy, France)	DUBORD Colette (Vichy, France)
BARNAY Chantal (Aix en Provence, France)	CHAPRON Bérangère (Caen, France)	DUBOT Philippe (Chalon sur Saône, France)
BARRERE Dominique (Paris, France)	CHAROIN Hélène (Nîmes, France)	DUCHATELLE Pierre (Lille, France)
BASTIDE-PINOT Céline (Rodez, France)	CHARTIER Murielle (Blois, France)	DUMAN-URSEL Mirela (Pontoise, France)
BAUDON Marie (Caen, France)	CHATELIN Fabienne (Paris, France)	DUMAS Jean-Jacques (Maurepas, France)
BENEVENT Daniel (Limoges, France)	CHIRON Sylvie (Colmar, France)	DUMONT Geneviève (Orléans, France)
BENIS Valérie (Chambéry, France)	CHRISTOPHE Elise (Montbéliard, France)	DUNAND Nadège (Caen, France)
BERNARD Pascal (Lyon, France)	CICCARONE Daniela (Neuchâtel, France)	DUONG Soazig (Le Kremlin Bicêtre, France)
BERTRAND Monique (Maurepas, France)	COLLART Frédéric (Bruxelles, Belgique)	DURAND Pierre-Yves (Vandoeuvre-les-Nancy, France)
BIAVA Patricia (Verdun, France)	COLOMB Henri (Romans, France)	DURAND Patrice (Fresnes, France)
BLANC Patricia (Avignon, France)	CORDONNIER Michelle (Liège, Belgique)	EDON Eliane (Paris, France)
BOISSEAU Marie-France (Chalon sur Saône, France)	COTTRAY Isabelle (Fresnes, France)	ELSIG Joëlle (Chippis, Suisse)
BOUCHER Stéphanie (Lyon, France)	COUGNET Philippe (Bruxelles, Belgique)	EMOND Christian (Carcassonne, France)
BOUDIER Loreley (Paris, France)	COUSIN Maud (Caen, France)	ENGASSER Marie (Colmar, France)
BOUDINOT Carole (Neuilly sur Seine, France)	CRESTEY Christine (Evreux, France)	FABRE Louis (Rodez, France)
BOUDJABI Samie (Neuilly sur Seine, France)	D'ANTUONI Sandrine (Neuilly sur Seine, France)	FELEZ Yann (Maurepas, France)
BOUFFART Pascale (Pontoise, France)	D'AUZAC de LAMARTINIE Christian (Paris, France)	FERNANDEZ Jean-Paul (Aix-en-Provence, France)
BOULANGER Eric (Lille, France)	DARDE Francine (Chartres, France)	FERRY Jean-Pierre (Colombes, France)

FIEVET Patrick (Creil, France)
FLAMBARD Sophie (Maurepas, France)
FLEURY Dominique (Valenciennes, France)
FONTAINE Isabelle (Vandoeuvre, France)
FONTAINE Marie-Claire (Namur, Belgique)
FORRAT Frédérique (Chamalières, France)
FRANCART Caroline (Bruxelles, Belgique)
FRANTZEN Luc (Strasbourg, France)
FREGUIN Caroline (Bois Guillaume, France)
FREIDA Philippe (Cherbourg, France)
GAGNEUX Yolande (Irigny, France)
GALICIA Mercedes (Bruxelles, Belgique)
GAMAND Francine (Aix en Provence, France)
GAMMAR Nadia (Bruxelles, Belgique)
GEFFROY-GUIBERTEAU Sylvie (Harfleur, France)
GENESTIER Sandrine (Colmar, France)
GESLOT Bérandère (Saint-Maurice, France)
GEVENS Marc (Balen, Belgique)
GHALI Nasredine (Melun, France)
GICQUEL Annie (Kremlin-Bicêtre, France)
GILLIOT Emmanuelle (Maurepas, France)
GIRARD Catherine (Tours, France)
GODART Catherine (Chartres, France)
GONTHIER Chantal (Genève, Suisse)
GRANGIER Jean-Pierre (Vienne, France)
GREDELU Benoît (Maurepas, France)
GUILLO Yolande (Rennes, France)
GUNTHER Maryse (Pontoise, France)
HACHED Ramzi (Tunis, Tunisie)
HAENTJENS Brigitte (Maurepas, France)
HALABI Georges (Lausanne, Suisse)
HANSEN Claude (Strasbourg, France)
HARDY Vinciane (Cherbourg, France)
HEIBEL Françoise (Strasbourg, France)
HEMETT Ould-Maouloud (Neuchatel, Suisse)
HOUSSNI Ahmed (Tunis, Tunisie)
HUCHET Régine (Nantes, France)
HUFNAGEL Gilles (Paris, France)
HURIET Claude (Paris, France)
ICHICHE Malika (Bruxelles, Belgique)
ISLAM Mohamed (Avignon, France)
ISSAD Belkacem (Paris, France)
JAOUEN Isabelle (Fresnes, France)
JARRU Gladys (Toulon, France)
JEANNESSON Karine (Verdun, France)
JOB Patrick (Colombes, France)
JOUNI Halima (Tunis, Tunisie)
JUQUEL Jean-Pierre (Paris, France)
KABANDA K. André (Bruxelles, Belgique)
KALHERT Michèle (Volketswill, Suisse)
KELLER Jeanne (Bruxelles, Belgique)
KESSLER Michèle (Vandoeuvre Les Nancy, France)
KOURILSKY Olivier (Evry, France)
LALAOUI Abdelhamid (Mons, Belgique)
LAMEIRE Norbert (Gent, Belgique)
LAMY Catherine (Lille, France)
LANDRU Isabelle (Lisieux, France)
LAVAUD Sylvie (Reims, France)
LE CACHEUX Philippe (Saint-Brieuc, France)
LE MARECHAL Hina (Arue, Polynésie Française)
LEBEC Anne-Hélène (Fresnes, France)
LEFEVRE Guillaume (Maurepas, France)
LEMENU Charline (Bruxelles, Belgique)
LEPOUTRE Christine (Mouscron, Belgique)
LEROY Guillaume (Saint Germain en Laye, France)
LESSORE de SAINTE FOY Célia (Lille, France)
LEVACHER Christelle (Evry, France)
LEVY Marie-Odile (Genève, Suisse)
LIGER Corinne (Pontoise, France)
LOBBEDEZ Thierry (Caen, France)
LOMBART Dominique (Rodez, France)
LOZE Stéphane (Neuilly sur Seine, France)
MAGNAVAL Brigitte (Brives, France)
MAILLE Céline (Pontoise, France)
MAINGOURD Claude (Tours, France)
MALVY François (Albi, France)
MALVY Chantal (Albi, France)
MARCLAY Patrick (Stans, Suisse)
MARICHAL Jean-François (Strasbourg, France)
MARNAS Nadia (Saint-Etienne, France)
MARTIN Georges (Colombes, France)
MARTIN Astrid (Sion, Suisse)
MARTIN-PASSOS Elsa (Saint Aubin les Elbeuf, France)
MAT Olivier (Baudour, Belgique)
MAURICE Elsa (Dôle, France)
MBARGA Roseline (Arras, France)
MEEUS Frédéric (Evry, France)
MEIDINGER Céline (Strasbourg, France)
MERAULT Henri (Pointe-à-Pitre, Guadeloupe)
MELCHIOR Fabienne (Liège, Belgique)
MERCKEN Monique (Ottignies, Belgique)
MESQUITA Maria (Bruxelles, Belgique)
MEUNIER Sébastien (Reims, France)
MICHEL Stéphane (Neuilly sur Seine, France)
MIGNON Françoise (Paris, France)
MORANNE Olivier (Lille, France)
MORARD Nicole (Pontoise, France)
MORENO Jean-Christophe (Neuilly sur Seine, France)
MORICE Céline (Cherbourg, France)
MORREEL Lieven (Schoten, Belgique)
MOYSAN Liliane (Angers, France)
MUNIZ Marie-Carmen (Baudour, Belgique)
NGUYEN Xuan-Huong (Pontoise, France)
NOGIER Marie-Béatrice (Toulouse, France)
NOURI Samira (Reims, France)
OGEL Pascale (Neuilly, France)
OLIVIER Marjorie (Fresnes, France)
OLLIVIER Annie (Saint-Etienne, France)
ORLANDO Pina (Baudour, Belgique)
ORTIZ Jean-Paul (Cabestany, France)
OTTERMATTE Armelle (Strasbourg, France)
PADERNOZ Marie-Christine (Saint-Lô, France)
PAGNIEZ Dominique (Lille, France)
PARYS Martine (Baudour, Belgique)
PASTORE Gérard (Colombes, France)
PAVIOT Mylène (Toulon, France)
PAYNEL Catherine (Lisieux, France)
PELLERIER Claire (Charleville, France)
PETRONI Isabelle (Lille, France)
PIERMAY Patricia (Hyères, France)
PIERSON Patricia (Fresnes, France)
PIROTTE Marie-Luce (Ottignies, Belgique)
PLANCHET Myreille (Saint-Etienne, France)
POMPON Christophe (Neuilly-sur-Seine, France)
POTTIEZ Monique (Valenciennes, France)
POULIN Elisabeth (Strasbourg, France)
PREBIN Pascale (Paris, France)
RAFFESTIN Pascale (Evry, France)
RAMBAUD Marie-Laure (Nouméa, Nouvelle Calédonie)
RENAULT Sylvain (Fresnes, France)
RICHALET Bernard (Saint-Lô, France)
RICHARD Christine (Vichy, France)
RICHARD Claude (Bruxelles, Belgique)
RICHER Christine (Rennes, France)
RIEUX Isabelle (Nantes, France)
RIVAULT Odile (Petit Quevilly, France)
ROBIN Michel (Liege, Belgique)
ROCHON Catherine (Saint-Maurice, France)
ROSSIGNOL Elisabeth (Toulouse, France)
RYCKELYNCK Jean-Philippe (Caen, France)
SAINDON Véronique (Harfleur, France)
SARRAJ Ayman (Compiègne, France)
SCHILLINGER Francis (Troyes, France)
SCHLESINGER Jean-Patrick (Paris, France)
SCHOENBECHLER Ralph (Glattbrugg, Suisse)
SEKHRI Hacene (Vittel, France)
SELMi Mahira (Jendouba, Tunisie)
SEPUL Albert (Liege, Belgique)
SICSIC Laurent (Neuilly sur Seine, France)
SIGWALD Patrice (Arue, Polynésie)
SLINGENEYER Alain (Montpellier, France)
SOLER Maria (Pontoise, France)
STANUS Johanny (Nivelles, Belgique)
STOERMANN-CHOPARD Catherine (Genève, Suisse)
STRUB Blandine (Neuchatel, Suisse)
TAAMMA Redouane (Fresnes, France)
TESTA Angelo (Nantes, France)
TOUFFAIT Christine (Valenciennes, France)
TOURE Fatima (Reims, France)
TRIGAUX Serge (Bruxelles, Belgique)
VALADIER Françoise (Pontoise, France)
VALEIX Richard (Neuilly sur Seine, France)
VAN ACKER Liliane (Liège, Belgique)
VANDEPITTE Lieve (Bruxelles, Belgique)
VANDERSTRAATEN Menno (Bruxelles, Belgique)
VASSE Christine (Evreux, France)
VASSELIN Valérie (Cherbourg, France)
VAUTRIN Pierre (Montbéliard, France)
VEGA Luis (Villers-Les-Nancy, France)
VENIEZ Ghislaine (Pontoise, France)
VENIEZ Juliette (Pontoise, France)
VERAZZI Françoise (Montbéliard, France)
VERGER Christian (Pontoise, France)
VERNIER Isabelle (Narbonne, France)
VERVAEKE Isabelle (Saint Maurice, France)
VIAL Philippe (Saint Pierre, France)
VIALA Catherine (Pontoise, France)
VICCA Antoine (Colombes, France)
VIOT Virginie (Lisieux, France)
WATTIER Marie-Luce (Mons, Belgique)
WAUTERS Jean-Pierre (Berne, Suisse)
WAWCZAK Annie (Colombes, France)
YAZJI Jamal (Dôle, France)
YOUSSEF Maan (Pontoise, France)
YUCULANO Aline (Pontoise, France)
ZIANE Abdelaziz (Saint Etienne, France)
ZIMMERMANN Christine (Sauls, Suisse)

Résumés des communications

Tous les résumés de communication, dont les auteurs ont donné l'accord pour mise en ligne, sont disponibles sur le site <http://www.rdpf.org>, dans la rubrique Symposium.

01 - La production mésothéliale de VEGF et de TGF-β1 induite par les solutions de DP est régulée par un mécanisme RAGE-dépendant.

E. Boulanger, N. Grossin, R. Taamma, Marie-Paule Wautier, P. Gane, JL.Wautier (Lille)

Les solutions de DP induisent des altérations péritonéales telles que de la néoangiogenèse et de la fibrose. Nous avons étudié les effets du glucose, des produits de dégradation du glucose (GDP) et des produits de glycation avancée (AGE) sur la viabilité des cellules mésothéliales péritonéales humaines (CMPH), et sur la production de Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) et de Transforming Growth Factor-β1 (TGF-β1).

Trois solutions de DP stérilisées par la chaleur ont été testées: lactate pH 5,5, lactate pH 7 et bicarbonate pH 7,4. Les solutions à pH physiologique sont compartimentées afin de limiter la formation de GDP durant la stérilisation. La production par les CMPH de VEGF et de TGF-β1 induite par les solutions de DP a été mesurée par ELISA. Les effets du glucose, du 3 deoxyglucosone (3-DG) un des principaux GDP, de la carboxyméthyl-lysine (CML) ligand spécifique du récepteur aux AGE (RAGE), et le blocage de l'interaction AGE-RAGE sur la production de VEGF et de TGF-β1 ont été analysés.

Comparés au lactate pH 5,5, les solutions dites biocompatibles lactate pH 7 et bicarbonate pH 7,4 ont inhibé la prolifération cellulaire dans de plus faibles proportions et induit significativement moins l'apoptose et l'oncose cellulaire. La production de VEGF et de TGF-β1 a été significativement augmentée en présence de la solution lactate pH 5,5 ($p < 0,001$). Le blocage de l'interaction AGE-RAGE a diminué la production de VEGF et de TGF-β1 induit par les solutions de DP ($p < 0,01$). La production de VEGF et de TGF-β1 est augmentée en présence de CML.

Les solutions de DP contenant une forte concentration en glucose et en GDP ont inhibé la viabilité cellulaire et augmenté la production de VEGF et de TGF-β1. Ces réactions cellulaires sont inhibées par le blocage de la liaison AGE-RAGE, suggérant un rôle clé du RAGE dans l'activation des cellules mésothéliales.

02 - Ultrafiltration Bimodale (UFBM) combinant deux agents osmotiques cristalloïde et colloïde.

P. Freida (Cherbourg)

L'équilibre de la balance hydro sodée est une cible thérapeutique primordiale difficile à atteindre chez les patients présentant une surface péritonéale «vasculaire» importante associée à un déclin de la fonction rénale résiduelle. Les meilleures stratégies d'optimisation de l'élimination d'eau et/ou de sodium en DP comprennent : la DPA en cycles nocturnes courts, la prescription de Polymères du Glucose (osmose colloïde) pour les stases longues, les formulations de dialysat à basses concentrations en Na et l'association des deux types d'osmose cristalloïde (Glucose) et colloïde (PG).

Objectifs : comparer l'élimination d'eau et de Na au cours d'échanges standardisés de longue durée (15 h) à l'aide de Dextrose 3.86% ou Icodextrine 7.5% ou d'une association composée de 2.61% de Dextrose-6.8% Icodextrine et 122 mmol/l Na.

8 patients traités en DPCA/DPA sont randomisés entre les trois solutions osmotiques au cours d'un test d'équilibration péritonéale durant 15 heures. Après infusion d'un volume standard de 2 litres, la cavité péritonéale est drainée à 0,2,4,8,12 et 15h. Chaque effluent est pesé pour mesure de l'UF avant d'être ré-infusé après échantillonnage pour Na, Glucose, osmolalité.

Résultats à H15 :

solution	glucose 3,86%	icodextrine 7,5%	UF Bimodale
VUF (ml)	-7	413	1004
	(-650 à 306)	(-240 à 1036)	(360 à 1328)
NaDE (mmol)	10	51	154
	(-89 à 57)	(-5 à 100)	(89 à 200)
Natrémie (mmol/l) H0/H15	133,3/132,1	133,7/130,8	132,1/132,8
H15-H0	-1,2	-2,9	+0,7

Conclusion : L'Ultrafiltration bimodale est actuellement la meilleure stratégie d'UF référencée permettant d'augmenter parallèlement l'élimination de l'eau et du Na. L'UFBM devrait permettre de réaliser au cours d'un seul échange 80 à 100% des cibles volémiques de la DP chez les patients anuriques présentant un profil de transport péritonéal rapide et ainsi d'améliorer radicalement le pronostic cardio-vasculaire.

03 - Un cas rare d'infection péritonéale à *Pasteurella Multocida* chez un patient en DPCA

*Denise Battiaux, Séverine Bourlet, L. Taghipour,
G. Dégremon, A. Benziane
(Cambrai)*

Nous rapportons l'observation d'un épisode d'infection péritonéale à *Pasteurella Multocida* chez un patient âgé de 70 ans en DPCA double poche depuis le 25-11-03.

L'histoire clinique débute par une morsure-griffure de la ligne d'extension par un chat domestique au moment de l'infusion de la poche de nuit. A l'admission dans le service, le patient est cliniquement asymptomatique, l'émergence est saine, l'examen cytologique du dialysat effluent note 300 éléments /m³ avec 80% de polynucléaires neutrophiles. Les cultures aérobie-anaérobie sur gélose mettent en évidence une infection péritonéale à *Pasteurella multocida*. L'évolution a été rapidement favorable sous antibiothérapie intrapéritonéale (amiklin, claforan) pendant 48 heures. Le relais a été poursuivi par Tavanic et Augmentin pendant 10 jours.

Seulement 10 cas sont recensés dans la littérature. Le mode de contamination est le plus souvent traumatique par morsure-griffure des lignes de connexion par un animal domestique (chat). C'est un coccobacille gram-négatif de la flore salivaire normale de nombreux animaux domestiques, de coloration bipolaire, immobile, asporilé et capsulé. La capsule par ses propriétés antiphagocytaires est le facteur principal de virulence. La période d'incubation est courte, moins de 24 heures après morsure-griffure.

Pour prévenir toute contamination par un animal domestique, il faut s'isoler pour effectuer ses échanges dialytiques.

04 - La coordination des soins en Dialyse péritonéale à la Réunion.

*P. Vial
(Saint Pierre, La Réunion)*

L'activité de Dialyse péritonéale dans l'île de la Réunion présente des spécificités, certes médicales mais aussi géographiques. A 10000 kms de la Métropole, cette activité se structure, avec une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, qui passe par une nécessaire articulation entre les différents acteurs de la prise en charge des patients (équipes hospitalières, associatives, libérales, service logistique...). Le rôle et la nécessité d'une véritable coordination se trouvent ainsi renforcés et deviennent essentiels.

À travers cette présentation, je propose de voir les différents niveaux d'intervention de cette coordination de soins, en axant mon exposé sur les spécificités des régions ultramarines :

- Prévalence de l'insuffisance rénale plus élevée, et donc un nombre de patients IRCT plus importants, avec un indice de comorbidité plus élevé à la prise en charge.

- Faible pourcentage de patients autonomes, du fait de ces comorbidités et de la proportion de patients analphabètes.

- Faible niveau social impliquant une prise en charge sociale plus importante, et obligeant les visites de domicile systématiques avant la mise en DP.

- Contribution importante des IDE libéraux, qui se forment volontiers à cette méthode, et qui acceptent volontiers les changements de système (abandon de l'UV Flash et passage systématique à la double poche et à la DPA, avec une incidence majeure sur la fréquence des péritonites). Présentation des outils de coordination de soins infirmiers.

- Éloignement géographique imposant une gestion rigoureuse du stock central de matériel tenant compte des délais d'approvisionnement (par bateau, environ 1 mois).

Tous ces aspects rendent le travail de coordination passionnant et indispensable. Les patients en sont satisfaits et nos résultats sont en amélioration continue.

05 - L'injection de produit de contraste iodé ne modifie pas la fonction rénale résiduelle en dialyse péritonéale.

*O. Moranne, S. Willoteaux, Célia Lessore de Sainte Foy,
D.Pagniez, E. Boulanger
(Lille)*

La perte de la fonction rénale résiduelle (FRR), en DP est associée à une augmentation de la morbi-mortalité. Le retentissement de l'injection de produit de contraste iodé (PDCI) sur la FRR n'est pas documenté. Nous avons étudié dans une étude prospective, l'évolution de la FRR, après une injection de PDCI comparée à celle d'un groupe témoin.

Chez 34 patients stables en DP, nous avons évalué l'évolution de la FRR et de la clearance péritonéale de la créatinine (ClCreatP), de 24 heures avant à 15 jours après une injection de PDCI (Groupe A). Nous avons comparé l'évolution de ces paramètres à un groupe témoin (Groupe B) comparable pour l'âge, le diabète, l'ancienneté et le type de DP ainsi que la FRR et ses facteurs de risque d'évolution. Les patients ont bénéficié d'une réhydratation parentérale avant l'injection de PDCI. Les examens réalisés étaient une coronarographie, une artériographie et un scanner dans 16, 10 et 8 cas respectivement. Le volume moyen de produit de contraste iodé injecté était de 104,58 ml. Les variables qualitatives sont comparées par un test du Chi² et les variables quantitatives par un test de Student apparié ou simple. Le seuil de significativité du test est de 5%.

L'évolution moyenne de la FRR (ml/mn/m²73) et de la ClCreatP (l/sem) entre J0 et J15 est dans les groupes A et B: 0.08±0.49 et 0.079±0.55 (p=0.5); 0.1±3,2 et 0,3±3 (p=0.9) respectivement. Il n'est pas retrouvé de différence significative pour l'évolution de ces variables dans chaque groupe et entre ces 2 groupes.

Il n'a pas été mis en évidence de modification de la FRR après une injection de PDCI, chez des patients stables en DP ayant bénéficié d'une réhydratation parentérale préalable.

06 – DPA pour tous !

Liliane Van Hacker, Hilde Lamberts, Fabienne Melchior, Annick Collazuol (Liège, Belgique)

Depuis 10 ans, nous utilisons la DPA. Avec cette technique, on observe une nette réduction de l'incidence des infections péritonéales dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Dans notre centre, nous rapportons cette complication sur base d'un relevé d'incidents observés entre 1995 et 2003. L'incidence est de 18 péritonites/100 années/patient.

Parmi ces complications, on observe :

- 1/3 de péritonites à staph. Epi.,
- 1/5 de péritonites à staph aureus,
- 1/6 de péritonites à autre gram+,
- 1/4 de péritonites à gram-

Différents schémas d'antibiothérapies ont été proposés dans la littérature. Nous les avons adaptés pour tenir compte de la flore bactérienne propre à notre centre :

- 1- Un échange avec charge en Vancomycine + aminoglycoside (Amiklin),
- 2- Poursuite d'une antibiothérapie orale en extrahospitalier par Quinolone si péritonite modérée,
- 3- Hospitalisation avec antibiothérapie par Quinolone et Céphalosporine (Ceftazidime) si péritonite sévère.

Les technologies de perfectionnement de la DPA sont un enjeu important dans le rôle de la prévention optimale mais aussi dans l'estime sincère de la reconnaissance de la DPA dans le traitement de l'I.R.C.

07 – L'accompagnement du patient insuffisant rénal chronique : de l'information pré-dialytique jusqu'à son traitement.

Fabienne Melchior, Hilde Lamberts, Liliane Van Hacker, Annick Collazuol (Liège, Belgique)

Présentation du service d'hier et d'aujourd'hui en considérant :

- 1 – Le nombre de patients,
- 2 - les différentes techniques de DP
- 3 – L'accompagnement du patient dans son traitement

À ce jour, aucun patient traité par DP ne souhaite abandonner la technique actuelle en faveur d'une autre, en dehors de considérations médicales.

Nous constatons que le patient qui :

- Prend une décision après une information complète,

- Bénéficie d'un «écolage» structuré dans un esprit de rigueur tout en préservant son autonomie,
- Évolue dans un climat de confiance,

est un patient qui assure la pérennité de son traitement.

08 - La place de la pédagogie dans la démarche prophylactique des infections du cathéter de Dialyse Péritonéale : le rôle de l'infirmière.

Vinciane Hardy, Isabelle Buisse, Céline Morice, Sylvie Fortin, P. Freida (Cherbourg)

La place de la pédagogie dans la démarche prophylactique des infections du cathéter de Dialyse Péritonéale : le rôle de l'infirmière.

Les infections staphylococciques restent la principale cause d'infections péritonéales et d'émergence du cathéter en DPCA/DPA. L'incidence de la colonisation à S.aureus des patients en DP qui atteint plus de 50% connaît une croissance importante qui pose avec plus d'acuité le problème de la prophylaxie des complications liées à S.aureus et d'une manière plus générale de la prévention des infections de l'émergence et des péritonites par contiguïté. Une expérience de 13 années d'antibioprophylaxie quotidienne dont 10 ans à l'aide de la Mupirocine permet de présenter les circonstances dans lesquelles il est possible d'éradiquer les infections du cathéter et les voies de recherche pour l'avenir.

L'implication de l'infirmière est mise en exergue avec l'objectif de démontrer que la meilleure des prophylaxies ne peut se limiter à l'application d'un antibiotique local mais engage des procédures de soins et des conditions d'asepsie dont l'enseignement au patient sera le garant des meilleurs résultats. Parmi ces choix pédagogiques, notre unité a retenu le bénéfice de plusieurs sessions consacrées uniquement au soin d'émergence et permettant au patient d'acquérir les gestes appropriés grâce à l'usage d'un leur de cathéter. Le recours à cette procédure permet au patient d'atteindre une maîtrise parfaite de la réfection du pansement d'émergence avant même l'implantation chirurgicale du cathéter. Ainsi, à J2-J3 de la mise en place du cathéter, le patient peut quitter le service pour s'engager en toute autonomie dans la prise en charge de cet aspect fondamental des soins quotidiens tout en achevant sa formation en DPA/DPCA en ambulatoire.

09 - Le recours préférentiel à la DPA sélectionne la survenue de péritonites à gram-négatif.

O. Mat, Pina Orlando, Marie-Carmen Muniz-Martinez, Fabienne Mestrez, M. Dhaene (Baudour, Belgique)

Entre le 1er octobre 1998 et le 1er octobre 2004, 47 patients ont choisi la dialyse péritonéale (DP) comme méthode d'épuration extra-rénale dans notre centre. L'analyse statistique rétrospective des péritonites survenues chez nos patients incidents a permis de définir deux groupes selon la technique de DP.

Le groupe I/DPCA (n=7 patients, âge moyen=68 ans, 57.1% diabétiques, durée cumulée=73 mois) a présenté 3 épisodes de péritonites (2 à gram \pm 1 à gram (-)) avec un intervalle libre moyen de 24 mois.

Le groupe II/DPA (n=40 patients, âge moyen=65 ans, 31.9% diabétiques, durée cumulée=910 mois) a présenté 15 épisodes de péritonites (9 à gram (-) / 3 à gram (+) / 3 à cultures négatives) avec un intervalle libre moyen de 60,6 mois. L'utilisation préférentielle de la DPA dans notre centre réduit significativement l'incidence des péritonites mais surtout sélectionne indirectement la survenue des péritonites à bacilles gram (-) en réduisant les péritonites manuportées dues aux cocci gram (+). Le rôle des cathéters de Tenckhoff droits dans la survenue de ces péritonites à gram (-) (translocation colique ?) est en cours d'évaluation.

10 - L'évolution de l'approche de l'équilibre de la balance hydro-sodée en DPA chez les patients présentant une surface péritonéale effective importante.

P. Freida
(Cherbourg)

Trois études cliniques réalisées dans notre unité permettent d'approcher la meilleure stratégie d'élimination de l'eau et du sel au cours d'une séance de DPA. Chacune de ces stratégies d'ultrafiltration est évaluée dans sa capacité à augmenter ou non deux paramètres d'ultrafiltration (l'élimination d'eau et l'extraction sodée dialytique) et un paramètre indirect, l'augmentation du transport convectif associé à toute modification de l'ultrafiltration.

La première étude (S1) démontre la possibilité d'augmenter de respectivement 53% et 87% le volume d'UF et l'extraction de sodium au cours d'une séance standardisée (débit et tonicité moyenne du dialysat à base de glucose titrant 132 mmol/l de Na) de DPA lorsqu'on prescrit 6 cycles de 2 litres au lieu de 4 cycles de 3 litres. Aucune augmentation des clairances de l'Urée et de la Créatinine n'est observée.

Au cours de la deuxième étude (S2) on a évalué l'impact avec des programmes fixes de DPCC/DPCO d'un dialysat à 126 mmol Na/l comparé au Dianeal BAXTER* à 132 mmol Na/l : une augmentation de l'extraction sodée de 214% est obtenue sans modification du volume de l'UF ni des clairances des solutés.

La troisième étude (S3) établit la capacité de l'UF Bimodale fondée sur la combinaison de deux principes osmotiques à augmenter le volume d'UF et l'élimination de Na de respectivement 143% et 202% avec une épuration majorée de 11.

Chez les patients présentant un transport péritonéal rapide, l'ultrafiltration bimodale permet mieux que toute autre stratégie de DPA d'atteindre un équilibre volémique satisfaisant.

11 - Ascite ou péritonite urinaire ?

A. Bruet, D. Hillion
(Poissy, St-Germain-en-Laye)

Les rares observations rapportées d'ascite urinaire, quelle qu'en soit la cause, montrent que l'épanchement ascitique est constitué d'urines diluées dues à un phénomène d'ultrafiltration péritonéale induit par l'hyperosmolarité de l'urine initiale. La cellularité est nulle, le taux de protides inférieur à 10g/l.

L'observation présentée permet de mieux apprécier l'effet d'un contact prolongé de l'urine sur la membrane péritonéale. Mme D., âgée de 22 ans, présente à J2 d'une césarienne programmée, un abdomen douloureux avec retard à la reprise du transit, une élévation de la créatininémie de 49 à 236 μ mol/l, de l'urée de 3 à 11 mmol/l. De J1 à J15, 750 à 1500 ml d'urines stériles sont émises par 24h. La créatininémie varie de 150 à 250 μ mol/l. La protéinurie est nulle. A J13 une ascite est diagnostiquée, 4 litres d'un liquide citrin sont ponctionnés. Cytologie : hématies 1240/mm³, éléments 1370/mm³ : neutrophiles 32 %, éosinophiles 4%, lymphocytes 21%, monocytes 42 %, cellules mésothéliales 1%. Biochimie : protides 25g/l, albumine 13 g/l.

Les concentrations de créatinine en μ mol/l dans l'ascite, le sang, l'urine sont respectivement : 784, 241, 14600. Les concentrations de l'urée en mmol/l 19,10, 280.

Le scanner avec injection n'est pas contributif, excepté pour éliminer une thrombose veineuse portale ou sus-hépatique. Le passage dans l'ascite du bleu de méthylène injecté dans la vessie conduit à l'intervention à J15 et à la découverte d'une plaie vésicale qui sera suturée. A J17, la créatininémie est à 33 μ mol/l. L'ascite ne se reformera pas.

La constitution tardive de l'ascite, sa richesse en protides, sa cellularité plaident pour un phénomène exsudatif surajouté aux mécanismes habituels conduisant au diagnostic de péritonite urinaire aseptique.

12 - Programme de formation à la gestion des stocks des poches de DP à domicile.

J.P. Schlesinger
(Paris)

Dans le cadre de la démarche qualité entreprise par l'association AURA Paris, une enquête de satisfaction auprès des patients traités par dialyse péritonéale fut conduite de 2001 à 2002 par l'infirmière coordinatrice D.P. à l'AURA sur le thème des commandes et des livraisons.

Malgré cela, nous ne pouvons que déplorer toujours trop d'erreurs de commandes, de surstockage et de ruptures de stocks chez les patients traités à domicile. Nous avons donc mis en place, un groupe de réflexion, avec la collaboration des laboratoires Baxter.

Ce groupe était constitué de : pharmaciennes de l'association, cadres infirmiers et infirmiers des centres de Paris et Ile de France qui prennent en charge plus de 30 patients en dialyse péritonéale, coordinateur AURA, un infirmier exerçant dans le secteur en libéral et une infirmière conseil Baxter.

Trois axes de travail ont été définis :

- 1) La formation des patients et des équipes infirmières,
- 2) L'élaboration d'un document modulable pour les patients et les infirmiers,
- 3) La simplification du bon de commande

A raison d'une réunion trimestrielle pendant 1an, nous avons réussi à proposer un document : Un programme de formation «idéal» pour la gestion du stock et du bon de commande, comprenant :

- 1) Le programme de formation et son évaluation,
- 2) Le livret d'éducation,
- 3) Un CD ROM, regroupant le programme et sa fiche d'évaluation ainsi que le livret d'éducation, permettant l'édition de supports papiers personnalisés aussi bien pour les patients que pour les équipes.

Il reste, à terme, à réaliser la simplification du bon de commande grâce à un nouvel outil informatique (nouveau logiciel). Ce document est en cours d'évaluation (sur 6 mois). A l'issue de cette évaluation il sera distribué à l'ensemble des équipes qui travaillent avec l'AURA Paris et une nouvelle enquête de satisfaction auprès des patients est prévue après 2 ans de mise en place.

13 - Péritonite rare à Paracoccus Yeeii : A propos d'un cas.

A. Abbassi, S. Roueff, Fatima Yazbeck, L. Kihal, H. Vrillon, Martine Saint-Georges
(Saint-Maurice)

Les péritonites (P) restent une complication fréquente en dialyse péritonéale et une cause principale de sortie de la technique. L'épidémiologie bactériologique a bien changé ces dernières années. Des (P) à germes rares sont de plus en plus observées.

Nous rapportons un cas rare de (P) à Paracoccus Yeeii (PY) survenant chez un patient traité par DPCA. Le premier cas a été décrit en Pennsylvania chez un patient de 77 ans traité par DPCA.

Il s'agit d'un patient de 72 ans, porteur d'une IRC terminale secondaire à néphropathie vasculaire et d'un léiomyosarcome digestif avec carcinose péritonéale en rémission. Il est traité par DPCA depuis 1996 se compliquant de deux épisodes de (P) dont une multimicrobienne et sévère (le 12/03/02 et le 29/6/02). Six mois après le dernier épisode, il se présente avec une poche trouble et un discret syndrome inflammatoire. Le tableau clinique est peu symptomatique sans hyperleucocytose. L'analyse bactériologique du dialysat retrouve à la première poche 400 leucocytes/mm³. Le nombre a baissé à 220/mm³ au 2^{ème} prélèvement pour se normaliser au 3^{ème} avec

85 leucocytes/mm³. Les 3 poches ont poussé à (PY) dont l'identification a été difficile localement et effectuée à l'institut Pasteur. L'évolution sous Oroken a été favorable.

Le (PY) est un germe du groupe des Rhodobacters, retrouvé le plus souvent dans les centres de traitements des eaux usées au niveau des filtres. La contamination humaine est toute récente. C'est un coccoïde gram -variable. Sa biochimie est proche des Acinéto-bacters (A) d'où la confusion en l'absence d'analyse spécifique. Le test de transformation de l'(A) négatif combiné à l'analyse des acides gras cellulaires et la disposition des Paracoccus (Pa) en forme de O permettent de les distinguer des (A).

Devant une (P) à gram - difficile à identifier et prêtant confusion avec un Neisseria ou un (A), il faudra penser aux germes rares, du groupe des (Pa) par exemple, et réaliser une analyse spécifique.

14 - Péritonite à Stomatococcus Mucilaginosus : A propos d'un cas chez une patiente traitée par DPA.

A. Abbassi, S. Roueff, Fatima Yazbeck, L. Kihal, H. Vrillon, Martine Saint-Georges
(Saint-Maurice)

La péritonite (P) reste un important problème en dialyse péritonéale et la contamination exogène la principale source d'infection. Le Stomatococcus Mucilaginosus (SM) est rarement responsable de (P), un seul cas a été décrit en 1988 chez un patient suisse de 57 ans. Nous rapportons le cas d'une patiente traitée par DPA fluctuante.

Il s'agit d'une patiente de 57 ans, atteinte d'une IRC traitée par DPA depuis le 11 avril 2000. Elle a des antécédents de greffe rénale en juillet 85 et d'un cancer du sein, en rémission, traité par radiothérapie et chimiothérapie. Elle s'est présentée le 27/4/2004, au décours de soins dentaires, avec des douleurs abdominales, une fièvre, une poche trouble et un syndrome inflammatoire sans hyperleucocytose. L'étude bactériologique du dialysat a retrouvé 700 leucocytes/mm³ (95% N), un Cocci Gram Positif au direct et un (SM) après 5 jours de mise en culture. Le scanner, fait en urgence, a montré une infiltration du muscle grand oblique et de la paroi sous-cutanée avec suspicion de plastron. Malgré un traitement par Vancomycine, le tableau clinico-biologique s'est aggravé imposant l'ablation du cathéter. La patiente fut transférée définitivement en hémodialyse avec une évolution clinique extrêmement lente mais favorable. La patiente garde, 5 mois après son transfert, un discret syndrome inflammatoire et un épanchement péritonéal cloisonné.

Le (SM) est un saprophyte de la bouche et des voies aériennes supérieures. Il peut être responsable d'infections opportunistes chez des sujets immunodéprimés malgré sa faible virulence. C'est un cocci gram positif capsulé. Il se multiplie sur des milieux enrichis au sang en donnant des colonies très adhérentes. Le diagnostic est souvent sous-estimé si le germe n'est pas systématiquement recherché. Le (MS) peut-être responsable

d'infection sévère avec des complications dramatiques. Il est à évoquer devant toute infection à Cocci Gram positif à identification difficile, en particulier chez des patients immunodéprimés.

15 – Automatisation d'une patiente sourde et muette sur cycleur.

Murielle Chartier
(Blois)

Prise en charge d'une patiente sourde et muette ayant eu une formation succincte du vocabulaire, de l'écriture et de la lecture vivant avec son mari ayant les mêmes handicaps. Après que le choix de la DPCA fut décidé, l'adaptation à une formation spécifique fut mise en place et réadaptée au fur et à mesure car nous avons besoin d'un moyen de communication et de temps pour pouvoir rendre cette patiente le plus autonome possible, le but fixé était de devenir le plus autonome, indépendante dans son traitement tout en restant à domicile au milieu de ses repères.

Cette première étape a été passée avec succès et donc une forte demande d'elle et de son entourage pour passer à une technique moins contraignante fut envisagée : la DPA nocturne, un nouveau challenge.

Aujourd'hui, nous avons une patiente sourde, muette et traitée pour une insuffisance rénale chronique en DPA, allant bien et complètement autonome. La dialyse péritonéale peut toujours être envisagée.

16 - Une information pré-dialyse de qualité pour un choix de technique éclairé.

Régine Huchet, Isabelle Rieux, Patricia Denis
(Nantes)

Depuis plusieurs années, le service de Dialyse Péritonéale a mis en place une information pré-dialyse collective en collaboration avec le CHU et/ou individuelle afin de permettre au patient de choisir en toute connaissance le traitement le mieux adapté. Selon la Charte du Patient Dialysé, l'information donnée doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent... les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences.

L'information pré-dialyse étant une étape primordiale pour la réussite du traitement futur, il paraît donc intéressant de faire partager l'expérience nantaise.

17 - Enquête de satisfaction chez les hémodialysés.

J.Kacem, A.Ayadi, Mahira Selmi
(Jendouba, Tunisie)

Les auteurs rapportent les résultats d'une enquête transversale ayant pour objectif la mesure du degré de satisfaction quant à la qualité des prestations chez la totalité des malades hémodialysés à l'hôpital de Jendouba.

Les données du questionnaire qui comprend, d'une part, des paramètres caractérisant la population cible et, d'autre part, des paramètres mesurant le degré de satisfaction, sont saisies et analysées en utilisant le logiciel epi-info.

Nos patients, âgés en moyenne de 43 ans :

- sont dans leur majorité des indigents (2/3),
- ont un niveau d'instruction bas (86%),
- ont une ancienneté moyenne de leur maladie de 3 ans,
- bénéficient en moyenne de 2,5 séances hebdomadaires d'hémodialyse avec une durée estimée à 2h35mn,
- parcourent en moyenne 31km et mettent 3h pour se rendre au service d'hémodialyse.

La satisfaction des malades, quant à la qualité de service, est plutôt moyenne, se basant sur les paramètres de propreté, état des locaux, état des équipements, accueil, inscription, relation avec l'administration et le respect du malade. Certains de ces paramètres seraient liés à la distance, à la durée de parcours et à la durée d'attente. Ailleurs, les paramètres de la qualité des soins sont jugés bons pour la disponibilité du personnel (93%), moyens pour les conditions de déroulement des séances (2/3) et mauvais pour l'explication de la maladie (2/3). Toutefois, les patients opteraient pour le secteur privé pour la prise en charge de leur maladie (3/4). Les raisons évoquées sont une meilleure qualité de service, une meilleure qualité des soins et surtout l'assurance du transport. Au vu des résultats nous recommandons :

- Améliorer quantitativement et qualitativement les équipements,
- Donner les informations nécessaires aux malades concernant leur maladie,
- Assurer le transport des malades éloignés,
- Promouvoir la dialyse péritonéale.

18 - La dialyse péritonéale automatique chez la personne âgée de plus de 70 ans.

Michèle Cavey
(Petit Quevilly)

Le constat est que cette technique est inégalement utilisée selon les centres, dans cette tranche d'âge.

Le propos de l'étude que nous avons menée est d'appréhender les causes, soit psychologiques, soit techniques, soit liées au système de machines utilisées, qui pourraient être un frein objectif à cette utilisation de technique. Un questionnaire a été soumis aux patients de plus de 70 ans ou aux infirmiers libéraux qui les dialysent par l'intermédiaire de l'ensemble des centres de dialyse péritonéale de France.

Il a été également demandé à ces centres de fournir la proportion de patient de plus de 70 ans en DPA.

19 - 5 ans de réflexion et 6 centres Normands signent l'adoption d'un soin d'urgence.

Marie-Christine Padernoz
(Saint-Lô)

En 1998, la 1ère réunion des 7 centres à l'origine du Travail Infirmier Régional (TIR), mettait en évidence une préoccupation commune majeure pour tous les centres : l'infection d'urgence du KT de DP.

Un travail commun était initié pour tenter de résoudre ce problème. Après avoir listé les paramètres susceptibles d'expliquer les infections, une stratégie de soin était décidée. Un protocole commun de soin d'urgence du KT était réalisé. Pour une parfaite observation du protocole, des outils ont été élaborés : Grille de suivi, Grille de sortie de la grille de suivi, critères d'inclusion et d'exclusion.

Le protocole a démarré en 1998, avec 6 centres et 152 patients inclus. Chaque année, un bilan a été effectué afin de s'assurer que le protocole retenu n'entraînait pas de résultat négatif. Après 5 ans, les 6 centres du TIR participants, ont inclus 453 patients, pour un suivi cumulé de 6334 mois. La technique de soin utilisée a entraîné une réduction de survenue d'infection d'urgence d'1 épisode/30 mois/patient à 1 épisode/136 mois/patient. Les centres du TIR Normandie ont donc décidé de conserver cette technique de soin, et de continuer à utiliser les outils créés pour le travail d'évaluation.

20 - Martine sur le chemin de compostelle.

Céline Maille, Véronique Talbot, Mylène Paviot, Sophie Lenouveau, Gladys Jarru, Céline Gautier
(Toulon)

Nous vous proposons l'expérience de Martine, patiente de 50 ans, randonneuse depuis toujours, qui s'est brutalement retrouvée en IRCT, puis en dialyse péritonéale et qui n'a pas voulu arrêter de marcher.

À peine finie l'éducation, elle a voulu retourner vers Saint Jacques de Compostelle ; on a dit «chiche». 3 semaines et 350 km de marche après, Martine était en pleine forme, et ne rêvait déjà plus qu'à son prochain « trekking » sur les chemins Cathares.

Toute l'équipe était déjà « partante », mais la greffe l'a rattrapée. Aujourd'hui Martine va bien et devrait faire dans peu de temps ce fameux chemin Cathares, à moins qu'elle ne retourne faire un trekking au Népal...

21 - L'antibiothérapie empirique des infections péritonéales en dialyse péritonéale.

Carole Freguin-Boulland, Elsa Martin Passos, F. Le Roy, Odile Rivault, M. Godin
(Bois Guillaume)

Un traitement précoce et efficace des infections péritonéales limite le développement de fibrose du péritoine, source d'échec de technique de dialyse. Depuis 1996, le traitement empirique

antibiotique est guidé par des recommandations internationales. Une adaptation de l'antibiothérapie empirique recommandée peut être envisagée selon la flore microbienne locale.

Nous avons étudié de façon rétrospective 77 épisodes de péritonites chez 51 patients entre le 01.07.1996 et le 31.12.2003. Les résultats des cultures du liquide de dialyse, les sensibilités bactériennes, l'antibiothérapie empirique prescrite et l'évolution finale ont été relevés à chaque infection.

L'analyse de l'écologie bactérienne révèle 27% de culture négative et 73% de culture positive. On retrouve 70% de cocci gram positif et 30% de gram négatif. La distribution des germes est la suivante : les Staphylococcus 55%, autres cocci gram positif 9.5%, Escherichia coli 9%, Klebsiella 9%, Pseudomonas aeruginosa 5.5% et péritonites polymicrobiennes 9%. L'étude des sensibilités bactériennes rapporte 51.7% de résistances aux Céphalosporines de 1ère génération, 31% aux Aminosides, 31% aux Céphalosporines de 3ème génération et 47% à la méticilline pour les Staphylococcus. Nous avons suivi les recommandations internationales du traitement empirique dans 67% des cas, prescrit un Glycopeptide intraveineux (IV) seul ou en association dans 27% des cas et eu recours à la voie IV dans 22% des cas. L'évolution est marquée par 75.3% de guérison, 13% de retrait de cathéter, 2.6% de changement de technique de dialyse et 9.1% de décès.

Cette évaluation de l'écologie locale et du choix du traitement empirique nous a permis de modifier nos techniques de prélèvement en ajoutant des flacons aérobies et anaérobies, de limiter nos prescriptions IV et de favoriser la voie intra-péritonéale.

22 - Un suivi optimal pour une meilleure qualité de vie.

Christelle Levacher, Marie Bouly
(Evry)

Les patients traités par dialyse péritonéale (DP) viennent consulter le néphrologue et l'infirmière toutes les quatre à six semaines. Nous suivons actuellement quarante patients dont la majorité sont autonomes, de plus l'HDJ assure une information pré-dialyse afin de permettre aux patients de choisir une modalité de traitement. Si leur choix se porte sur la DP, la pose du cathéter se fait dans l'établissement, ils sont formés par les infirmières de l'HDJ à raison de 3 séances hebdomadaires. La formation a pour objectif de rendre le patient autonome dans la réalisation des dialyses, la surveillance de son état de santé et la gestion de son stock de matériel. Mais que devient le patient lorsqu'il rentre chez lui ? Que devient sa qualité de vie ?

Pour répondre à ces interrogations il nous a semblé important d'instaurer un suivi à domicile auprès des patients, en vue de maintenir et/ou d'améliorer leur qualité de vie lors de la mise en route du traitement par DP. Deux visites semblent nécessaires la première année. La première visite est réalisée dès la mise en route du traitement. Elle nous permet de vérifier avec le patient l'installation du matériel en veillant à ce que les soins puissent se faire facilement dans le respect des règles d'hygiène.

Elle permet de vérifier la commande du matériel et de répondre aux questions éventuelles du patient, en le rassurant et en apportant un complément d'informations. La deuxième visite est réalisée quatre à six mois après la mise en route du traitement. Elle a pour objectifs de réajuster avec le patient la gestion de son stock, de pallier aux lacunes et/ou aux difficultés rencontrées. A l'issue de cette visite une évaluation du degré d'autonomie du patient est faite.

La deuxième année il serait souhaitable de prévoir d'autres visites à domicile afin d'optimiser le suivi et d'améliorer la qualité de vie des patients en DP.

23 - Emploi de l'index de comorbidité Charlson (ICC) en dialyse péritonéale.

N. Caporale

(Montevideo, Uruguay)

L'ICC a été validé comme un moyen simple et rapide pour caractériser les patients incidents à la dialyse, et une aide pour comparer des résultats.

104 patients qui n'avaient reçu aucun traitement de suppléance ont débuté en dialyse péritonéale entre juillet 1988 et juin 2003, furent rétrospectivement qualifiés avec la version de l'ICC du RDPLF.

Temps d'observation : 3092 mois-patients (29.7 mois x patient). En considération du faible nombre des patients, quatre groupes ont été constitués selon l'ICC : « 2 », « 3 et 4 », « 5 et 6 » et « 7 et plus ». On a comparé la survie des groupes selon le Kaplan-Meier et le log-rank-test, et les groupes voisins avec régression de Cox.

Résultats : Les ICC ont varié entre 2 et 11.

Distribution «2» : 30 pts,
«3 et 4 » : 38 pts,
«5 et 6 » : 22 pts,
«7 et plus » : 14 pts.

Le groupe «2» n'a eu aucun décès pendant l'étude, avec 1570 mois/patients. Le log rank test montra des différences entre la survie des groupes « 2 », «3-4 » et «5-6 » ($p < 0.003$ et $p < 0.01$), et Cox pour les mêmes, $p < 0.003$ et $p < 0.007$.

Le profil des malades incidents fut du type «risque moyen» avec le groupe «3-4» comme le plus fréquent». La comparaison des survies des trois premiers groupes a montré des différences significatives.

Nous pourrions parler d'un groupe «risque minime», le «2», sans décès pendant plus de 1500 patients-mois, d'un groupe «risque moyen», et d'un groupe de haut risque, «5 et plus».

Ces données, qui ne doivent pas être utilisées pour des pronostics individuels, ajoutent aussi des éléments importants pour considérations logistiques et économiques.

24 - Contrôle tensionnel en dialyse péritonéale : mythe ou réalité. Expérience monocentrique.

A. Testa, G. Lefrançois, A. Scheindel

(Nantes)

Parmi les facteurs de risque traditionnels qui sont responsables du surcroît de morbi-mortalité chez le patient dialysé, l'hypertension artérielle représente celui qui est le plus facilement contrôlable. Malgré l'association de mesures hygiéno-diététiques et du traitement de suppléance qui visent à réduire l'expansion volémique, un certain nombre de malades tant en hémodialyse (HD) qu'en dialyse péritonéale (DP), restent hypertendus et nécessitent d'un traitement pharmacologique. Nous avons cherché à savoir dans cette étude, quel était le contrôle tensionnel dans une population de patients en DP suivi dans un même centre.

Étude A : nous avons d'abord analysé la tension artérielle et les caractéristiques cliniques et du traitement substitutif d'un groupe de patients anuriques. Il s'agissait de 25 patients avec un âge moyen de $56,5 \pm 17,7$ ans et en DP depuis $24 \pm 23,5$ mois. La DPA était le traitement en cours pour 60% d'entre eux, 92 % utilisaient une solution contenant des polymères de glucose et la concentration moyenne de glucose utilisée était de 2%. La tension artérielle mesurée en consultation était de $119,4 \pm 26,6$ mmHg (extrêmes 182-80) pour la systolique et $77,2 \pm 16,4$ (extrêmes 40-108) pour la diastolique.

Étude B : afin de comparer le contrôle tensionnel en DP et HD nous avons apparié deux populations de patients ayant le même âge et la même durée du traitement substitutif. 15 patients en DP et HD ont été évalués. Les tensions artérielles retrouvées étaient respectivement $121,1 \pm 27,8$ / $77,6 \pm 18,3$ vs $133,8 \pm 27,2$ / $77,6 \pm 18,3$ mmHg (p : NS). Le nombre de médicaments antihypertenseurs n'était pas statistiquement différent dans les 2 groupes (DP 1,3 vs HD 0,9).

En conclusion il nous semble possible d'atteindre un contrôle tensionnel satisfaisant en DP en utilisant tous les atouts de cette technique de remplacement de la fonction rénale.

25 - Les recommandations de l'ISPD.

J-Ph. Ryckelynck, C. Verger, D. Aguilera et les centres participant au RDPLF.

(Caen, Pontoise, Vichy)

Une enquête réalisée en 2000 avait montré que les recommandations de l'ISPD concernant le traitement des infections péritonéales étaient appliquées dans 29% des centres adhérant au RDPLF. Nous avons pratiqué une nouvelle enquête en 2004 afin de voir si les pratiques avaient évolué dans le temps. Un questionnaire a été envoyé à 136 centres belges et français adhérant au RDPLF. Quarante-vingt dix centres ont répondu soit un taux de participation de 66%.

La vancomycine seule ou en association est utilisée en première intention dans 41 centres (46%). Une céphalosporine de première génération est associée à une céphalosporine de

troisième génération dans 26 centres (29%) ou à un aminoside dans 9 centres (10%) ce qui correspond à 35 centres (39%) dont la prescription est en accord avec les recommandations de l'ISPD ou européennes. Une céphalosporine de première génération est employée seule dans 3 centres (3%) alors que dans 11 centres (12%) d'autres schémas d'antibiothérapie sont préconisés.

La vancomycine est associée soit à une céphalosporine de troisième génération dans 9 centres (60%), à une quinolone dans 5 centres (33%) ou à un aminoside dans un centre (7%). La vancomycine était prescrite en première intention dans 53% des centres en 2000 versus 46% en 2004. Les recommandations étaient appliquées dans 29% des centres en 2000 versus 39% en 2004.

En conclusion, il est constaté sur une période de quatre ans une augmentation de 10% des centres appliquant les recommandations préconisées lors du traitement des infections péritonéales en dialyse péritonéale dans les centres adhérant au RDPLF, ayant répondu à cette enquête. Il existe en pratique de nombreux protocoles en termes d'associations d'antibiotiques en première intention basés sur l'expérience des centres et leur écologie bactérienne.

26 - Normalisation du bilan nutritionnel : quel poids utiliser en dialyse péritonéale ?

D. Aguilera, C. Verger, J-Ph. Ryckelynck et le groupe nutrition du RDPLF (Vichy, Pontoise, Caen)

Les données du bilan nutritionnel sont normalisées selon le poids du patient. Les résultats peuvent varier de façon considérable selon que l'on utilise le poids réel (Pdr) ou idéal (Pdi) du patient. Le but de ce travail est de comparer les résultats obtenus selon que les résultats soient normalisés par le poids réel ou calculés selon la formule de Lorentz.

Le premier bilan (SGA, PCR, DPI, Calories) de 650 patients présents dans le registre nutrition et dialyse adéquate du RDPLF au 1/12/03 a été étudié : 371 patients sont score A, 250 B et 29 C. Le Pdr est de 65.3 ± 0.49 kg contre 59.8 ± 0.27 pour Pdi ($p < 0.05$). L'apport calorique est de 29.7 ± 3.2 Cal/Pdr contre 32.5 ± 0.36 Cal/Pdi.

L'apport protidique est de 1.19 ± 0.4 g/Pdr contre 1.27 ± 0.39 g/Pdi. La différence entre les valeurs de PCR ou DPI ou Calories normalisé et le score du SGA est NS pour Pdr et de $p < 0.01$ pour Pdi. La relation sexe et PCR, DPI ou Calories normalisé par le Pdr est significative et NS par le Pdi.

Si on utilise le Pdr seulement 17,3 %, contre 25,4 % avec le Pdi, atteignent un objectif de plus de 1.2 g/kg ($p < 0.05$).

Normaliser en fonction du poids les données est plus facile à la compréhension des prescriptions et des résultats. Au vu de ce travail, une normalisation selon le poids idéal paraît nécessaire.

27 - Contrôle de l'équilibre acido-basique en dialyse péritonéale.

A. Testa, A. Scheindel, G. Lefrançois (Nantes)

L'acidose est une des altérations caractéristiques de l'insuffisance rénale et sa correction est un élément essentiel du traitement de remplacement par dialyse. Différents aspects quantitatifs et qualitatifs du traitement par dialyse peuvent avoir un impact sur la correction de l'acidose urémique.

Le but de ce travail a été d'évaluer l'équilibre acido-basique dans un groupe de patients en DP et de définir les facteurs pouvant l'influencer. La cohorte étudiée était constituée de 75 patients, 33 femmes et 42 hommes avec un âge moyen respectivement de $55,7 \pm 16,1$ et de $61,8 \pm 19,7$ ans. Les autres caractéristiques clinico-démographiques étaient les suivantes : poids $65,5 \pm 12,6$ kg, taille $163 \pm 8,3$ cm, IMC $23,6 \pm 4,0$ et surface corporelle $1,67 \pm 0,19$ m². La bicarbonatémie moyenne était dans la fourchette normale à $26,9 \pm 3,5$ mEq/l, 56% des patients présentaient un trou anionique > 16 mEq alors que seulement pour 1/4 d'entre eux il y avait une acidose ($\text{HCO}_3^- < 24$ mEq/l). L'âge, le sexe et le type de DP n'influençaient pas les valeurs de bicarbonatémie et du trou anionique.

Une relation inverse significative existait entre trou anionique et bicarbonatémie ($r = 0,55$, $p < 0,0001$), elle était positive avec l'albumine ($r = 0,38$, $p < 0,001$), la pré-albumine ($r = 0,25$, $p < 0,05$) et la concentration plasmatique d'urée ($r = 0,38$, $p < 0,001$). Il y avait aussi une relation significative avec la fonction rénale résiduelle et la dose de dialyse ($r = 0,44$, $p < 0,0001$; $r = 0,40$, $p < 0,0006$; $r = 0,44$, $p < 0,0001$; $r = 0,41$, $p < 0,0005$ respectivement).

Un contrôle adéquat de l'acidose urémique est possible pour un grand nombre de patients en DP. La charge acide nutritionnelle, la dose de dialyse et la fonction rénale résiduelle peuvent influencer ce paramètre.

28 - P.H.A.R.E. : un recueil de procédures en dialyse péritonéale.

D. Aguilera (Vichy)

L'amélioration de la prise en charge des patients dépend du niveau de connaissance des étapes de soins de l'ensemble de l'équipe. La dialyse péritonéale (DP) n'échappe pas à cette règle. Le but de ce travail est de proposer l'ensemble des procédures nécessaires à la prise en charge des patients en dialyse péritonéale.

Un groupe multidisciplinaire de 5 médecins et 6 infirmières a travaillé à la réalisation de ces procédures. Elles s'appuient sur leur expérience et reflètent le bon sens clinique. Elles sont réalisées de sorte à pouvoir être adaptées à chaque centre. Les champs couvrant la DP sont découpés en 7 procédures qui vont de la préparation avant la pose du cathéter de DP jusqu'à la sortie de la technique en passant par la gestion des incidents.

Chaque procédure regroupe des protocoles (19), documents (8) et fiches techniques (12) nécessaires à leur formalisation. Elle fait l'objet d'une évaluation grâce à la mesure d'un ou plusieurs paramètres qualitatifs ou quantitatifs simples dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. La qualité de la prise en charge globale du patient DP est ainsi évaluée grâce à un total de 20 indicateurs.

PHARE est l'outil indispensable pour Planifier, Harmoniser, Améliorer, Réussir et Evaluer la prise en charge des patients en DP. C'est une aide pour formaliser votre activité de DP et préparer votre visite ANAES.

29 – Dialyse péritonéale et télé-médecine : intérêt de l'utilisation d'un ordinateur de poche.

Sylvie Chiron, Marie Engasser, Jocelyne Maranzana (Colmar)

Le traitement par dialyse péritonéale étant un traitement effectué au domicile du patient, l'organisation des transmissions entre le domicile et le centre de dialyse, et vice-versa, est un élément important qui doit permettre de garantir au mieux le suivi du dialysé.

Actuellement, dans la majorité des centres de dialyse en France, la transmission quotidienne des éléments de surveillance du patient dialysé (poids, tension artérielle, oedèmes, ultrafiltration, glycémie, aspect de l'émergence cutanée du cathéter de dialyse...) se fait à l'aide d'un cahier ou de bordereau. L'utilisation de tels documents est fastidieuse, répétitive et ne permet pas une réactivité rapide du médecin du centre en cas de problèmes.

Par ailleurs, lorsque les intervenants au domicile du patient sont nombreux, il leur est souvent difficile d'avoir une vision d'ensemble dans le suivi de la dialyse et de ses traitements associés. De ce fait, certains soins intermittents peuvent être oubliés ou certains protocoles interprétés de manière différente.

Dans le but d'améliorer :

- La qualité et la traçabilité des transmissions entre le domicile et le centre de dialyse,
- La réactivité face à des modifications cliniques des patients,

notre centre a décidé d'utiliser un moyen moderne de communication : un ordinateur de poche. Il s'agit, en l'occurrence, d'un Assistant Personnel/Téléphone qui permet, à la personne chargée de la dialyse (infirmière à domicile et/ou patient), la saisie puis la transmission sécurisée et en temps réel des données relatives au traitement et à la surveillance clinique des patients.

30 - Evaluation a posteriori des prescriptions médicamenteuses chez les patients suivis en dialyse péritonéale dans un centre hospitalier périphérique.

J.P. Bertocchio, Evelyne Bargas, M.H. Bertocchio, P. Bertocchio (Martigues)

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, nous avons souhaité évaluer rétrospectivement la qualité des prescriptions médicamenteuses réalisées auprès des malades suivis en dialyse péritonéale dans un centre hospitalier périphérique.

L'objectif principal de cette étude a été d'analyser les interactions générées par les prescriptions spontanées des médecins travaillant dans cette unité. Les critères d'inclusion ont été : patients insuffisants rénaux chroniques, suivis dans le service, traités par dialyse péritonéale : 12 ont répondu aux critères de l'étude. Cette population est composée de 8 hommes et 4 femmes, d'âge moyen 62,67 ans (SD 13,14 ans). Les traitements sont systématiquement saisis dans le service sur Kidney System d'où ils ont été extraits, un jour donné, et ressaisis sur le logiciel GENOIS du SIB, interfacé avec la banque de données THERIAQUE du CNHIM. Toutes les interactions ont été analysées.

Les classes pharmacologiques les plus prescrites sont celles des diurétiques et des sels de Calcium. 146 lignes de prescriptions ont généré 46 interactions : niveau 4 = 0, niveau 3 = 1, niveau 2 = 26. Les produits les plus souvent impliqués sont : FUROSEMIDE, Acide acétylsalicylique et Carbonate de Ca.

Nous présentons les résultats de l'analyse en fonction des produits de la spécialité et des interactions mises en évidence, ainsi que de leurs effets potentiels. Aucun problème majeur n'a été noté. Certaines interactions (Ca⁺⁺/Fe⁺⁺) ont provoqué la réorganisation des horaires de traitement.

Cette étude a permis une évaluation des pratiques des médecins du service et a montré l'intérêt d'un logiciel d'aide à la prescription. En effet, celui-ci en signalant systématiquement toutes les interactions permet une réévaluation éventuelle des traitements. Cependant une limite doit être signalée : la non-détection de certaines interactions. Ainsi si l'informatique est une aide appréciable, l'œil du praticien reste indispensable.

31 - Traiter les patients diabétiques en dialyse péritonéale par des injections d'insuline intrapéritonéale.

M. Roden, Charline Lemenu (Bruxelles, Belgique)

A la fin des années septante du vingtième siècle, beaucoup de néphrologues commençaient un traitement d'insuline intrapéritonéale chez leurs patients diabétiques. Très vite ils ont remarqué une meilleure régulation métabolique. Au début les patients étaient souvent hospitalisés et avaient besoin de plusieurs contrôles sanguins pour trouver et stabiliser un profil de jour en glycémie. Péritonite et hypo- ou hyperglycémie n'étaient jamais loin. Dès ce moment-là, nous avons vu apparaître des nouvelles méthodes de DPCA, des nouvelles méthodes d'autocontrôle de glycémie et des meilleures façons d'injecter l'insuline qui ont donné à cette procédure un élan nouveau avec moins de risques d'un diabète déséquilibré ou de péritonite.

Nos statistiques des trois dernières années peuvent prouver ceci: 76 patients en DPCA avec 698,0 mois/patients. 18 de ces patients étaient des diabétiques (23,6%) avec 153,0 mois/patients. 12 diabétiques étaient en traitement d'insuline sous-cutanée avec 103,0 mois/patients et 6 diabétiques avec 50,0 mois/patients avaient un traitement d'insuline intra-péritonéale. Nous avons compté 37 épisodes de péritonites dans le groupe des non diabétiques et 12 dans le groupe des diabétiques. 3 de ces 12 épisodes se trouvaient dans le groupe avec un traitement d'insuline intra-péritonéale et 9 dans le groupe avec un traitement sous-cutané. Les meilleurs résultats HbA1c de nos patients diabétiques traités par insuline par voie intra-péritonéale, montrent un traitement endocrinologique amélioré.

Avoir un meilleur contrôle et un traitement amélioré va aider à la prévention des complications diabétiques. Améliorer la thérapie diabétique pour diminuer, sans risque d'infections supplémentaires, ces complications diabétiques dangereuses va diminuer la morbidité et mortalité et améliorer la liberté personnelle et la qualité de vie de nos patients diabétiques en insuffisance rénale chronique.

32 - Audit sur la qualité du soin lors d'un échange de DP par IDE libérale au domicile du patient.

Yolande Gagneux, Agnès Piquet-Gauthier, JP. Grangier, Cora Denicola, Agnès Caillette-Beaudoin (Vienna)

La prévention de l'Infection Péritonéale (IP) reste l'élément clef du succès d'un programme de DP. Pour les patients assistés, elle implique une formation adaptée des IDE libérales (IDELib). À Caly dial, cette formation est conforme au référentiel interne de recommandations de pratiques. Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, nous avons réalisé un audit au domicile des 20 patients, sur la qualité des soins lors d'un échange de DP par IDElib. 30 IDElib ont été auditées, chacune lors d'un échange sur boîtier UVF, pendant la période du 1/06/04 au 31/07/04.

Les résultats sont les suivants : 24/30 (76%) des IDElib seulement ont reçu une formation par Caly dial : 4 IDE ont été formées par une autre structure, et 3 par leurs collègues. 53,6% des formations datent de moins d'un an. 73,3% des IDElib observent la totalité des règles d'hygiène. 87% des IDElib connaissent la vérification du matériel et 90% son nettoyage.

Les manipulations du boîtier sont strictement conformes dans 40% des cas, estimées sans risque dans 30% et à risque dans 30%. 73% des transmissions écrites sont satisfaisantes en fin d'échange. 100% des IDElib connaissent le diagnostic de l'IP et 94% savent quoi faire en cas d'ouverture de circuit.

Tous ces éléments confirment la nécessité de la mise en place d'une évaluation régulière de la formation des IDElib, de l'intérêt de la signature d'une charte signée entre IDElib et structure de dialyse où chacun s'engage sur des points précis, telle l'observance du référentiel interne de pratiques de DP pour les patients de la structure.

33 – La technique de Moncrief-Popovich (MP) : expérience d'un centre.

Maria Mesquita, Noëlla Keller, L. Hooghe, M. Dratwa (Bruxelles, Belgique)

La technique de MP est utilisée dans notre centre de dialyse depuis 1995 pour tous les patients dont l'état permet d'attendre 4 à 5 semaines avant de commencer la DP. Le but de l'étude est d'analyser rétrospectivement le résultat de cette technique en termes de risque infectieux et de survie du cathéter.

Nous avons étudié 79 cathéters (Swan-Neck coil) placés par le même chirurgien chez 78 patients durant la période du 01/01/98 au 31/10/04.

78 patients (40 hommes, 38 femmes) d'âge médian 64 ans (écart 26-89) ont été étudiés. La cause de l'insuffisance rénale était le diabète et l'hypertension dans 50% des cas. L'étude a porté sur 1,235 mois-patients (durée médiane 15,6 mois, écart 1-60 mois). Le délai médian entre implantation et première utilisation a été de 40 jours (écart 2-450 jours). Tous les cathéters ont permis une DP immédiate après extériorisation de leur segment proximal indépendamment de la durée d'enfouissement.

La probabilité de survie du cathéter a été de 89,5% à 2 ans. Sur les 78 patients, 13 ont été transplantés, 33 sont décédés à ce jour et 15 ont été transférés en hémodialyse dont 6 à cause de péritonites à répétition. L'incidence de péritonite était de 1/29,4 mois-patients et 6 cathéters (7,6%) ont été ôtés à cause d'une péritonite récidivante. La durée moyenne entre le premier échange de DP et la première péritonite a été observée chez 8 patients (incidence 1/154 mois-patients) sans nécessité de retirer le cathéter et, 2 patients ont présenté simultanément une ISE et une péritonite.

Comparée aux résultats du RDPLF (statistiques 2003), la survie des cathéters est similaire, mais l'incidence des ISE est très basse dans notre centre et peut être liée à la méthode de Moncrief-Popovich.

34 - Sevelamerhydrochloride (S) et Carbonate de Calcium (CaCO₃) : comparaison dans le contrôle de la phosphatémie (P) en DP.

M. Van der Straaten, Noëlla Keller, M. Dratwa (Bruxelles, Belgique)

En HD, S est efficace dans le contrôle de P mais il induit moins d'hypercalcémies et ralentit les calcifications vasculaires comparé au CaCO₃. Nous avons effectué une étude randomisée croisée comparant l'efficacité et la sécurité de S vs CaCO₃ chez les patients en DP avec un dialysat contenant du Ca à 1,25 mmol/l.

Les patients, en DP depuis ≥ 3 mois, ont été randomisés si P ≥ 5 mg/dl après un « wash-out » de 2 semaines entre 800 et 1600 mg de S ou 1 à 3 g de CaCO₃, 3 x jour. La dose était adaptée/2 semaines en fonction des taux de P et Ca. Une période traitement de 8 semaines était suivie d'un « wash-out » de 2

semaines, suivie d'une période traitement de 8 semaines avec le traitement alterné ; la méthode statistique utilisée était un t-test pairé.

16 patients ont signé le consentement dont 8 ont terminé l'étude. Les valeurs après « wash-out », pour les différents paramètres étudiés, n'étaient pas significativement différentes. La diminution de P (en mg/dl) comparée au « wash-out » était significative pour les deux groupes (CaCO₃ : 6,65 ± 1,23 ==> 5,39 ± 0,44 ; p = 0,05 ; S : 6,68 ± 1,18 ==> 5,83 ± 1,19 ; p = 0,03). Il n'y avait pas de différence significative de PTH (en pg/ml) en fin d'étude entre les groupes S et CaCO₃ (S : 397 ± 527 ; CaCO₃ : 253 ± 316) bien que la diminution de PTH sous CaCO₃ fût significative (423 ± 491 ==> 253 ± 316, p = 0,04).

Dans le groupe CaCO₃, 4 patients sur 8 ont présenté au moins 1 épisode d'hypercalcémie comparé à 1 sur 8 dans le groupe S.

Le contrôle de P et de PTH en DP est comparable entre CaCO₃ et S, mais au prix de plus d'épisodes d'hypercalcémie avec CaCO₃.

35 – Particularités de la péritonite chez la personne âgée traitée par dialyse péritonéale.

Sandrine Genestier, Bernadette Faller, P. Brignon, F. Chantrel, M. Maaz, Sandrine Muller (Colmar)

Depuis plusieurs années, on constate un vieillissement de la population dialysée. Dans la littérature, les résultats des péritonites en fonction de l'âge restent très discordants.

Nous avons analysé rétrospectivement tous les épisodes (ép.) de péritonite (n = 83) survenus chez 156 patients (pts) (76 hommes et 80 femmes, âge moyen : 67,6 ± 15,6 ans) ayant débuté la DP dans notre centre entre janvier 1998 et mars 2004.

La population d'étude a été divisée en deux groupes (gr.) d'âge. Le gr.A constitué de 83 pts âgés de plus de 70 ans au début de la DP (âge moyen : 79,1 ± 5,2 ans) ; le gr. B incluant 73 pts de moins de 70 ans (âge moyen : 54,6 ± 13,1 ans). Le taux de péritonite n'est pas différent entre le gr.A (1ép./40,9 mois-pt) et le gr.B (1ép./40,8 mois-pt).

Les malades âgés, les plus exposés au risque de péritonite, sont les patients très dépendants, grabataires, vivant en institution (1 ép./29,2 mois-pt). Les Cocci Gram+ et, en particulier, le Staph.Epidermidis sont les germes les plus fréquemment rencontrés quel que soit l'âge. La péritonite du sujet âgé évolue simplement sous antibiothérapie dans 73% des cas. Elle peut compromettre la poursuite de la DP voire même le pronostic vital mais pas plus souvent que chez le sujet jeune.

Nous pouvons conclure que, sur notre population d'étude,

l'âge avancé n'est pas un facteur de risque de péritonite.

36 - Une nouvelle forme de DPA, plus simple et plus efficace : la DPA optimisée par le « Breakpoint ».

P.Y. Durand, J. Chanliau, équipe IDE Altir, R. Ipsen (Vandoeuvre les Nancy ; Lund, Suède)

Le drainage en décubitus est biphasique : débit rapide puis débit lent, séparés par un point de cassure ou «breakpoint». La détermination automatique du breakpoint par un cycleur de nouvelle génération est supposée améliorer les performances de la DPA.

Ce papier expose les résultats de deux études randomisées ouvertes prospectives croisées évaluant le concept du breakpoint.

1) Étude monocentrique sur 12 patients adultes. 2) Étude multicentrique franco-canadienne sur 28 patients adultes. Accord CCPPRB. Chaque patient a reçu 2 traitements dans la même semaine: une DPA classique (CL) (DPIN avec 14 litres isotoniques, séances de 8 à 9 heures) et une DPA identique mais écourtant le drainage en déterminant automatiquement le breakpoint (BP) grâce à un cycleur de nouvelle génération. Critères étudiés : clairances péritonéales de l'urée, de la créatinine, pertes protidiques péritonéales, alarmes nocturnes, caractéristiques de la DPA provenant du cycleur par enregistrement continu sur micro-ordinateur.

Dans le groupe BP, le temps moyen de drainage était significativement écourté de 55 % par rapport au groupe CL, permettant un gain théorique moyen de 2 heures par séance nocturne de DPA. La clairance de l'urée était améliorée significativement de 8 % (p=0,007), la clairance de la créatinine (non significativement) de 11 % (p=0,14), et les pertes protidiques diminuées de 7 % respectivement dans les groupes BP et CL. Les alarmes étaient moins fréquentes et la qualité du sommeil meilleure.

La DPA optimisée par le breakpoint est plus efficace que la DPA classique, plus confortable pour le patient et simplifie la prescription en s'affranchissant du choix entre les modalités fluctuantes et non fluctuantes de la DPA.

37 - Infections péritonéales et sorties de Dialyse Péritonéale.

D. Pagniez, Celia Lessore de Sainte Foy, O. Moranne, F. Wallet, P. Dequiedt (Lille)

La sortie de dialyse péritonéale (DP) est fréquemment attribuée à l'Infection Péritonéale (IP). Il n'est toutefois pas précisé si la sortie est la conséquence directe d'effets néfastes, précoces ou tardifs, de l'IP, ou si les patients sont sortis de crainte de ces effets, avant qu'ils ne se produisent réellement.

Pour clarifier ce point, nous rapportons la survie technique d'une population de patients chez qui la répétition des IP

n'entraînait pas systématiquement la sortie de DP, sauf si l'IP ne pouvait être guérie, ou la tolérance était mauvaise. L'utilisation des médicaments néphrotoxiques et des poches «hypertoniques» était systématiquement restreinte, en particulier lors des IP.

Entre le 1er janvier 1990 et le 31 décembre 2000, 506 IP sont survenues pour 6896 mois de DP (1 IP pour 13,6 mois-patients) chez 313 patients. 236 patients ont quitté la DP, dont 67 transplantés. 89 sont décédés, 5 pendant une IP (2 catastrophes abdominales, choc septique chez 2 cirrhotiques, 1 IP tuberculeuse). 73 ont été transférés en hémodialyse, 27 pour l'IP (mauvaise tolérance, 6 cas, 5 diverticulites, 5 IP fongiques, 3 IP à mycobactérie, 2 IP à pyocyanique). Une perte d'UF et une péritonite encapsulante sont survenues. La survie technique cumulée était de 0,576 à 2 ans, et de 0,254 à 5 ans. Ces données seront actualisées au 31 décembre 2004.

Dans notre expérience, les sorties de DP directement dues à l'IP sont relativement rares, avec une survie technique décente, et sans complications intolérables. Nous concluons que le taux de péritonite doit être amélioré par la prévention des IP, et non en excluant les patients aux IP fréquentes. Chez eux, le risque du transfert en hémodialyse doit être comparé au risque du maintien en DP. Dans notre expérience, où l'utilisation de poches hypertoniques était minimale, ce dernier risque apparaît faible.

38 - Deux poches d'icodextrine pour les patients hyperperméables !

D. Pagniez, O. Moranne, Celia Lessore de Sainte Foy, E. Boulanger, P. Dequiedt (Lille)

Les patients hyperperméables sont habituellement traités par DP automatisée (DPA), l'icodextrine étant utilisée pour la longue stase diurne. Nous rapportons deux patients hyperperméables chez qui la DPCA a été rendue possible par l'utilisation de deux poches d'icodextrine par jour.

Patient 1 : une femme de 28 ans reprenait la DPCA en retour de greffe rénale, en utilisant 1 poche d'icodextrine sur 9 heures la nuit, et 3 poches à 1,36% de glucose le jour. Les immunosuppresseurs étaient arrêtés. La fonction rénale résiduelle disparaissait brutalement 12 mois plus tard. Comme les poches à 3,86 % de glucose n'entraînaient pas d'ultrafiltration, une deuxième poche d'icodextrine fut utilisée pour obtenir l'équilibre hydro-sodé. Elle procurait une ultrafiltration de 500ml après une stase de 6 heures l'après-midi.

Deux poches à 1,36% étaient utilisées entre les poches d'icodextrine. La clearance péritonéale de la créatinine était de 83 litres/semaine. L'état de la patiente fut satisfaisant jusqu'à ce qu'elle soit transférée en hémodialyse pendant l'épidémie de péritonites stériles à l'icodextrine.

Patient 2 : un homme de 53 ans, longtemps sous bêta-bloquant, commençait la DPCA. L'obtention de l'équilibre hydro-sodé nécessitait rapidement l'utilisation d'une deuxième poche d'icodextrine, laissée 6 heures l'après-midi. La clearance

péritonéale de la créatinine était de 74 litres/semaine. L'état du patient fut satisfaisant jusqu'à la greffe rénale 31 mois plus tard.

Les hyperperméables ont en DPA une exposition importante au dialysat glucosé frais. Nos deux patients ont utilisé en DPCA deux poches d'icodextrine par jour pendant 17 et 31 mois, obtenant ainsi une ultrafiltration et des clearances satisfaisantes. L'exposition au glucose a été minimale ; aucun effet secondaire n'a été constaté, peut-être grâce à la rétrodiffusion facile et continue du maltose vers la cavité péritonéale.

Nous concluons que la DPCA avec 2 poches d'icodextrine par jour est un traitement logique et efficace chez les hyperperméables.

39 - Il y a une DP après la greffe !

Celia Lessore de Sainte Foy, O. Moranne, E. Boulanger, A. Lionnet, P. Dequiedt, D. Pagniez (Lille)

Nous rapportons 13 patients traités par dialyse péritonéale (DP) après greffe rénale, en distinguant schématiquement deux périodes.

De 1988 à 1992, 7 patients ont été traités par DP en retour de greffe. 6 avaient été traités par DP, et 1 par hémodialyse (HD) avant celle-ci. 6 patients ont dû être détransplantés. Deux patients sont revenus précocement à l'HD en raison de complications septiques, sans doute favorisées par la corticothérapie, et d'une brèche péritonéale après détransplantation. 5 sont revenus en HD après 5, 7, 7, 42 et 72 mois de DP, pour surcharge hydrosodée, ou sous dialyse. Le dernier patient, toujours traité par ciclosporine pour maintenir la diurèse, avait développé une anémie microangiopathique sous érythropoïétine, dont les rechutes ont empêché l'utilisation de ce médicament pendant des années.

Depuis 1999, 6 patients ont été traités par DP en retour de greffe. 5 avaient été traités par DP, et un par HD, avant celle-ci. Les immunosuppresseurs ont été systématiquement arrêtés. Un patient a été détransplanté. Une patiente, devenue brutalement anurique 10 mois après cet arrêt, très hyperperméable, a dû être transférée en HD lors de l'épidémie de péritonites stériles à l'icodextrine, après 29 mois de DP. 5 patients, dont 3 précocement anuriques, sont actuellement traités par DP depuis 5, 18, 20, 25 et 74 mois.

Cette courte série, rapportée en raison de la pauvreté de la littérature à ce sujet, montre un retour à la DP plus facile ces dernières années. En désaccord avec Davies, (Perit Dial Int 2001 ; 21 : S280-4), il nous semble illogique et dangereux de maintenir les immunosuppresseurs pour préserver une diurèse résiduelle. Après arrêt de ceux-ci, la diurèse disparaît, brutalement, mais dans des délais variables.

On se trouve alors confronté à une situation de DP chez l'anurique, actuellement facilitée par l'utilisation de gros volumes, et de l'icodextrine.

40 - Evaluation du devenir des patients après une information pré-dialyse.

Valérie Imbert, *Colette Dubord, Isabelle Sirot, N. Potier, Christine Richard*
(Vichy)

L'information pré-dialyse est une obligation mais aussi une nécessité afin de mieux orienter les patients vers une technique de dialyse. Le but de ce travail est de rapporter l'expérience de notre centre et d'évaluer le ressenti des patients lors de la prise en charge en épuration.

De janv. 2001 à sep. 2004, 124 informations ont été faites (en moyenne 31/an) par une équipe dédiée à l'éducation. Le délai moyen avant dialyse est de 10.6 mois (Extrêmes de 0 à 46 mois).

Dans 57% des cas, le choix du patient a été la DP, 18% l'HD, 15% indécis, 8 % ne pas être dialysé et 2% la greffe préemptive. 75 patients sont en dialyse. 39% ont débuté la DP, 21% l'HD, 18 sont perdus de vue ou décédés, 22 % non dialysés et encore suivis. 7 patients qui avaient choisi la DP initialement ont été mis en HD. Sur les 19 patients indécis, 2 sont en HD, 7 suivis et 10 perdus de vue. Des 10 patients qui ne voulaient pas être dialysés, 2 sont en DP, 3 en HD et 5 perdus de vue. 44% des patients ont retourné un questionnaire après avoir débuté la dialyse : 100% disent avoir choisi librement et trouvent la technique, dans laquelle ils sont, satisfaisante, quel que soit leur choix initial.

L'information pré-dialyse oriente le choix du patient. L'effort doit porter sur le délai de réalisation avant la dialyse et sur les patients indécis ou ceux qui refusent un choix de technique dont, trop, sont perdus de vue ensuite.

41 – Suivi et continuité des soins des enfants en Dialyse Péritonéale à domicile.

Marie-Eve Delorme
(Strasbourg)

Depuis 1972, l'AURAL, à côté de ses activités d'hémodialyse et de collecte des déchets, assure la prise en charge logistique de patients en DP. Pour des jeunes patients dialysés à domicile, l'AURAL souhaitait proposer une prise en charge novatrice et ciblée, pour l'amélioration de la qualité de vie et des soins.

UNE REPONSE A UN BESOIN : en dehors de leur consultation mensuelle au CHU, ces enfants et leur famille sont isolés dans leur cadre de vie, à leur domicile, qui est aussi le lieu de leur traitement. Le suivi et la continuité des soins à domicile proposés permettraient de :

- *Accompagner l'enfant et sa famille*
 - * Encadrement d'un traitement lourd et angoissant
 - * Aide et réassurance lors des changements de traitements,
 - * Éducation thérapeutique et organisation des soins

- *Évaluer les facteurs ayant un impact sur la qualité de traitement*
 - * Prévention des infections (hygiène...)
 - * Environnement psychosocial et besoins familiaux
 - * Nutrition (qualité et fréquence des repas dispensés à l'enfant)
- *Recueillir, évaluer et transmettre les données évolutives dans le traitement :*
 - * Évaluation permanente des objectifs du projet thérapeutique
- *Offrir une assistance et un suivi*

- Moyens mis en œuvre et organisation de la prise en charge :
- Création d'un poste IDE en collaboration avec le CHU,
 - Formation de cette IDE, à la DP, à la nutrition parentérale, à la récupération des déchets, et à la prise en charge psychologique des patients dialysés,
 - Un véhicule de fonction

42 - Greffe combinée Rénale et Pancréatique dans L'IRC d'origine Diabétique. Justification de la voie sous péritonéale sur une série de 51 patients transplantés.

B. Issad, H. Benalia, B. Barrou, M.O. Bitker, G. Deray
(Paris)

La transplantation d'un organe pancréatique vascularisé est actuellement la seule technique permettant d'obtenir chez le diabétique insulino dépendant un équilibre glycémique satisfaisant sans apport exogène d'insuline.

Le but de ce travail est de rapporter les résultats d'une série de 51 transplantations combinées Rein/Pancréas réalisées de façon consécutive par voie sous-péritonéale.

De 1989 à 2002, 51 transplantations pancréatiques avec dérivation duodéno vésicale ont été réalisées par voie sous péritonéale.

Receveurs : 32 femmes et 19 hommes d'âge moyen 37 ± 5 ans traités par insuline depuis 23 ± 6 années. 34 patients étaient traités en HD, 7 patients en DP et 10 patients non dialysés. Délai d'attente avant transplantation : 13 mois en moyenne, toute technique de dialyse confondue est de 9 mois en moyenne chez les patients pris en charge en DP.

Donneurs : L'âge moyen des donneurs, tous en état de mort encéphalique, était de 28 ± 7 ans. L'Hb glyquée normale dans tous les cas et la créatinine plasmatique était de $90 \mu\text{mol}$ par litre.

L'intervention chez le receveur a toujours débuté par la mise en place du pancréas en fosse iliaque droite par voie sous péritonéale selon le procédé habituel d'une transplantation rénale.

Avec un recul moyen de 58 mois : décédés (12%), 45 vivants (77 % rein et pancréas fonctionnels), 17 pancréas perdus. Survie des patients et des greffons Rénal et Pancréatique à 5 ans : 88%, 86%, et 71% respectivement. La mortalité opératoire était de 2%. Complications postopératoires : les thromboses veineuses du greffon pancréatique ont été répertoriées chez 5 patients, les fistules pancréatiques dans 2 cas ; la pancréatite du greffon dans 7 cas et les cystites urétrites dans 5 cas.

Aucune infection péritonéale n'est survenue en post transplantation. Le cathéter de DP a été maintenu pendant 4 semaines.

La technique de transplantation d'un pancréas total par voie sous péritonéale avec dérivation duodéno-vésicale est actuellement la technique la plus à même de donner des résultats de la transplantation pancréatique comparables à ceux observés en transplantation rénale.

43 – L'autonomie à 80 ans, une réalité.

Geneviève Babilon, Claudie Hansen, Céline Meidinger, Elisabeth Poulin, Dominique Schmitt (Strasbourg)

La population actuelle des patients traités en dialyse péritonéale est le reflet d'une démographie vieillissante. De ce fait, nous sommes confrontés à des patients de plus en plus âgés, mais qui gardent néanmoins une certaine indépendance.

Devant ce constat, comment pouvons-nous répondre à une volonté d'autonomie de nos patients les plus âgés ? L'équipe strasbourgeoise a voulu relever ce défi ; c'est pourquoi, nous souhaitons présenter l'expérience de deux de nos patients âgés respectivement de 80 et 84 ans.

Mr K, 84 ans, dialysé depuis 1 an en UV Flash. Il a choisi la dialyse péritonéale pour rester indépendant et conserver au maximum ses activités quotidiennes. Après maintes discussions, entre l'équipe médicale et paramédicale, la décision de le former a été prise. La formation s'est échelonnée sur 15 jours puis un suivi quotidien a été assuré par une Ide libérale durant 2 mois.

Mr FG, 80 ans, gère sa dialyse péritonéale depuis 10 ans. Il a manipulé pendant 4 ans double poche Baxter, puis pour des raisons médicales, un changement de méthode a été nécessaire. Hémodialyse ou DPA ? Après réflexion, le patient a choisi la DPA. Mr G est revenu pour une deuxième formation. Celle-ci a été longue et fastidieuse. Le doute s'est alors installé dans l'équipe. Des objectifs et des délais ont été fixés.

Finalement, Mr G a été installé avec succès.

La réussite de ces deux éducations ne s'est pas faite sans difficulté : patient et équipe ont cheminé ensemble pour équilibrer confort et sécurité.

44 – Soigner en réseau pour viser le risque zéro.

Claudie Hansen, Armelle Ottermatte, Elisabeth Poulin, Dominique Schmitt (Strasbourg)

La technique de dialyse péritonéale permet le traitement du patient à son domicile. Ce traitement présente de nombreux risques. La mauvaise gestion de ces risques peut remettre en question la technique et parfois le pronostic vital du patient. Ces risques sont en plus amplifiés par la distance.

En effet, la prise en charge d'un traitement à domicile est beaucoup plus complexe (délai d'intervention plus long, absence d'un plateau technique...)

Comment dans ces conditions pouvons-nous limiter les risques ? Pour cela, l'équipe paramédicale a réalisé plusieurs supports de travail : la visite pré-dialyse, la formation et l'éducation, l'installation à domicile, l'assistance téléphonique, la consultation mensuelle, la réunion Ide libérales/ide hospitalières. Notre démarche de soin est donc basée sur l'élaboration d'un travail en réseau, gage de sécurité indispensable pour viser le risque zéro.

À ce jour, 55 patients sont dialysés à domicile, dont 31 autonomes et 24 qui dépendent d'une ide libérale. Très vite, notre expérience nous a permis de mettre en évidence l'importance d'un travail en réseau pour le bon fonctionnement de notre unité. Ainsi, la garantie de soins sécurisés assurés par les différents partenaires permet le maintien à domicile des personnes âgées en leur évitant des déplacements fatiguants domicile-hôpital comme pour l'hémodialyse. Ce mode de soin permet également aux plus jeunes de poursuivre leurs études ou d'exercer leur activité professionnelle en attendant la greffe.

Patient, Ide hospitalière, Ide libérable, assistante sociale, médecin traitant, médecin hospitalier, diététicienne, tous partenaires pour viser un risque zéro.

45 – L'information pour tous sur les traitements de l'insuffisance rénale : un pari à tenir.

Mag-Ven Basuyaux, Sophie Boutry, Monique Pottiez, Christine Touffait, Dominique Fleury (Valenciennes)

L'information collective sur les traitements de l'IRC est une méthode qui se développe. Elle a été mise en place au CH de Valenciennes en 1999 à raison de 4 réunions annuelles. Elle a pour objectifs :

- De permettre au patient et son entourage de mieux connaître sa maladie,
- D'obtenir les informations nécessaires et suffisantes pour être acteur dans le choix de son traitement,
- De faire un choix éclairé lui permettant de construire son projet de vie,

- De répondre aux textes officiels concernant le droit à l'information pour tous.

L'analyse de 3 ans d'expérience 2001-2002-2003 révèle que :

- Trop de patients ayant débuté un traitement d'épuration extra-rénale n'ont pu bénéficier de cette information collective,
- De 2001 à 2003 : 200 patients ont été conviés à l'information pré-dialyse collective : 131 patients venus, 69 non venus,
- 202 patients ont débuté un traitement en dialyse : 65 patients ont reçu une information collective, 137 patients n'ont pas bénéficié de cette information collective (environ 50% de ces patients étaient suivis).

Le choix du traitement semble dépendant de l'information reçue.

- Parmi 65 patients informés : 32,3% ont opté pour la DP et 67,7% pour l'HD
- Parmi 137 patients non informés : 13,9% ont opté pour la DP et 86,1% pour l'HD

Cette information collective est en cours d'évaluation sur le plan qualitatif par des questionnaires de satisfaction.

46 – Organisation d'un après-midi d'information sur la dialyse péritonéale.

*Karine Rémond, Marie-Laurence Niel
(Auxerre)*

2 infirmières de dialyse péritonéale exerçant au sein d'un CHA ont décidé d'organiser un après-midi d'information sur l'information rénale et la dialyse péritonéale.

Constat : elles rencontrent régulièrement des difficultés par

- Une méconnaissance totale de cette technique dans les autres secteurs de soins,
- Des appréhensions du personnel soignant devant prendre en charge ponctuellement un patient bénéficiant de cette dialyse ou devant effectuer un remplacement dans leur service.

Objectifs :

- Informer sur l'insuffisance rénale et présenter la dialyse péritonéale à tout le personnel de l'hôpital, aux étudiants de l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers et à des IDE libérales (soit plus 1400 personnes potentielles)
- Faire connaître notre activité

Moyens utilisés :

Présentation de 11 affiches qu'elles ont créées pour la circonstance :

- Le rein,
- L'insuffisance rénale (aiguë, chronique, clairances)

- L'insuffisance rénale chronique terminale côté patient
- Les options de traitement
- Historique de la dialyse péritonéale
- La dialyse péritonéale
- DPCA – DPA
- Diététique en DP
- Parcours psychologique du dialysé
- Installation à domicile
- Rôle infirmier

Projections de films sur la DP

- Présentation et démonstration du matériel par les laboratoires
- Présence et disponibilité des médecins, du cadre infirmier et des IDEs référentes en DP qui pourront accueillir les visiteurs et donner des informations complémentaires

Un questionnaire d'évaluation a été établi et sera distribué. Il permettra de mesurer l'impact de cette manifestation pour valider l'atteinte et la qualité de nos objectifs. La date fixée pour cet après-midi est le 25 novembre 2004 (il ne nous est donc pas possible d'en dresser un bilan à ce jour).

Ce projet réussi nous permettrait d'envisager d'autres travaux d'information auprès d'un public plus large afin de dédramatiser et faire mieux accepter ce type de prise en charge.

47 - Dialyse péritonéale (DP) en région parisienne et en province : une nutrition de différence.

*D. Aguilera, C. Verger
(Vichy, Pontoise)*

Les populations de DP sont souvent comparées selon l'âge, le KT/V et l'albumine. Le but de ce travail était d'analyser si ces paramètres sont pertinents lorsque l'on compare deux centres pratiquant la DP dans des zones urbaines différentes.

28 patients en DP d'un centre de banlieue parisienne (groupe 1) et 21 d'un centre de région Auvergne (groupe 2) ont été comparés selon l'âge, l'ancienneté de dialyse, l'Hb, le % d'EPO, albumine, transferrine, les clairances et les paramètres nutritionnels.

Il n'y avait pas de différence entre l'ancienneté de dialyse, le KT/V, la Cl.creat totale et l'albumine. Par contre les paramètres nutritionnels étaient significativement différents : le SGA dans le groupe 1 était A pour 71 % des patients et B pour 29 % versus 52 et 48 % dans le groupe 2 (p<0.05), les mêmes différences étaient observées pour le score de Brandes. Les apports caloriques étaient différents : la répartition de glucides, lipides, protides était de 161.9, 70.7, 107.6 g/j dans le groupe 1 contre 172, 61.1, 68.1 g/j dans le groupe 2 (p<0.05). 68 % des patients du groupe 1 avaient de l'EPO et une Hb de 11.2 ± 0.28 g/l contre 76 % dans le groupe 2 et une Hb de 10.34 ± 0.4 g/l. La transferrine était de 2.37 dans

le groupe 1 vs 2.06 g/l dans le groupe 2. L'âge moyen était de 64 ans ± 14.3 dans le groupe 1 vs 71.8 ± 14.3 dans le groupe 2.

Conclusions : les différences observées dans l'âge et les paramètres nutritionnels soulignent l'importance de prendre en compte ces critères lorsque l'on veut comparer le devenir de populations traitées dans des centres différents.

48 - Amélioration de la qualité de vie du patient en DPA : Rôle de l'IDE lors d'une étude clinique (le Breakpoint).

*Agnès Pillot, Isabelle Fontaine
(Vandoeuvre les Nancy)*

La DPA a déjà permis d'augmenter la quantité de dialyse tout en améliorant la qualité de vie des patients traités auparavant en DPCA. Maintenant, que pouvons-nous leur proposer de plus performant pour continuer à améliorer leur traitement ? Un laboratoire propose une option de cycleur qui pourrait permettre d'optimiser au maximum le temps de séance : le «Breakpoint».

Cet exposé comporte une description d'une étude multicentrique franco-canadienne portant sur 28 patients. Nous détaillerons ses objectifs, ses critères d'inclusion et son déroulement d'un point de vue infirmier.

En conclusion, nous approfondirons les différents avantages de cette technique (tel que le raccourcissement du temps de séance tout en conservant l'efficacité du traitement), la qualité du sommeil, la diminution du nombre d'alarmes. En un mot le confort du patient.

49 - Qualité et dialyse péritonéale, mise en place d'indicateurs.

*Myreille Planchet, Nadia Marnas
(Saint-Etienne)*

Démarche qualité en dialyse péritonéale
Mise en place d'indicateurs

Avant dialyse :
- Infoprédialyse au domicile
- Indicateurs : évaluation du lieu de vie et évaluation des handicaps

Début de la dialyse et éducation :
- Soit au chu, soit au centre artice42 ,soit à domicile
- Indicateurs : évaluation de l'éducation, charte-qualité infirmiers libéraux

Pendant la dialyse :
Indicateurs :
- Suivi médical : critères d'efficacité de dialyse
- Suivi des péritonites
- Suivi des hospitalisations
- Suivi patient : évaluation des visites a domicile
- Enregistrement des appels téléphoniques
- Enquêtes de satisfaction

50 - Dialyse péritonéale par infirmière à domicile : impact sur la prise en charge des patients en insuffisance rénale terminale.

*C. Grégoire, T. Lobbedez, Nadège Dunand, Marie Beaudon-Lecam, Catherine Allard, J-Ph Ryckelynck
(Caen)*

Le défaut d'autonomie est un frein au développement de la dialyse péritonéale (DP). Le réseau d'infirmière (IDE) libérale permet l'utilisation de la DP chez des patients d'autonomie limitée.

Objectif : Evaluer l'impact de la prise en charge en DP par IDE à domicile sur un programme de dialyse.

Méthode : Etude rétrospective (1998-2003) portant sur les patients incidents en dialyse dans notre centre.
Résultats : Etude de 241 patients incidents en dialyse, de sex ratio (M/F): 139/102, et d'âge moyen 61±18 ans. 144/241 (60%) patients ont été traités par hémodialyse (HD), 97/241 (40%) par DP. 36/241 (15%) était pris en charge par IDE à domicile. Les patients pris en charge en DP par IDE à domicile avaient un âge plus élevé (75±10 vs 52±18, p<0,001), et plus de co-morbidités (Charlson : 7,4±2,5 vs 4,2±2,4, p<0,05) comparativement aux patients autonomes. Le mode de dialyse était plus souvent la DPCA (32/36 vs 24/59, p<0,001). Le taux de péritonite n'était pas statistiquement différent entre les 2 groupes. Le recours à l'hospitalisation pendant la période de traitement était plus fréquent chez les patients traités par IDE à domicile (33/36 vs 29/59, p<0,001, 2,7 vs 0,91 jours d'hospitalisation/années de traitement). La survie des patients était inférieure dans le groupe non autonome (46% vs 92% à 2 ans, p<0,001) comparativement au groupe autonome. La survie de la technique était équivalente entre les 2 groupes.

Le réseau d'IDE à domicile, en autorisant la prise en charge de patient à l'autonomie limitée, permet d'augmenter de 60% le taux de traitement par DP et ainsi de traiter 40% des patients incidents par cette méthode. La prévision du repli est indispensable au vu des caractéristiques des sujets traités.

51 - Résistance à la mupirocine après 7 ans d'utilisation de la mupirocine à l'orifice de sortie du cathéter de dialyse péritonéale.

*T. Lobbedez, M. Gardam, Helen Dedier, Dorothy Burdzy, Maggie Chu, Sharon Izatt, Joanne M Bargman, S. V Jassal, S. Vas, J. Brunto
(Caen ; Toronto, Canada)*

Objectifs : Evaluer la prévalence du portage de Staphylococcus aureus (SA) de SA méthicilline résistant (MRSA) et de SA mupirocine résistant (MuRSA) dans un centre de dialyse péritonéale (DP) où la mupirocine est appliquée à l'orifice de sortie du cathéter (OSC) de DP depuis 7 ans.

Méthodes : Ecouvillonnage de l'OSC, nasal, axillaire et inguinal entre novembre 2003 et janvier 2004 chez tous les patients traités par DP. Les prélèvements nasals, axillaires et inguinaux

ont été poolés. Les SA isolés ont été testés pour la résistance à la mupirocine et à la méthicilline.

Résultats : 16/147 (10,9%) patients étaient porteurs du SA. 13/147 (8,8%) avaient un prélèvement nasal/inguinal/axillaire positif, 2/147 (1,4%) avaient un prélèvement nasal/inguinal/axillaire et de l'OSC positif. 1/147 (0,7%) avait un prélèvement de l'OSC positif. Parmi les 16 porteurs du SA, 4/16 (25%) avaient un portage de MuRSA et 2/16 (12,5%) étaient porteurs d'un MRSA. Parmi les 4 porteurs de MuRSA, 1 avait un prélèvement positif à l'OSC et nasal/inguinal/axillaire, 3 un prélèvement positif au niveau nasal/inguinal/axillaire. Parmi les 4 souches de MuRSA isolé 3 avaient une résistance de haut niveau, 1 une résistance de bas niveau. Une souche MuRSA était également méthicilline résistante.

Conclusion : Après 7 ans d'utilisation de la mupirocine à l'orifice de sortie du cathéter de DP la prévalence de la résistance à cet agent antibactérien est faible. D'autre part le portage de SA à l'orifice de sortie est également peu fréquent démontrant l'efficacité de cette pratique pour l'éradication du portage de SA.

52 - Quelle tolérance péritonéale pour l'Extraneal ? Analyse de marqueurs d'inflammation.

Cora Denicola, Agnès Caillette-Beaudoin, P. Trolliet, M. Labeeuw, Yolande Gagneux (Vienne, Lyon)

Des réactions péritonéales franches (GB > 100/mm³) aseptiques sous Extraneal (E) ont été décrites et rapportées à une allergie aux polymères du glucose. En dehors de ce contexte spécifique, nous nous sommes intéressés aux marqueurs d'inflammation (cytologie et CA125 péritonéaux, et CRP plasmatique) chez 33 patients, en DP, entre janvier 2003 et octobre 2004. 336 prélèvements (P) de dialysat (poche de nuit) et 282 P sanguins ont été analysés.

Dans les P E+ : GB (el/mm³) = 27,5+/-51,3 (n=149), CA 125 (kU/l)=105,1±107,7 (n=28), et CRP=10 mg/l±13,66 (n=121). Dans les P E- les GB=11,4 ±24,4 (n=187), CA125=39,5 ±32,4 (n=40), et CRP= 6±2,4 (n=161).

Le tableau présente les pourcentages de P. E+ et E- en fonction de valeurs déterminées des paramètres analysés (GB, CA125, CRP) :

	GB	GB	CA 125	CA 125	CRP	CRP
	>20	>50	>50	>100	>6	>10
E-	8,1 %	5,34 %	25%	7,5%	15,52%	6,21%
E+	30,2 %	12,75%	67,9%	32,14%	35,53%	24%
P< (X ²)	0,001	0,05	0,01	0,05	0,001	0,001

Un effet patient a été éliminé.

Nous constatons une élévation significative des taux de GB dans la population sous E, prouvée par la distribution de ce paramètre. Elle reflète probablement une inflammation à minima, comme en témoigne la CRP plasmatique. Le taux de CA 125 est en faveur d'une réaction péritonéale.

Des études complémentaires sont nécessaires pour connaître les conséquences de cette anomalie, à mettre en parallèle avec le bénéfice en terme d'équilibre hydro-sodé apporté par cette solution.

53 - Impact des infections du liquide de dialyse sur le taux d'hospitalisation des patients traités par dialyse péritonéale.

Marie Baudon, T. Lobbedez, Catherine Allard, B. Hurault de Ligny, W. El Haggan, J-Ph. Ryckelynck (Caen)

Les recommandations concernant le traitement des péritonites en dialyse péritonéale (DP) ne précisent pas si le recours à l'hospitalisation est nécessaire.

Objectif : Evaluer l'impact du recours à l'hospitalisation pour le traitement de la péritonite chez les patients en DP.

Méthode : Etude rétrospective (1998-2003) des patients incidents en DP dans un centre où les infections péritonéales sont traitées en milieu hospitalier.

Résultats : 101 patients, sex ratio (M/F) 59/42, âge moyen 60±19 ans. La durée moyenne en DP était de 13,1+/-11,4 mois. 65% des patients ont été hospitalisés au moins une fois. 220 séjours hospitaliers ont été comptabilisés soit une durée totale de 2091 jours. Le taux d'hospitalisation était de 0,02 séjours/patient/année de DP et la durée de 0,19 j/patient/année de DP. L'infection péritonéale représentait 30% des motifs d'hospitalisation soit 67 séjours pour un taux de péritonite de 0,67 épisodes/patients/année. Cette complication représentait 28% de la durée totale d'hospitalisation soit 581 j d'hospitalisation (0,05 j/patient/année). La durée moyenne d'hospitalisation pour péritonite était de 8,7+/-7 j. Les patients ayant présenté une péritonite n'étaient pas plus âgés (64+/-18 vs 62+/-20), ne présentaient pas un score de Charlson plus élevé (5,4+/-2,7 vs 6,4+/-3,9) que les autres patients. D'autre part, ils bénéficiaient de l'aide d'une IDE à domicile dans 57% des cas. L'évolution de l'infection a été favorable dans 91% des cas.

Conclusion : Ces résultats montrent clairement qu'un substitut à l'hospitalisation doit être mis en place pour le traitement des infections du liquide de dialyse péritonéale en DP afin de réduire la morbidité liée à la méthode.

54 - Dialyse péritonéale après hémodialyse chronique.

T. Lobbedez¹, A. Cran¹, F. Le Roy², Isabelle Landru³, C. Quere⁴, J-Ph. Ryckelynck¹ (Caen¹, Rouen², Lisieux³, Alençon⁴)

Objectif : Etudier les caractéristiques et le devenir des patients transférés de l'HD vers la DP.

Méthodes : Etude rétrospective (01/01/92 au 31/12/02) des patients de 4 centres en HD plus de 3 mois et transférés en DP.

Résultats : 25 patients (M/F : 14/11), âge: 55 ± 17 ans à l'initiation de l'HD, 8/17 patients avaient une pathologie cardiovasculaire (MCV), le score de Charlson était de $4,8 \pm 1,9$. La survie de la technique d'HD était de 56% à 1 an, 40% à 2 ans, 28% à 5 ans. La survie de la technique d'HD des patients pris en charge en urgence était inférieure à celle des sujets débutant leur traitement de façon programmée (33% vs 77% à 1 an, $p=0.01$). Le motif du transfert en DP était l'abord vasculaire dans 13/25 cas, une intolérance hémodynamique de l'HD pour 7/25 patients et le souhait du patient dans 5/25. 9/25 patients ont été transférés en DPA et 14/24 en DPCA. L'aide d'une infirmière au domicile a été nécessaire dans 13/25 cas. Au moment de la prise en charge en DP, l'âge était de 58 ± 18 ans, le score de Charlson moyen de $6,1 \pm 2,5$ ($p=0.002$ vs Charlson initial) et 15/25 patients avaient une MCV ($p<0,05$ vs initial). 16/24 patients ont présenté une complication de la DP pour une médiane en DP de 5,2 mois. 14/24 patients seront hospitalisés pour une pathologie indépendante de la DP (28% à 3 mois, 57% à 6 mois). La survie en DP était de 35% à 1 an.

Conclusion : Le transfert de patients de l'HD chronique vers la DP est rare et concerne une population ayant de nombreux facteurs de comorbidités acquis pendant la période d'HD, une autonomie limitée et une survie courte.

55 - Télémédecine par DIATELIC™. Résultats préliminaires d'une expérience pilote régionale.

P-Y Durand, J. Chanliau, Michèle Kessler, L. Vega, JP. Thomesse (Vandoeuvre les Nancy)

Le système de télémédecine DIATELIC™ est mis à disposition de tous les centres de Lorraine depuis janvier 2001. Ce papier expose les premiers résultats d'une utilisation de cette télémédecine en routine chez 94 patients et 3 années de suivi en DP.

Chaque patient est équipé d'un micro-ordinateur permettant de transmettre quotidiennement les données de DP. Ces données sont analysées par un système expert qui génère des alarmes quand l'évolution risque d'être défavorable. Une messagerie patient-néphrologue-généraliste-infirmière complète le système.

Pendant la période de suivi 3650 messages ont été échangés : 90% entre les néphrologues et les patients, seulement 1% entre les généralistes et les néphrologues et 0,3% entre les généralistes et leur patient. Ceci peut être expliqué par la mise à disposition tardive de l'interface « généralistes » (année 2003). Le temps moyen des réponses était de 22 heures dans le sens patient-néphrologue et 26 heures dans le sens néphrologue-patients.

Le poids moyen des patients a diminué modérément de 66 à 65 Kg, et la tension artérielle moyenne s'est améliorée de 10 à 9 mmHg. Le taux moyen d'hospitalisation était de 10,8 j/an, dont 5,3 j/an pour une complication en rapport avec la DP. Les hospitalisations étaient principalement en rapport avec la comorbidité et indépendantes de la technique (60 %). Les hospitalisations liées à la technique étaient motivées par des péritonites (17 %) et seulement 5 % en rapport avec un trouble de l'hydratation.

En conclusion, l'utilisation d'un système de télémédecine comme DIATELIC™ permet d'améliorer la qualité des soins de dialyse péritonéale par un suivi quotidien, par des échanges optimisés grâce à la messagerie intégrant maintenant le médecin traitant, et par la prévention des troubles de l'hydratation réduisant significativement la morbidité.

56 - Ne mélangeons plus les torchons et les serviettes !

D. Pagniez (Lille)

Le CANUSA recommande que la somme des clearances urinaire et péritonéale de la créatinine (ou de l'urée) soit supérieure à un certain seuil. On ne peut additionner que des grandeurs de même nature. Cette pratique implique donc que l'on postule que les clearances urinaire et péritonéale sont de même nature.

Ce postulat d'apparence anodine permet à certains, par extrapolation hors de la zone étudiée, d'édicter des critères chiffrés de début de dialyse. Surtout, il interdit à beaucoup d'envisager la DP chez l'anurique, les objectifs de clearance totale de la créatinine élaborés à partir de patients ayant une diurèse résiduelle devenant irréalisables après disparition de celle-ci.

L'identité des clearances urinaire et péritonéale a finalement été remis en cause (JASN 2001 ; 12 : 2158-62), par une étude a posteriori de ses conséquences. Il est amusant de remarquer ce postulat ne résiste pas à une analyse critique a priori.

La clearance péritonéale est sous-tendue par des phénomènes diffusifs, alors que la clearance rénale est sous-tendue par des phénomènes complexes, débutant par une ultrafiltration. Leurs relations mathématiques avec les clearances des véritables toxines urémiques seraient donc très différentes, si on pouvait les calculer. Elles ne sont donc pas des index de même nature des clearances des toxines urémiques, et il n'y a pas de justification a priori à les additionner.

Il apparaît donc tout au plus possible de déterminer a posteriori, par l'étude statistique du devenir de patients, quel est pour une fonction rénale résiduelle donnée le niveau souhaitable de clearance péritonéale. L'étude EAPOS l'a fait, à court terme, pour des patients en Dialyse Péritonéale Automatisée, anuriques. Cela reste à faire en Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire, notamment chez les anuriques. Il faudra enfin normaliser de façon cohérente en fonction du gabarit du patient, mais cela est une autre histoire...

57 - Pour un indice d'épuration composite.

D. Pagniez

(Lille)

La somme des clearances urinaire (CIUrCréat) et péritonéale (CIPerCréat) est un indice classique d'épuration. L'utilisation de la clearance péritonéale de la créatinine traduit mieux la difficulté de la diffusion que l'urée. L'utilisation de la clearance rénale de la créatinine n'est pas exempte de critiques, comme le montre l'exemple suivant.

Une patiente de 42 ans, diabétique depuis l'âge de 18 ans, commence la DP avec des clearances de l'urée et de la créatinine respectivement à 30 et 70 l/semaine. Celles-ci étaient à 40 et 140 l/semaine après 6 mois, 78 et 200 l/semaine après 12 mois, 32 et 150 l/semaine après 18 mois, 18 et 130 l/semaine après 24 mois chez une patiente cliniquement urémique malgré une augmentation progressive de la dose de dialyse péritonéale.

On rencontre à l'occasion de tels patients, peut-être plus souvent diabétiques, qui conservent une clearance de la créatinine élevée de façon disproportionnée, sans doute due à une sécrétion particulièrement active de créatinine. L'indice «CIUrCréat + CIPerCréat» est inapproprié à l'évidence chez de tels patients, mais peut-être chez bien d'autres. Les physiologistes nous enseignent que, si «CIUrUrée» est la clearance urinaire de l'urée, on a, même en insuffisance rénale avancée : CIUrUrée < Filtration Glomérulaire < CIUrCréat. Nous employons donc un indice composite, égal à CIUrUrée + CIPerCréat dont la valeur calculée est toujours inférieure à l'indice classique. Son utilisation évite de se rassurer à tort devant un patient qui ne pisse plus que de la créatinine, tout en profitant de l'expérience acquise grâce à l'indice classique. Il diminue un peu le caractère hasardeux de l'addition de deux clearances qui ne sont pas de même nature, et a de plus l'avantage d'être normalisé en surface, «longueur puissance 2», valeur moins différente du 2,25 théoriquement souhaitable que le 3 du KT/V.

58 - Dialyse Péritonéale automatisée et durée.

D. Pagniez, Celia Lessore de Sainte Foy, O. Moranne, A. Lionnet, E. Boulanger, P. Dequiedt

(Lille)

La Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA), permettant d'atteindre plus facilement les objectifs d'épuration adéquate proposés par le CANUSA, est considérée comme susceptible de favoriser la dialyse péritonéale au long cours. Nous rapportons notre expérience de la DPA à plus de 5 ans.

Patient 1 : un homme né en 1932, néphrectomisé pour pyélonéphrite xanthogranulomateuse, commence la DPCA en novembre 1994, puis la DPN en avril 1995, avec un échange supplémentaire en soirée à partir de décembre 1996. Il passe en DPCC en mars 1998. Au cours d'une longue hospitalisation pour artérite, il retourne en hémodialyse en juillet 2001.

Patient 2 : une femme née en 1954, porteuse d'un anticoagulant lupique avec multiples thromboses vasculaires, commence la DPCA en avril 1995, puis la DPCC en mai 1996. Un changement de cathéter est difficilement effectué en août 1998, avec de mauvaises sorties quelque soit le soluté utilisé. La baisse progressive de la fonction rénale résiduelle mène à une surcharge hydro-sodée nécessitant le retour à l'hémodialyse en mars 2004.

Dans notre expérience, certes limitée, environ 20 fois plus de patients ont été traités plus de 5 ans par DPCA que par DPA. Celle-ci permet certainement d'obtenir plus facilement chez l'anurique les objectifs de clearance proposés par le CANUSA, objectifs d'ailleurs établis à partir d'une population avec diurèse résiduelle et à 96% en DPCA. Aucune cohorte de patients traités plus de 5 ans en DPA n'a cependant, à notre connaissance, été rapportée. Pour savoir si de satisfaire à ces objectifs de clearance permet une dialyse péritonéale à moyen terme, il nous semblerait intéressant, dans un premier temps, de recenser par une étude au moins rétrospective les patients traités plus de 5 ans en DPA.

60 - Faut-il normaliser selon la surface ou le volume ?

D. Pagniez

(Lille)

La normalisation permet de comparer une grandeur mesurée chez un individu à la même grandeur mesurée chez un autre individu de la même espèce, ou éventuellement d'une espèce différente. En néphrologie, il est habituel de normaliser les clearances en fonction de la surface corporelle, et l'épuration de l'urée (KT/V) en fonction du volume. Que penser de ces pratiques divergentes ?

Les physiologistes ont étudiés la même grandeur chez des espèces très différentes, de la souris à l'éléphant... Ils ont montré (Brody, Bioenergetics and growth, 1945) que le métabolisme de base croissait comme le volume de l'animal à la puissance 0,75. Par une coïncidence qui ne peut être fortuite, l'épuration physiologique des déchets métaboliques, représentée par la filtration glomérulaire (Renkin, Handbook of Physiology, 1973), croît également comme le volume à la puissance 0,75.

Par extrapolation du physiologique au pathologique, nous suggérons, comme le proposait Singer (Am J Kidney Dis 2000;35:306-9), d'utiliser pour normaliser l'épuration artificielle le volume à la puissance 0,75, correspondant à la longueur à la puissance 2,25. L'utilisation de cette dimension fractale, intermédiaire entre la surface et le volume, n'est pas sans conséquence. On montre ainsi qu'à même KT/V, un sujet de 100 kg est paradoxalement bien mieux épuré qu'un sujet de 50kg...

61 - Sexualité et Dialyse Péritonéale.

F. Cardot, Stéphanie Decout, T. Génicot, Laurence Renard, Emilie Morlot, équipe IDE Altir.

(Vandoeuvre les Nancy)

Ce papier fait une mise au point sur la sexualité en DP, à la lumière de l'expérience d'un centre et des données de la littérature. En effet, ce sujet rarement abordé est d'importance car plus de 60 % des dialysés présentent des troubles sexuels (versus 8 % dans la population générale).

La sexualité est perturbée chez les patients traités par DP, mais ces troubles s'intègrent plus généralement dans trois dimensions interactives et indissociables : la dimension biologique, la dimension psychologique et la dimension relationnelle.

En théorie les doléances sexuelles apparaissent lorsque la libido est présente. Lorsque la libido est absente, il ne devrait pas exister de frustration et de manque.

En réalité, que la libido soit conservée ou non, les plaintes sont aussi fréquentes. L'explication de ce phénomène paradoxal est multifactorielle : la honte et la dépendance, surtout masculine lorsque la DP est réalisée par l'épouse ; la culpabilité, de se sentir malade par rapport au conjoint, culpabilité renforcée souvent par le fait que le personnel soignant infirmier est souvent féminin ; les idées reçues, avec l'atteinte à l'image corporelle ; la lutte contre la douleur physique, qui ramène le plaisir sexuel à un plan secondaire. La diminution de la libido est souvent iatrogène.

La compréhension des mécanismes de la sexualité permet au soignant de mieux comprendre les troubles spécifiques des malades traités par dialyse péritonéale.

62 - Contrôle de l'équilibre phospho-calcique en dialyse péritonéale (DP). Résultats préliminaires d'une étude multicentrique.

*A. Testa, Sylvie Chauvé, P. Le Cacheux, J-P. Imiela, Assia Djema
(Nantes)*

La prévalence des différents types d'ostéodystrophie rénale s'est modifiée dans le temps chez les patients pris en charge en DP. Parallèlement au risque ostéo-articulaire, le déséquilibre de la phosphorémie constitue un facteur de risque cardio-vasculaire spécifique de l'urémie. Nous rapportons ici les résultats préliminaires d'une étude multicentrique qui a évalué le contrôle et les facteurs influençant le métabolisme phosphocalcique en DP.

La cohorte de patients sélectionnés comprenait 50 patients avec un âge moyen de 64,02±18,45 ans (extrêmes 19-90). Il y avait 32 hommes et 28 femmes, le poids moyen était de 63,97±13,88 kg. Cinq patients étaient diabétiques, 32% étaient traités par DPA.

Les valeurs de calcémie corrigée et de phosphorémie étaient respectivement 2,48±0,20 et 1,63±0,41 mmol/l, sans différence entre DPA et DPCA. Le produit CaxPO₄ était en moyenne de 5,8±0,8 mmol²/mmol² avec plus d'un tiers des patients présentant une valeur >5.5. Les valeurs de PTH étaient ainsi distribuées : 22% <100 pg/ml, 24% >300 pg/ml, la majorité des patients ayant des valeurs situées entre 100 et 300 pg/ml.

Dans le groupe de patients à PTH basse, la calcémie était

statistiquement plus élevée (2,6±0,18 vs 2,43±0,27, p<0,04 ANOVA), de même les valeurs de PTH étaient corrélées à celles de l'ostéocalcine (r=0,39 p<0,02). Une corrélation directe et significative était retrouvée entre la phosphorémie et les valeurs d'albumine plasmatique (r=0,34, p<0,01). Les patients avec une phosphorémie >1,8 mmol/l présentaient des valeurs d'urée et de nPCR élevées, sans cependant approcher la limite de la signification statistique. A noter que dans cette cohorte, le contrôle de l'acidose était satisfaisant (bicarbonatémie=26,3±2,6 mEq/l).

En conclusion, dans cette étude, le contrôle de l'équilibre phosphocalcique en DP apparaît comme satisfaisant, même si 1/3 des patients conservent un CaxPO₄ en dehors des objectifs. La tendance à l'hyperphosphorémie semble corrélée avec l'état nutritionnel.

63 – De l'utilité des infirmières en dialyse péritonéale.

*Marie-Agnès Dracon, Nicole Amagat, Véronique Guermouche, D. Pagniez
(Lille)*

La dialyse péritonéale a commencé dans notre centre en 1981. De façon un peu inhabituelle, elle a toujours été assurée par les infirmières d'hospitalisation, et non par celles d'hémodialyse. Il avait été convenu avec l'administration que la charge de travail serait assurée par redéploiement interne à concurrence de 50 patients. Cet effectif a été atteint fin 1995. Une demande de poste d'infirmière dédié à la DP était déposée en mai 1996...

Depuis cette date, l'effectif se situe entre 60 et 70 patients prévalents. En l'absence de poste obtenu, l'augmentation parallèle de l'activité d'hospitalisation a mené à une prise en charge suboptimale, les patients étant éduqués en hospitalisation, dans de mauvaises conditions, avec une proportion croissante de patients assistés, et de fréquentes infections péritonéales.

Depuis février 2002, nous disposons d'un poste et demi d'infirmières, dédiés à la dialyse péritonéale. Celles-ci prennent en charge spécifiquement les éducations, en hôpital de jour le plus souvent, et réactualisent les connaissances en cas d'infection péritonéale. L'intervalle libre entre deux infections péritonéales est ainsi passé de 14,15 mois en 2000, 15,36 mois en 2001, 15,93 mois en 2002, à 31,07 mois en 2003.

Cette amélioration nous semble une preuve tangible de l'utilité des infirmières dans la prise en charge des patients en dialyse péritonéale. Plus généralement, à une époque où les moyens vont plus souvent à ceux qui disent qu'ils vont faire qu'à ceux qui font, nous conseillons de ne commencer la dialyse péritonéale que si on dispose des moyens humains nécessaires.

Liste des auteurs des communications

Auteurs	n° résumés	Auteurs	n° résumés	Auteurs	n° résumés
Abassi A.	13, 14	Engasser M.	29	Mestrez F.	9
Aguilera D.	25, 26, 28, 47	Faller B.	35	Moranne O.	5, 37, 38, 39, 58
Allard C.	50, 53	Fleury D.	45	Morice C.	8
Amagat N.	63	Fontaine I.	48	Morlot E.	61
Ayadi A.	17	Fortin S.	8	Muller S.	35
Babilon G.	43	Freida P.	2, 8, 10	Muniz-Martinez M.C.	9
Bargas E.	30	Freguin-Bouilland C.	21	Niel M.L.	46
Bargman J.M.	51	Gagneux Y.	32, 52	Orlando P.	9
Barrou B.	42	Gane P.	1	Ottermatte A.	44
Basuyaux M.V.	45	Gardam M.	51	Paderno M.C.	19
Battiaux D.	3	Gautier C.	20	Pagniez D.	5, 37, 38, 39, 56, 57, 58, 60, 63
Baudon M.	53	Genestier S.	35	Pavio M.	20
Beaudon-Lecam M.	50	Génicot T.	61	Pillot A.	48
Benalia H.	42	Godin M.	21	Piquet-Gauthier A.	32
Benziane A.	3	Grangier J.P.	32	Planchet M.	49
Bertocchio J.P.	30	Gregoire C.	50	Potier N.	40
Bertocchio M.H.	30	Grossin N.	1	Pottiez M.	45
Bertocchio P.	30	Guermouche V.	63	Poulin E.	43, 44
Bitker M.O.	42	Hansen C.	43, 44	Quere C.	54
Boulangier E.	1, 5, 38, 39, 58	Hardy V.	8	Rémond K.	46
Bouly M.	22	Hillion D.	11	Renard L.	61
Bourlet S.	3	Hooghe L.	33	Richard C.	40
Boutry S.	45	Huchet R.	16	Rieux I.	16
Brignon P.	35	Hurault de Ligny B.	53	Rivault O.	21
Bruet A.	11	Imbert V.	40	Roden M.	31
Brunto J.	51	Imiela J.P.	62	Roueff S.	13, 14
Buisse I.	8	Ipsen R.	36	Ryckelynck J-Ph.	25, 26, 50, 53, 54
Burdzy D.	51	Issad B.	42	Saint-Georges M.	13, 14
Caillette-Beaudoin A.	32, 52	Izatt S.	51	Scheindel A.	24, 27
Caporale N.	23	Jarru G.	20	Schelinger P.	12
Cardot F.	61	Jassal S.V.	51	Schmitt D.	43, 44
Cavey M.	18	Kacem. J	17	Selmi M.	17
Chanliau J.	36, 55	Keller N.	33, 34	Sirot I.	40
Chantrel F.	35	Kessler M.	55	Taama R.	1
Chartier M.	15	Kihal L.	13, 14	Taghipour L.	3
Chauvé S.	62	Labeuw M.	52	Talbot V.	20
Chiron S.	29	Lamberts H.	6, 7	Testa A.	24, 27, 62
Chu M.	51	Landru I.	54	Thomesse J.P.	55
Collazuol A.	6, 7	Le Cacheux P.	62	Touffait C.	45
Cran A.	54	Le Roy F.	21, 54	Troliet P.	52
Decout S.	61	Lefrançois G.	24, 27	Van der Straaten M.	34
Dedier H.	51	Lemenu C.	31	Van Acker L.	6, 7
Degrémont G.	3	Lenouveau S.	20	Vega L.	55
Delorme M. E.	41	Lessore de Sainte Foy C.	5, 37, 38, 39, 58	Vas S.	51
Denicola C.	32, 52	Levacher C.	22	Verger C.	25, 26, 47
Denis P.	16	Lionnet A.	39, 58	Vial P.	4
Dequiedt P.	37, 38, 39, 58	Lobbedez T.	19, 20, 50, 51, 53, 54	Vrillon H.	13, 14
Deray G.	42	Maaz M.	35	Wallet F.	37
Dhaene M.	9	Maille C.	20	Wautier M.P.	1
Djema A.	62	Maranzana J.	29	Wautier J.L.	1
Dracon M.A.	63	Marnas N.	49	Willoteaux S.	5
Dratwa M.	33, 34	Martin-Passos E.	21	Yazbeck F.	13, 14
Dubord C.	40	Mat O.	9		
Dunand N.	50	Meidinger C.	43		
Durand P.Y.	36, 55	Melchior F.	6, 7		
El Haggan W.	53	Mesquita M.	33		