ISSN 115 1- 390X

XIIIeme Symposium RDPLF



Château de Montvillargenne
15 au 17 Avril 2015

Liste des participants et
Résumés de Communication

***AAIR** (Toulouse)*

***AIDER** (Montpellier)*

***ALTIR** (Nancy)*

***ANIDER** (Caen-Rouen)*

***ARAUCO** (Tours)*

***ATIRRO** (Orléans)*

AURA AUVERGNE

***AURA** (Paris)*

***AURAL** (Lyon)*

***AURAL** (Strasbourg)*

***ATIR** (Nouméa)*

***CALYDIAL** (Lyon)*

***ECHO** (Nantes)*

***SANTELYS** (Loos)*

BAXTER

FRESENIUS

THERADIAL

ROCHE

SANOFI

AMGEN

HAC PHARMA

Le Bulletin de la DP

Volume 18 - numéro 1
Supplément Symposium
Année 2015

Bulletin du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française

XIIIeme Symposium du RDPLF
Montvillargenne, 15 au 17 avril 2015

Liste des Participants inscrits au 03 mars 2015

Abbassi Abdelhamid (Saint Maurice, France)
Agrario Pierino (Fresnes, France)
Aguilera Didier (Vichy, France)
Albert Catherine (Chartres, France)
Almeras Cyrielle (Albi, France)
Amirou Mustapha (Rodez, France)
Andre Maud (Montbonnot, France)
Ardisson Antoine (St Francois, Guadeloupe)
Arkouche Walid (Lyon, France)
Arnaud Camille (Vienne, France)
Auffret Yannick (Rennes, France)
Aussant Solveig (Lisieux, France)
Ayach Badih (Charleville Mezieres, France)
Azar Raymond (Dunkerque, France)
Azeroual Latifa (Paris, France)
Azuelos Alexandra (Maurepas, France)
Babonneau Lucie (Angers, France)
Balaud Catherine (Fresnes, France)
Barbier Anne Marie (Beauvais, France)
Barthelemy Caroline (Corbeil, France)
Bataille Stanislas (Marseille, France)
Bauer Céline (Orvault, France)
Bauwens Marc (Poitiers Cedex, France)
Bax Edith (Loos, France)
Bechade Clémence (Caen, France)
Benabed Anaïs (Caen, France)
Benamar Loubna (Rabat, Maroc)
Bencheikh Larbi (Strasbourg, France)
Besson Sophie (Saint Maurice, France)
Bitan Valérie (Saint Pierre, La Réunion)
Bogner Elodie (Marseille, Algérie)
Boissinot Lucie (Le Havre, France)
Bordes Martine (Toulouse, France)
Bouchet Jean Louis (Bordeaux, France)
Bouchiere Gaelle (Saint Pierre, La Réunion)
Bouhbib Fonzia (Rabat, Maroc)
Boussier Marie Christine (Orléans, France)
Bouvier Philippe (Draguignan, France)
Bovy Philippe (Liège, Belgique)
Branger Bernard (Nimes, France)
Brasseur José (Rouvroy, France)
Brayer Isabelle (Bruxelles, Belgique)
Bresson-Vautrin Catherine (Besançon, France)
Briet Emma (Le Coudray, France)
Brunet Philippe (Marseille, France)
Butler Clémence (Fresnes, France)
Caillette-Beaudoin Agnès (Vienne, France)
Caillot Sébastien (Genève, Suisse)
Canaud Bernard (Bad Homburg, Allemagne)
Cantayre Carole (Nice, France)
Carceles Odette (Vichy, France)
Castin Nelly (Vandoeuvre, France)
Chaghouri Baher (Saran, France)
Chague Florence (Besançon, France)
Chaland Nicole (Montélimar, France)
Chanliau Jacques (Vandoeuvre, France)
Chantreuil Déborah (Pringy, France)
Chatelin Fabienne (Paris , France)
Colboc Evelyne (Le Petit Quevilly, France)
Collin Alain (Huy, Belgique)
Comte Régis (Lyon, France)
Copine Dominique (Ottignies, Belgique)
Costa Célia (Cabestany, France)
Cottray Isabelle (Fresnes, France)
Coudert-Krier Marie-Jeanne (Vandoeuvre, France)
Cougnet Philippe (Bruxelles, Belgique)
Courivaud Cécile (Besançon, France)
Creps Virginie (Auxerre, France)
Crochet Audrey (Verdun, France)
Crols Sarah (Bruxelles, Belgique)
Da Silva Geneviève (Angoulême, France)
Da Costa Dany (Pontoise, France)
Dadi-Repiquet Cécile (Rézé, France)
Dagnet Corinne (Fresnes, France)
Dao Emmanuel (Hyères, France)
Defay Laurence (Rézé, France)
Degey Diane (Ottignies, Belgique)
Delfosse Christel (Ottignies, Belgique)
Deniard Abbassi Isabelle (Paris, France)
Denouette Estelle (Bois Guillaume, France)
Desclaux Marie Christine (Aressy, France)
Desitter Arielle (Dunkerque, France)
Diakun Tatiana (Liège, Belgique)
Diallo Mamadou (Alençon, France)
Digaire Régina (St Maurice, France)
Dom Iris (Bruxelles, Belgique)
Douard Agnès (Loos, France)
Doutey Armelle (Strasbourg, France)
Doutreloux Stivalys (Braine L'alleud, Belgique)
Dratwa Max (Bruxelles, Belgique)
Du Besset Anne Claire (Mâcon, France)
Du Halgouet Caroline (Paris 18, France)
Ducreux Christine (La Tronche, France)
Dumont Christine (Beauvais, France)
Dumont Geneviève (Orléans, France)
Duperrey Palmyre (Melun, France)
Duquesnoy Simon (Caen, France)
Durand Pierre Yves (Vannes, France)
Durault Sandrine (Saint Nazaire, France)
Easy Firas (Bourges, France)
Enache Ioana (Chamalières, France)
Fabre Emmanuel (Cante, France)
Fabre Louis (Montluçon, France)
Farge Charline (Quincy sous Sénart, France)
Fenoglio-Orsini Valérie (Marseille, France)
Fernandez Alexandra (Maurepas, France)
Fischbach Michel (Strasbourg, France)
Flayou Kaoutar (Rabat, Maroc)
Formet Cédric (Nouméa, Nouvelle Calédonie)
Fournier Véronique (Montbéliard, France)
Francois Karlien (Bruxelles, Belgique)
Galicia Mercedes (Bruxelles, Belgique)
Gantel Honorine (Ollioules, France)
Garnier Fabrice (Paea / Tahiti, Polynésie Française)
Gelabert Joanne (Draguignan, France)
Geslot Bérangère (Saint Maurice, France)
Ghali Nasredine (Melun, France)
Gicquiaud Julie (Loos, France)
Gilson Brigitte (Verdun, France)
Giron Sylvie Sylvie (Bordeaux, France)
Givaudan Frédérique (Saint Maurice, France)
Goffin Eric (Bruxelles, Belgique)
Gomez Nicole (Orléans, France)
Gonon Patricia (St Priest en Jarez, France)
Gourcerol Audrey (La Rochelle, France)
Grangier Jean-Pierre (Vienne, France)

Grégoire Christophe (Caen, France)
Guergour Mounir (La Tronche, France)
Guerraoui Abdallah (Vienne, France)
Guillouet Sonia (Caen, France)
Gunther Maryse (Cergy, France)
Guy Jean Paul (La Pesse, France)
Habli Imen (Tunis, Tunisie)
Haemmerle Christelle (Strasbourg, France)
Hamdini Nasser (Maubeuge, France)
Hanoy Mélanie (Bois Guillaume, France)
Haouala Faouzi (Monastir, Tunisie)
Harnois / Perez Isabelle (Marseille, France)
Hdiji Abdelhamid (Tunis, Tunisie)
Hecquet Emmanuelle (Caen, France)
Heibel Françoise (Strasbourg, France)
Hilsz Elise (Montbéliard, France)
Ibos Anémone (Le Luc, France)
Ilinca Toma (Angers, France)
Isnard Myriam (Chamalières, France)
Issad Belkacem (Paris, France)
Jamali Mohamed (Essey les Nancy, France)
Jannou Loïc (Begnins, Suisse)
Jeanne Catherine (Lisieux, France)
Jeannesson Karine (Verdun, France)
Jeune Sylvie (Besançon, France)
Joignant Charlotte (Saint Lô, France)
Joseph Maan (Pontoise, France)
Josse Anne (St Quentin, France)
Jouvenceau Nadège (Onex, Suisse)
Jurine Jacques (Saint Priest en Jarez, France)
Kabanda Kana André (Bruxelles, Belgique)
Kerjean Laetitia (Maurepas, France)
Klein Stéphane (Maurepas, France)
Knefati Yannick (Toulon, France)
Kourilsky Olivier (Paris, France)
Laclaustra Annie (Cabestany, France)
Lafon Jean-Philippe (Maurepas, France)
Lambert Véronique (Saint Maurice, France)
Lan Yue Wah Philippe (Grabels, France)
Larcher Cindy (Paris, France)
Larroumet-Sornay Nicole (Gradignan, France)
Lasbennes Laurent (Ollioules, France)
Latour Nadia (Bayonne, France)
Lavocat Virginie (Lille, France)
Le Pottier Frédéric (Orvault, France)
Lebastard Sarah (Caen, France)
Lebeau Françoise (Saint Ouen L'aumône, France)
Lebrun Martine (Angers, France)
Lecoq Yvan (Fresnes, France)
Leduc Vincent (Saint Lô, France)
Lefevre Guillaume (Maurepas, France)
Legoupil Mathilde (Gradignan, France)
Legroux Arnaud (Maurepas, France)
Lejeune Sabrina (Saint Lo, France)
Leriche Cédric (Fresnes, France)
Lhoste Audrey (Vienne, France)
Lice AuréLie (Amiens, France)
Lobbedez Thierry (Caen, France)
Loupy Florence (Maurepas, France)
Magnaval Brigitte (Brive, France)
Mahieu Hervé (Mons, Belgique)
Manucci-Lahoche Annie (Lille, France)
Marini Sandrine (Paris 14, France)
Marinthe Patrick (Paea, Polynésie Française)
Maroun Nadine (Poissy, France)
Marroc Mélanie (St Pierre, La Réunion)
Mazzoleni Lionel (Mons, Belgique)
Meeus Frédérique (Paris, France)
Menoyo Victorio (Nantes, France)
Metz Fabienne (Ars Laquenexy, France)
Meyer Pierrette (Strasbourg, France)
Michalet Marion (Saint Priest en Jarez, France)
Mimouni Girardot Emilie (Muret, France)
Monnier Anne Céline (Caen, France)
Morreel Lieven (Braine L'Alleud, Belgique)
Mougel Sophie (Nice, France)
Mougin Stéphanie (Besançon, France)
Mukundi Kabongo Francine (Bruxelles, Belgique)
Muller Anastasia (Colmar, France)
Nedelec Carine (Palaiseau, France)
Nessibi Khelil (Tunis, Tunisie)
Neunreuther Carole (Vandoeuvre, France)
Nicolas Karin (Marche en Famenne, Belgique)
Nogier Marie-Béatrice (Toulouse, France)
Noguera Gonzalez Maria Eugena (Montpellier, France)
Noir Florence (Aressy, France)
Nortier Joelle (Bruxelles, Belgique)
Olivier Annie (Saint Priest en Jarez, France)
Ottavioli Jean-Noel (La Roche-sur-Yon, France)
Padernoz Marie Christine (Graignes, France)
Pagniez Dominique (Lille, France)
Parent Louise (Genève, Suisse)
Pepin Sandy (Laon, France)
Perrin Béatrice (Fresnes, France)
Peyro Saint Paul Laure (Caen, France)
Philippe Coralie (Vichy, France)
Preissig-Dirhold Caroline (Mulhouse, France)
Prouteau Myriam (La Roche sur Yon, France)
Provoost Valérie (Dunkerque, France)
Pujo Myriam (Saint Michel, France)
Querard Anne Hélène (La Roche sur Yon, France)
Ranfaing Emmanuel (Vandoeuvre, France)
Raymond Tomy (Paris, France)
Raymond Jean Luc (Paris, France)
Raymond Raphael (Paris, France)
Reber Challandes Géraldine (Neuchatel, Suisse)
Regent Sylvie (Paris, France)
Rifaat Mohamed (Quimper, France)
Robles Agnès (Grabels, France)
Rofidal Bénédicte (Reims, France)
Rossez Nadine (Bruxelles, Belgique)
Rotiel Lydie (Le Coudray, France)
Rouveure Anne CéCile (Pierre Bénite, France)
Rozier Delphine (Chamalières, France)
Saillant Catherine (Melun, France)
Sainte Cluque Christophe (Maurepas, France)
Saling Salomé (Strasbourg, France)
Samson Caroline (St Gilles Les Bains, La Réunion)
Sebahoun Pascale (Marseille, France)
Sens Florence (Lyon, France)
Sion Marie Noëlle (Lille, France)
Skalli Amina (Béthune, France)
Sury Aurore (Roanne, France)
Tellier Eric (Maurepas, France)
Texier Régine (Nimes, France)
Thomas Kelly (Corbeil Essonnes, France)
Touze Florence (Orléans La Source, France)
Trotin Ludivine (Maubeuge, France)
Tschaen Anne (Mulhouse, France)
Tusikama Esther (Kinshasa, Congo)
Valadier Francoise (Pontoise, France)
Van Overmeire Lionel (Marche en Famenne, Belgique)
Veniez Ghislaine (Pontoise, France)
Verger Christian (Pontoise, France)
Vermes Aude (Caen, France)
Vernier Isabelle (Narbonne, France)
Vigna Véronique (Paris, France)
Villa Murielle (Montbéliard, France)
Villard Eve (Marseille, France)
Villemain Florence (Angers, France)
Vincenot Marjorie (Reims, France)
Violet Guillemette (Lyon, France)
Vrtovsnik François (Paris, France)
Vuibert Olivier (Paris, France)
Walter Anne (Mulhouse, France)
Wauters Anne (Gent, Belgique)
Wawzac Annie (Fresnes, France)
Weeger Marie Odile (Paris, France)
Wery Caroline (Liege, Belgique)
Wuillaume Elvire (Vandoeuvre, France)
Yazbeck Fatima (Saint Maurice, France)
Zagdoun Elie (Saint Lô, France)
Zalostyc Ariane (Strasbourg, France)
Zellweger Michael (Onex, Suisse)

Hommage à Alain Slingeneyer

Alain Slingeneyer nous a quitté le 8 novembre 2014.



Elève du professeur Charles Mion qu'il avait rejoint en 1974 et pionnier avec lui de la dialyse péritonéale à domicile, il a marqué au cours des 40 dernières années la génération des néphrologues qui ont oeuvré pour que la dialyse péritonéale soit une alternative fiable aux autres techniques d'épuration extra rénale, dans le respect du libre choix du patient.

Il a été le premier à mettre au point une machine de dialyse péritonéale permettant de traiter les patients à domicile sur cette méthode (nommée Capucine).

Sa renommée a été internationale et nombreux sont les témoignages des sociétés savantes (ISPD, EURO-PD, Société de Néphrologie), émues par sa disparition prématurée, qui lui rendent hommage.

Adhérent dès le début au RDPLF, membre de la première heure de la Commission des Bonnes Pratiques du RDPLF, sa foi dans la mission d'aide aux centres que nous nous donnons, nous a fait bénéficier de sa compétence et fidèle amitié depuis le début.

Mais avant toute chose Alain aura marqué tous ceux qui l'ont approché par sa droiture, son dévouement sans limite 365 jours par an à ses malades. Esprit inventif, il a représenté l'archétype de la médecine traditionnelle : un art au service de ceux qui souffrent.

Le treizième Symposium du RDPLF lui est dédié en reconnaissance de ce qu'il a apporté à la dialyse péritonéale, aux malades et à ceux nombreux qui ont bénéficié de ses connaissances et de son amitié.

Christian Verger
Président du RDPLF.

Résumés des communications sur invitation

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

Résumé I - Outils de gestion stratégique et de pilotage de l'entreprise, appliqués au développement du traitement de l'IRC en Aveyron.

M. Amirou
Néphrologie - Dialyse Hôpital Jacques Puel (Rodez)

Avant l'instauration de la tarification à l'activité (T2A), l'hôpital public rémunéré dans le cadre d'un budget global s'est déchargé de la prise en charge de l'insuffisance rénale terminale au profit des associations.
La situation n'était pas conflictuelle, car «gagnant - gagnant» pour tous les acteurs.
A l'institution de la tarification à l'activité, cet équilibre est rompu.
Les coûts de la prise en charge de l'IRCT sont moindres en associations qu'à l'hôpital public.
Les tutelles incitent à développer la dialyse en hors centre (auto dialyse, Dialyse à domicile et dialyse péritonéale. Des objectifs sont préconisés par la HAS pour 2018.
La meilleure prise en charge des maladies rénales chroniques MRC, l'augmentation de l'activité de transplantation TX et de la DP ont entrainé une baisse du nombre d'hémodialysés HD.
Les patients restants sont plus dépendants et plus âgés.
Les objectifs nationaux du taux hors centre et le maintien de la qualité de la prise en charge sont ils réalisables en Aveyron ?
Nous avons mené un processus de planification en s'appuyant des méthodes et des outils, de gestion stratégique et de pilotage de l'entreprise, transposables aux problématiques de santé et aux établissements de soins.
Ce processus se décompose en plusieurs étapes :
Etape 1 : Compréhension et prise en compte des enjeux de l'IRC et le ces modalités de traitement
Analyse de l'environnement interne et externe qui garantit la PEC de l'IRC dans le département de l'Aveyron (données démographiques, géographiques et d'incidence et de prévalence de l'IRC)
Synthèse de la problématique en utilisant une matrice forces et faiblesses et opportunité et menaces.
Etape 2 : Identification des objectifs stratégiques et des besoins à satisfaire des parties prenantes d'un projet d'amélioration de la PEC de l'IRC dans l'Aveyron
Utilisation d'outils de planification stratégique pour présenter les enjeux et leviers
Identification d'options à développer
Etape 3 : Analyse et choix des options et scénarios d'amélioration possibles afin de retenir le meilleur modèle à proposer à l'ARS pour garantir l'efficacité et intérêts des patients.
• Une réaffectation des patients pour harmoniser le niveau de prise en charge et les structures existantes
• Une transformation des UAD en UDM/UAD
• L'optimisation du centre lourd qui offrira toutes les modalités de traitement ainsi que l'hémodialyse à Domicile.
Au terme d'un travail de réflexion stratégique sur la problématique spécifique de la PEC de l'IRCT dans l'Aveyron, nous proposons un projet d'amélioration innovant, pour répondre à la fois aux exigences des tutelles, des parties prenantes publiques et privées, aux attentes des patients et des acteurs de soins.
Bibliographie :
1) HAS (2010), Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France, (Note de cadrage).
2) Décret n°2002-1197 du (23 septembre 2002), Activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale,
3) DGOS/SDROS, Programme de gestion du risque de l'insuffisance rénale chronique terminale (GDR-IRCT), propositions d'objectifs, cibles et orientations pour des plans d'action.
4) ARS Midi-Pyrénées (2012), Traitement de l'IRC, SROS 2012.
5) Cellule Analyse de gestion CHU Angers (2009), Activité de dialyse 2009: Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière
6) Lusset Arnaud (2006), Projet GCS dialyse en haute Savoie nord, un exemple de coopération stratégique, Mémoire, (directeur d'hôpital), ENSP.
7) Marc Souid (2011), Pertinence médico économique de la télémédecine en dialyse, Thèse professionnel Master management médical et gestion hospitalière, ISCMM/ESCP Europe.

Résumé II - Prise en compte de l'effet centre dans la DP assistée en France à partir du RDPLF.

Clémence Béchade, Th Lobbedez (Caen)

Introduction : Les sujets âgés présentant une insuffisance rénale terminale sont de plus en plus nombreux. Les dysfonctions cognitives, la dépendance dans les gestes de la vie quotidienne et le poids du traitement par dialyse sont des éléments qui entraînent une perte d'autonomie chez les sujets âgés et rendent difficile la gestion par le patient lui-même du traitement par dialyse. La DP assistée est une technique d'épuration extrarénale particulièrement adaptée à cette population. La DP assistée comporte des spécificités en France, à la fois dans la gestion médico-économique du traitement et dans sa réalisation pratique.

Matériel et méthode : Afin de connaître les caractéristiques des patients traités par DP assistée en France, nous avons réalisé une analyse descriptive des patients incidents en DP entre le 01/01/2003 et le 31/12/2010, âgés de plus de 18ans, traités en France, à partir des données du RDPLF. A l'aide d'une analyse multiniveau, nous avons cherché à savoir si l'utilisation de cette technique dépend d'un effet centre.

Résultats : Parmi les 8381 patients incidents en DP en France sur notre période d'étude, 4556 ont été pris en charge en DP assistée. L'aide de la famille était présente pour 883 patients et

3673 patients ont bénéficié de l'assistance d'une infirmière diplômée d'Etat (IDE). L'âge médian des patients assistés était de 79 ans pour le groupe aidé par la famille et 74 ans pour le groupe aidé par IDE, contre 56 ans chez les patients autonomes en DP. La DP continue ambulatoire était la technique utilisée par 85% des patients aidés par IDE et 66% des patients assistés par un membre de la famille. L'utilisation de la DP assistée variait selon les centres. En analyse multiniveau, 16% de la variabilité de l'utilisation de la DP assistée n'est pas entièrement expliquée par les caractéristiques des patients et des centres. Cette variabilité résiduelle correspond à l'effet centre, qui peut être lié aux habitudes des néphrologues, à la sélection des patients au sein des centres, et à d'autres facteurs qui restent à déterminer.
Conclusion : L'utilisation de la DP assistée en France dépend des caractéristiques des patients et de la politique des centres de traitements.

Résumé III - Il y a-t-il une place pour l'HDD chez le sujet âgé ?
P. Brunet (Marseille)

(résumé non disponible)

Résumé IV - Comment les technologies de l'information et de la communication (TIC) peuvent améliorer la qualité du traitement de l'insuffisance rénale et changer le quotidien des soignants en néphrologie ?
B. Canaud, Professeur Emérite de Néphrologie
Université Montpellier I, UFR Médecine, Montpellier &
Chairman Medical Board EMEALA, FMC, Bad Homburg (Allemagne)

L'insuffisance rénale chronique ultime (IRC5) est devenue un problème de santé publique majeur au cours de ces dernières années. On estime à prés de 2,5 millions le nombre de patients traités par dialyse dans le monde, dont prés de 350000 en Europe et 45000 en France avec une prévalence qui progresse de 4 à 6% par an et un doublement estimé de ce nombre d'ici 2025.
Les défis à relever pour garantir un traitement de qualité aux patients insuffisants rénaux dans les prochaines années sont évidemment nombreux :
Comment endiguer le flot de nouveaux patients ?
Comment améliorer les résultats en termes de survie et de morbidité ? Comment gérer le flot d'informations générées par le traitement et le suivi de ces patients ? Comment améliorer la qualité de vie des patients et réduire le vécu ou le fardeau de cette maladie ? Comment faire face à une population de plus en plus âgée et porteuse d'handicaps et de comorbidités ?
Comment nos sociétés où nos modèles économiques vont ils pouvoir financer un traitement couteux et en croissance permanente ? Comment nos systèmes de santé vont-ils pouvoir absorber et trouver les ressources nécessaires (techniques, logistiques, humaines) pour faire face à ces besoins ? Comment mettre en adéquation une charge croissante de patients rénaux et à une pénurie relative de néphrologues et de soignants spécialisés ? Comment satisfaire les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les requêtes des autorités de santé ?
Autant de questions que nous devons nous poser en tant que soignant, organisme de soins ou prestataire de soins pour assurer la continuité et garantir la qualité du traitement administré aux patients insuffisants rénaux. Différents options ont été développées par les pays en fonction de leur système de santé et de leur maturité, mais aussi des choix de santé publique et des ressources économiques disponibles pour gérer ces flux de patients. Ces différents aspects qui impliquent des choix spécifiques de politique de santé propre aux pays ne seront pas abordés dans cette présentation.
En revanche, les technologies de l'information et de la communication qui se développent rapidement augurent d'une ère nouvelle dans la gestion des patients insuffisants rénaux et permettent d'envisager à très court terme des solutions susceptibles de résoudre en grande partie les problèmes évoqués. Cette présentation illustrera le potentiel de ces technologies de l'information et de la communication dans la gestion quotidienne des patients insuffisants rénaux dans leur parcours de soins et leur impact sur les résultats.

Résumé V - L'hémodialyse à domicile dans le RDPLF-HDD.
P.Y. Durand (Vannes)

Depuis 2012 le RDPLF est devenu un registre de dialyse à domicile incluant non seulement les patients de dialyse péritonéale mais également ceux traités en hémodialyse à domicile (HDD) dans un nouveau module qui lui est dédié. Sa mise à jour se fait en temps réel par Internet. Nous présentons les premiers résultats. 22 centres participent au module HDD.

174 patients ont été inclus (63 Belges, 11 Français). 57 ont été inclus rétrospectivement avant 2012 et 117 depuis 2012. Parmi les patients en cours de traitement (138) il y a 91 Français et 47 Belges correspondant en termes d'exhaustivité réciproquement à environ 35 % et 90 % pourcent des patients traités en HDD dans chacun des pays.

Il y a une nette prédominance masculine contrairement aux patients de DP (69% d'hommes) et l'âge médian est nettement plus jeune que pour ceux en DP (47,8 ans), de même la proportion de diabétiques est moitié moindre (12,3%)

Un seul centre utilise la surveillance par télémédecine. Sur la population prévalente de la période 2012 à Janvier 2015, 24,3 % effectuent trois séances par semaine, 19,3 quatre séances, 19,3 % cinq séances, 26,1 % six séances et 3,7 % sept séances. Les durées de chaque séance sont respectivement 300mn, 240mn, 150mn et 140 mn pour ceux à 6 ou 7 séances.

Une fistule native est utilisée dans 86,5 % des cas, mais un cathéter central dans 12,9 % des cas (Belgique). 55 % des patients sont autonomes pour la ponction. 51 complications de l'abord vasculaire ont été déclarées dont 74 % liées à une sténose ou thrombose de l'abord vasculaire.

Les machines les plus utilisées pour le domicile, dans cette cohorte non exhaustive, sont GAMBRO AK95-96 et 100 (40%), NX STAGE (36 %), FRESENIUS 4008 (14 %), PHYSIDIA (8%), BRAUN (2%).

11 % des patients ont connu un traitement par DP avant, 46 % avait eu un échec de transplantation.

Conclusion : les résultats préliminaires de cette cohorte suggèrent un type d'indications différentes et complémentaires de celles de la dialyse péritonéale. Près de la moitié des patients à domicile font ce choix après échec de greffe.
L'abord vasculaire demeure, comme le cathéter en DP, le talon d'Achille pour le succès de l'HDD. L'arrivée de nouvelles machines apparait synchrone de l'utilisation de techniques plus fréquentes voire quotidiennes. Une plus grande participation des centres d'HDD à ce registre permettra des analyses plus fines et plus fiables et un suivi en temps réel des résultats. Actuellement tous les centres reçoivent un bilan trimestriel dont est tiré ce résumé.

Résumé VI - Dialyse chez l'enfant HD ou DP, les leçons pour l'adulte.
M. Fischbach (Strasbourg)

La prise en charge des enfants nécessitant un programme de dialyse-transplantation rénale a bénéficié de nombreux progrès au décours de ces dernières décades. Le petit enfant, le nouveau-né peut bénéficier d'une dialyse chronique sans réelle limite de poids : dialyse péritonéale à partir de 1 à 2 kg (burettes, bicarbonate) hémodialyse à partir de 2 à 4 kg (carpe diem). La transplantation rénale est possible à partir de 7-8 kg de poids corporel (intrapéritonéale).
L'hémodialyse pédiatrique est effectuée avec des membranes de haute perméabilité, des liquides de dialyse ultra-purs et souvent un volume convectif est prescrit (hémodiafiltration). La dialyse quotidienne et intensive (hémodiafiltration avec volume convectif élevé) permet d'éviter la dénutrition : alimentation normale, non ou peu restrictive, maîtrise des facteurs de cachexie (inflammation, acidose, surcharge volumique). Ainsi, la croissance staturale est normale en dialyse intensive quotidienne en centre, en attente de transplantation rénale, préservant l'avenir cardiovasculaire.
La dialyse péritonéale pédiatrique a bénéficié des solutions au bicarbonate pour les petits enfants et en réanimation (post-opératoire, chirurgie des cardiopathies congénitales). La dialyse péritonéale automatisée par cycleur a vu le développement de la DPA-adaptée, avec une séquence de cycles courts à petit volume, suivie d'une séquence de cycles longs à grands volumes. Cette dialyse péritonéale optimise les échanges péritonéaux, en recrutant et privilégiant les petits pores (eau liée) plutôt que les aquaporines (eau libre). La DPA-Adaptée permet de favoriser une épuration des toxines urémiques sans surcoût, avec un volume de dialysat identique à celui d'une DPA conventionnelle. La DPA-Adaptée a tout particulièrement un impact sur le contrôle du volume : elle optimise le management de l'hypertension artérielle grâce à une ultrafiltration préférentiellement faite d'eau liée, eau et sodium.

Résumé VII - De la dialyse péritonéale à l'hémodialyse à domicile.
E. Goffin (Bruxelles, Belgique)

Notre programme de dialyse extra-hospitalière permet à tout patient insuffisant rénal terminal d'opter, après une information détaillée, pour un traitement intra-hospitalier par hémodialyse (HD) ou pour un traitement extra-hospitalier par dialyse péritonéale (DP), autodialyse dans un centre d'HD satellite « low care » ou par HD à domicile ; le seul critère discriminant, en l'absence de contre-indication évidente pour l'une ou l'autre technique, est le choix du patient : celui-ci opte pour le traitement substitutif à son insuffisance rénale qui lui convient le mieux (1). Chaque patient est pris en charge (initiation à la technique de dialyse, écolage, gestion des complications, mise en route du traitement au domicile, suivi) par la même équipe de dialyse extra-hospitalière qui gère tous les patients se dialysant en dehors de l'hôpital.
Des patients chez qui survient un échec technique de la DP (par ex, suite à une péritonite sévère requérant une ablation du cathéter de dialyse péritonéale, ou lorsqu'apparaît une complication mécanique liée à la technique de DP ou une perte d'efficacité de la membrane péritonéale), quelque soit d'ailleurs le moment où cet échec survient, deviennent de facto des candidats potentiels pour l'hémodialyse à domicile (2). Ils peuvent ainsi continuer à se traiter au domicile, avec tous les avantages bien connus que cela comportent (adaptation des horaires de dialyse au style de vie, maintient de l'activité professionnelle, etc …). De plus, une majorité d'entre eux va se dialyser de façon beaucoup plus intense (augmentation de la fréquence et/ou de la durée des séances de dialyses), mimant ainsi le schéma de fluctuations volémiques et de contrôle de la phosphorémie (et par, là du régime alimentaire et des apports liquidiens) qu'ils avaient en DP (2).
Dans l'analyse rétrospective de notre expérience en HD à domicile au cours des 40 dernières années, 246 patients ont commencé un premier traitement par HD à domicile (de-novo ou après avoir été préalablement traité par d'autres options thérapeutiques telles que HD en centre, transplantation rénale …) ; parmi eux, 17 provenaient directement du programme de dialyse péritonéale (3), confirmant ainsi l'hypothèse de nos collègues de Toronto qui postulent que des patients en échec technique de DP représentent une source potentielle de recrutement pour l'HD à domicile (2).
Une seule question reste non-résolue : chez quel patient en DP faut-il créer un accès vasculaire pour l'HD parce qu'il est à risque de transfert en HD à court terme ? Cette question n'est pas sans importance car on sait pertinemment bien actuellement que le facteur limitant le plus important pour l'HD à domicile est la ponction de la fistule artério-veineuse ou la connection via le cathéter central de dialyse. La création systématique d'une fistule artério-veineuse chez tout patient en DP a bien montré ses limites (4). Par contre, une analyse rétrospective intéressante utilisant une approche de risque compétitif auprès des patients du RDPLF en échec technique de DP au cours des 6 premiers mois de dialyse identifie un risque d'échec précoce de la DP chez des patients transférés d'HD en DP ou chez des patients pris en DP après un retour de greffe (5). C'est donc vraisemblablement dans cette population à risque d'échec précoce de la DP qu'un accès vasculaire pour l'HD doit être crée tôt, surtout si une option thérapeutique chez ces patients est l'HD à domicile.

Références :
1. Goovaerts T, Jadoul M, Goffin E. Influence of a pre-dialysis education program (PDEP) on the mode of renal replacement therapy. Nephrol Dial Transplant 2005 ; 20; 1842-1847
2. Tennankore K , Nadeau-Fredette AC, Chan TC. Intensified home hemodialysis : clinical benefits, risks and target populations. Nephrol Dial Transplant 2014 ; 29: 1342–1349

3. Goffin E, Goovaerts T, Carlier K et al. Descriptive analysis of a single-center 40-year home hemodialysis (HHD) experience, J Am Soc Nephrol 2012 ; 23, 456A

4. Beckingham IJ, O'Rourke JS, Bishop MC et al. Are back-up arteriovenous fistulae necessary for patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis ? Lancet 1993 ; 341 : 1384-1386

5. Béchade C, Guittet L, Evans D et al. Early failure in patients starting peritoneal dialysis : a competing risk approach. Nephrol Dial Transplant 2014 ; 29 : 2127-2135

Résumé VIII - Résultats généraux du module infirmier dans le RDPLF.

Ghislaine Veniez (Pontoise) et toutes les infirmières des centres du RDPLF.

Le module infirmier du RDPLF existe depuis 1986 et regroupe les différents aspects infirmiers de la mise à domicile des patients en dialyse péritonéale. Nous présentons ses principaux résultats.

Constitués de 56 questions ne nécessitant pas le recours au dossier médical et facile à saisir de mémoire, le module infirmier est saisi une seule fois à la mise à domicile et lié aux autres modules du RDPLF. Depuis 1986, 10593 patients ont été enregistrés dans ce module. Environ 500 à 600 nouveaux patients provenant de 66 centres (soit environ 40 % des centres) sont inclus chaque année.

Depuis Janvier 2014 les centres peuvent saisir les fiches par Internet et accéder à leurs propres résultats.

En 2014 du 1er janvier au 31 décembre, 522 patients ont été inclus. 53 % étaient autonomes, 6 % assistés par leur famille et 41 % par une infirmière à domicile.

Caractéristiques des patients non autonomes :

56 % sont des hommes et 44 % des femmes
Moyenne d'âge : 74 ans ±14
37 % avait un handicap visuel et/ou auditif
12 % un handicap manuel

Caractéristiques des patients autonomes :

Moyenne d'âge : 55 ans ±16
61 % sont des hommes et 39 % des femmes
20 % avait un handicap visuel et/ou auditif
5 % un handicap manuel

Ces patients effectuent en moyenne leur premier changement de poche au cours des 3 premiers jours d'éducation. La durée de formation est en moyenne de 12 jours avec une médiane à 8 jours.

Au moment de la mise à domicile des patients autonomes :
- 8% ont été mis sur un autre système que celui prévu au départ
- 25 % ne savent pas adapter leurs poches
- 95 % savent prendre leur pression artérielle
- 53 % ont eu un enseignement uniquement théorique du diagnostic de péritonite alors que 47 % ont eu à la fois une explication théorique et un exemple pratique.
- La technique d'injection dans les poches n'est enseignée qu'à 21 % des patients.

Conclusions : ces données ne représentent qu'une partie de celles exploitables dans ce module. Elles mettent en évidence, grâce à l'assistance par infirmière libérale, la possibilité de maintenir à domicile des patients mono ou multi handicapés et âgés. Chez les patients autonomes, en cas de difficultés initiales il peut être utile d'utiliser un système de dialyse différent de celui qui était prévu à l'origine. La réduction du taux des péritonites ces dernières années explique probablement que la technique d'injection dans les poches soit enseignée uniquement chez un faible pourcentage de patients. Un groupe de travail a été récemment constitué pour moderniser ce module ancien afin de l'adapter aux pratiques modernes et d'y inclure les éléments d'éducation thérapeutique. Il pourra ainsi permettre aux centres de recevoir annuellement par le RDPLF un rapport sur leur activité d'éducation thérapeutique qu'ils pourront utiliser auprès de leur administration.

Résumé IX - Information générale sur la base de données du RDPLF.

Christian Verger (Pontoise) avec la participation de tous les centres du RDPLF.

Le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française a été créé en1986 avec saisie rétrospective des données depuis 1979. Trente quatre mille patients ont été inclus constituant le plus grosse base de données européenne en dialyse péritonéale. Nous rappelons sa structure et ses principaux résultats.

215 centres de DP ont participé depuis le début, et 168 centres continuent avec une mise à jour au moins trimestrielle (quotidienne et en temps réel pour ceux qui se connectent par le WEB). Il faut ajouter 22 centres participant au module récemment créé pour le suivi de l'hémodialyse à domicile. 3402 patients en cours de traitement sont suivis en 2015, dont 2700 en France Métropolitaine soit 100 % de ceux également inclu dans le registre REIN. Les patients en cours de traitement suivis dans les autres pays qui participent comprennent la Belgique (231 patients), la Suisse (32 patients), le Maroc (82 patients) et la Tunisie (212 patients).

Les indications diffèrent selon les pays : en France l'âge moyen des nouveaux patients pris en 2014 en DP était de 65 ans, 59 ans en Belgique, 48 ans en Afrique du nord (Tunisie et Maroc). Le recours à une infirmière libérale prédomine en France pour près de 50 % des malades, alors que l'assistance à domicile se fait presque exclusivement avec la famille en Afrique.

Le taux d'infection péritonéale se situe autour d'un épisode tous les 3 à 4 ans dans tous les pays. 42 % des patients sont traités sur machine en France contre 69 % en Belgique, 55 % au Maroc, 56 % en Tunisie. Seulement 17 % des patients assistés par infirmière libérale en France sont dialysés sur machine. La survie n'a de valeur qu'ajustée en fonction de l'âge et des comorbidités. On peut remarquer cependant, que tous âges et comorbidités confondus près de 2000 patients ont plus de 5 ans de traitement voir 10 ans et même 20 ans pour quelques uns, les arrêts de dialyse chez les plus jeunes sont généralement liés à la transplantation et chez les plus âgés aux décès.

La création de nouveaux modules dans le RDPLF suggère depuis récemment le rôle croissant du recours à la dialyse péritonéale pour traiter l'insuffisance cardiaque stade III ou IV. L'échec d'implantation du cathéter demeure un talon d'achille

de la technique.
Le RDPLF est une structure au service des centres pour leur permettre de s'évaluer et de s'améliorer. Outil de prescripton et de recherche, il est à la disposition de tous pour réaliser tous travaux. Accessible en tant réel en ligne , avec une exhaustivité importante voire totale pour la France, il représente un outil épidémiologique au service de tous.

Résumé X - Le cathéter dans le RDPLF.
Isabelle Vernier (Narbonne)

Le module cathéter du RDPLF a été créé en 1997, et modifié en 2011 pour intégrer les complications mécaniques qui n'étaient jusque là pas colligées (fiche de recueil version 2, dite « v2 »).
Cette nouvelle version correspond aux attentes puisque 75 centres y participent régulièrement (à jour depuis moins de 3 mois) et 81 centres ont inscrit des cathéters v2 ; 673 cathéters/an en moyenne ont été enregistrés pour la v2 de 2012 à 2014 contre 380 cathéters/an entre 1997 et 2011.
A la date du 31 décembre 2014, 7251 cathéters sont inclus dans la base de données, dont 2660 « v2 ». 707 cathéters ont été posés par la technique de Moncrief, soit 9,75 % sur l'ensemble et 287 « v2 » (10,8 %).
L'incidence des infections de cathéter diminue au fil des ans, d'1 épisode tous les 71 mois x patient entre 1998 et 2000, à 1 épisode tous les 128,3 mois x patient entre 2010 et 2014. L'écologie bactérienne s'est également modifiée, avec l'augmentation des Pseudomonas (14%), même si les Staphylocoques restent prédominants (51,4%). L'antibioprophylaxie, bien qu'elle fasse partie des recommandations, n'est pas encore systématique (58 % des poses).
Sur les cathéters « v2 », les complications infectieuses sont plus fréquentes que les complications mécaniques (52,4 vs 47,6%) et 2 cathéters sur 5 font l'objet d'une de ces complications. Les complications mécaniques impactent 2 fois plus la survie des cathéters puisqu'elles sont responsables de 66,8 % des pertes de cathéters.
La survie des cathéters est excellente : 92,2 % à 1 an, 81,5 % à 5 ans pour les cathéters posés dans la dernière décennie.

Résumé XI - Insuffisance cardiaque dans le RDPLF.
F Vrtovsnik[1],[2], G Jondeau[1],[2], C Verger[3] et le "groupe Coeur" du RDPLF[4]
[1] Université Paris-Diderot (Paris)
[2] Hôpital Bichat, AP-HP(Paris)
[3] RDPLF, (Pontoise)
[4] D. Aguiera (Vichy), R. Azar (Dunkerque), J. Chanliau (Nancy), Cécile Courivaud (Besançon), Caroline du Halgouet (Paris), M. Dratwa (Bruxelles), B. Issad (Paris), Marie Jeanne Krier-Coudert (Nancy), Célia Lessoré (Lille), Th. Lobbedez (Caen), Marie Béatrice Nogier (Toulouse), A. Testa (Nantes), Isabelle Vernier (Narbonne)

Grâce à la participation des centres de Besançon, Brest, Bruxelles, Caen, Corbeil, Dunkerque, Lille, Muret, Narbonnne, Paris (Bichat), Reims, Rennes, Toulouse, Valenciennes, Verdun et Vichy).

Introduction : L'insuffisance cardiaque (IC) est une comorbidité fréquente et sévère des patients (pts) dialysés. Réciproquement, une insuffisance rénale chronique modérée à sévère est observée chez 30% des pts de la cohorte "Acute Decompensated Failure National Registry" dont 5% sont en dialyse. En cas d'IC réfractaire, plusieurs études rétrospectives ou monocentriques ont rapporté un bénéfice clinique de l'ultrafiltration péritonéale mais cette stratégie thérapeutique nécessite d'être évaluée.
Le principal objectif du « module cœur » est de colliger de manière prospective et longitudinale les données relatives à l'état cardiaque et aux paramètres de dialyse de pts en DP ayant une IC.

Méthode : Le RDPLF constitue la plus grande cohorte francophone de pts en DP, incluant la quasi totalité des pts en France en 2015. Tous les centres participant complètent en temps réel un ensemble de modules comportant des données socio-démographiques et cliniques, et portant sur les épisodes d'infections péritonéales et le devenir des pts ; plusieurs modules optionnels spécialisés sont accessibles. Le « module cœur » comprend des données initiales puis un recueil trimestriel des données relatives à l'état cardiaque, au traitement, au nombre et à la durée des hospitalisations, et à la dialyse.

Résultats : 96 pts ont été inclus par 16 centres depuis l'ouverture du module en février 2013. La DP a été débutée du fait de l'IC dans 76%. Le DFGe médian est de 21 ml/mn/1.73m^2 et le DFGe>15ml/mn/1.73m^2 dans 75%. Cinquante quatre pour cent des patients ont une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) <30% et 75% ont une classe III-IV de la NYHA. La durée moyenne d'hospitalisation est de 31 j/pt/an durant l'année précédente. Les données de suivi sont disponibles chez 81 pts dont le recul d'observation est d'au moins 1 an : 14 d'entre eux sont décédés soit 17,3 %. Au sein de ce groupe lorsque la néphropathie initiale est indiquée « Syndrome cardio rénale » la mortalité est de 22,5 % la première année lorsque la cause de mise en DP est insuffisance cardiaque elle est de 19,4 %. Lorsque les patients ont eu deux bilans (58 patients) , la durée moyenne entre l'inclusion et le second bilan a été de 93 jours (28 à 369) : 23 % ont été hospitalisé au moins une fois contre 82 % avant la mise en DP. Et la durée moyenne d'hospitalisation a été de 5,8 jours par an au lieu de 31 jours avant dialyse.
La FEVG a augmenté de plus de 10% chez 17/58 soit 29 % des patients. 61 % des patients ont diminué ou normalisé leur BNP.

Conclusion : La diminution du taux d'hospitalisation observée dans cette cohorte confirme les données des études rétrospectives déjà publiées. Ces résultats demeurent préliminaires tant que la cohorte et le recul ne sont pas plus importants. Ils laissent supposer néanmoins que la dialyse péritonéale peut apporter un bénéfice à ces patients malgré le taux de mortalité élevé chez ces population à haut risque. L'extension de cette cohorte devrait permettre de définir les caractéristiques de l'IC bénéficiant au mieux de la prise en charge en DP**.**

Résumé 5 - Mise en place du cathéter de dialyse péritonéale : quelle est la meilleure méthode ?

M. L. Mosbah, N. Kassa, H. Zaidi, L. Belkacemi, T. Rayane
CHU Pr. Nefissa Hamoud -Heussein Dey (Alger, Algérie)

Introduction : Le cathéter de dialyse péritonéale (DP) permet un accès permanent à la cavité péritonéale, sa mise en place doit répondre à plusieurs impératifs dont dépend le succès de la technique.

Matériels et méthodes : On a étudié les cas de 12 patients mis en DP: 7 hommes et 5 femmes, leur âge varie de 11 à 85 ans, avec un âge moyen de 47 ans. Les cathéters de DP type TENCKHOFF étaient placés par mini-laparotomie sous ombilicale, le 1er manchon de ce dernier était fixé au niveau de l'aponévrose du muscle grand droit et le 2eme au niveau sous cutané. Lors de la réalisation du trajet sous cutané on a identifié 2 groupes : groupe A formé de 6 patients chez qui on a utilisé un tunnélisateur pelable, dans le groupe B le trajet était fait par tunnélisation instrumentale à la pince. Les échanges étaient commencés au 7ème jour chez tous les malades; puis on a recherché les complications durant les 3 premiers mois.

Résultats : L'ensemble des complications enregistrées chez les 12 patients a été observé avec un recul de 10j à 3mois, elles se répartissaient en complications infectieuses dans 10 cas (7 péritonites, 2 infections de l'orifice de sortie du cathéter et une tunnélite), et non infectieuses représentées par 4 fuites. La comparaison des 2 groupes donne les résultats suivants : l'infection de l'orifice représente 33% dans le groupe B vs 0 dans le groupe A ; la tunnelite est de 16% dans le groupe B vs 0 dans le groupe A ; la péritonite est de 83% dans le groupe B vs 33% dans le groupe A ; la fuite représente 67% dans le groupe B vs 0 dans le groupe A.

Discussion et conclusion : Au terme de ces résultats on peut conclure que la différence entre les 2 groupes est très significative en faveur du groupe A d'où l'intérêt d'utiliser un tunnélisateur pelable pour le trajet sous cutané chaque fois que cela est possible.

Références : Ryckelynck JP et al. Dialyse Péritonéale.
EMC Néphrologie-Urologie, 18-063-B-50,2003, 8p

Résumé 6 - Rôle de l'infirmier dans la prise en charge du diabétique hémodialysé.

Mahfoudh Aloui, Habib Ben Seghair
(Tunis, Tunisie)

La Néphropathie Diabétique est la première cause d'insuffisance rénale terminale et de mise en hémodialyse à travers le Monde et en Tunisie.

L'hémodialyse est la technique principale d'épuration extra-rénale chez les Diabétiques.
La surveillance par l'infirmier des constantes de la dialyse et des paramètres hémodynamiques permet un bon déroulement de la séance.
Sa vigilance permettra de prévenir les complications telles que les chutes tensionnelles et les hypoglycémies pouvant être néfastes sur le pronostic vital du diabétique hémodialysé.

Résumé 7 - Le risque d'infection péritonéale est-il plus élevé chez les sujets de plus de 75 ans traités par dialyse péritonéale ?

S. Duquennoy[1], Clémence Bechade[1], C. Verger[2], M. Ficheux[1], JPh Ryckelynck[1], Th Lobbedez[1]
[1]Néphrologie, CHU Clémenceau (Caen)
[2]RDPLF (Pontoise)

Introduction : L'objectif de cette étude était de déterminer si le risque d'infection péritonéale était plus élevé chez les sujets âgés de plus de 75 ans traités par la dialyse péritonéale comparativement aux patients plus jeunes.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 8396 patients incidents en dialyse péritonéale entre 01/01/2003 et le 31/12/2010. Le délai de survenue du premier épisode de péritonite après la mise en dialyse et le nombre d'infection péritonéale durant la période d'exposition ont été calculés. Les patients étaient séparés en deux groupes selon l'âge de 75 ans. Un modèle de Cox et une régression de Poisson permettant de modéliser l'incidence des péritonites ont été utilisés pour l'analyse statistique.

Résultats : Parmi les 8396 patients inclus, 3173 étaient âgés de plus de 75 ans. En analyse bivariée avec un modèle de Cox il n'a pas été observé d'association entre l'âge supérieur à 75 ans et le risque de péritonite, avec un modèle de Poisson l'âge de plus de 75 ans était associé à une diminution du risque d'infection. Le diabète, l'échec de transplantation rénale et un traitement par DPCA étaient associés à une augmentation du risque d'infection péritonéale. L'assistance par une infirmière était associée à une diminution du risque de péritonite. L'analyse multivariée avec un modèle de Cox montrait que l'âge supérieur à 75 ans n'était pas associé au risque de péritonite [HR : 0.97 (0.88-1.07)], en régression de Poisson l'âge restait associé à une diminution du risque d'infection après ajustement [IRR : 0.91 (0.85-0.97)].

Discussion et conclusion : Le risque d'infection péritonéale n'est pas augmenté chez les patients âgés de plus de 75 ans traités par la dialyse péritonéale dans un pays où l'assistance à domicile par une infirmière permet de traiter les sujets non autonomes.

Résumé 8 - Pose du cathéter de dialyse péritonéale sous anesthésie locorégionale : étude de faisabilité.

Emmanuelle Hecquet[1], Cécile Bonnamy[2], Catherine Levesque[2], Clémence Béchade[1], M. Ficheux[1], Th. Lobbedez[1]
[1]Néphrologie, CHU Clémenceau (Caen),
[2]Chirurgie Ambulatoire, Clinique de la Miséricorde (Caen)

Introduction : L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité de la pose d'un cathéter de dialyse péritonéale, par laparotomie, sous anesthésie locorégionale, grâce au Transversus Abdominis Plane Bloc.

Patients et méthodes : Etude descriptive, mono-centrique, réalisée du 1er septembre 2011 au 31 juillet 2013. Ont été inclus tous les patients majeurs, ayant eu une pose de cathéter de dialyse péritonéale, par laparotomie, sous Transversus Abdominis Plane Bloc, du fait d'une contre-indication à l'anesthésie générale. Le critère principal était la douleur opératoire. Le fonctionnement du cathéter était évalué par un test d'infusion drainage en per opératoire, à 10 jours puis lors de l'initiation de la dialyse. Les complications opératoires et et post opératoires étaient recherchées.

Résultats : 37 patients ont pu être inclus. Parmi eux, 28 (75,7%), 26 (70,3%) et 31 (83,8%) n'ont pas exprimé de douleur durant la procédure, à deux heures et à quatre heures. Cinq complications précoces ont été observées à type d'hématome de paroi au site d'insertion (4), et d'hémopéritoine (1). Le fonctionnement du cathéter était estimé bon, en per-opératoire et à 10 jours chez 35/37 (94,6%) patients, et lors de l'initiation de la dialyse pour 29/36 (80,6%) patients.

Conclusion : Le Transversus Abdominis Plane Bloc, peut être considéré comme une alternative à l'anesthésie générale, pour l'insertion des cathéters de dialyse péritonéale par laparotomie, chez le patient comorbide, insuffisant rénal chronique terminal.

Résumé 9 - Le pied du patient hémodialysé et importance d'une prise en charge préventive néphro-podologique : photographie et expérience d'un centre francilien.

A.Abbassi[1], S. Roueff[1], Lilia Kihal[1], Fatima Yazbeck[1], Dalila Kesraoui[1], I. El Hachemi[1], P. Breton[2] Alexandra Lieppe[2]
[1]Hopitaux-St-Maurice CTIRC (St-Maurice),
[2]Ecole de Pédicurie Assas (Paris)

Introduction : L'IRC terminale et son traitement sont responsables de nombreuses complications.
Le pied, parfois oublié, souvent négligé par le patient et les soignants, est régulièrement le siège de lésions.qui peuvent entrainer de graves conséquences.
Dépistées tôt et soignées à temps, les petites lésions guérissent généralement.
C'est l'objectif du programme de prévention et d'éducation mené par le centre en collaboration avec l'ECOLE ASSAS de pédicurie. Cela a permis de mettre au point un livret d'information et éducation thérapeutique «Je prends mes pieds en main» outil pour Eduquer, Prévenir, Dépister, Soigner.

Matériels et méthodes : Tous les patients hémodialysés du centre ont bénéficié d'une évaluation podologique. Seuls 71 patients ont été analysés en 2013. L'âge moyen est de 71 ans.20% des patients sont diabétiques et 34% sont artéritiques. Les lésions observées ont été classées en catégories selon les facteurs de risque : Soins et chaussants – Troubles cutanés - Troubles ostéo-articulaires - Troubles neurologiques - Troubles vasculaires, Troubles du métabolisme phosphocalciques.

Résultats : 34 % des patients ont une hyperkératose. 15% une plaie et 10% une atteinte mycosique. 3% une amputation 41 patients n'avaient aucune prise en charge (APP) en podopédicurie. 32 pratiquent des auto-soins à risque (ASR) avec une bonne corrélation entre (APP) et (ASR). 9 ont un chaussage inadapté. 58% des patients ont une fragilité cutanée (FC) 49% ont une déformation unguéale (DU) et 32% ont une coloration unguéale anormale (CU). La majorité de ces patients n'ont ni diabète ni artérite (30FC/24DU/CU13%). Les patients artéritiques sont les plus à risque pour ces troubles cutanés (23/18/17).
63% des patients ont une limitation de la 1ère métatarso-phalangienne, 65% de la talo-crurale, 39% une déformation de l'hallux et 63% ont une déformation d'un autre orteil. 63% ont une PTH entre 150–600 pg/ml. 31% < 150 et 6% supérieure à 600 pg/ml. 38% des patients ont des troubles de la sensibilité superficielle, 28% des troubles de la sensibilité profonde et 20% des troubles de la proprioception, en particulier chez les patients artéritiques (17/11/8%) comparativement aux patients diabétiques (8/7/3%). 30% ont une couleur anormale de la peau en particulier chez les artéritiques (14%). 20% ont une abolition du pouls pédieux et 25% du pouls tibial postérieur.15% des patients ont des OMI. 69% ont un IPS normale entre 0,91 et 1,30. 24% ont un signe d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec un IPS < 0,9. 7% un signe de médiacalcose avec un IPS > 1,30.

Conclusion : Les troubles trophiques sont fréquents, souvent asymptomatiques et peuvent être responsables de complications sévères chez le patient traité par dialyse. L'examen régulier des pieds est indispensable afin de dépister, traiter à temps ces lésions et éviter peut être ces complications. Des mesures préventives doivent être mises en place ainsi que des programmes d'éducation thérapeutique. Une collaboration néphro-podologique est le garant d'une prise en charge de qualité.

Résumé 10 - Dénutrition et cicatrisation des plaies chez les patients traités par dialyse dans une unité de SRR néphrologique.

Véronique Lambert, Sophie Besson, S. Roueff, A. Abbassi
Hôpitaux-Saint-Maurice CTIRC (Saint-Maurice)

Les troubles trophiques sont fréquemment rencontrés chez les patients traités par dialyse. Leur cicatrisation est fortement influencée par l'état nutritionnel de ces patients dont 20 à 36% sont dénutris (2). Le but de cette étude est d'évaluer les plaies observées chez ces patients, leur état nutritionnel et analyser les facteurs favorisants liés aux pathologies associées.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective incluant 17 patients, porteurs de plaies, hospitalisés dans le service en 2012. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan d'évaluation cutanée et des plaies à l'admission ainsi qu'un bilan nutritionnel. Nous avons analysé les données morpho-cliniques des patients, leurs paramètres nutritionnels et les plaies observées ainsi que leur évolution après une prise en charge pluridisciplinaire et nutritionnelle suffisante et adaptée.

Résultats : Parmi les 17 patients, 15 étaient traités par Hémodialyse, 1 par DPCA et 1 par greffe rénale. L'âge moyen était de 70 ans avec 11 hommes et 6 femmes. 9 patients étaient

diabétiques et 14 artéritiques.
Sur le plan nutritionnel, tous les patients présentaient des critères de dénutrition :

	Variation poids	IMC	Albumine	Pré Albumine
Résultat	- 8 %	27	26	0.22

12 patients (70%) avaient une dénutrition sévère avec une Albumine < 35 gr/l et une baisse du poids > 5 %. 4 patients avaient un IMC >30 avec une pré-albumine moyenne à 0.19 g/l et Albumine moyenne à 28 g/l. Tous les patients ont eu une prise en charge diététique adaptée.
Sur le plan trophique, 10 patients avaient des escarres dont 7 au stade 3 et 4. 5 une amputation et 10 d'autres lésions (7 distales, 1 mal perforant plantaire, 1 ulcéro-nécrotiques tibiales et 1 inguinale infectée). Tous les patients ont eu des soins locaux adaptés avec décharge et recours à la thérapie par pression négative dans 3 cas. 13 patients ont reçu une antibiothérapie devant une surinfection. 5 patients ont eu un geste de revascularisation.
Selon la pathologie associée et le type de plaie, le tableau montre les données des patients :

	Age	IMC	Delta Poids	Albumine	Pré Albumie	Escarre / Amputa	infection/ antibio	Diab /Art / Revascula
Diabéti	66	30	- 7%	28	0.25	5/4	7/9	9/8/4
Artéritiqu	70	28	- 7%	27	0.23	7/4	12/14	8/14/5
Escarres	75	26	-10%	27	0.21	10/1	6/10	5/7/0

Discussion : Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire et nutritionnelle adaptée. Elle a permis la cicatrisation des plaies chez 15 des 17 patients (88%). Les paramètres nutritionnels des patients se sont améliorés : la variation du poids n'a pas changé (71.4 vs 718 kg) expliquée par la correction de l'état d'hydratation des patients. L'Albumine a augmenté de 26 à 30 gr/l et la Pré-Albumine moyenne de 0.22 à 0.27.

Conclusion : La dénutrition et les troubles trophiques sont fréquents chez les patients traités par dialyse. En l'absence de prise en charge de qualité, les plaies s'aggraveront inéluctablement. Une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire et nutritionnelle, est par conséquent indispensable. La correction de l'état nutritionnel est un garant de la cicatrisation des plaies.

Résumé 11 - Pharmacocinétique de la daptomycine administrée par voie intrapéritonéale : données préliminaires du protocole DaptoDP.

Laure Peyro Saint Paul[1], M. Ficheux[2], Danièle Debruyne[3], Magalie Loilier[3], R. Verdon[4], V. Cattoir[5], N. Bouvier[2], Th. Lobbedez[2]
[1]Recherche Clinique, bureau 03-031, [2]Néphrologie, [3]Pharmacologie, [4]Infectiologie, [5]Microbiologie (Caen)

Contexte : L'un des risques majeurs de la dialyse péritonéale (DP) est l'infection du liquide de DP. Il est recommandé d'administrer les antibiotiques par voie intrapéritonéale (IP). La daptomycine (DAP) est un antibiotique généralement bien toléré indispensable à l'arsenal thérapeutique face à l'émergence des résistances, notamment à la vancomycine. Notre étude porte sur la pharmacocinétique de la DAP administrée par voie IP chez des patients souffrant d'infection du liquide de DP.

Objectif : L'objectif principal était de cibler la posologie de DAP qui permettra d'obtenir une concentration suffisante in situ (concentration IP >16mg/L pendant 6-24h) et n'atteignant pas les seuils de toxicité systémique (concentration maximale plasmatique <120mg/L et concentration résiduelle plasmatique à 14 jours <25mg/L).

Matériel et méthodes : Le protocole DaptoDP (Clinical Trial N°2012-005699-33) approuvée par le CPP NOI et autorisé par l'ANSM (EudraCT 2013-005699-33) doit inclure 12 patients souffrant d'infection du liquide de DP. Ils reçoivent une antibiothérapie de soins courants dans la première stase puis la DAP administrée dans le milieu Nutrineal® pendant une stase de 6 heures, tous les jours pendant 14 jours. Les concentrations plasmatiques et IP de DAP ont été mesurées à 1, 5 et 14 jours. La dose initialement testée était de 200 mg/j.

Résultats : A ce jour, 4 patients ont été inclus : 3 femmes et un homme, d'âge moyen de 65 ans [59-74], en DP depuis 36 mois [19-74], et tous anuriques. Trois patients ont reçu au moins 5 jours de DAP. Deux patients sont sortis prématurément de l'étude : l'un à J1 pour une culture de liquide de DP positive à bacille à Gram négatif, l'autre à J5 pour infection à levures. A J5, les concentrations maximales plasmatiques étaient en moyenne de 8,6 mg/L [6,7-9,9], les concentrations IP après 6 heures de stase étaient en moyenne de 13,9 mg/L [6,3-23,4]. Une seule concentration résiduelle était interprétable à J14 (deux sorties avant la fin du protocole et un patient ayant manqué la prise à J12, J13) : 10,3 mg/L. Aucun effet indésirable grave lié à la DAP n'a été rapporté.

Discussion : Les concentrations plasmatiques sont inférieures aux seuils de toxicité, ce qui est rassurant, mais la concentration IP après 6 heures de stase a été jugée trop faible. Un comité scientifique multidisciplinaire s'est réuni : il a constaté le passage rapide de la DAP du compartiment IP vers le secteur vasculaire et estime que les concentrations mesurées dans les liquides biologiques permettent de proposer d'amender le protocole en augmentant la posologie à 300mg/j.

Conclusion : La modification substantielle est soumise aux autorités, si elle est acceptée, le protocole se poursuivra et le comité scientifique se réunira après trois nouveaux patients pour constater si l'hypothèse d'une dose optimale à 300 mg/j est vérifiée.

Résumé 12 - Baisse du taux de péritonites associé à la participation au protocole de recherche « Taurolidine ».

B Branger[1], P. Reboul[2], S. Cariou[2]
[1]Aider, [2]Service de Néphrologie, CHRU (Nîmes)

Le centre de Nîmes a été l'initiateur du protocole « Efficacité du TaurolockR dans la prévention primaire des péritonites bactériennes chez les insuffisants rénaux en dialyse péritonéale : un essai randomisé multicentrique, en double aveugle contre placebo ». Le protocole a consisté en un recrutement sur 3 ans et un suivi sur 2 ans.
Les inclusions ont débuté en 2010, pour se terminer en décembre 2013. 13 centres ont inclus au total 151 patients.
Le centre de Nîmes a inclus 35 patients pendant cette période,

31 patients de 2011 à 2013, soit 90 % des patients pris en charges en DP sur ce site pendant les périodes considérées.
L'organisation de la randomisation a été telle que chaque centre a eu un recrutement équilibré entre TaurolockR et placebo.
L'incidence des épisodes de péritonite est suivie en temps réel dans notre équipe et les moyennes annuelles sont les suivantes exprimées en patients -mois :
2010 : 46.4 2011 : 37 2012 : 45 2013 : 108** 2014 : 124**. ** P<0.01
La levée de l'insu sera réalisée en décembre 2015, mais il est possible que l'effet du TaurolockR apparaisse car la moitié des patients recrutés en bénéficie. Le décalage des résultats par rapport aux inclusions (2011 : 11 patients, 2012 : 13 patients, 2013 : 7 patients rend compte simplement du délai nécessaire à l'exposition au risque, ce qui avait été bien prévu dans notre protocole.
Il est également possible que la simple participation à un protocole de recherche clinique améliore sensiblement les résultats, comme cela a déjà été montré il y a de nombreuses années par l'équipe de J. Bergstrom.
Une analyse plus détaillée de la bactériologie des épisodes de péritonites sera présentée.

Résumé 13 - Syndrome cardiorénal de type 2 avec insuffisance cardiaque réfractaire : profil, prise en charge et devenir des patients.

Florence Sens[1,2],Sandrine Lemoine[1,2],
Fitsum Guebre-Egziabher[1], E. Bonnefoy-Cudraz[2,3],
L. Sebbag[4] , L. Juillard [1,2]
[1]Service de Néphrologie et Hypertension artérielle, Hôpital Edouard Herriot (Lyon)
[2] Université Claude Bernard Lyon 1 (Lyon)
[3] Unité de Soins Intensifs de Cardiologie Hôpital Louis Pradel (Bron)
[4]Service de Transplantation Cardiaque Hôpital Louis Pradel (Bron)

Introduction : La prise en charge des patients présentant un syndrome cardio-rénal de type 2 nécessite une étroite collaboration cardio-néphrologique et une meilleure caractérisation des patients et de leur pronostic.

Patients et méthode : Afin de mieux connaître et orienter les patients présentant un syndrome cardio-rénal, une filière de prise en charge des insuffisances cardiaques réfractaires avec insuffisance rénale a été mise en place entre les services de cardiologie du CHU de Lyon et le service de néphrologie de l'Hôpital Edouard Herriot à Lyon. Dans ce cadre, 79 patients ont été étudiés, avec un recueil prospectif de plus de 200 données initiales et des données de suivi longitudinal.

Résultats : Caractéristiques des patients : Le pourcentage de femmes est de 36%, l'âge moyen de 67 ans. Les cardiopathies sont principalement d'origine ischémique (33%), valvulaire (28%) et dilatée (17%). 55% des patients présentent une fonction VG diminuée (FEVG<40%), et la fonction VD est le plus souvent altérée (TAPSE<16mm). Le DFG est mesuré par clairance de l'inuline en moyenne à 26ml/min/1,73m2, tandis que les formules MDRD et CKD-epi l'estiment respectivement à 41 et 42ml/min/1,73m2.

Orientation des patients : Selon leur profil, leur souhait et leur pronostic, les patients ont été orientés vers la dialyse péritonéale (26%), l'hémodialyse (19%), une optimisation thérapeutique (35%) ou un suivi médical renforcé avec traitement conservateur (20%). Devenir des patients : la survie médiane des patients de la cohorte est de 21,1 mois. Elle diminue à 12,6 mois si l'on considère uniquement les patients ayant présenté, au cours de l'année précédente, au moins 3 épisodes de décompensation cardiaque. Parmi les 3 groupes au sein desquels la congestion était considérée comme réfractaire à tout traitement médical (DP, HD et traitement conservateur), on ne constate pas de différence de survie entre les groupes. Ces groupes se distinguent principalement par l'âge des patients (plus élevé dans le groupe traitement conservateur) et le taux de prise en charge dans une situation d'insuffisance rénale aigue sévère (plus élevé dans le groupe hémodialyse).

Conclusion : Les patients présentant un syndrome cardio rénal de type 2 avec une insuffisance cardiaque étiquetée réfractaire présentent des profils divers. Ils nécessitent l'élaboration d'un projet individualisé, régulièrement réévalué. Leur bénéfice à recourir aux différentes modalités d'ultrafiltration ne semble pas se mesurer en terme de survie. Il devra être évalué, au mieux dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, en terme de qualité de vie et de diminution des ré hospitalisations.

Résumé 14 - La DPA en Nouvelle Calédonie, 20 ans d'une expérience insulaire: particularités, contraintes et avenir.

C. Formet
Association de dialyse ATIR (Nouméa, Nouvelle-Calédonie)

L'ATIR est une association de dialyse crée en 1992 sur le territoire de la Nouvelle Calédonie. Sa mission est de gérer le traitement de l'insuffisance rénale hors hôpital. Dès sa création en 1992, elle a géré le traitement par DPCA puis, depuis 1995, la DPA. Aujourd'hui, plus de 300 patients sont traités dans ses différentes unités, dont plus de 45 patients en dialyse péritonéale (environ 40 DPA et 5 DPCA).

Nous souhaiterions aujourd'hui partager notre expérience autour de la DPA, en présentant notre pratique de centre océanien.

Résumé 15 - Les ateliers patients en dialyse péritonéale « De l'individuel au collectif »

Carole Neunreuther, Elvire Willaume
ALTIR Hôpitaux de Brabois (Vandoeuvre-les-Nancy)

Introduction : L'autonomie complète ou même partielle du patient en dialyse péritonéale dans la prise en charge de son traitement a prouvé son efficacité dans le cadre de l'amélioration de sa qualité de vie. Inscrite dans un programme d'éducation thérapeutique du patient (E.T.P.), cette prise en charge individuelle et holistique lui permet de faire émerger ses besoins et ses attentes. Ainsi, une équipe pluri-disciplinaire gravite autour de lui afin d'optimiser sa mise à domicile.
Cependant, il est à noter que les moments d'échanges ou de partages entre patients restent rares. Alors, en corrélation avec les recommandations de l' H.A.S. sur l'intérêt d'associer une prise en charge individuelle et collective, des ateliers thématiques ont vu le jour au sein de l'association.

Notre expérience dans l'élaboration du projet « séances collectives » en DP :
Focus sur « le patient ressource », partenaire indispensable dans le projet, il agit en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.
Trois ateliers, trois thèmes :
Diététique : « A table pour les fêtes ! »
Médicament : « Au top dans mes médocs ! »
Qualité de vie : « La DP dans ma vie ... »
La mise en place de ces ateliers a nécessité des réunions préparatoires entre les différents intervenants afin de fixer des objectifs et de réfléchir sur les modalités de réalisation tant d'un point de vue logistique que pédagogique. Ensuite, l'évaluation réalisée par les patients en fin de séance a permis soit, de mettre l'accent sur les points plus particulièrement appréciés, soit sur des pistes d'amélioration ou des idées sur des thèmes à approfondir.

Conclusion : Le projet de «séances collectives» a témoigné de l'avantage du collectif dans le parcours de soin du patient en dialyse péritonéale. En effet, les ateliers ont permis de rassembler en un même lieu des patients qui ont en commun des objectifs éducatifs, ils ont été propices aux partages d'expériences et à la transmission des savoirs. Puis, ils ont été le reflet d'échanges conviviaux susceptibles de rompre l'isolement et d'augmenter la réceptivité (Importance du rôle joué par les pairs dans les apprentissages).
Enfin, l'intérêt est également dans la rencontre dans un autre contexte de professionnels de santé (diététicienne, médecins, pharmacien, psychologue, assistante sociale) et de patients. Ce projet a apporté une dynamique dans le service et une réflexion sur les pratiques éducatives.

Résumé 17 - Programme d'Education thérapeutique en hémodialyse : Difficultés - Freins et Mise en Place Expérience d'un centre Francilien.
A. Abbassi, Régina Digaire, Françoise Chavoutier, Lilia Kihal, S. Roueff
Hôpitaux-Saint-Maurice CTIRC (Saint-Maurice)

Introduction : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une nouvelle dimension relationnelle entre le patient désireux de tenir un rôle actif et des soignants, prêts à abandonner des attitudes directives et paternalistes et recherchant ainsi un véritable partenariat. C'est dans cette démarche que nous avons mis en route un programme d'ETP intitulé «ETRE ACTEUR DE SA DIALYSE» et s'adressant aux patients traités par hémodialyse. Il tient compte des besoins et des attentes du patient. L'approche est pluri-professionnelle.

Méthodes : La demande d'autorisation du programme d'ETP a été acceptée par l'ARS en décembre 2010. Ce programme s'adresse à tout patient traité par hémodialyse. L'objectif de cette ETP est d'améliorer l'autonomie du patient, de lui permettre d'acquérir des compétences d'auto-soins, de renforcer l'acceptation de la maladie et d'améliorer sa qualité de vie. Le lancement de ce programme n'a pu se réaliser dans les délais pour de multiples raisons conjoncturelles. Nous avons été confrontés à plusieurs freins et difficultés et le programme n'a pu se concrétiser qu'à partir de janvier 2014.

Résultats : 12 patients ont été inclus dans le programme.Une patiente a bénéficié de plusieurs séances individuelles en dialyse le matin et 11 autres dialysés l'après-midi ont eu des séances collectives sous forme d'ateliers avant leur séance de dialyse. Les patients ont été répartis en 2 groupes. 6 ateliers de 2 heures ont été réalisés. 2 thèmes ont été abordés, Le rein normal, l'IRC et le potassium avec l'approche générale et diététique. Les séances individuelles n'ont pu être mises en œuvre, seuls trois patients ont bénéficié d'une seule séance.
Tous les patients ont été tous satisfaits.
Pour le lancement du programme et sa poursuite nous avons été confrontés à des difficultés et freins :
Problèmes liés aux soignants : Absence de formation.
Distinction entre soin et éducation. Manque de motivation :
Pas d'équipe dédiée. Temps pris sur le temps du soin. Imprévus Réduction de l'effectif.
Problèmes liés au patient : Acceptation. Niveau de compréhension. Le moment : En dialyse – hors séance (quasi-impossible).
Problèmes de moyens et d'outils : Un seul outil disponible : le livret d'information et d'éducation du patient en hémodialyse. Temps et faculté à développer d'autres : Fichiers PPT.QSM. Temps pour l'utilisation et l'adaptation des outils développés par d'autres équipes et par les laboratoires.

Modalités : Difficultés d'organisation des ateliers individuels (séance) ou de groupe (séance ou hors).
Devant ces freins, des réunions ont été organisées et des mesures correctives ont été mises en œuvre pour relancer le programme et poursuivre les différents thèmes et inclure d'autres patients.

Conclusion : L'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. C'est l'objectif de notre programme malgré les difficultés. Pour bien réussir un tel programme, la meilleure formule est d'avoir une équipe dédiée, du personnel avec une formation validante, du temps à consacrer et des outils adaptés.

Résumé 19 - Y a-t-il des patients inéducables ?
Marion Michalet
ARTIC 42 (Saint Priest en Jarez)

Depuis l'existence de la dialyse péritonéale à domicile, l'éducation du patient est un enjeu pour la réussite de cette technique. L'idéal est, en effet, un patient capable de se prendre en charge complètement.

Le soignant doit développer les connaissances du patient, lui enseigner les bonnes pratiques en transmettant son savoir tout en gardant la bonne distance. Il doit accepter, observer et accompagner le patient en le laissant faire des gestes parfois imparfaits.
Notre réflexion s'est portée non pas sur l'autonomie, mais sur l'éducabilité du patient.
Parfaitement éducable :
• autonomie complète avec maîtrise de la maladie.
• refus de se prendre en charge.
• perte de l'autonomie suite à la baisse des capacités cognitives.
• éducation partielle : autonomie pour la manipulation.

Non éducable : autonome par une tierce personne.
Pour palier à ses diverses situations, nous avons créé différentes stratégies et outils :
• Temps d'apprentissage adapté
• Procédure créée par les patients eux même
• Différents outils d'éducation
• Relai d'éducation avec les IDE libéraux.
Grâce à ces axes, nous constatons qu'un patient non autonome n'est pas forcément inéducable, de même qu'un patient autonome n'est pas forcément éducable. Mais que la majorité des patients sont tous éducables, au moins partiellement.

Résumé 20 - La dialyse péritonéale (DP) est-elle réellement moins coûteuse que l'hémodialyse (HD) ? Une réalité qui diffère selon les financeurs.

J.-P. Grangier, Agnès Caillette-Beaudoin
CALYDIAL (Vienne)

La DP doit être appréhendée comme 4 modalités de traitement à part entière : DPA, DPCA, assistée ou non par une infirmière.
A l'affirmation « le coût de la D.P est moins élevé que celui que l'hémodialyse » nous proposons 3 angles de lecture :
• D'un point de vue comptable.
Deux scénarios (source Amélie) :
Patients avec assistance en D.P. comparés au centre et à l'UDM. La D.P. est moins chère que le centre, mais le mode de transport en UDM peut rendre cette modalité compétitive. Pas de différence entre DPCA et DPA.

DPCA avec IDE	1 111,96	D16 YYYY007 IDE
DPA avec IDE	1 127,74	D15 YYYY007 IDE
UDM	841,51	D11
CENTRE	998,07	D9

Patients autonomes en D.P. comparés à l'autodialyse et l'HDD. La DPCA est moins chère dans tous les cas, l'HDD est moins chère que la DPA. Le mode de transport en ATD peut rendre cette modalité moins onéreuse que la DPA.

DPCA ss IDE	672,27	D16 YYYY007 DPT
DPA ss IDE	827,25	D15 YYYY007 DTP
AUTODIALYSE	732,12	D13
HEMODIALYSE A DOMICILE	720,15 €	D14 + DPT

• Du point de vue du financement de l'activité des structures de soins, (coût estimé à partir de prix moyen (source laboratoire). En DPCA (3 poches solution physiologique et une poche d'icodextrine), la part des solutions et accessoires peut avoisiner 385 € soit plus de 70% du forfait. En DPA (10 litres solution physiologique et 2 litres d'icodexrine) la part des solutions et accessoires (lignes, bouchons, pansement, cycleur…) peut avoisiner 424€ soit plus de 75% du forfait. Ainsi la part restante pour les structures doit intégrer les coûts de personnels paramédicaux, fonctions support (pharmacie, assistante sociale, diététicienne, administratif, qualité) et les contraintes réglementaires comme les astreintes. Dans les établissements qui assurent toutes ces missions les gestionnaires constatent que la D.P. n'est pas à l'équilibre.
• Du point de vue des montants remboursés par l'Assurance maladie (Evaluation HAS) : Ce rapport attendu prochainement, devrait nous apporter d'autres éléments de réponse, l'évaluation étant faite à partir des données du SNIIR-AM chaînées au PMSI et permet d'estimer le coût de la prise en charge d'un patient traité par DP à partir de l'ensemble des consommations de soins et d'étudier les facteurs de variation de ce coût selon les caractéristiques des patients (âge / diabète).

Conclusion : La diminution des forfaits d'hémodialyse et la volonté des pouvoirs publics à faire baisser les coûts de transport réduisent l'écart entre DP et HD. L'UDM pourrait devenir la modalité la moins onéreuse pour les patients non autonomes. Même constat avec la DPA et l'autodialyse. Les différences d'organisation et le manque de détail des prestations incluses dans les forfaits laissent à penser que l'arrivée des prestataires va faire baisser les coûts. Cette approche est peut-être vraie si les forfaits se résument uniquement à la fourniture du consommable, mais aujourd'hui la D.P. est portée par des établissements de santé garants de qualité qui ont depuis longtemps mis en place des parcours incluant des fonctions supports. Les nouvelles organisations envisagées par les prestataires laisseront elles une place pour une prise en charge globale de la D.P. ?

Résumé 21 - Fonction rénale résiduelle et adéquation en dialyse péritonéale : Quelle relation ?

Ikhlass El Hasni, Siham El Houssni, Naima Ouzeddoun, Hakima Rhou, Rabiaa Bayahia, Loubna Benamar
Service de Néphrologie Dialyse Transplantation Rénale -Hôpital Ibn Sina- CHU Ibn Sina (Rabat, Maroc)

Introduction : La fonction rénale résiduelle (FRR) joue un rôle majeur pour augmenter l'efficacité de la dialyse. Le but de ce travail est d'évaluer l'impact de celle-ci sur le cours de l'adéquation en dialyse péritonéale.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective incluant 53 patients dialysés péritonéaux. Après avoir précisé les données démographiques et cliniques des patients, nous avons comparé les paramètres d'adéquation cliniques (Pression artérielle systolique (PAS), pression artérielle diastolique (PAD), la présence d'œdèmes), biologiques (Kt/V urée, la clairance hebdomadaire de la créatinine, le nPCR, calcémie, phosphorémie et albuminémie) ainsi que le taux de mortalité entre groupe1 (avec FRR initiale < 4ml/min) et groupe 2 (avec FRRI >4ml/min) dans un premier temps, et entre le groupe A (avec déclin de FRR< 0,2ml/min/mois) et le groupe B (déclin FRR>0,2ml/min/mois) dans un second temps. Nous avons enfin étudié les paramètres prédictifs du déclin rapide de la FRR dans ces deux derniers groupes.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 50 ± 16 ans avec une prédominance masculine : sex-ratio= 2,3. La durée moyenne de suivi en DP est de 34 mois [6- 84]. La néphropathie initiale est dominée par la néphropathie interstitielle chronique (38,9%). Le test de perméabilité péritonéale (PET) montre une prédominance des péritoines hyperperméables modérés (48%) et hypoperméables modérés (38%). Les patients du groupe 1 avaient une clairance hebdomadaire de la créatinine médiane de l'ordre de 44ml/min/m^2 [41 – 56,3], vs 68ml/min/m^2 [50,38-100] dans le groupe2 p=0,002, un Kt/V moyen de1,31 (±0,41) vs 1,68 (± 0,54) p=0,043, une valeur nPCR moyenne à 0,87 (± 0,13)

vs 0,72 (±0,14) p=0,045, une PAD moyenne de 86±15 mmHg vs 76±11 mmHg p=0,033. Les patients du groupe B avaient des chiffres de PAD plus élevés que le groupe A; PAD moyenne 87±14 vs 77±11 (p=0 ,046), ils étaient les plus à présenter des œdèmes au cours de leurs suivi; 30% dans le groupe A vs 69% dans le groupe B, p=0,049. Par contre il n'y avait pas de différence des valeurs moyennes des Kt/V de l'urée, clairance hebdomadaire de créatinine, nPCR, calcémie phosphorémie et albuminémie entre les deux groupes A et B. Les facteurs prédictifs du déclin rapide de la FRR trouvés dans cette étude en analyse multivariée sont la durée moyenne en DP et la survenue d'événements hypotenseurs notamment d'origine cardiaque.

Discussion : Le niveau de la FRR initiale ainsi que la vitesse du déclin de celle-ci affecte l'état de volémie de nos patients plus que le niveau d'épuration. La plupart des études récentes soulignent l'importance de la FRR dans l'obtention d'une dialyse adéquate, fournie en grande partie par l'intermédiaire du bon équilibre hydro-sodé.

Conclusion : Le contrôle de la volémie étant actuellement la pierre angulaire de l'adéquation en dialyse, la FRR s'avère un moyen indispensable pour l'obtention et le maintien de l'équilibre hydro-sodé en dialyse péritonéale.

Résumé 22 - Intérêt de la scintigraphie aux PNN marqués en DP.

Cyrielle Almeras, Alexandra Duhem, J.-M. Lanau
CMCO Claude Bernard (Albi)

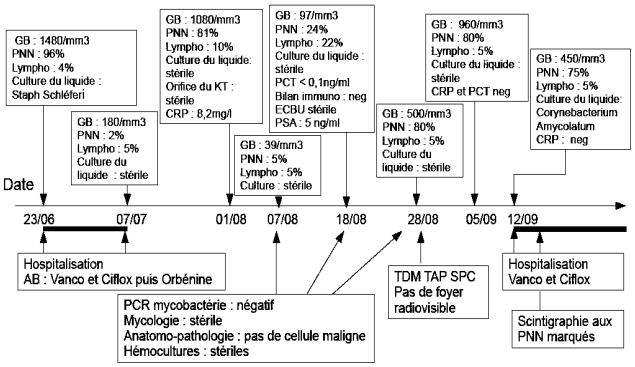
Introduction : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 82 ans traité par dialyse péritonéale automatisée (Physionéal® 35 Glucose 1,36%, 9litres sur 9h) depuis janvier 2013 sur néphropathie chronique d'origine indéterminée et pris en charge par des infirmières. Ses antécédents sont une chirurgie d'une hernie de la ligne blanche en 2012, une RTUP en 2013. Son traitement comprend Renagel®, Renitec®, Sotalex®.

Cas clinique : Le patient a présenté un premier épisode de péritonite en juin 2014 sans douleur abdominale ni fièvre. Seul le dialysat est trouble et sa mise en culture retrouve un Staphylocoque Schléferi. Une antibiothérapie par Vancocin® et Ciflox® pendant 15 jours puis Obénine® pendant 7 jours, a permis une régression des symptômes (Fig 1).

Le 1er août, les IDE signalent uniquement un dialysat trouble spontanément régressif mais récidivant à plusieurs reprises. Nous réalisons des examens biologiques et morphologiques de façon répétée. Devant la multiplicité des résultats négatifs, nous prévoyons une scintigraphie aux PNN marqués.

Après 6 semaines, un prélèvement bactériologique du dialysat se révèle positif à Corynébactarium Amycolatum. Le patient n'est ni fébrile ni douloureux. La CRP est négative.
Nous hospitalisons le patient et maintenons la scintigraphie malgré une antibiothérapie prescrite depuis 3 jours. Elle montre une accumulation leucocytaire de façon franche et étendue au contact du cathéter.
Le cathéter est enlevé (la culture est stérile) et le patient est pris en charge en hémodialyse.

Résultat :**Fig 1 : Evolution des paramètres biologiques**



Discussion : Habituellement le diagnostic de péritonite infectieuse ou de tunnelite regroupe plusieurs symptômes caractéristiques.
Notre patient, présentait des dialysats troubles récidivants mais pas de fièvre, d'écoulement, d'inflammation ou de douleur sur le trajet du cathéter. De plus, il n'avait aucun inhibiteur-calcique ou poche d'Extranéal pouvant expliquer l'opacité du liquide.
Nous avons donc multiplié les prélèvements dans le but de mettre en évidence un germe anaérobie ou à croissance lente.
La cytologie était significativement supérieure à la normale et majoritairement à PNN ce qui était en faveur d'une infection.
Bien que la scintigraphie aux PNN marqués ait été réalisée après 4 jours d'Antibiothérapie efficace, seul cet examen a permis le diagnostic de tunnelite avec certitude. De plus cet examen a une sensibilité et spécificité élevée diminuant le risque de faux positif (1,2).
Lors de l'ablation du cathéter, aucun signe de péritonite encapsulante n'a été décelé par le chirurgien. La mise en culture du cathéter, faite sous antibiotique, était également stérile.

Conclusion : La scintigraphie a donc permis le diagnostic de tunnelite et de péritonite asthénique. Grâce à l'ablation du cathéter, l'état clinique du patient ne s'est pas aggravé et n'a pas évolué vers une péritonite encapsulante.

Références :
1 - Ruiz Solis S, Diagnosis of the infectious complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis by 99mTc-HMPAO labelled leukocytes, Rev Esp Med Nucl. 2004.
2 - Kipper SL, In-111-leukocyte scintigraphy for detection of infection associated with peritoneal dialysis catheters. Radiology 1984.

Résumé 23 - Le pansement de cathéter de Tenckhoff : pratiques et résultats d'un centre.

Agnès Robles[1], Régine Texier[2], Hélène Charouin[2], P. Reboul[1, 2], S. Cariou[2], B. Branger[1,2]
[1]AIDER, Antenne médicale de Nîmes, CHU Caremeau,
[2]CHRU, Groupe hospitalo-universitaire Caremeau (Nîmes)

Pratique et résultats des soins de cathéters de Tenckhoff sont rapportés, analysés sur les 5 dernières années.

Matériel et méthode : Equipe de soins : stable depuis plus de 5 ans, médecins et IDE.
Patients : 42 avec un taux moyen annuel de prise en charge de 15.
Méthodologie : le protocole est appliqué dès le post opératoire, éducation à l'autonomie dès J 14 adaptée aux capacités cognitives associée adhésion et confiance. Le lavage des mains est un point clé avec démonstration et pratique sur mannequin. Les bonnes pratiques sont évaluées tous les 6 à 12 mois au domicile avec présence au branchement.
Participation au protocole PHRC national Taurolock dès 2012.

Résultats : 17 femmes (âge moyen 67 ans), 25 hommes (âge moyen 78 ans).
13 patients assistés par IDE, 24 totalement autonomes.
Mise en place du cathéter sous anesthésie locale par le médecin néphrologue, avec antibioprophylaxie préopératoire (céfazoline, nebcine), sanglage post op immédiat, premier pansement renouvelé à J5 ablation surjet à J14. Début DP à J 21.
2010 2011 2012 2013 2014
Incidence des infections d'émergence: 0 1 (pseudomonas) 0 1 (staph aureus) 1 (staph aureus)
Incidence des péritonites (patients -mois) : 46 37 45 108** 124** ** p<0.01

Conclusion : La baisse significative de l'incidence de péritonites peut être associée à la faible incidence des infections d'émergence. Il est possible que le protocole Taurolock ait eu un effet positif local, soit par la participation à un protocole de recherche par l'amélioration des pratiques, soit par l'effet du produit: il faudra attendre la levée du double insu en 2016 pour l'affirmer.

Résumé 24 - Pertes protidiques en dialyse péritonéale : pourquoi les quantifier ?

Mélanie Hanoy[2], F. Le Roy[2], Lilia Antri Bouzar[1], Karine Clabault[1], Patricia Hue[1], M. Godin[2]
[1]ANIDER (Rouen)
[2]CHU Rouen (Bois Guillaume)

La dialyse péritonéale est une technique de dialyse réputée pour engendrer des pertes protidiques (PP) importantes et se trouve ainsi très souvent contre indiquée en cas de dénutrition. Nous nous sommes intéressés à la valeur quantitative et qualitative de ces PP.
Une étude prospective a été menée chez 22 patients prévalents en DP (54.5% DPA). Le dialysat effluent des 24 heures a été recueilli pour dosage : protides totaux selon 2 méthodes colorimétriques (Biuret et Rouge de Pyrogallol) et albumine (néphélémétrie). Une électrophorèse des protides du dialysat et un dosage de la ß2m ont été fait chez 4 de ces 22 patients. Plusieurs paramètres cliniques et biologiques ont été relevés à la recherche de facteurs corrélés aux pertes protidiques.
Les PP sont quantifiées à 0.82 +/- 0.54 g/L. Le volume de dialysat effluent est de 9.6 +/- 3.9 L soit une PP quotidienne moyenne de 6.86 +/- 3 g. La méthode de Biuret est inadaptée et surestime les PP à 21.9 g/jour. L'albumine correspond à 62.9 % des protides perdus, soit une perte quotidienne moyenne d'albumine de 4.2 +/- 1.9 g. L'électrophorèse des protides du dialysat montre une un tracé similaire à celui du plasma, suggérant que le dialysat n'est qu'un ultrafiltrat du plasma. Le transfert de masse de la ß2m n'est que de 189 mg par semaine soit environ 4 fois moins important qu'en hémodiafiltration. Les PP sont corrélées positivement à : la fonction rénale résiduelle (p = 0.02), la CRP (p = NS), négativement à l'albumine (p = 0.04).
En DP, une PP quotidienne de 7g semble inévitable et doit être respectée. Dans la littérature, il a été montré que des pertes supérieures sont associées à une dysfonction endothéliale et à un état inflammatoire chronique avec augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire. Il est important de vérifier que les PP sont compensées par des apports suffisants de façon à mettre en place un support nutritionnel adapté et à modifier la stratégie de DP. Il convient d'être vigilant chez le patient anurique en raison de la faible extraction de ß2m en DP.

Résumé 25 - Résultats clinico-biologiques de 62 patients en hémodialyse quotidienne à bas débit de dialysat à domicile en France et Belgique.

Anais Benabed[1], P. Henri[1], Clémence Béchade[1], Th. Lobbedez[1], E. Cardineau[2], H. Van der Pijl[3], E. Goffin[4], M. Ficheux[1]
[1]Néphrologie- Dialyse - Transplantation Rénale, CHU (Caen)
[2]Néphrologie- Dialyse, Chic Alençon-Mamers (Alençon)
[3]Hémodialyse, Avodd (Hyères)
[4]Néphrologie- Dialyse, Cliniques Universitaires St Luc, Ucl Louvain (Bruxelles, Belgique)

Introduction : Nx Stage system one est une machine d'hémodialyse quotidienne portable, utilisée depuis 2005 aux USA développée pour le domicile. Elle a été introduite en France en décembre 2011.

P**atients et Méthodes :** Cette étude a pour objectifs d'évaluer les résultats de l'hémodialyse à domicile (HHD) chez des patients traités par la machine NxStage. Nous avons inclus rétrospectivement 62/81 (76%) patients formés entre décembre 2011 et décembre 2013 sur cette machine en France et en Belgique.

Résultats : 62 patients de 31 centres, âgés de 48.6±18 ans, de sex ratio 46/16 (H/F) sont inclus avec un score de Charlson moyen à 2.1±2.3. L'ancienneté en dialyse est de 136.6±125mois et 44/62 des patients sont anuriques. Avant NxStage, 42 patients étaient en HD (28 en autodialyse, 11 en centre lourd, 8 en UDM et 12 au domicile), 3 en DP, 4 en retour de transplantation. 52 patients sont dialysés sur FAV et 2 sur cathéter tunnelisé. La technique de ponction par le buttonhole est utilisée chez 18/60 patients. Les prescriptions de dialyse sont en moyenne : 5.6±0.6 séances/ semaine, durée : 143±20 min/séance, Qs: 415±38 ml/min, Volume de dialysat : 21.2±3.1l. 39 patients (63%) dialysent sans anticoagulant. Le temps de formation moyen est de 40,5±49 j. Les taux de créatinine, d'urée et de B2M prédialytiques sont stables entre M0 et M6 (créatinine 771±227 vs 779±256 µmol/l, urée : 22,2±6.6vs20,6±9mmol/l, B2M : 25.6±8.4vs24.8±9.2 mg/l). Le std kt/V à M0 est en moyenne à 2.4±0.6 (n = 36) avec 81% de std kt/V>2 . Il existe une augmentation de la bicarbonatémie entre M0 et M6 (24.2±3.6vs 25.2±3.2mmol/l, p<0,05). La survie technique est >80% à 1 an, les causes majoritaires de sortie sont la transplantation (n = 6) et le poids de la thérapie (n = 5).

Discussion et conclusion : Cette technique paraît s'adresser en priorité à une population jeune avec peu de comorbidités et un long passé dans la maladie rénale chronique. Les résultats de cette étude montrent une bonne qualité de dialyse malgré l'utilisation d'un faible volume de dialysat. Ces résultats sont à valider sur un suivi longitudinal plus important.

Résumé 26 - Statut acido-basique des patients prévalents en dialyse péritonéale. Données du RDPLF.

R. Azar[1], V. Coevoet[2]
[1]Service de Néphrologie (Dunkerque)
[2]Département Information Médicale (Dunkerque)

Les perturbations de l'équilibre acido-basique à type d'acidose ou d'alcalose métabolique chronique peuvent se rencontrer chez les patients traités par dialyse péritonéale (DP). L'acidose métabolique peut être responsable d'un catabolisme musculaire et de troubles osseux alors que l'alcalose métabolique peut favoriser les calcifications vasculaires et augmente le risque de mort subite. Le but de ce travail est d'étudier le statut acido-basique des patients prévalents traités par DP et inclus dans le RDPLF.
Les patients ont été répartis en 3 groupes selon leur taux plasmatique de bicarbonates veineux. Les patients sont considérés en acidose quand le taux de bicarbonates est inférieur à 22 mmol/l, à l'équilibre si le taux de bicarbonates est compris entre 22 et 27 mmol/l , en alcalose pour un taux de bicarbonates dépasse 27 mmol/l. 1413 patients prévalents ont été étudiés. Ont été exclus les patients dont les données biologiques étaient considérées comme aberrantes.

La population comportait 52% d'hommes, 48% de femmes, l'âge moyen de 70+/-16 ans. 41% des patients avaient une diurèse résiduelle inférieure à 500 ml/j. 20% des patients sont en acidose, 30% en alcalose et 50% à l'équilibre.

Les patients en alcalose étaient significativement plus âgés (OR 1,02). 43% des patients sont traités par DPA, 57% en DPCA. La répartition des patients selon le taux de bicarbonates était identique entre DPA et DPCA. L'ancienneté de la dialyse est de 27+/- 20 mois sans influence sur le statut acido-basique. Le taux moyen d'albumine plasmatique est de 32+/-5,5 g/l, le aPNA moyen est de 0,84+/-0,24 g/kg/j. Les patients en alcalose avaient une valeur de aPNA significativement plus faible que le reste de la population reflétant un apport protidique plus faible (OR 0,34). Le sexe féminin était associé à un risque significativement plus faible d'être en alcalose (OR 0,70). Les patients dont la pathologie initiale est une néphropathie interstitielle avaient un risque d'acidose métabolique significativement plus important (OR 1,68), ceux avec une pathologie glomérulaire initiale avaient un risque plus faible d'être en alcalose (OR 0,67). Les patients dont la diurèse résiduelle est inférieure à 500ml/j étaient significativement moins fréquemment en alcalose métabolique (OR 0,67). Les patients recevant un traitement chélateur calcique des phosphates étaient significativement en alcalose métabolique (OR 1,32), alors que le traitement par chlorhydrate de sevélamer était associé de façon significative à un risque accru d'acidose (OR 1,56). Il n'a pas de relation significative entre le taux plasmatique d'albumine et le statut acido-basique.

Ces données préliminaires confirment la fréquence jusqu'alors mal connue des troubles de l'équilibre acido-basique des patients traités par DP. Les résultats présentés ci-dessus seront complétés par d'autres analyses portant sur l'ensemble des patients incidents et prévalents sans exclusion permettant ainsi une meilleure connaissance de leur statut acido-basique et de ses relations avec l'état clinique et le pronostic.

Résumé 27 - La DP dans les départements et pays d'outre-mer en comparaison à la métropole : patients, prise en charge et survie.

Mélanie Marroc[1], Ch. Combe[2], Th. Dervaux[1], Th. Lobbedez[3], C. Ferdynus[4]
[1]Service Néphrologie-Dialyse, CHU (Saint Pierre, La Réunion)
[2]Service de Néphrologie-Dialyse, CHU (Bordeaux)
[3]CHU (Caen)
[4]Unité de soutien méthodologique, CHU (Saint Denis, La Réunion)

Dans les DOM-POM (départements et pays d'outre-mer) la dialyse péritonéale (DP) est autant voire plus développée qu'en métropole, représentant dans certaines régions le seul traitement de suppléance accessible.

Dans cette étude de cohorte, nous avons comparé 9128 patients incidents en DP entre janvier 2002 et décembre 2010, répartis en trois groupes : les patients traités à La Réunion (n=169), en Polynésie française et Nouvelle-Calédonie (n=294), et en métropole (n=8665).

Les patients des DOM-POM étaient plus jeunes (médiane de 59 ans dans les POM, 67 ans à la Réunion et 72 ans en Métropole), et plus souvent diabétiques ; la néphropathie initiale était diabétique chez environ 45% d'entre eux contre 20% en Métropole.
Dans les POM, 30% des patients étaient hémodialysés dans les 3 mois précédant la mise en DP contre 18% à la Réunion et 14% en Métropole. La DP assistée concernait 82,84% des patients réunionnais, contre 47,95% dans les POM et 54,67% en Métropole.

La survie sans transfert en hémodialyse (HD) était significativement moins bonne dans les POM avec une médiane de 36,33 mois, et identique entre la Réunion et la Métropole (66,95 et 55,49 mois respectivement). En analyse multi variée la péritonite et l'antécédent de traitement par HD étaient des facteurs pronostiques de transfert en HD; l'âge et l'assistance par une IDE pronostiques de maintien en DP.
La survie sans péritonite était significativement plus courte dans les POM (médiane de 16,26 mois) et similaire entre la Réunion et la Métropole (45,37 et 33,05 mois respectivement). Après ajustement, les POM, le sexe masculin, le diabète, la DPCA et l'absence d'assistance par une IDE étaient identifiés comme facteurs de risque indépendants de péritonite.
Les conditions d'initiation et la présence paramédicale, qui ne sont pas optimales dans les POM, semblent déterminantes pour le maintien en DP, de même que la survenue d'une péritonite.

L'éducation des patients devrait permettre d'améliorer les résultats.

Résumé 28 - Amélioration des pratiques, protocoles....
Le nombre d'infections d'émergence en dialyse péritonéale a nettement diminué..
Et si nous partagions nos expériences ?
Valérie Bitan,
AURAR (Saint Pierre, La Réunion)

Devant une augmentation significative des infections d'émergence en dialyse péritonéale sur 2009, nous avons décidé de nous mobiliser afin d'améliorer nos pratiques. Le premier travail a été de faire un état des lieux des infections, des protocoles et habitudes depuis 2004. Un audit sur le lavage des mains a même été organisé aux domiciles des patients la même année.
De ces différents constats, un nouveau protocole a été créé ainsi qu'une prise en charge plus draconienne. L'ensemble de ces pratiques a été mis en place fin 2010 sur l'ensemble des patients en dialyse péritonéale.

Fin 2011, nous avions assez de recul pour constater une diminution des infections de manière conséquente, il était alors temps de se réunir entre intervenants afin de partager les résultats de cette nouvelle prise en charge et d'harmoniser nos pratiques afin de consolider et faire perdurer nos objectifs.

A ce jour, nous continuons à apporter quotidiennement une attention particulière à ce risque qui peut mettre en péril la vie du dialysé... Et nous pouvons, avec un recul de trois ans faire un constat positif de ces différentes pratiques et les partager.

Résumé 29 - Retour d'expérience sur la prise en charge des patients polynésiens en dialyse péritonéale.
P. Marinthe, Marie-Hélène Pierron, L. Modave,
Carole Couturier, Estelle Dacol, A. Fournier, F. Garnier,
S. Rigault
APURAD, PAEA (Polynésie Française)

Sur une superficie aussi vaste que l'Europe, la Polynésie Française comprend 118 îles. Elle abrite une population de 270 000 habitants dont 180 000 vivent sur l'île principale de Tahiti. La population restante se répartit sur tous les archipels dans un rayon de 1700 kilomètres. Seuls le bateau ou l'avion permettent d'assurer la continuité territoriale avec l'île de Tahiti. A l'échelle de l'Europe, notre centre se trouverait à Bordeaux, et certains de nos patients vivraient en Suède, en Andalousie, ou en Italie. L'hémodialyse n'est pratiquée que sur trois îles : Tahiti, Moorea et Raiatea. En dehors de ces 3 îles, la dialyse péritonéale est la seule technique d'épuration extra-rénale, qui s'offre au malade désireux de vivre sur son île d'origine afin d'éviter un déracinement familial et social.

Dans ce contexte cette offre de soin est un impératif de santé public. Actuellement 45% de nos patients résident hors Tahiti. Même si la technique est identique, le parcours du patient en dialyse péritonéale des îles hors Tahiti est plus complexe. De par la répartition géographique des patients sur les îles, l'intervention de partenaires extérieurs à la structure est un point essentiel pour lever les barrières logistiques. Cette évaluation nous renseigne sur la salubrité d'un logement, la qualité du point d'eau, et le réseau électrique.

A ces étapes, nous ajoutons une réflexion sur le transport maritime, seul moyen utilisé pour la livraison du matériel de dialyse hors Tahiti.

Aux problématiques de la prise charge psycho-sociale, des barrières linguistiques, viennent se rajouter la complexité des transports et du logement lors de la période de formation, ou du suivi médical sur Tahiti. L'accompagnement et l'installation du patient dans son île nécessitent un déplacement infirmier de trois jours, ce qui entraine des préoccupations logistiques pour l'hébergement et les transports.

Durant ce séjour, l'infirmier a aussi un rôle de formateur auprès des structures sanitaires et des professionnels libéraux qui sont amenés à traiter un patient en dialyse péritonéale dans les îles.

Chaque situation nourrit notre expérience car aucune n'est similaire et nous n'avons pas fini de nous heurter à des obstacles encore jamais rencontrés avec toujours les mêmes objectifs de respecter le choix du patient et garantir la sécurité du soin. Tous ces moyens mis en place font qu'un patient en DP dans les îles éloignées a les mêmes chances de survie de technique qu'un patient de Tahiti.

Résumé 30 - Image corporelle en dialyse péritonéale et retentissement psycho-somatique, chez l'adulte.
Audrey Gourcerol
CH La Rochelle (Dompierre sur mer)

Que se soit en hémodialyse ou en dialyse péritonéale, le patient doit avoir un abord permettant le bon fonctionnement de sa dialyse
Mon observation infirmière m'a poussé à me rendre compte que le lien patient/cathéter en dialyse péritonéale était beaucoup plus intimiste, et que certains patients avaient besoin d'accompagnement, dans le chemin de l'acceptation de cette modification de l'image corporelle.

Sommaire de la présentation :

- qu'entendons nous par «image corporelle»? chez l'homme, chez la femme
- la place du «ventre» dans notre société ? historique, esthétique
- la DP imaginée et représentation fantasmatique aux consultations pré-dialyse
- manifestations psychologiques et cliniques:
- ce qu'en disent les patients?
- questionnaire et observation
- groupe touché par une altération de leur image
- le cathéter
- vu d'intérieur, vue d'extérieur
- autour du mot acceptation
- accompagnement avant/après la pose
- rôle du pansement
- la sexualité dans tout ça?
- solutions aidantes/prise en charge infirmière

Résumé 31 - Le syndrome néphrotique sévère est-il une contre indication à la dialyse péritonéale ?

Caroline du Halgouët, Latifa Azeroual, Florence Vende, F. Vrtovsnik
Hôpital Bichat (Paris)

Le syndrome néphrotique lié à une LGM chez l'adulte est une cause rare de mise en dialyse. Les recommandations de la HAS ont conclu à «l'absence d'accord pour considérer que la DP est possible ou non en cas de syndrome néphrotique» et les modalités de dialyse dans ce cadre sont discutées.

Mr H. 39 ans, a un syndrome néphrotique sévère corticorésistant et ciclosporine-résistant sans mutation NPHS2 identifiée, ayant évolué vers une insuffisance rénale terminale avec des signes de surcharge résistant au traitement diurétique. L'albuminémie est à 9 g/L, la diurèse à 1.5 L/j, la protéinurie à 15 g/j. Après information et compte tenu de son souhait d'autonomie, Mr H. choisit une prise en charge en DPCA qui est initiée en octobre 2013 avec 2 échanges isotoniques et un échange d'icodextrine. Les signes de surcharge disparaissent rapidement.
En avril 2014, les tests fonctionnels indiquent une membrane hyperperméable (D/P créatinine à 0.87), la diurèse à 1.2 L/j, l'ultrafiltration à 0,6 L/j. Le KT/V est à 2.37 et la clairance de la créatinine à 96 L/semaine/1.73m² (Résiduelle 62 L ; Péritonéale 34 L). L'albuminémie est à 14 g/L, la protéinurie est à 26 g/j, les pertes péritonéales de protéines à 1,24 g/j et d'albumine à 0,34 g/j, mais la clairance péritonéale D/P prot est de 186 ml/jour.
En octobre 2014, l'état nutritionnel est stable. La préalbumine augmente de 0,182 g/L en octobre 2013 à 0,266 g/L en octobre 2014, nPCR est à 1.5 g/j. L'albuminémie reste stable entre 10 et 14 g/L, la CRP < 3 mg/l. L'impédancemétrie mesure une masse maigre à 14 Kg/m² et une masse grasse à 5 Kg/m² stables en 6 mois. Le cholestérol est traité par statine et ezetimibe. Il n'y a pas eu d'infection péritonéale.

Peu d'études dans la littérature ont décrit le recours à la DP chez des adultes ayant un syndrome néphrotique aussi sévère. Les études (1) chez des enfants traités en DPA ayant une LGM ou une HSF ont documenté une membrane hyperperméable et des pertes protéiques péritonéales de 3 à 4.8 g/m²/j, largement supérieures à notre observation avec une perte protéique deux fois supérieure à un enfant sans syndrome néphrotique ; le risque d'infection péritonéale n'apparaît pas plus élevé.

Dans cette observation, les critères de dialyse adéquate sont obtenus et le statut nutritionnel apprécié par les paramètres cliniques, biologiques et biophysiques évolue de manière favorable. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire, et les pertes péritonéales sont plus basses que celles habituellement observées chez un patient avec un syndrome néphrotique (1). La durée de traitement en dialyse péritonéale sera quoi qu'il en soit limité en raison du projet de greffe familiale.

En cas de syndrome néphrotique sévère, les pertes protéiques urinaires très élevées peuvent faire préférer l'hémodialyse, où la perte de la diurèse résiduelle peut être rapide ; cet effet doit être mis en balance avec le bénéfice de la préservation de la diurèse résiduelle chez les patients dialysés. Elle confirme que sous couvert d'une surveillance nutritionnelle rapprochée, la DP peut être proposée chez des patients ayant un syndrome néphrotique sévère.

M Azocar, The plasma permeability factor in nephritic syndrome: indirect evidence in pediatric peritoneal dialysis, Peritoneal Dialysis International 2009 vol 32, pp 437-443.

Résumé 32 - De la DP forcée à la DP choisie.

Christine Dumont, Anne-Marie Barbier, Hélène Breton, Corinne Warin, Christine Klopp, G. Lembrey
CH (Beauvais)

Introduction : La dialyse péritonéale (DP) est une technique qui avait été abandonnée dans notre service avec le développement de l'hémodialyse hors centre. Nous avons malgré tout à un moment donné, été obligés de revoir dans un bref délai, notre stratégie qui jusque-là nous avait paru suffisante chez une patiente jeune dont l'abord vasculaire devenait de moins en moins utilisable. Nous rapportons comment cette expérience a été l'occasion de redévelopper la DP.

Patients : Il s'agissait d'une patiente en échec de transplantation dont le premier traitement en dialyse avait été la DP. Ses venues régulières étaient difficiles en raison de son fils en bas âge.
Du fait de l'anurie et de la présence d'anticorps retardant une éventuelle transplantation, elle ne remplissait pas les conditions idéales pour reprendre la DP. Néanmoins sa motivation et l'engagement de toute l'équipe soignante ont permis de relever le défi : la mise en DPA.
Encouragés par ce succès , nous avons par la suite poursuivi la même dynamique et recruté d'autres patients parfois naïfs de dialyse mais aussi 4 hémodialysés pour atteindre en 18 mois 12 patients, le tout à effectif infirmier constant, ce qui a nécessité de modifier l'organisation du travail.

Nos 12 patients qui bénéficient de cette technique, manifestent une qualité de vie plus importante tout particulièrement pour ceux traités auparavant par HD. D'ailleurs, notre première patiente a témoigné auprès d'autres patients potentiels à la technique, en les encourageant vers le choix de la DP.

Résultats : Les enseignements que nous avons tirés de notre expérience ont porté sur :
- la diffusion de l'information concernant les modalités des différentes méthodes d'épuration extra-rénale en offrant une large place aux différentes techniques de DP.
- l'harmonisation des pratiques individuelles de façon à exprimer un message cohérent et identique quel que soient l'IDE et les circonstances
- l'acquisition ou la réactualisation des connaissances personnalisées par l'équipe, la création de protocoles à réaliser
- l'adhésion inattendue de l'ensemble des soignants du service autour du projet a permis de penser autrement le traitement de l'insuffisance rénale.

Conclusion : La motivation des malades et de l'équipe nous a permis d'offrir à nouveau toutes les alternatives de dialyse et de développer la DP, à moyens constants, malgré une augmentation de la charge de travail. Ce projet a permis de répondre aux besoins des patients et de fédérer l'équipe en impulsant de

nouvelles valeurs. L'autonomie et l'expertise se sont améliorées au fur et à mesure des prises en charge. Nous sommes passés de la DP forcée à la DP choisie. Désormais, la DP a toute sa place dans notre unité pour apporter une réponse personnalisée à l'individualisation du parcours de soins.

Résumé 33 - Péritonite listérienne : une infection peut en cacher une autre.

V. Leduc, E. Zagdoun, Th. Besselièvre, Th. Lamy
(Saint Lô, Caen)

Cas clinique : La patiente est une femme de 81 ans en DPA depuis 4,5 années pour une néphropathie indéterminée.
Ses principaux antécédents sont des prothèses bilatérales de hanche, un myélome IgG ϰ stade A non traité. Elle n'a pas d'antécédent de péritonite.
Elle est hospitalisée pour toux fébrile. Elle rapporte une douleur de hanche gauche post-chute, aucune symptomatologie digestive.
L'examen pulmonaire retrouve un foyer de la base droite. L'abdomen est sans particularité et le liquide de dialyse péritonéale limpide.
On note un syndrome inflammatoire avec une polynucléose neutrophile. Les hémocultures reviennent positives à Listeria monocytogenes. L'enquête étiologique retrouve une consommation de fromage au lait cru. Le bilan d'extension est négatif (dont échocardiographie et radiographies de hanche). Aucun prélèvement péritonéal n'est réalisé en l'absence de point d'appel. L'évolution est favorable sous AMOXICILLINE.
Après 6 semaines, elle est hospitalisée pour altération de l'état général et coxalgies gauches, sans symptomatologie digestive. L'abdomen est souple, le liquide de dialyse limpide avant de se troubler à J4.

L'analyse du liquide de dialyse péritonéale retrouve 16000 éléments nucléés/mm^3 dont 89% de polynucléaires neutrophiles. Une antibiothérapie probabiliste intrapéritonéale par VANCOMYCINE et CEFTRIAXONE est débutée. Après identification de Listeria monocytogenes, nous poursuivons l'antibiothérapie par AMOXICILLINE. La cellularité péritonéale évolue favorablement avec décroissance rapide des éléments nucléés, un examen direct négatif à J4, un liquide limpide à J6. La persistance des coxalgies, suspecte de greffe bactérienne, entraîne un relais intraveineux de l'antibiothérapie à J2. L'échographie retrouve un épanchement intra-articulaire de hanche gauche. La scintigraphie osseuse puis le PET-scan montrent une hyperfixation évoquant un descellement prothétique. Le bilan (dont l'échocardiographie trans-œsophagienne) élimine tout autre foyer secondaire profond. Des biopsies osseuses à J11 sont stériles (probablement décapitées) mais l'anatomopathologie retrouve une ostéite subaiguë. Il s'agit donc d'une péritonite listérienne hématogène secondaire à une arthrite subaiguë de hanche gauche sur prothèse. Après une antibiothérapie intraveineuse de 4 semaines, la patiente bénéficie d'un changement de prothèse. Le matériel est stérile.
L'antibiothérapie est poursuivie par voie orale pour une durée totale de 4 mois.
Lors de cette hospitalisation, la patiente est transférée en hémodialyse sur fistule artério-veineuse en raison d'une dénutrition et d'une anurie.

Revue de la littérature : La péritonite listérienne en dialyse péritonéale est rare avec 16 cas recensés dans la littérature, d'âge moyen 53 ans. L'immunosuppression joue un rôle important dans les infections invasives à Listeria monocytogenes. La moitié des patients bénéficiait d'un traitement immunosuppresseur.
L'ISPD recommande une antibiothérapie probabiliste dès constatation d'un liquide de dialyse trouble, couvrant les Gram positifs (VANCOMYCINE ou C1G) et négatifs (C3G ou aminoglycoside).
En l'absence d'aminoglycoside, cette antibiothérapie est peu efficace sur Listeria, naturellement résistante aux céphalosporines et peu accessible à la VANCOMYCINE (mauvaise pénétration intracellulaire).
Inversement, une antibiothérapie par pénicilline A intrapéritonéale ou intraveineuse permet une régression rapide du sepsis. Un traitement par macrolide était également efficace chez 2 patients allergiques aux pénicillines. Le retrait du cathéter de dialyse péritonéale n'était nécessaire que dans un cas.

Conclusion : Une péritonite listérienne nécessite un bilan d'extension exhaustif notamment chez les patients porteurs de matériel étranger.

Résumé 34 - Conservateur, hémodialyse ou dialyse péritonéale chez le sujet âgé : le choix du traitement ne modifie pas la survie.

Anne-Cécile Rouveure, P. Trolliet, Solenne Pelletier, Mathilde Nouvier, L. De Laforcade, D. Fouque, M. Laville
CHU Lyon Sud (Pierre Bénite, Lyon)

En France, l'hémodialyse est la technique de suppléance prédominante chez les plus de 70 ans (18% en DP, 72% en HD d'après les données du registre REIN). Orienter les patients âgés arrivés au stade terminal de l'insuffisance rénale pose de nombreux questionnements éthiques, d'autant plus que les résultats en termes de survie sont contrastés. L'objectif de cette étude prospective est de comparer la survie des patients de plus de 70 ans arrivés au stade IV de l'IRC, selon leur choix de projet thérapeutique : Traitement Conservateur sans dialyse (TC), Hémodialyse (HD) ou Dialyse Péritonéale (DP).
Nous avons inclus 148 patients de plus de 70 ans intégrés dans un programme d'information sur les traitements de suppléance, proposé dès le stade IV de l'IRC, entre le 01/01/2005 et le 31/12/2010. Nous avons exclu 17 patients qui présentent une contre indication à la DP, 26 patients qui ne font pas de choix car leur fonction rénale s'est stabilisée, 4 patients perdus de vue et 12 patients décédés avant le choix de traitement. L'âge moyen de la population est de 79 ± 6 ans, 40% des patients sont des femmes, le DFG moyen est de 16 ± 9 ml/min/1,73m^2 au moment de l'inclusion. Parmi les 89 patients, 21 soit 24% optent pour un TC, 68 soit 76% acceptent la dialyse, dont 48 l'HD soit 71% et 20 la DP soit 29%. Le délai d'initiation de la dialyse est significativement plus court dans le groupe DP (146 jours vs 442 dans le groupe HD ; p= 0,004). La survie entre le groupe des patients qui acceptent et qui refusent la dialyse n'est pas statistiquement différente (749 jours, soit 2 ans dans le groupe

HD+DP vs 562 jours, soit 1 an et 6 mois dans le groupe TC, avec p= 0,95), ainsi qu'entre le groupe HD (760 jours soit 2 ans et 2 mois) et le groupe DP (343 jours soit 1 an et 8 mois, avec p= 0,32).
A partir de leur inclusion dans un programme de préparation aux traitements de suppléance, la survie des patients âgés de plus de 70 ans ne semble pas différente selon leur choix de prise en charge. Qu'ils acceptent ou refusent la dialyse, qu'ils s'orientent en hémodialyse ou dialyse péritonéale, celle-ci est supérieure à 1 an 1/2. Si dans cette étude les patients étaient au même stade d'IRC à l'inclusion, Il serait intéressant de comparer les survies à partir du même DFG.

Résumé 35 - Rôle du cadre de santé pour débuter une activité en dialyse péritonéale.
Anne Marie Barbier
(Beauvais)

Introduction : La dialyse péritonéale avait été mise en place dès la création du service mais délaissée il y a environ une dizaine d'années au profit de l'hémodialyse hors centre.
Nous nous sommes interrogés sur les possibilités de reprise de la technique pour répondre aux objectifs suivants :
- personnaliser le parcours de santé du patient
- répondre aux sollicitations de l'ARS
- pallier à l'engorgement du centre lourd.

Patients et méthodes : En prenant appui sur une expertise néphrologique reconnue, un laboratoire pharmaceutique qui a apporté son soutien dans la formation, un établissement de soins à domicile, nous avons défini les objectifs suivants :
- travailler en équipe élargie (patient, équipe médicale, para médicale, partenaires,…)
- élaborer un plan de formation pour développer l'expertise des personnels concernant l'accompagnement et le suivi des patients, des tiers, assurer les replis à l'hôpital,…
- faire remonter au laboratoire nos protocoles
- définir et identifier du le matériel nécessaire auprès de la pharmacie, des biomédicaux et des services économiques
- identifier les personnes-ressources et prendre en compte les difficultés des personnels.

Résultats : L'analyse continue des indicateurs a permis de mener une évaluation permanente et pertinente pour procéder aux réajustements. Cela nous a permis de dégager :
Des points forts :
- les patients :
1) Augmentation du nombre de patients de 1 à 11 patients en 18 mois. A ce jour tous les patients sont toujours traités en DP et d'autres sont en attente.
2) Personnalisation réussie du parcours de santé du patient.
- les personnels :
1) Ils ont acquis les nouvelles compétences requises.
2) Une nouvelle relation s'est instaurée entre eux et les patients.
3) Ils ont montré un réel engagement pour la réussite de cette technique.
4) Le tout à moyens constants.

Des points plus difficiles à maîtriser rapidement :
- les patients : 3 péritonites dont une aseptique et un dysfonctionnement initial d'un cathéter, résolu.
- les personnels :
1) Nécessité d'une implication active des personnels en particulier dans l'utilisation du matériel et notamment du cycleur.
2) Acquisition de nouvelles compétences dans une technique qui nécessite aussi l'expérience par définition non acquise initialement.
3) Acceptation d'une nouvelle organisation dans la planification des activités qui a plusieurs fois été modifiée en raison de l'adaptation motivée par la montée en charge.
4) Les équipes médicale et paramédicale ont complètement adhéré et se sont investies dans le projet DP.

Conclusion : au regard des objectifs que nous avions définis, ce dispositif a permis de personnaliser le parcours de santé du patient et par là même de le rendre plus autonome. De plus, ce dispositif nous a permis de développer de nouvelles valeurs et de les partager. Enfin l'appropriation individuelle du projet a permis d'aboutir à la réalisation des objectifs définis initialement.

Résumé 36 - Dialyse, Poids, Clinique et Alimentation : « De l'équilibre intérieur au bien-être extérieur...»
Sophie Mougel, Carole Cantayre
CHU (Nice)

Nous proposons actuellement à nos patients atteints de Maladie Rénale Chronique un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), validé par l'ARS, dont l'objectif principal est de préserver la Fonction Rénale Résiduelle et de retarder le recours à un traitement de suppléance rénale.

L'évaluation de ce programme nous a permis de constater un véritable impact sur l'état de santé de nos patients (une demande de PHRIP a d'ailleurs été déposée).
L'ajustement des habitudes alimentaires, l'observance thérapeutique et la régularité du suivi tendent à montrer une amélioration de leur qualité de vie et de leur état clinique (TA stabilisée, contrôle pondéral, diminution des oedèmes, appétit et sommeil conservés).
Mais rares sont nos patients en DP ayant pu bénéficier de notre programme et notre file active trop restreinte ne nous permet pas de leur dédier un programme spécifique.

Que proposons-nous actuellement à nos patients en DP ?
- Tous les mois : une consultation infirmière suivie d'une consultation médicale puis diététique évaluent les paramètres cliniques et biologiques, et repèrent un changement de leur état de santé ou de leurs habitudes de vie.
- Tous les six mois : un HDJ évalue la qualité de dialyse et permet une reprise éducative, selon les objectifs spécifiques de chaque patient.
De ce suivi émergent de nombreux objectifs communs bien que les patients soient tous différents (âge, sexe, milieu socio-professionnel…).
De plus, lors des consultations mensuelles, les patients de DP se regroupent spontanément dans le couloir qui devient un lieu d'échanges parfois animés et souvent plaisants.

D'où notre idée de structurer cette convivialité afin «d'encadrer» ces échanges.
Grâce à notre complémentarité multidisciplinaire (expérience en DP, ETP et Nutrition) et à notre motivation, nous décidons de mener des ateliers avant les consultations mensuelles des patients présents (environ 5), en fonction des thèmes qu'ils choisissent. Ensuite, une organisation s'installe avec des ateliers prédéfinis.
Les principaux thèmes abordés sont :
- HTA, Sel et Eau
- Equilibre alimentaire (poids ajusté, bilan nutritionnel, transit intestinal…)
- Bilan biologique (de l'assiette au bilan…)
- Ateliers pratiques : échanges, soins d'émergence…
- Vécu et représentation de la maladie, vie sociale, professionnelle et familiale ; les difficultés quotidiennes sont évoquées (troubles du sommeil, difficultés de l'aidant naturel, les vacances…).
Pour chaque thème du matériel de démonstration (cartes à jouer, aliments factices…) est utilisé. Les autosoins sont abordés (surveiller son poids, sa TA, l'apparition d'oedèmes, les injections d'EPO…).
Une première évaluation a fait ressortir un sentiment d'appartenance, une meilleure estime de soi, des liens renforcés entre les patients et une plus grande autonomie.
Pour les patients, peu de problème d'organisation (consultations déjà programmées).
Pour l'équipe, un gain de temps et un sentiment d'efficacité dans notre travail éducatif mais que nous devrons évaluer et, qui sait, peut-être pourrons-nous même observer davantage de patients maintenus dans la technique.
Notre objectif est de structurer et systématiser ces ateliers, de les faire évoluer (intervention d'autres professionnels), selon les besoins de nos patients afin de les accompagner à dialyser pour vivre… et ne pas vivre pour dialyser.

Résumé 37 - Des activités physiques adaptées dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique chez le patient dialysé péritonéal : « Dis à Lysette de mettre ses baskets ».
Céline Meidinger, Salomé Saling, Dominique Schmitt, Françoise Heibel
Hôpitaux Universitaires (Strasbourg)

Selon la FNAIR, les études sur la qualité de vie montrent que l'insuffisance rénale chronique au stade de la dialyse est considérée comme une pathologie entraînant la plus forte altération de la qualité de vie par rapport à d'autres pathologies étudiées. L'OMS mentionne que 2 millions de décès sur la planète en un an seraient dus à la sédentarité. C'est pourquoi, dans le cadre de la construction de notre programme d'éducation thérapeutique en dialyse péritonéale, nous avons évalué la qualité de vie des patients dialysés. L'analyse des questionnaires a confirmé les propos tenus par la FNAIR, notamment ceux concernant la sédentarité et l'isolement social.

Suite à ce constat, un partenariat avec la Faculté des Sciences du Sport a été créé. Une étudiante de master 2 a réalisé un stage de 600 heures au sein de notre service.
Le sujet de son étude s'intitulait « En quoi, les activités physiques adaptées (APA) interfèrent-elles avec les différents aspects de la qualité de vie du patient de dialyse péritonéale ? L'activité physique agit-elle sur les dimensions sociales, psychologiques et physiques auprès de ce type de patients ? »
Pour la mise en place de cette étude, deux programmes :
Dis à Lysette de mettre ses baskets et Néphrologie le plaisir de courir.

Objectif : Donner goût à l'activité physique et qu'elle entre dans un projet de vie ; permettre la prise d'initiative pour poursuivre une activité physique en club ou de façon auto-organisée.

Contenu : Chacun a dû réaliser un test d'effort afin de connaître ses capacités physiques et physiologiques initiales et s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication à l'activité physique. Soit le candidat choisit un programme de réentraînement sur vélo, soit le candidat intègre le programme « Dis à Lysette de mettre ses baskets » avec un choix de deux grandes activités qui sont la pratique de gymnastique douce ou tonique. En parallèle, proposition à l'ensemble des patients de participer aux courses de Strasbourg. Environ deux mois avant l'événement, les étudiants STAPS ont organisé des séances de réentraînement.

Résultat : L'évaluation de ces programmes comporte 3 critères essentiels : l'impact social, psychique et physique des APA. Des tests ont été mis en place et cela en 2 temps :
T0 avant que le patient ne participe aux séances
T1 après le cycle APA.
L'un des tests utilisés est le questionnaire de Duke. Huit dimensions sur les 10 connaissent une évolution positive, une est stable et une autre est en baisse. A savoir que la dimension « santé perçue » est la plus altérée avec un score de 33,3, la dimension « Incapacité » est la plus préservée avec un score de 83,3 et 91,7 à T0 et T1 respectivement.

Conclusion : Cette initiative est à l'origine d'une rencontre insolite entre l'hôpital et le milieu sportif, permettant ainsi d'optimiser le Care au bénéfice du Cure. Nous souhaitons poursuivre ce projet grâce à un travail de thèse conduit par une étudiante STAPS. L'activité physique ne se résume pas qu'au symbole « Citius, Altius, Fortius » mais va bien au-delà !

Résumé 38 - L'hémodialyse à domicile avec un cathéter central c'est possible...
Anne-Céline Monnier, Anne Radiguet, Catherine Thibault
Service néphrologie dialyse transplantation CHU (Caen)

Introduction : L'abord vasculaire privilégié pour l'hémodialyse à domicile (HDD) est la fistule artério-veineuse. Néanmoins il n'existe pas de recommandation officielle sur les abords vasculaires en HDD. Pourtant l'utilisation d'un cathéter tunnelisé à domicile est fréquente en HDD aux Etats Unis.

Nous rapportons ici deux cas de patients traités avec cathéter tunnelisé en hémodialyse à domicile à bas débit avec un cycleur de type Nx Stage system one.

Cas Cliniques :
Cas clinique n°1 : Patient de 25 ans paraplégique, dépendant de ses parents du fait d'une infirmité motrice cérébrale secondaire à une encéphalopathie post anoxique. Il souffre d'une insuffisance rénale chronique terminale depuis l'âge de 15 ans et a été traité pendant 10 ans en dialyse péritonéale automatisée assisté par

ses parents. Il présente en juillet 2011 une infection du liquide de dialyse péritonéale nécessitant le retrait du cathéter et a dû être transféré en hémodialyse sur cathéter tunnelisé. La création d'une fistule artério-veineuse est impossible car le patient présente des crises convulsives pendant les séances avec risque de déconnexion accidentelle. Initialement dialysé en centre lourd, il est installé à domicile en février 2012 à la demande de ses parents car leur présence indispensable à chaque séance de dialyse devenait trop contraignante. Les parents ont été formés pendant 3 mois (2 mois pour apprentissage du branchement sur cathéter et 1 mois pour apprentissage spécifique de la machine Nx Stage). Il est à domicile depuis presque 3 ans sans aucun repli au centre lourd. Il n'a pas présenté d'infection de cathéter.

Cas clinique n°2 : Patiente de 15 ans en insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une glomérulonéphrite membrano-proliférative à dépôts de C3 isolé. Elle est initialement prise en charge en dialyse péritonéale automatisée à domicile. Après 14 mois de dialyse péritonéale, il est décidé de la transférer en hémodialyse du fait d'un mauvais contrôle tensionnel et de critères biologiques de sous dialyse. La patiente fait le choix de l'HDD en accord avec ses parents. Elle refuse la création d'une fistule artério-veineuse. Elle bénéficie d'une formation accélérée sur 2 semaines du branchement sur cathéter et du montage de la Nx Stage. Elle est installée à domicile en novembre 2013. Une transplantation rénale permettra une sortie de la technique après 3 semaines de domicile.

Conclusion : Le cathéter n'est évidemment pas l'abord vasculaire à privilégier pour l'HDD mais reste une alternative envisageable dans certaines situations cliniques.

Résumé 39 - Mouvements choréiformes de l'hémicorps gauche chez un patient en dialyse péritonéale automatique (DPA) : enquête étiologique difficile.

Y. Knefati[1], F. Macia[1], Catherine Mallecourt[2], M. Boukelmoune[1], Magali Faure[1], O. Lavelle[1], J.-R. Mondai[1]
[1]Service de Néphrologie-Dialyse
[2]Service de Neurologie Hôpital Sainte Musse (Toulon)

La survenue des mouvements choréiformes est rare chez les dialysés non-diabétiques. En juillet 2014, chez ce patient autonome de 69 ans, en DPA depuis 7 ans, le sevrage tabagique et l'utilisation de l'e-cigarette ont précédé l'apparition progressive (en 48 heures) de mouvements choréiformes de l'hémicorps gauche. Le tableau neurologique (vidéo) altère fortement l'endormissement et s'associe à des douleurs articulaires de l'épaule et la cheville gauche, sans retentissement significatif sur la réalisation de la DPA.
L'imagerie cérébrale (scanner non injecté et IRM) a retrouvé des calcifications déjà connues sans signes en faveur d'accidents vasculaires ou autres anomalies pouvant expliquer les mouvements anormaux. Une sténose modérée de la carotide interne droite ne semble pas en cause.
Les explorations biologiques confirment une hyperparathyroïdie secondaire (parathormonémie à 900) insuffisamment traitée par Cinacalcet et Calcitriol, sans anomalie phosphocalcique. Le bilan auto-immun revient négatif ainsi que les sérologies infectieuses.
La Tétrabénazine s'avère efficace sur les mouvements anormaux, mais mal tolérée. Ces mouvements s'estompent toutefois durablement. L'adénomectomie parathyroïdienne est pratiquée mi-septembre, suivie d'un accident vasculaire cérébral ischémique sylvien droit avec hémiparésie gauche régressive. Une nouvelle imagerie confirme une thrombose de la carotide droite.
Trois hypothèses diagnostiques semblent possibles. La toxicité en lien avec l'e-cigarette ne peut être écartée du fait de la disparition des mouvements anormaux avant la chirurgie. L'hypothèse ischémique en rapport avec l'athérome carotidien est également plausible. Quant à l'hyperparathyroïdie, l'association avec une chorée est retrouvée dans la littérature.

Résumé 40 - ETP en Dialyse Péritonéale : expérience « quadri annuelle » d'un centre.

Christelle Haemmerle, D. Werle, Katia Frank, Dominique Schmitt, Françoise Heibel, L. Bencheikh, Sandrine Abellon
Service de dialyse péritonéale Hôpitaux Universitaires (Strasbourg)

Le service de dialyse péritonéale du CHU de Strasbourg gère entre 5 et 70 patients. En 2011 notre programme d'ETP destiné aux patients autonomes ou semi-autonomes porteur d'un KT de DP pour IRC stade 5 a été validé par l'ARS.
L'objectif de ce programme est de donner à la personne IRC les moyens de prendre en charge son traitement par dialyse péritonéale, mais également, connaître la surveillance quotidienne et la conduite à tenir en cas de complications.
Afin de répondre au mieux aux attentes des patients, un focus groupe avec des patients « témoins » a été organisé. Cette rencontre fut riche en échanges et nous voilà propulsé dans cette aventure extraordinaire qu'est l'Education Thérapeutique du Patient.
Grâce à l'ETP, nous avons retravaillé notre support de formation. Ainsi chaque nouveau patient autonome bénéficie d'un classeur personnalisé avec tous les supports nécessaires à son éducation. Nous avons également réévalué notre « manière de faire ». A présent nous définissons avec le patient son parcours éducatif, c'est-à-dire l'ensemble des connaissances à acquérir lors de son éducation. Nous impliquons le patient dans son éducation en lui permettant de faire son auto-évaluation. Une IDE est détachée de l'équipe afin qu'elle soit disponible pour le patient en éducation.
Nous avons construit nos différentes séquences éducatives. L'ensemble de nos supports ont été conçus et réalisés en interne. Ainsi nous proposons au patient dans un délai 3 mois après son éducation, de participer à des ateliers collectifs en complément de sa formation.
Nous organisons une demi-journée avec 2 ateliers de 1 heure et un maximum de 5 participants
A ce jour, 4 ateliers ont été créés :
Mon liquide n'est pas clair, mais moi je suis au clair. Les 3 M : le matériel, le masque, les mains. Le médicament : mon ami ou mon ennemi. Dis à Lisette de mettre ses baskets.
Deux sont en gestation….
Nous avons une salle dédiée à l'ETP. Une infirmière a également été formée aux 40 heures et une deuxième est planifiée courant 2015. Notre équipe se compose donc à présent :
D'un néphrologue (DU ETP). D'un néphrologue (formation aux

40 heures). D'une cadre de santé (DU ETP).
D'une IDE (DU ETP). De 3 IDE (formation aux 40 heures).

Au total la mise en place d'un programme d'ETP est une belle aventure pour les professionnels de santé, mais également pour les patients. L'ETP permet d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur, émergence d'un nouveau métier, « patient expert »
« L'éducation thérapeutique n'est pas une potion que le médecin prescrit, que l'IDE administre et le que la patient ingurgite, mais l'ETP est une aventure humaine » Brigitte Sandri Berthon.

Résumé 41 - La dialyse péritonéale aigüe en pédiatrie. Evaluation de notre pratique depuis 10 ans.

Florence Chague, Sylvie Fahys
Réanimation infantile CHU (Besançon)

Introduction : Nous utilisons la dialyse péritonéale depuis l'ouverture du service de réanimation en 1976 et de façon automatisé depuis 1994. L'équipe est donc formée et maitrise cette technique d'épuration extra-rénale. Confronté à certaines limites de cette technique nous aimerions nous ouvrir à d'autres méthodes telles que l'hémodialyse et l'hémofiltration.
Le but de notre travail est de réaliser une étude de nos pratiques concernant l'utilisation de la dialyse péritonéale dans l'insuffisance rénale aigue.

Patients et méthodes : Nous avons inclus tous les patients en insuffisance rénale aiguë (IRA), nécessitant une dialyse sur les 10 dernières années. La population s'étend depuis la grande prématurité jusqu'à l'âge de15 ans. Il s'agit d'un travail descriptif sur notre cohorte, type de pathologie, nombre de jours de dialyse, durée de l'hospitalisation, complications rencontrées, critères décisionnels de mise en route.

Résultats : Sur 34 patients retenus, il y avait 7 nouveaux nés dont 2 prématurés, 11 enfants de moins de 2 ans, 16 enfants >2 ans.
71% des patients étaient atteints d'un syndrome hémolytique urémique, dans 17% des cas l'insuffisance rénale était secondaire à une anoxo-ischémie à la naissance, les 12% restants étaient liés à une pathologie rénale.
La prise en charge variait selon l'âge des enfants, en moyenne le nombre de jours de dialyse était de 9 jours (3 à 58 jours) et le temps d'hospitalisation de 15 jours.
Les rares complications liées au cathéter étaient des péritonites. L'utilisation précoce du cathéter amène occasionnellement des fuites.

Conclusion : Cette pratique est bien instaurée dans notre service, elle permet une prise en charge rapide et facile de l'IRA immédiatement après la mise en place du cathéter. L'utilisation du cycleur ne demande pas de surveillance continue ce qui procure un gain de temps dans la prise en charge infirmière.
Quelques limites sont apparues, notamment la difficulté de réaliser très rapidement de l'ultra filtration chez des nouveau-nés anuriques en surcharge. Ce travail permet cependant de mettre en évidence que la dialyse péritonéale peut facilement être utilisée comme technique de première intention pour la prise en charge de l'IRA en pédiatrie, quand les voies d'abord sont parfois difficiles.

Résumé 42 - Rôle de la fibrose péritonéale dans l'altération précoce de la conductance osmotique au cours de la péritonite sclérosante encapsulante.

J. Morelle, Amadaou Sow, N. Hautem, Caroline Bouzin, R. Crott, O. Devuyst, E. Goffin
Cliniques universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain (Bruxelles, Belgique)

La péritonite sclérosante encapsulante (PSE) est une complication rare mais catastrophique de la dialyse péritonéale (DP), caractérisée par une fibrose excessive du péritoine et un engainement des anses intestinales, conduisant à des épisodes répétés d'occlusion. Une perte de la capacité d'ultrafiltration (UF) du péritoine est fréquemment observée avant le développement d'une PSE, mais la valeur prédictive et les mécanismes de cette perte de fonction péritonéale n'ont pas été investigués.

Dans une cohorte de 234 patients ayant initié la DP au sein de notre institution entre 1994 et 2013, nous avons identifié 7 patients qui ont développé une PSE, les avons appariés avec des contrôles ayant le même sexe et la même durée de DP (ratio 4 :1), et avons suivi de manière longitudinale les paramètres de transport péritonéal obtenu au cours de tests d'équilibration effectués avec du glucosé hypertonique.

Par rapport aux contrôles, les patients qui développent une PSE ont une perte prématurée de la conductance osmotique au glucose, avec une diminution de la capacité d'UF et du tamisage du sodium. En analyse multivariée, la perte du tamisage du sodium est le facteur prédictif indépendant le plus puissant pour l'identification des patients à risque de PSE.
Nous avons ensuite investigué les mécanismes de cette altération de conductance osmotique au travers du péritoine par des études structurelles et moléculaires effectuées sur les biopsies péritonéales de patients PSE et contrôles, obtenues au retrait du cathéter de DP.
Comparativement aux contrôles, les patients avec PSE présentent une fibrose sous-mésothéliale plus importante, une densité accrue de fibres collagènes au sein de l'interstitium, et une accumulation de fibres collagène épaisses.
La perte de la conductance osmotique au glucose est étroitement corrélée avec le degré de fibrose péritonéale et la densité de fibres collagène dans l'interstitium, tandis que l'expression des canaux à eau aquaporine-1 dans l'endothélium vasculaire n'est pas modifiée.
En association à ces modifications structurelles, l'expression du facteur de croissance vasculaire endothélial (VEGF) et de l'isoforme endothéliale de l'oxyde nitrique synthase (eNOS) sont significativement augmentés dans le péritoine des patients avec PSE.

Ces résultats suggèrent que la perte précoce et disproportionnée du tamisage du sodium au cours du traitement par DP permet de prédire le risque ultérieur de développer une PSE. Cette altération de la conductance osmotique au glucose est étroitement corrélée à des altérations spécifiques de la matrice extracellulaire du péritoine chez les patients avec PSE, confirmant l'hypothèse que le développement d'une fibrose péritonéale excessive altère le transport d'eau en DP.

Résumé 43 - L'adéquation de la DP en 2015 : mise au point.

P-Y Durand[1], Lise Mandart[2]
[1]ECHO (Vannes),
[2]Centre Hospitalier Bretagne-Atlantique (Vannes)

En ce qui concerne l'adéquation de la DP, huit différentes recommandations nationales et internationales ont été publiées au cours des 15 dernières années. Celles-ci sont discordantes pour plusieurs critères, mais convergent pour un seuil minimal du Kt/V global hebdomadaire de 1.7. Appuyées par des opinions d'experts, ces recommandations sont issues des quelques grandes études de survie en DP : CANUSA, EAPOS, ADEMEX. Ce papier a pour objectif de préciser les nouveaux critères d'adéquation 2015 actualisés après l'étude ANZDATA (2009), selon une analyse critique de la littérature.

Les EBPG européennes recommandent les simulations informatiques modélisées pour prescrire la DP. Cependant, les résultats cliniques confrontés aux simulations modélisées, précisent les limites respectives des logiciels PD-ADEQUEST (Baxter), PDC (Gambro) et P.O.L. (Fresenius). Les résultats des tests de ces logiciels seront exposés lors de cette présentation.

La dose d'épuration mesurée par les clairances des petites molécules n'est plus un critère essentiel de l'adéquation. A ce sujet, depuis 2006 la clairance hebdomadaire de la créatinine n'est plus utilisée, seul le Kt/V global hebdomadaire de l'urée reste recommandé. Les recommandations australiennes CARI déconseillent l'utilisation isolée du critère Kt/V, alors que d'autres dimensions de l'adéquation deviennent prépondérantes dans les recommandations encore plus récentes : ISPD (USA); JSD (Japon) ; CSN (Canada). Ces dimensions concernent essentiellement l'équilibre hydro-sodé avec cependant discordances sur le volume déplété quotidien minimal adéquat, mais aussi la préservation de la fonction rénale résiduelle, l'état nutritionnel, l'acidose, l'état métabolique, et d'autres. Dans chacune de ces dimensions, des cibles sont proposées pour définir l'adéquation du traitement.
En synthèse, la notion d'adéquation en DP évolue vers une multiplicité des critères dans laquelle la dose de dialyse n'apparait plus que comme une cible mineure. Cette nouvelle notion impose une appréhension globale du patient, dans une logique de prescription plus souple visant à obtenir un équilibre acceptable entre les dimensions qui la définissent.

Résumé 44 - Comparaison de l'évaluation de l'état d'hydratation des patients en dialyse péritonéale par deux systèmes d'impédancemétrie.

D. Aguilera[1], Marie Béatrice Nogier[2] , A. Testa[3], G. Kosmadakis[1]
[1]Maladies Métaboliques, CH J.Lacarin (Vichy),
[2]Néphrologie-Transplantation CHU Rangueil (Toulouse),
[3]ECHO (Nantes)

Objectif : L'euvolémie est un prédicteur de la survie en DP. 40 à 60 % des patients en DP sont considérés en hyper-volémie. L'utilisation des appareils d'impédancemétrie permet une meilleure évaluation du poids sec de ces patients et apporte des indications sur l'état nutritionnel. Afin d'évaluer le service rendu par cette méthode nous avons comparé l'évaluation clinique du poids sec et de l'état nutritionnel avec les données de deux appareils d'impédancemétrie.

Méthode : Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle. L'évaluation clinique comportait l'examen clinique, la mesure de la tension artérielle, du BMI, du SGA et était comparée aux résultats fournis par deux appareils : le BCM (Fresenius Medical Care body bio-impedance spectroscopy device) et BIVA (Bioelectrical Impedance Vector Analysis-EFG Diagnostic Ltd).

Résultats : 75 patients en DP de 3 centres français ont été inclus (48 % d'homme), âge moyen 64.3±16.7 ans, 41.3 % était en DPCA et 58.7 % en DPA depuis 20.4±5.5 mois.
Concordance entre les mesures par impédencemétrie et l'évaluation clinique du niveau d'hydratation :
Concernant les paramètres nutritionnels, aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'évaluation clinique et les données de l'impédancemétrie. Le BMI semble la donnée la plus intéressante.

Conclusion : Les données obtenues variant beaucoup d'un appareil à l'autre. Le BIVA semble plus proche de l'évaluation clinique. D'autres études devront être réalisées pour confirmer ces données. Les mesures par impédencemétrie apportent une aide à la décision, mais doivent être interprétées et pondérées par l'examen clinique.

Résumé 45 - Sorties de dialyse péritonéale pour sous dialyse : quelle réalité ?

D. Aguilera
(Vichy)

Objectif : Le motif principal de sortie technique en 2013 (127 patients, 30.7%) est la sous dialyse.
Cela représente entre 2004 et 2014 plus10%. Le délai médian de sortie est de 26 mois.
L'objectif de ce travail est d'analyser pourquoi les patients sont sous dialysés.

Méthode : L'étude a porté sur tous les patients du RDPLF sortis de technique pour sous dialyse et qui ont un bilan enregistré dans le module nutrition et dialyse.
La période d'étude va du 23/2/00 au 24/8/14. Les paramètres analysés sont le SGA, la FRR, le kt/v, les clairances de créatinine, le taux d'ultrafiltration, le protocole de dialyse.
L'analyse porte sur 3 groupes : groupe 1, population globale, groupe 2 avec un kt/v <1.7 et une clairance de créatinine hebdomadaire < 45 l, groupe 3 ultrafiltration < 750 ml/j.

Résultats : 147 patients, H/F = 1,77, âge moyen 60,88 ± 15,57 ans avec une médiane de dialyse de 17 mois. Le délai médian entre le bilan et la date de sortie de DP est de 4,6 mois (0 – 85 mois). 13 (8.8%) patients ont un SGA C, 2 (11.7%) pour le groupe 2 et 7 (26.9%) pour le groupe 3.
Les paramètres quantitatifs :
En considérant que pour obtenir les cibles de bonne dialyse il faut 7/7j de dialyse, 24h/j, une poche hypertonique/j et une prescription d'icodextrine en stase longue : 41.2% n'ont pas ces critères dans le groupe 2 et 37.5% dans le groupe 3.

Conclusion : Ce travail montre que seulement 29.3 % des patients ont un critère objectif de sous dialyse et dans ces cas 38.9 % ont une prescription inadéquate. Les patients avec une sous dialyse effective sont le plus souvent traités par DPA.

Résumé 46 - Allo DP, le téléphone, une aide au suivi du patient en DP.

Sylvie Giron[1], Nicole Larroumet[1,2], Dominique Vergnaud[1], C. Combe[1,2]
[1]CHU Pellegrin (Bordeaux)
[2]AURAD Aquitaine (Gradignan)

Véritable complément de la consultation, le suivi téléphonique des patients en DP permet une optimisation de la prise en charge tant sur le plan de la technique de DP, accélère la prise en charge précoce des complications, limite les consultations ou hospitalisations inutiles.
D'autre part, il permet un soutien psychologique important tant des patients que de l'entourage et des IDE libérales à domicile.
Ce suivi est tracé sur un outil informatique et consultable en ligne par tous les intervenants au niveau du service.
L'examen détaillé des appels téléphoniques sur une période de 2 ans (plus de 300 appels/an), pour les patients en dialyse péritonéale suivis par le service (30 patients en moyenne), a permis de dégager :
- les caractéristiques des patients qui appellent (Durée en DP, Néphropathie, Age),
- la cause des appels (diététique, symptomes cardiovasculaires, surcharge, infection péritonéale, problèmes de cathéter, échanges, complications mécaniques, troubles digestifs),
- la fréquence des appels,
- le pourcentage de patients qui téléphonent.
Cette évaluation nous a permis de cibler la population à risque, de vérifier la satisfaction des patients par rapport à ce suivi téléphonique, de comparer le taux d'appels aux taux de péritonites et au taux d'hospitalisations et de quantifier grossièrement le nombre d'hospitalisations ou de consultations évitées.
Ce suivi téléphonique a permis également la réassurance du patient, du conjoint et des aidants (IDE libérales).
Il nous paraît important que soit reconnu ce «travail téléphonique» de l'équipe de dialyse péritonéale, qui permet de valoriser le travail infirmier et d'économiser du «temps médecin» en optimisant la prise en charge tant clinique que psychologique et en augmentant la cohésion de l'équipe médicale.

Résumé 47 - L'éducation thérapeutique (ETP) dans l'aide au choix de la méthode de suppléance pour les patients insuffisants rénaux chroniques stades V. Résultats après 2 ans de suivi.

A. Guerraoui, Yolande Gagneux, Equipe ETP,
Agnès Caillette-Beaudoin
CALYDIAL (Vienne)

Introduction : Les modalités de dialyse ont un impact majeur sur la qualité de vie. La dialyse entraîne de gros changements dans la vie des patients. Pour permettre aux patients de faire un choix éclairé au-delà de la simple information délivrée, nous avons mobilisé notre structure d'éducation thérapeutique (ETP) ainsi que les patients, pour la conception d'ateliers d'accompagnement des patients pour le choix du mode de dialyse le plus adapté à leur mode de vie.

Objectif : Donner les éléments nécessaires aux patients pour choisir le mode de dialyse le plus adapté à leurs modes de vie, grâce à l'ETP.

- Comprendre son corps, sa maladie, les répercussions socio familiales de la maladie.
- Expliquer les principes du traitement.
- Repérer les signes d'alerte, les symptômes nécessitant le début de la dialyse.
- Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse).
- Réajuster un traitement, ou une diététique.
- Intégrer les nouvelles technologies de dialyse dans la gestion de sa maladie et de son traitement.

Organisation : L'ATELIER est composé de deux demi-journées à un mois d'intervalle. Les participants sont quatre patients accompagnés d'un membre de la famille, de l'aidant ou d'un traducteur. Le groupe des participants reste ensemble pour les deux demi-journées. Chaque participant a un bilan éducatif initial, suivi des 2 ateliers en groupes et un bilan éducatif final.

Résultats : 30 patients ont participé à ces ateliers collectifs. L'évaluation :
- Satisfaction des patients : 100%.
- Diminution de l'angoisse de 21%.
- Augmentation de l'accord pour le traitement de 24%.
- Augmentation de l'engagement pour le traitement (patient prêt pour le traitement) de 58%.
-Amélioration des connaissances de 32%.
- Le choix de la technique de suppléance à la fin des ateliers : 60% DP, 13% HD et 27% absence de choix.
- 17 patients ont débuté la dialyse : 59% DP et 41% HD.

Conclusion : Nous proposons une nouvelle méthode d'aide aux choix de suppléance grâce à l'ETP, basé sur une méthode psychopédagogique et des outils permettant d'explorer les représentations, croyances et connaissance des patients.
- Elle a permis aux patients de prendre les décisions adaptées (projet de vie professionnel, familial ou personnel) selon le stade de la maladie ou les contraintes de certains.

Résumé 48 - Antibiothérapie systémique aussi efficace qu'intra-péritonéale dans le traitement d'entretien des infections péritonéales en dialyse péritonéale.

Cécile Courivaud[1], Catherine Bresson-Vautrin[1], Patricia Fori[1], JP. Ryckelynck[2], JM. Chalopin[1], D. Ducloux[1], Th. Lobbedez[2]
[1]Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale, CHU (Besançon)
[2]Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU (Caen)

Introduction : Une antibiothérapie administrée par voie intra-péritonéale est recommandée dans la prise en charge des infections péritonéales (IP) en dialyse péritonéale (DP). Néanmoins, l'utilisation de la voie systémique (per-os, IV) reste à ce jour débattue dans la littérature.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les épisodes d'IP entre Janvier 2005 et Décembre 2010 chez des patients incidents, au sein de 2 centres français, l'un utilisant systématiquement la voie intra-péritonéale («centre IP») et l'autre la voie systémique (per os prioritairement) («centre Syst») en traitement d'entretien. Nous avons comparé le taux d'échec de

traitement défini comme suit : retrait du cathéter de DP associé ou non à une IP réfractaire, décès dans les 14 jours suivant l'IP ou la survenue d'une IP récidivante.

Résultats : Au total 106 patients ont développé 114 IP (57 IP pour 43 patients dans le «centre Syst» et 87 IP pour 63 patients dans le «centre IP»). Nous avons observé le même taux d'échec de traitement dans chaque centre (n = 17/57 (29,8%) versus n = 26/87 (29,9%), p = 0,99). Huit patients (47%) dans le «centre IP» et 12 (46%) dans le «centre Syst» étaient toujours en DP dans les suites de l'IP à 403+/-160 et 330+/-219 jours respectivement (p = 0,68). Une IP à Staphylocoque Coagulase négatif ou «autres pathogènes» (Pyocianique, Corynebacterium et/ou Clostridium) étaient les 2 seuls facteurs indépendants retrouvés d'échec de traitement (OR = 9,6 [0,9-7,88], p = 0,04 et OR = 13,8 [1,09-173,7], p = 0,04, respectivement).

Discussion et conclusion : Dans le traitement des IP, une antibiothérapie d'entretien administrée par voie systémique semble aussi efficace que par voie intra-péritonéale.

Résumé 49 - Le taux sérique d'immunoglobuline G prédit le risque de péritonite en dialyse péritonéale.

Cécile Courivaud[1], Karine Bardonnet[2], Catherine Bresson Vautrin[1], JM. Chalopin[1], JM. Rebibou[3], D. Ducloux[1]
[1]Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU (Besançon)
[2] Service de Biochimie Médicale, CHU (Besançon)
[3]Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation Rénale, CHU (Dijon)

Introduction : L'infection du liquide péritonéal (ILP) est une complication sévère et fréquente de la dialyse péritonéale (DP). L'influence du taux sérique d'immunoglobulines G (IgG) sur la survenue d'ILP n'est pas clairement établie.

Patients et méthode : Nous avons conduit une étude prospective pour déterminer si le taux d'IgG était prédictif de la survenue d'ILP. Tous les patients ayant débuté la DP dans notre centre entre Janvier 2005 et Décembre 2010 ont été inclus. Le taux d'IgG a été mesuré à l'initiation de la DP, puis tous les 6 mois.

Résultats : 240 patients consécutifs ont été inclus. Le suivi moyen était de 25 + 12 mois. 76 patients (32%) ont eu au moins un épisode d'ILP. La concentration moyenne d'IgG à l'initiation de la DP était plus basse chez les patients qui ont par la suite développé une ILP (7,9 + 3,4 vs 9,7 + 3,4 g/l ; p=0,005). Un taux plus élevé d'IgG était associé à un risque réduit d'ILP (HR, 0,88; IC95%, 0,80-0,97 pour chaque augmentation de 1g/l du taux d'IgG; p=0,008). Un taux d'IgG ≤ 6.4 g/l (« taux faible d'IgG ») avait la meilleure valeur prédictive pour la survenue d'ILP. 52 patients (24%) avaient un taux faible d'IgG. En analyse multivariée, un taux faible d'IgG (HR, 2,49; IC95%, 1,32-4,69; p=0,005) et l'existence d'un diabète (HR, 2,78; IC95%, 1,49-5,20; p=0,001) étaient les deux seuls paramètres associés à la survenue d'une ILP. 24 patients ont eu au moins 2 épisodes d'ILP. Les taux d'IgG des patients avec plusieurs épisodes d'ILP ne différaient pas de ceux ayant eu un épisode unique d'ILP (7,9 + 3,5 vs 7,8 + 3,4 g/l ; p=0.871). Par ailleurs, aucune modification du taux d'IgG n'était observée après l'initiation de la DP.

Conclusion : Un taux faible d'IgG prédit le risque de survenue d'ILP chez les patients en DP. Des études complémentaires devront déterminer l'intérêt potentiel de l'administration préventive d'immunoglobulines polyvalentes chez ces patients.

Résumé 50 - Education thérapeutique du patient et Information pré-dialyse par l'équipe de dialyse péritonéale : Impact sur le choix de la technique.

Catherine Ceresa, Frédérique Givaudan, Bérangère Geslot, Fatima Yazbeck, A. Abbassi, S. Roueff CTIRC - Hôpitaux (Saint-Maurice)

Introduction : L'information pré-dialyse et l'éducation thérapeutique du patient (I. ETP) est un moyen essentiel d'optimiser la prise en charge en dialyse des patients en insuffisance rénale chronique. Elle permet d'aider le patient à faire son choix de technique. Notre programme d'ETP a obtenu l'accord de la HAS en 2010.

Méthodes et discussion : Nous avons inclus dans ce programme d'I.ETP 117 patients entre 2012 et 2014, répartis de la façon suivante : 38 patients en 2012, 33 patients en 2013 et 46 patients en 2014.
Cette information est réalisée par le médecin et les infirmières de dialyse péritonéale. Tous les membres de coordination de cette I.ETP sont formés aux deux techniques de dialyse.
Cette information se déroule en 1 ou 2 entretiens individuels de 60-120 minutes, dans une pièce dédiée et au calme. Le patient peut venir accompagné d'un proche.

Pour bien mener cette information, nous utilisons un guide d'entretien et plusieurs outils pédagogiques. L'objectif essentiel est de laisser le patient s'exprimer. Dans le programme d'I.ETP– Information, nous présentons les 3 méthodes de suppléance avec des rappels sur l'insuffisance rénale et ses conséquences et nous organisons des rencontres avec des patients traités par dialyse ou leurs proches. Ainsi informés, ils peuvent librement porter leur choix vers la technique qui leur semble la plus adaptée à leur profil. Parmi l'ensemble des patients pris en charge les deux dernière années et après ce programme d'I.ETP, 18 patients sur 33 ont opté pour la DP en 2013 (54%) dont 8 ont débuté la DP dans l'année et 22 sur 46 en 2014 (47%) dont 13 patients ont débuté la DP dans l'année.

Conclusion : L'IRC est une maladie sévère, chronique et évolutive. La prise en charge des patients atteints de cette pathologie doit nécessairement comporter une information pré-dialyse et des séances d'ETP afin de permettre au patient de mieux choisir la technique qui s'adapte le mieux à sa situation et à son profil. Le patient a le droit de savoir.

C'est le but de notre programme d'I. ETP qui montre qu'après une bonne information environ 50% des patients choisissent la DP.

Résumé 51 – Une rencontre, et plus si affinités.

Nadine Rossez, Isabelle Brayer, Carla Bernaer, Françoise Dumortier, Agnès Ntumba, Elena Vieru, Catherine Defawe, KM Wissing, M Dratwa
CHU Brugmann (Bruxelles, Belgique)

Introduction : Il y a juste 1 an, notre projet d'étude «Une rencontre, et plus si affinités » s'est vu décerné le « Baxter Predialysis Award » belge francophone. Ce prix était destiné à mener à bien un projet original dans le domaine de la pré-dialyse avec l'idée d'améliorer ou d'optimiser l'accompagnement du patient insuffisant rénal terminal dans le processus de décision en faveur d'une modalité de traitement de suppléance, à savoir la dialyse péritonéale (DP). Le choix d'une technique de dialyse, particulièrement à domicile telle que la DP, est associé à une anxiété bien compréhensible affectant le malade et son entourage.

But : Déterminer si, en plus de nos séances d'information classique, le recours à un tutorat (« coaching ») par des patients actifs en DP pourrait être utile pour stimuler le choix de la DP et réduire l'anxiété des malades candidats, en particulier lorsque les langues étrangères constituent un obstacle important à la communication.

Méthodes : Une liste de tuteurs ou « coachs » potentiels a donc été établie à partir de notre groupe de patients traités en DP à la fin Novembre 2013 et la signature d'un consentement éclairé à participer leur a été demandée au cours des deux mois suivants. Les tuteurs ont été classés en fonction de leurs: âge, sexe, origine géographique, langue maternelle, mode de vie, activités, éventuelle inscription sur liste d'attente pour transplantation, modalité de traitement (DPCA ou DPA), et de la présence d'une assistance familiale potentielle. Ces critères ont servi à sélectionner un tuteur pour chaque nouveau patient candidat entré dans le programme d'information pré-dialyse en l'absence de contre-indication formelle à la DP. Ensuite, nous pourrons mesurer le pourcentage de patients ayant choisi la DP après information objective et le comparer aux pourcentages des deux années précédentes (sans recours au système de tuteur dédié donc); un objectif secondaire sera de mesurer le niveau de satisfaction des patients à l'aide d'un questionnaire mis au point et proposé par l'Association Belge des Patients Rénaux.

Résultats : Préliminaires (à compléter bien entendu d'ici leur présentation au Symposium) : du 14/12/2013 au 21/10/2014, 36 séances d'information dont 3 urgentes (chez des patients pris en HD avant information) ont été réalisées. Après discussion en équipe, 12 patients (33 %) présentaient des contre-indications ou des difficultés majeures médicales et/ou sociales pour la DP. Sur les 24 patients restant, treize ont choisi la DP et 8 d'entre eux ont accepté de participer au projet de coaching, 5 ayant décliné pour des raisons diverses. Actuellement, les questionnaires de satisfaction n'ont pas encore été analysés mais les retours oraux de patients « candidats » sont très positifs.

Conclusion : Si l'introduction de tuteurs se révéle positive pour favoriser le choix de la DP et diminuer l'anxiété des nouveaux patients, ce système sera généralisé à notre clinique de pré-dialyse.

Résumé 52 - Qualité de vie, maladie rénale chronique : quelles particularités en République Démocratique du Congo ?

Chantal Zinga[1], F. Lepira[2], N. Nseka[2]
[1]Okolama n°A/12 Matonge/Kalamu, (Kinshasa, Congo RDC)
[2]Cliniques universitaires de Kinshasa, Service de Néphrologie, (Kinshasa, Congo RDC)

Introduction : La prévalence de la maladie rénale chronique est de 12.4% à Kinshasa (1).
Il est admis que la prise en charge de la maladie rénale chronique doit intégrer la préservation et l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Objectif : Analyser la qualité de vie des patients rénaux suivis au Service de néphrologie des Cliniques universitaires de Kinshasa.

Méthode : Etude transversale descriptive et analytique portant sur 40 patients rénaux vus de mai à juillet 2014. Ces patients sont choisis au hasard.

Résultats : L'âge moyen était de 50.5 ans avec 70% de femmes. le délai moyen d'évolution de la maladie rénale était de 5ans. La maladie rénale chronique était au stade terminal chez 50%.
La qualité de vie était mauvaise et l'ADDQL moyen était de -2,8 ; l'âge, le sexe et le délai d'évolution ne sont pas déterminants dans l'altération de la qualité de vie.

Conclusion : La maladie rénale chronique exige une rigueur hygiènodiététique et des contrôles réguliers pour le suivi. Ces contraintes sont mal vécues par ces malades.

Résumé 53 - Pas d'évolution vers l'hyperperméabilité chez 44 patients traités sans soluté glucosé hypertonique pendant 54 mois.

D. Pagniez[1], Célia Lessore[1], A. Duhamel[2], J.-B. Beuscart[1,2]
[1]Centre Hospitalier Universitaire (Lille)
[2]Faculté de Médecine (Lille)

Le glucose est un agent osmotique largement utilisé en dialyse péritonéale (DP), mais il a une action délétère sur le péritoine. L'effet protecteur éventuel d'une exposition limitée du péritoine aux solutions glucosées hypertoniques n'a jamais été étudié.

Patients et méthodes : La cohorte de patients pris en charge par notre centre, où l'utilisation des solutions glucosées hypertoniques est restreinte à dessein, a été étudiée de façon prospective depuis 1992. Le transport des petits solutés a été étudié au moyen d'un équivalent du test d'équilibration péritonéale au glucose, après 6 mois de DP, puis tous les ans. La série des mesures réalisées chez les patients traités plus de 54 mois a été analysée au moyen (1) de la pente de la régression linéaire du rapport des concentrations en glucose après 4 et 0 heures de test (G4/G0), et (2) d'un modèle linéaire mixte.

Résultats : Au cours de la période étudiée, 44 patients ont été traités 54 mois, pour un total de 2376 mois, dont 2058 mois sans solution glucosée hypertonique. La fréquence des infections péritonéales était d'une pour 18 mois-patients. La moyenne des pentes des régressions linéaires des rapports G4/G0 s'est avérée positive de façon significative (test de Student, $p<0,001$), et les résultats du modèle linéaire mixte montraient une augmentation

similaire et significative des rapports G4/G0 avec le temps. Ces résultats traduisaient une diminution significative du transport des petits solutés avec le temps.

Discussion : Dans notre cohorte de patients chez qui l'utilisation des solutions hypertoniques est délibérément limitée, nous avons montré, sur un sous-groupe de patients traités par DP pendant 54 mois, que le transport des petits solutés n'augmentait pas, mais au contraire diminuait. Ces résultats ne pouvaient pas être rapportés à une incidence faible d'infections péritonéales, ou à l'utilisation de solutions biocompatibles. Il semble donc possible de les rattacher à la limitation de l'exposition au glucose hypertonique.

Conclusion : Nous avons montré qu'une restriction systématique de l'utilisation des solutions glucosées hypertoniques était possible, et qu'elle s'accompagnait, sur une période de 54 mois, d'une diminution du transport des petits solutés.

Résumé 54 - Les prescriptions en dialyse péritonéale automatisée adaptée : observatoire français SEPIA.

Cécile Courivaud[1], V Dubois[2], Maize Ducret[3], Mélanie Hanoy[4], Evelyne Mac Namara[5], R. Taamma[2], M. Fischbach[6]
[1]Service de néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale, CHU (Besançon)
[2]Fresenius Medical Care (Fresnes)
[3]Service de néphrologie et Dialyse, CH (Annecy)
[4]Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale, CHU (Rouen)
[5]Service de Néphrologie et Dialyse, CH (Béthune)
[6]Service de Néphrologie pédiatrique, CHU (Strasbourg)

Objectif : Les prescriptions de dialyse péritonéale automatisée adaptée (DPAa) sont basées sur la variation des temps de stase et des volumes infusés selon la perméabilité péritonéale et la surface corporelle de chaque patient. Elles sont associées à la fois à de meilleurs critères d'épuration et à une réduction du coût métabolique (évaluée par l'absorption de glucose). L'étude SEPIA (Suivi et Évaluation des Prescriptions Individualisées adaptées) est un observatoire visant à évaluer les pratiques et les résultats associés à l'utilisation de la DPAa.

Patients et méthode : C'est une étude française, observationnelle, multicentrique, de cohorte. Les inclusions ont commencé en 2012 et sont prévues jusqu'en 2015. Les données sont recueillies de façon prospective à l'inclusion puis tous les 3 mois pendant 3 ans.

Résultats : A ce jour (entre juin 2012 et Novembre 2014), 133 patients dans 30 centres sont inclus. Les patients sont principalement des hommes (60,8%). L'âge médian est de 55 ans [20-90] et l'indice de masse corporelle médian 25,04 Kg/m² [17,5-41,4] (surface corporelle moyenne 1,80 m²). Un antécédent de diabète est présent dans 14% des cas et 12% des patients sont anuriques (diurèse des 24h<200mL). L'index de Charlson médian est de 4 [2-12] et le D/P créatinine à 4 heures médian est de 0,72 [0,39-0,96]. Les volumes infusés sont compris entre 1200 et 3200mL pour les cycles à large volume et temps de stase long (cycles d'épuration) et entre 1000 et 2000mL pour les cycles de petit volume et temps de stase court (cycle d'ultrafiltration) associés à des temps de stase médian respectivement de 100 [30-160] et 35 [20-90] min.
Nous ne notons aucune sortie de la technique de DPAa pour inconfort lié aux larges volumes infusés. 52.2% des patients sont sans stase de jour et le sont toujours à 6 mois et 1 an.
L'ensemble des données de suivi à 6 mois et 1 an sera disponible au moment du congrès mais il semble que les besoins en Icodextrine (stase de jour) soient moindres lors de l'utilisation d'un programme de DPAa.

Conclusion : Les registres dans le domaine de la DP comme SEPIA sont des outils intéressants pour l'amélioration de la qualité des soins et permettent une analyse de la pratique clinique en situation réelle: la « reconnaissance » de l'importance du recrutement de la surface d'échange par les grands cycles (« eau liée ») devrait conduire à la prescription de plus grands volumes.

Résumé 55 - Dialyse péritonéale chez la souris.

Ariane Zaloszyc[1,2,5], Ilse Calm[1,5], Amira Sayeh[1], Gaëlle Aubertin[4,5], J.-Ph. Dillenseger[1,3,5], Ch. Goetz[1,3,5], P. Choquet[1,3,5] M. Fischbach[2]
[1]UF6237, [2]Service de pédiatrie, [3]iCube, MMB dept, CNRS, [4]Laboratoire de Neurobiologie et Pharmacologie Cardiovasculaire, [5]Fédération de Médecine Translationelle (Strasbourg)

Objectifs : L'efficacité de la dialyse péritonéale (DP) dépend de paramètres physiques dynamiques, tels que le volume du dialysat et la surface péritonéale recrutée (SP) non mesurable au quotidien. Nous avons suivi par micro-SPECT/CT, le volume de dialysat ainsi que la SP. Les techniques d'imagerie ont d'abord été validées sur des objets-tests de géométrie connue, puis appliquées in vivo. Nous avons par ailleurs, monitoré la pression intrapéritonéale (PIP) des souris au cours de la DP.

Méthodes : La validation du calcul de la surface péritonéale a été réalisée sur des seringues et tubes mimant des géométries complexes. Le volume a été déterminé par microSPECT (eXplore speCZT 120 Vision, GE) d'albumine marquée (Vasculocis CISbio) distribuée dans le dialysat. Les SP étaient issues des données du CT grâce à l'ajout d'un produit de contraste dans le dialysat (Visipaque, GE).

La tolérance du remplissage péritonéal a été analysée par la mesure de la PIP chez 12 souris (21,8 ± 4 g) sous anesthésie gazeuse (isoflurane/air) avec maintien de température de l'animal. Le sérum physiologique a été administré via un cathéter intrapéritonéal laissé en place. Un remplissage progressif de 0,5 ml/min a été réalisé avec une pompe à infusion (Harvard apparatus, France). La PIP a été mesurée en continu par un capteur de pression (Edwards TruWave sensor, USA) relié au cathéter. Trois électrodes sur les extrêmités ont permis de monitorer la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire et la saturation ont été fournies par un capteur au niveau de la queue (Nellcor sensor, USA & Texas Instruments, USA). Le remplissage péritonéal a été arrêté dès altération des paramètres physiologiques.

Résultats : On trouve une très forte relation linéaire entre les volumes obtenus par SPECT et ceux calculés à partir des objets-tests pour les volumes de 5 à 40 ml (R2=0,99) et pour ceux de 2 à 5 ml (R2=1,00). De même la relation linéaire entre la surface interne obtenue par microCT et la surface calculée est de R2=0.99. L'erreur relative est inférieure à 5%. L'imagerie in vivo montre une augmentation de la surface recrutée en fonction du volume de

remplissage.
In vivo, le temps moyen de remplissage était de 12 minutes et le volume maximal de 6,2 ml. Pour les volumes de remplissage intrapéritonéaux inférieurs à 2,5 ml, la PIP n'augmente que modérément. Pour des volumes plus importants, la PIP augmente rapidement conduisant à une altération importante des paramètres physiologiques pour des volumes de 4 à 5 ml. La saturation et la fréquence respiratoire montrent des altérations au moment de l'augmentation de PIP alors que la fréquence cardiaque ne se modifiait que très tardivement.

Conclusions : Ces expériences montrent la possibilité de mesurer in vivo, de manière non invasive, la surface et le volume du dialysat au cours d'une DP chez le petit animal
Nous avons évalué la tolérance du remplissage intrapéritonéale de l'animal grâce à la PIP et sommes donc capables de choisir des volumes adaptés de dialysat.

Résumé 56 - Le cathéter lesté : expérience de 4 ans.
P. Bovy, B. Monami, S. Bellavia, Fatima Ait-Oile, A. Collin, R. Miessen
CHC-CHRH (Huy-Liège, Belgique)

Nous rapportons notre expérience de plus de quatre ans (58 mois) d'utilisation du cathéter lesté placé chez 75 patients en DP du 01.01.2010 au 30.10.2014.
Tous les cathéters lestés ont été mis en place chirurgicalement par coelioscopie.
La survie actuarielle du KT lesté est rapportée suivant les données encodées dans le registre RDPLF.
Le taux de migration du KT lesté est faible : 2/75. Un KT a été remplacé, un autre repositionné sous coelio pour malfonctionnement.
Un hémopéritoine léger et transitoire a été relevé chez deux patients, d'évolution spontanément et rapidement favorable.
Trois cas d'extrusion de coiffe ont été relevés.
La principale complication concerne une fuite extrapéritonéale survenue dans 5 cas sur 75, à distance de la mise en place du cathéter chez 4. La fuite extrapéritonéale a lieu au niveau de l'insertion intra-abdominale du cathéter. Le type et/ou la nature de la coiffe abdominale pourrait être incriminé.

Résumé 57 - Présentation de 2 cas concrêts de chirurgie abdominale avec maintien de la technique DPA en post op immédiat.
Laurence Defay, Cécile Dadi-Repiquet
Echo (Nantes)

Introduction : En règle générale, lors d'une chirurgie abdominale les patients en dialyse péritonéale devaient momentanément changer de technique de dialyse et passer en hémodialyse momentanément pour 4 à 6 semaines environ.
Chez deux patientes suivies à l' Echo de Nantes, le passage en hémodialyse a pu être évité.

Cas n°1 : patiente de 65 ans, déterminée en insuffisance rénale suite à une polykystose rénale. Mise en dialyse en 2006 en DPCA puis DPA, greffée en 2008, échec de greffe en novembre 2012.

La reprise de la DP s'est effectuée en décembre 2012 et 4 mois après, la patiente a dû être transplantectomisée. Lors de cet acte, le chirurgien a épargné le péritoine ce qui nous a permis de reprendre la dialyse péritonéale.
Nous présentons le maintien de la DPA avec des petits volumes pendant les suites opératoires et l'augmentation progressive de ceux-ci. La patiente étant anurique, le traitement a dû être modifié.

Cas n°2 : patiente de 54 ans, toujours en activité professionnelle, atteinte de polykystose rénale. Mise en DPA directement à cause de la reprise du travail avec un jour de pause par semaine et cavité péritonéale vide de jour.
Au fil du temps sa polykystose s'est aggravée et a modifié son image corporelle ce qu'elle ne pouvait plus supporter. Une néphrectomie a eu lieu à sa demande sans passer par l'hémodialyse, ce qu'elle refusait. Les suites post op ont nécessité un allongement du traitement et cavité péritonéale pleine le jour. La patiente est aujourd'hui satisfaite.

Conclusion : Avec ces deux cas, nous voulons prouver que la DP ce n'est pas sorcier quand on sait l'adapter, persévérer, résister et continuer.

Résumé 58 - Appropriation d'un outil de télésuivi des patients traités par une nouvelle équipe infirmière.
J.-P. Grangier, Camille Arnaud, Audrey Lhoste, A. Guerraoui, P. Hallonet, Agnès Caillette-Beaudoin
CALYDIAL (Lyon)

Notre établissement utilise depuis longtemps des outils de télésuivi pour les patients traités par dialyse. Depuis 2012, c'est l'application Ap'Telecare de TMM co-développée dans le cadre d'un « Living Lab » par notre établissement qui est utilisée par nos 50 patients. Cette application a pour caractéristiques : une ergonomie simplifiée proche d'un cahier de DP; une fonction d'agenda permettant le paramétrage du plan de soins du patient ; une interaction patient / professionnels grâce à la remonté d'information du domicile au centre, et l'envoi de conseils au patient, soit via une messagerie, soit via des supports d'éducation. Cette solution est multi support et utilise les connexions-patients.
En décembre 2013, la restructuration de l'équipe infirmière de dialyse péritonéale (passage de deux à cinq infirmières) a nécessité trois phases pour transmettre ce savoir-faire.
• La phase de découverte de l'outil. Cette phase a duré le temps de notre formation soit 3 mois. L'objectif était : de comprendre l'intégration de l'outil dans l'organisation tant du côté patient pour le paramétrage de son parcours de soins, que du côté de l'équipe de DP pour le paramétrage des seuils d'alerte. Pendant cette phase nous avons exclusivement utilisé l'interface-patient la partie back office professionnel de santé restant à la main du cadre.
• La phase d'appropriation. Cette phase a duré quatre mois. Elle a été capitale car c'est le passage de « ça fonctionne » à « ça marche ». Si la DP est, de prime abord, une technique simple, sa pratique reste complexe avec une multitude d'informations. La mise à disposition par l'outil de télésuivi des valeurs du patient nous a permis de monter en compétences, par des questionnements permanants de notre cadre et / ou des médecins. Elle nous a aussi permis d'accompagner les patients et les équipes infirmières du domicile en interagissant avec eux.
• La phase de routine. Aujourd'hui nous ne pouvons plus nous passer de l'outil notre réflexe chaque jour est d'ouvrir l'application pour regarder les données puis, le cas échéant et sur protocole, les

transmettre au médecin. Dans cette phase de routine nous avons analysé les données du mois de juillet 2014 tant sur le plan quantitatif que qualitatif sur trois paramètres de suivi : émergences, poids et tension. Cette analyse nous montre le degré d'appropriation de l'outil par l'équipe et apporte des réflexions sur ce qu'est réellement une alerte, et en fin la notion d'incident.

Conclusion : Même si l'utilisation des outils de télésuivi est simple et intuitive, elle est néanmoins un facteur de réussite qui est l'appropriation par les équipes. Cette appropriation n'est pas aussi évidente qu'il n'y parait car elle demande des changements, et celui-ci ne se décrète pas, et nécessite du temps et un accompagnement pour avoir des équipes qui deviennent de véritable acteur.

Résumé 59 - Hémodialyse à domicile : durée dans la technique et accès à la transplantation rénale.

Marie Jeanne Coudert, J. Chanliau, Nelly Castin
Association Lorraine Traitement Insuffisance Rénale Chronique A.L.T.I.R. (Nancy)

A partir de l'expérience dans notre structure associative de prise en charge des patients dialysés, nous évaluons dans une étude rétrospective les patients chroniques en hémodialyse à domicile (HDD) quant à leur durée dans la technique et à l'accès à la transplantation rénale (TR).

Les 18 patients en HDD à la date du 1/10/14, à forte prédominance masculine (16 hommes), d'âge moyen 56 ans (extrêmes : 32-71 ans et médian : 59 ans), présentent des étiologies documentées de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) dans 15 cas sur 18, majoritairement des glomérulonéphropathies et des uropathies (malformative ou cancer urinaire). Pour 3 patients sur 18, le début de la prise en charge de l'IRCT remonte à l'enfance. Pour 1/3 des patients, une parathyroïdectomie a été réalisée.
Pour 8 patients sur 18 (44%), il n'y a pas de comorbidité sévère ; pour les 10 patients avec comorbidité sévère, celle-ci est surtout multiple (9 cas sur 10) : cardiopathie (infarctus, valvulopathie, insuffisance cardiaque, trouble rythme appareillé), neurologique (accident vasculaire cérébral, canal lombaire étroit), endocrinologique (diabète avec rétinopathie sévère) et cancers (sein, prostate ou pulmonaire, sous chimiothérapie).

Pour 4 patients, un traitement à domicile avait déjà été réalisé au préalable de l'HDD actuelle: HDD avant transplantation rénale (TR) dans 1 cas ou dialyse péritonéale, dans 3 cas. 14 patients (77,8%) ont choisi l'HDD après échec de TR (7 patients : 1 TR et 7 patients : 2 TR). La durée dans la technique HDD est en moyenne de 7,3 ans (extrêmes : 0,2 à 33,2 ans; médiane : 3,4 ans). Seuls 5 patients sur 18 (28%) sont inscrits en TR de façon active au moment de l'évaluation. Les 13 autres patients, présentent une contre-indication définitive CID (4) ou temporaire CIT (9) à la TR (médicale : 1 ; refus patient : 8). L'analyse des 8 refus (44%) concerne 2 patients sans TR préalable et 6 avec TR préalable (3 patients : 1 TR et 3 patients : 2 TR) et fait évoquer la lourdeur de la préparation à la TR, l'appréhension des complications potentielles d'une TR et des facteurs de qualité d'organisation de la vie en HDD. Ceci peut faire supposer que pour ces patients, la qualité de vie en HDD est probablement considérée supérieure à celle de la préparation à la TR.

Conclusion : Cette étude met en évidence la possibilité d'une HDD prolongée dans le temps, jusqu'à un âge avancé et malgré un contexte de comorbidités importantes. Pratiquement la moitié des patients, exprime un refus pour la TR, surtout chez des patients avec TR préalable, et évoque l'appréhension de la TR et la qualité de vie jugée supérieure en HDD.

Résumé 61 - Organisation de la prise en charge des patients en dialyse péritonéale à domicile.

Marie-Jeanne Coudert, J. Chanliau, Nelly Castin
Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique A.L.T.I.R. (Nancy)

Dans notre structure associative, traitant essentiellement des patients en hémodialyse (HD), nous relatons l'expérience de l'organisation de la prise en charge des 51 patients en dialyse péritonéale (DP) à domicile, correspondant à 17 % de l'activité du centre. Une réflexion a été menée sur l'optimisation des moyens à notre disposition concernant le traitement spécifique de ces patients.

La réorganisation actuelle comporte plusieurs volets.

Au niveau médical, le suivi DP est réalisé par tous les médecins (7) dont 1 médecin référent DP : consultation, hospitalisation de jour, surveillance par télémédecine, visite d'installation à domicile et astreinte médicale globale. Une consultation supplémentaire a été organisée pour les nouveaux patients DP dès la sortie d'hospitalisation (pose cathéter DP). Un protocole de traitement ambulatoire en cas de péritonite a été établi avec le service d'hospitalisation de Néphrologie et comporte des visites de suivi organisées au centre. En complément d'une réunion régulière des dossiers des patients HD et DP, une réunion hebdomadaire spécifique DP est prévue par le médecin référent DP avec le médecin en charge de la DP (rotation hebdomadaire) et en présence des infirmières (IDE) DP.

L'organisation des IDE comporte également la participation de toute l'équipe (35 IDE) à l'activité DP : à tour de rôle, de façon hebdomadaire, et sous tutorat d'une IDE référente DP, restant polyvalente. Les 6 IDE référentes DP, sous la responsabilité du cadre DP, réalisent l'éducation à la DP, participent à la prise en charge du patient lors des consultations et hospitalisations de jour, effectuent des visites à domicile et les astreintes IDE (DP et HD).
L'éducation thérapeutique du patient comporte une équipe dédiée avec des séances individuelles et collectives, à la fois spécifiques à la DP et également intégrées dans l'activité globale. La participation de la diététicienne, de la psychologue et de l'assistante sociale de la structure s'effectue tout au long du parcours du patient DP.
Une même équipe polyvalente, avec des personnes référentes, prend donc en charge les patients DP et pourra les accompagner en cas de changement de technique (DP- HD).
En complément, l'organisation de la pharmacie et des services techniques intègre l'activité DP dans l'activité globale comportant le suivi à domicile, déjà établi pour les patients en HD à domicile.

Conclusion : Cette réorganisation du suivi des patients DP, basée sur la mutualisation des moyens humains et techniques disponibles, a pour objectif l'optimisation de la prise en charge des patients DP et leur accompagnement par une même équipe, polyvalente avec des référents, tout au long du parcours, y compris lors d'un switch en HD. Cette réorganisation devrait également à terme faciliter la gestion économique en DP. L'expérience acquise du traitement à

domicile des patients HD a contribué à cette réflexion globale et un éventuel projet ultérieur d'une équipe référente pour la prise en charge des patients dialysés à domicile, DP ou HD, est évoqué.

Liste des auteurs des communications

Auteurs	n° page
ABBASSI A.	10,13,27
ABELLON S.	23
AGUILERA D.	8,25
AIT OILE F.	30
ALMERAS C.	15
ALOUI M.	9
AMIROU M.	4
ANTRI BOUZAR L.	16
ARNAUD C.	30
AUBERTIN G.	29
AZAR R.	8,17
AZEROUAL L.	19
BARBIER AM.	19,21
BARDONNET K.	27
BAYAHIA R.	14
BECHADE C.	4,9,16
BELLAVIA S.	30
BELKACEMI L.	9
BEN SEGHAIR H.	9
BENABED A.	16
BENAMAR L.	14
BENCHEIK L.	23
BERNAER C.	28
BESSELIEVRE TH.	20
BESSON S.	10
BEUSCART JB.	28
BITAN V.	18
BONNAMY C.	9
BONNEFOY CUDRAZ E.	12
BOUKELMOUNE M.	23
BOUVIER N.	11
BOUZIN C.	24
BOVY P.	30
BRANGER B	11,15
BRAYER I.	28
BRESSON VAUTRIN C.	26,27
BRETON H.	19
BRETON P.	10
CAILLETTE BEAUDOUIN A.	14,26,30
CALM I.	29
CANAUD B.	5
CANTAYRE C.	21
CARDINEAU E.	16
CARIOU S.	11,15
CASTIN N.	31
CATTOIR V.	11
CERESA C.	27
CHAGUE F.	24
CHALOPIN JM.	26,27
CHANLIAU J.	8,31
CHAROUIN H.	15
CHAVOUTIER F.	13
CHOQUET P.	29
CLABAULT K.	16
COEVOET	17
COLLIN A.	30
COMBE CH	17,26
COUDERT MJ.	8,31
COURIVAUD C.	8,26,27,29
COUTURIER C.	18
CROTT R.	24
DACOL E.	18
DADI REPIQUET C.	30
DE LAFORCADE L.	20
DEBRUYNE D.	11
DEFAWE C.	28
DEFAY L.	30
DERVAUX T.	17
DEVUYST O.	24
DIGAIRE R.	13
DILLENSEGER JPH.	29
DRATWA M.	8,28
DU HALGOUET C.	8,19
DUBOIS V.	29
DUCLOUX D.	26,27
DUCRET M.	29
DUHAMEL A.	28
DUHEM A.	15
DUMONT CH.	19
DUMORTIER F.	28
DUQUENNOY S.	9
DURAND PY.	5,25
EL HACHEMI	10
EL HASNI I.	14
EL HOUSSNI S.	14
FAHYS S.	24
FAURE M.	23
FERDYNUS C.	17
FICHEUX M.	9,11,16,
FISCHBACH M.	6,29
FORMET C.	12
FORT P.	26
FOUQUE D.	20
FOURNIER A.	18
FRANCK K.	23
GAGNEUX Y.	26
GARNIER F.	18
GESLOT B.	27
GIRON S.	26
GIVAUDAN F.	27
GODIN M.	16
GOETZ CH.	29
GOFFIN E.	6,16,24
GOURCEROL A.	18
GRANGIER JP.	14,3
GUEBRE EGZIABHER F.	12
GUERRAOUI A.	26,30
HAEMMERLE CH.	23
HALLONET P.	30
HANOY M.	16,29
HAUTEM N.	24
HECQUET E.	9
HEIBEL F.	22,23
HENRI P.	16
HUE P.	16
ISSAD B.	12
JONDEAU G.	9
JUILLARD L.	8
KASSA N.	8
KESRAOUI D.	10
KIHAL L.	10,13
KLOPP CH.	19
KNEFATI Y	23
KOSMADAKIS G.	25
LAMBERT V.	10
LAMY TH.	20
LANAU JM.	15
LARROUMET N.	26
LAVELLE O.	23
LAVILLE M.	20
LE ROY F.	16
LEDUC V.	20
LEMBREY G.	19
LEMOINE S.	12
LEPIRA F.	28
LESSORE C.	8,28
LEVESQUE C.	9
LHOSTE A.	30
LIEPPE A.	10
LOBBEDEZ TH.	4,8,9,11,16,17,26
LOILIER M.	11
MAC NAMARA E.	29
MACIA F.	23
MALLECOURT C	23
MANDART L.	25
MARINTHE P.	18
MARROC M.	17
MEIDINGER C.	22
MICHALET M.	13
MIESSEN R.	30
MODAVE L.	18
MONAMI B.	30
MONDAI JR.	23
MONNIER AC.	22
MORELLE J.	24
MOSBAH ML.	9
MOUGEL S.	21
NEUNREUTHER C.	12
NOGIER MB.	8,25
NOUVIER M.	20
NSEKA N.	28
NTUMBA A.	28
OUZEDDOUN N.	14
PAGNIEZ D.	28
PELLETIER S.	20
PEYRO SAINT PAUL L.	11
PIERRON MH.	18
RADIGUET A.	22
RAYANE T.	9
REBIBOU JM.	27
REBOUL P.	11,15
RHOU H.	14
RIGAULT S.	18
ROBLES A.	15
ROSSEZ N.	28
ROUEFF S.	10,13,27
ROUVEURE C.	20
RYCKELYNCK JPH.	9,26
SALING S.	22
SAYEH A.	29
SCHMITT D.	22,23
SEBBAG L.	12
SENS F.	12
SOW A.	24
TAAMMA R.	29
TESTA A.	8,25
TEXIER R.	15
THIBAULT C.	22
TROLLIET P.	20
VAN DER PIJL H.	16
VENDE F.	19
VENIEZ G.	7
VERDON R.	11
VERGER C.	7,8,9
VERGNAUD D.	26
VERNIER I.	8
VIERU E.	28
VRTOVSNICK F.	8,19
WARIN C.	19
WERLE D.	23
WILLAUME E.	12
WISSING KM.	28
YAZBECK F.	10,27
ZAGDOUN E.	20
ZAIDI H.	9
ZALOSZYC A.	29
ZINGA CH.	28

Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles