

Le *Bulletin de la* *DP*

Volume 17 - numéro 1
Supplément Symposium
Année 2013

Bulletin du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française

XIIème Symposium du RDPLF Montvillargenne, 17 au 19 avril 2013

Liste des Participants inscrits au 28 Février 2013

- Aboky Suzanne (Corbeil, France)
Aguilera Didier (Vichy, France)
Al Najjar Azmi (Blois, France)
Alenabi Farideh (Colmar, France)
Alkhayat Rateb (Paris, France)
Almeras Cyrielle (Albi, France)
Arcaz Véronique (Paris, France)
Arkouche Walid (Lyon, France)
Attroun Lahcene (Maisons Laffitte, France)
Auffret Yannick (Rennes, France)
Azar Raymond (Dunkerque, France)
Azeroual Latifa (Neuilly Sur Seine, France)
Badulescu Minaela (Montbéliard, France)
Baghdassarian Béatrice (Lyon, France)
Balaud Catherine (Fresnes, France)
Balit Gabriel (Angers, France)
Ballet Jean Christophe (Maurepas, France)
Barbier Anne Marie (Beauvais, France)
Batlle Laetitia (Cabestany, France)
Beaudreuil Séverine (Le Kremlin Bicetre, France)
Béchade Clémence (Caen, France)
Bellemans Josiane (Bruxelles, Belgique)
Benamar Loubna (Rabat, Maroc)
Bencheik Larbi (Strasbourg, France)
Benhabib Tassadit (Poissy, France)
Berthet Flavie (Paris, France)
Besselièvre Thibault (St Lo, France)
Besson Virginie (Angers, France)
Bismuth-Mondolfo Johanna (Castelnau, France)
Bitan Valérie (St Denis, La Réunion)
Boche Céline (Limoges, France)
Bonnet Marie Ange (Maurepas, France)
Bouchet Jean Louis (Bordeaux, France)
Bouet Sabrina (Metz, France)
Boulanger Henri (Stains, France)
Boulonne Noelle (Bordeaux, France)
Bourguignon Mireille (Ottignies, Belgique)
Bourret Mélanie (Metz Tessa, France)
Boussier Marie Christine (Orléans, France)
Bouvier Philippe (Draguignan, France)
Branger Bernard (Nîmes, France)
Brasseur José (Bois Bernard, France)
Bresson Vautrin Catherine (Besançon, France)
Bretez Caroline (Douai, France)
Brocard Sarah (La Tronche Sur Mer, France)
Brosset Sébastien (La Roche Sur Yon, France)
Broughton Ashley (Bruxelles, Belgique)
Brown Edwina (Londres, Angleterre)
Bureau Christelle (Tours, France)
Bureau Sylvie (Montréal, Canada)
Busuioac Mihaela (Vienne, France)
Butterlin Corinne (Colmar, France)
Caillette-Beaudoin Agnès (Vienne, France)
Carceles Odette (Vichy, France)
Cardozo Carlos (Lyon, France)
Carette Bénédicte (St Maurice, France)
Cassagnes Brigitte (Genève, Belgique)
Caudwell Valérie (Corbeil, France)
Cazin Marie Cécile (Bayonne, France)
Chaghouri Baher (Orléans, France)
Chanliau Jacques (Vandoeuvre, France)
Charouin Hélène (Nîmes, France)
Chatelin Fabienne (Paris, France)
Chauvet Véronique (Maurepas, France)
Cherrey Sandra (Colmar, France)
Chini Lydia (Fresnes, France)
Chuzet Karina (Fresnes, France)
Clerbaux Gaetan (Bruxelles, Belgique)
Cognet Joelle (Corbeil Essonnes, France)
Cointre Fabienne (Stains, France)
Colin Natacha (St Maurice, France)
Comte Audrey (Maurepas, France)
Cottray Isabelle (Fresnes, France)
Couchoud Cécile (Saint-Denis, France)
Coudert-Krier Marie-Jeanne (Vandoeuvre, France)
Courivaud Cécile (Besançon, France)
Cousinie Ariane (Toulouse, France)
Coutin Camille (Villeurbanne, France)
Couturier Carole (Paea, Polynésie)
Crochet Audrey (Verdun, France)
D'Auzac Christian (Paris, France)
Da Silva Geneviève (Angoulême, France)
Dacosta Dany (Pontoise, France)
De Arteaga Javier (Cordoba, Argentine)
De Arteaga Laura (Cordoba, Argentine)
De Frémont Jean François (Compiègne, France)
Dechartre Ghislaine (Paris, France)
Dejardin Agnès (Bruxelles, Belgique)
Dekaise Amélie (Namur, Belgique)
Denouette Estelle (Bois Guillaume, France)
Desbonnes Sarita (Corbeil, France)
Desoroux Christine (Liège, Belgique)
Desoubry Ingrid (Alençon, France)
Deviaene Claire (Tournai, Belgique)
Divino José (Stockholm, Suède)
Dom Iris (Bruxelles, Belgique)
Dombret Alexia (Maurepas, France)
Dorée Pinel Anne Marie (Marseille, France)
Dorie Yvane (Rézé, France)
Doutey Armelle (Strasbourg, France)
Dratwa Max (Bruxelles, Belgique)
Du Halgouet Caroline (Paris, France)
Dubois Thérèse (Namur, Belgique)
Ducret Maizé (Metz Tessa, France)
Dumont Christine (Beauvais, France)
Dumont Geneviève (Orléans, France)
Dumortier Françoise (Bruxelles, Belgique)
Duperray Palmyre (Melun, France)
Duquesnoy Simon (Caen, France)
Durand Pierre Yves (Quimper, France)
Durault Sandrine (St Nazaire, France)
Dutilleul Evelyne (Tournai, Belgique)
El Badaoui Ghizlane (Rabat, Maroc)
Esselin Marion (St Priest en Jarez, France)
Fabre Emmanuel (Pontoise, France)
Faucherand Marie (Corbeil, France)
Favé Sophie (Lyon, France)
Fischbach Michel (Strasbourg, France)
Formet Cédric (Nouméa, Nouvelle Calédo)
Fouillaud Eliane (Talant, France)
Fournier Anne (Tours, France)
François Karlien (Jette, Belgique)
Fumeaux Zina (Nyon, Suisse)
Gammar Nadia (Bruxelles, Belgique)

Garnier Fabrice (Paea, Polynésie)
Georges Bernard (Tournai, Belgique)
Geslot Bérandère (St Maurice, France)
Ghali Nasredine (Melun, France)
Gilbert Olivia (Caen, France)
Gilon Brigitte (Verdun, France)
Giovannini Marc (Neuchâtel, Suisse)
Girard Vanessa (Caen, France)
Girardot Emilie (Muret, Belgique)
Goffin Eric (Bruxelles, Belgique)
Gombert Jupille Bernadette (Genève, Suisse)
Gonon Patricia (St Priest en Jarez, France)
Gourcerol Audrey (La Rochelle, France)
Grandjean Joelle (La Tronche, France)
Grangier Jean-Pierre (Vienne, France)
Grémaud Marie Christine (Paris, France)
Grondin Marie Christine (Nyon, Suisse)
Guillouet Sonia (Caen, France)
Gunther Maryse (Pontoise, France)
Haentjens Brigitte (Maurepas, France)
Halin Emilie (Maurepas, France)
Halin Pascale (Charleville, France)
Halluin Perrine (Douai, France)
Hartman Jean-Pierre (Braine l'Alleud, Belgique)
Hebibi Hadia (St Cloud, France)
Hecquet Emmanuelle (Caen, France)
Heibel Françoise (Strasbourg, France)
Henaoui Bachir (St Quentin, France)
Huet Catherine (Alençon, France)
Huet Gilles (Gap, France)
Indreies Monica (Marseille, France)
Issad Belkacem (Paris (Pitié), France)
Jagueneau Béatrice (Rézé, France)
Jannou Loic (Begnins, Suisse)
Jaulin Jean Paul (La Roche Sur Yon, France)
Jeannesson Karine (Verdun, France)
Joubert Virginie (Paris, France)
Kabanda André (Buxelles, Belgique)
Kahlert Michèle (Volketswil, Suisse)
Karpilouk Tatiana (Maurepas, France)
Khellaf Karim (Vesoul, France)
Kianda Mireille (Bruxelles, Belgique)
Kintega Roland (Mulhouse, France)
Koenig Claire (Vandoeuvre, France)
Kourilsky Olivier (Paris, France)
Laclaustra Annie (Cabestany, France)
Ladavid Christophe (Bruxelles, Belgique)
Ladreyt Patricia (Maurepas, France)
Lambrey Guy (Beauvais, France)
Lancon Jenny (Romans s/Isère, France)
Landru Isabelle (Lisieux, France)
Lapenne Marie Caroline (Nouméa, Nvelle Calédoni)
Laplaud David (Villers les Nancy, France)
Larroumet Nicole (Bordeaux, France)
Lasbennes Laurent (Ollioules, France)
Latour Nadia (Bayonne, France)
Laurent Guillaume (Perpignan, France)
Laville Maurice (Lyon, France)
Le Forestier Pascale (Draguignan, France)
Lebrun Martine (Angers, France)
Leclerc Isabelle (Lisieux, France)
Legoupil Mathilde (Gradignan, France)
Legroux Arnaud (Maurepas, France)
Lepape William (Maurepas, France)
Leroy Fannie (La Rochelle, France)
Lessore de Sainte Foy Célia (Lille, France)
Lireux Martine (Caen, France)
Lobbedez Thierry (Caen, France)
Lona Veronique (Arles, France)
Lorenzo Catherine (Tours, France)
Lopy Florence (Maurepas, France)
Magnaval Brigitte (Brive, France)
Mahi Amar (Arles, France)
Mahieddine Mohammed (St Quentin, France)
Mami Nadia (Saint Maurice, France)
Manescu Maria (Brive, France)
Marangon Nicola (Genève, Suisse)
Margot Emilie (Reims, France)
Marichal Jean-François (Strasbourg, France)
Martin Martine (Charleville, France)
Matuba Corinne (Trappes, France)
Meaux Bernadette (Paris, France)
Meeus Frédérique (Paris, France)
Meidinger Céline (Strasbourg, France)
Mercier Karine (Narbonne, France)
Mercken Monique (Ottignies, Belgique)
Mestrez Fabienne (Mons, Belgique)
Metz Fabienne (Metz, France)
Meynet Isabelle (Monthey, Suisse)
Miessen Raphael (Huy, Belgique)
Moessard Audrey (Vienne, France)
Mollet-Niger Françoise (Pontoise, France)
Monkam Régine (Meaux, France)
Moranne Olivier (Nice, France)
Morel Bertrand (Chambéry, France)
Morelle Johann (Bruxelles, Belgique)
Mougel Sophie (Nice, France)
Muniz Marie Carmen (Bruxelles, Belgique)
N'Selbani Emerson (Roanne, France)
N'Tumba Mulunda Agnès (Bruxelles, Belgique)
Neftel Brigitte (Lausanne, Suisse)
Neftel Frédéric (Lausanne, Suisse)
Neiryck Valérie (Hyères, France)
Nguyen Rosette (Paris, France)
Nicolas Karin (Marche en Famenne, Belgique)
Nodimar Céline (Bordeaux, Paris)
Noel-Lebrec Pascale (Angers, France)
Nogier Marie Béatrice (Toulouse, France)
Olivier Annie (St Priest en Jarez, France)
Ottavioli Jean Noel (La Roche Sur Yon, France)
Ouimet Denis (Montréal, Canada)
Outin Jean Paul (Montbéliard, France)
Padernoz Marie-Christine (Craignes, France)
Pagniez Dominique (Lille, France)
Parahy Sophie (Rézé, France)
Pastore Gérard (Villers les Nancy, France)
Paturel Patricia (Chambery, France)
Payan Dominique (Maisons Laffitte, France)
Perrin Béatrice (Fresnes, France)
Perrin Ludivine (Talant, France)
Peters Nicolas (Vandoeuvre, France)
Petitjean Anne (Mons, Belgique)
Petrache Andreea (Reims,)
Piermay Patricia (Hyères, France)
Pierson Patricia (Fresnes, France)
Pirquin Béatrice (Orléans, France)
Pochet Martine (Liège, Belgique)
Poulet-Goffard Agès (Fresnes, France)
Poutrel Frédérique (Saint Lo, France)
Pozdzik Agnieszka (Bruxelles, Belgique)
Preissig Dirhold Caroline (Mulhouse, France)
Provoost Valérie (Dunkerque, France)
Pujo Myriam (Angouleme, France)
Raimbault Françoise (Genève, Suisse)
Rapaud Brigitte (Lisieux, France)
Rea Sandrine (La Tronche Sur Mer, France)
Regal Maryse (Annonay, France)
Renault Marjorie (Fresnes, France)
Renou Marianne (Salael, France)
Ritzinger Lysiane (Reims, France)
Roger Guyon Tiphaine (Lille, France)
Roletti Dorothée (Annonay, France)
Rouveure Anne Cécile (Pierre Bénite, France)
Ryckelynck Jean-Philippe (Caen, France)
Saintenoy Chantal (Ottignies, Belgique)
Samaille Charlotte (Lille, France)
Schabo Alexandra (Narbonne, France)
Severini Nicolas (Lausanne, Suisse)
Sevetiaye-Ayequiom Victoria (Bruxelles, Belgique)
Skalli Amina (Béthune, France)
Slingeneyer Alain (Montpellier, France)
Sorin Christelle (La Roche Sur Yon, France)
Stoermann Chopard Catherine (Genève, Suisse)
Suymens Jean Philippe (Braine l'Alleud, Belgique)
Taamma Redouane (Fresnes, France)
Tedetti Magali (Marseille, France)
Tellier Eric (Maurepas, France)
Testa Angelo (Rézé, France)
Thiebaud Pierre (Lausanne, Suisse)
Thuillier Lecouf Angélique (Le Havre, France)
Tintillier Michel (Namur, Belgique)
Tournellec Anne (St Denis, La Réunion)
Touze Florence (Orléans, France)
Trentesaux Cécile (Lille, France)
Trigaux Serge (Braine l'Alleud, Belgique)
Trollet Pierre (Pierre Bénite, France)
Tschaen Anne (Mulhouse, France)
Ulmer Sophie (Lausanne, Suisse)
Unterfinger Marie Cécile (Mulhouse, France)
Uteza Sophie (Caen, France)
Valadier Françoise (Pontoise, France)
Van Overmeire Lionel (Marche en Famenne, Belgique)
Van Twembeke Annick (Bruxelles, Belgique)
Varano France (La Tronche Sur Mer, France)
Vaultier Flavie (St Lo, France)
vecten Didier (Lausanne, Suisse)
Veillon Sébastien (St Pierre, La Réunion)
Veniez Ghislaine (Pontoise_(RDPLF), France)
Verger Christian (Pontoise_(RDPLF), France)
Vergnaud Dominique (Bordeaux, France)
Vernier Isabelle (Narbonne, France)
Von Ey Friederike (Tours, France)
Vrtovnik François (Paris (Bichat), France)
Vuibert Olivier (Paris, France)
Warin Corinne (Beauvais, France)
Willaume Elvire (Vandoeuvre, France)
Yazbeck Fatima (Saint Maurice, France)
Youssef Maan (Pontoise, France)
Ziane Abdelaziz (St Priest en Jarez, France)

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.rdpplf.org>, dans la rubrique Symposium

Résumé I - La Dialyse Péritonéale du sujet âgé.

Edwina Brown

Hammersmith Hospital (London, UK)

La Dialyse Péritonéale offre la possibilité d'un traitement à domicile. Malgré cet avantage, la majorité des sujets âgés sont traités par hémodialyse avec tous les inconvénients des trajets aller retour, et les variations hémodynamiques associées. Un traitement à domicile évite également la nécessité de transport potentiellement onéreux et compromet la qualité de vie du patient. Les barrières à la Dialyse Péritonéale chez les sujets âgés comprennent une mauvaise vision, la fragilité, le dysfonctionnement cognitif, les conditions de logement et une conviction de certaines équipes de néphrologie que des patients plus âgés ne peuvent pas être traités par Dialyse Péritonéale. En France, où l'assistance des infirmières communautaires est disponible depuis de nombreuses années, la DP est fréquemment un traitement pour les personnes âgées. L'utilisation de la Dialyse Péritonéale assistée est de plus en plus pratiquée dans d'autres pays et, où cela se produit, il y a une augmentation de la population prévalente traitée par Dialyse Péritonéale. La capacité pour des patients plus âgés à utiliser la DP ne doit pas être déterminée par le fait qu'ils vivent dans une région où le néphrologue est un passionné de DP. Pour élargir l'accès à la Dialyse Péritonéale des patients âgés, il est important d'identifier les éventuels obstacles médicaux et sociaux et d'examiner comment ils peuvent être surmontés. L'éducation du patient doit également être adaptée aux besoins des patients plus âgés afin qu'ils puissent participer à la décision concernant le choix de leur mode de dialyse.

Résumé II - Les solutions de Dialyse Péritonéale : 35 ans d'évolution.

Max Dratwa

Hôpital Brugmann (Bruxelles Belgique)

Depuis son introduction, il y a 35 ans, la Dialyse Péritonéale (DPCA et DPA) a atteint et conservé la position de numéro 1 des traitements dialytiques à domicile avec des survies de patients comparables à celles obtenues avec l'hémodialyse en centre. Et cela, malgré l'utilisation de dialysats contenant de hautes concentrations de glucose, et de ses produits de dégradation ainsi que d'un tampon lactate, une haute osmolalité et un pH bas, caractéristiques nocives à la fois pour le péritoine et pour le patient. Au cours des deux dernières décennies, des modifications ont été apportées à ces solutions de dialyse pour améliorer leur « biocompatibilité » mais aussi leur composition ionique essentiellement en termes de teneurs diminuées en calcium et magnésium et aussi de leur concentration accrue en lactate. Ces changements ioniques avaient été rendus nécessaires par le recours plus fréquent aux sels de calcium comme chélateurs de phosphore expliquant, en partie au moins, la haute incidence de l'ostéopathie adynamique constatée en DP. Plus ou moins

en même temps, grâce à la technologie des poches pluri-compartimentales, sont apparues de nouvelles solutions avec des tampons différents (essentiellement du bicarbonate seul et/ou un mélange de bicarbonate/lactate), des pH plus proches des valeurs physiologiques et bien moins de produits de dégradation du glucose. Il faut aussi mentionner l'introduction de nouveaux agents osmotiques tels que les acides aminés ou l'icodextrine qui augmente la soustraction d'eau et de sel ; puisque ces solutions ne contiennent pas de glucose, leur utilisation quotidienne pourraient diminuer les effets délétères causés par l'exposition continue de la membrane péritonéale au glucose et à ses produits de dégradation. Cependant, il n'existe à ce jour aucune preuve formelle d'un avantage en termes de survie par rapport aux solutions standard plus anciennes. On peut juste dire que l'utilisation de la DP, avec ou sans les nouvelles solutions, est associée avec une amélioration de la survie des patients qui est équivalente à celle obtenue avec l'hémodialyse. C'est pourquoi, les solutions conventionnelles à base de glucose-et malgré leurs propriétés négatives bien connues-continuent à jouer un rôle bien établi dans le traitement par DP, en particulier dans les nombreux pays où les nouvelles solutions ne sont pas facilement disponibles essentiellement pour des raisons de coût.

Résumé III - Anomalies lipidiques et stratégies thérapeutiques en Dialyse Péritonéale.

Jean-Philippe Ryckelynck

(Caen)

Les anomalies lipidiques constituent un facteur de risque cardiovasculaire, notamment chez le diabétique et l'insuffisant rénal chronique y compris au stade de la dialyse et chez le transplanté rénal.

Les anomalies constatées en Dialyse Péritonéale (DP) sont essentiellement une élévation du LDL cholestérol et surtout une hypertriglycéridémie (HTG) associée à une augmentation des taux plasmatiques des lipoprotéines (a). L'HTG est en partie la conséquence de l'absorption péritonéale du glucose, plus élevée en cas d'hyperperméabilité péritonéale. Par ailleurs, en cas de perte péritonéale importante de protéines, il existe une synthèse hépatique accrue à la fois de protéines (surtout d'albumine) et de lipides. Elle est un facteur prédictif de décès chez les patients coronariens connus ou non. La prise de poids et l'existence de comorbidités cardiovasculaires préexistantes à la mise en DP sont des facteurs associés à une dyslipidémie sévère.

Les mesures diététiques, l'exercice physique et les médicaments (statines, ézétimibe) sont habituellement insuffisants. L'emploi des statines est associé à une réduction de la mortalité cardiovasculaire mais on ne dispose pas d'études prospectives, randomisées, contrôlées, à grande échelle. Cependant il ne faut pas sous-estimer les effets pléiotropes de cette classe thérapeutique. Les fibrates sont contre-indiquées au cours de l'insuffisance rénale chronique sévère en raison du risque accru

de rhabdomyolyse. L'utilisation de sevelamer, chélateur non calcique des phosphates alimentaires, permet de réduire le LDL cholestérol d'environ 20%.

Un impact favorable peut être obtenu en mettant en place une stratégie d'épargne en glucose : minimiser l'utilisation de dialysat glucosé hypertonique au profit d'une solution contenant des polymères du glucose comme agent osmotique (icodextrine) et utiliser une solution dépourvue de glucose (acides aminés) chez les patients à risques (diabétiques, obèses, dyslipidémiques). Cette conduite thérapeutique est primordiale en Dialyse Péritonéale automatisée sur cycleur où les volumes de dialysat prescrits sont plus importants.

Les recommandations de l'ISPD préconisent au minimum un bilan lipidique annuel avec mise en place d'un traitement par statines en première intention afin de ramener le taux de LDL cholestérol égal ou inférieur à 1 gramme par litre. Le profil lipidique étant particulièrement athérogène chez les patients en DP, il convient d'être plus « interventionnel » dans cette population à très haut risque de morbi-mortalité cardiovasculaire.

Résumé IV - Approche dynamique des parcours thérapeutiques des patients en Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT)

Cécile Couchoud

Registre REIN, Agence de la biomédecine (Paris)

Les modes de suppléance de l'IRCT sont des traitements chroniques, qui pour un patient donné, peuvent évoluer dans le temps. Une approche en termes de trajectoires des patients, plutôt que la comparaison des traitements 2 à 2 ou une description basée sur des indicateurs ponctuels (ex : 7% des patients dialysés un jour donné sont en DP), nous semble plus pertinente pour décrire ce phénomène dynamique et ainsi mieux éclairer les professionnels de santé et les tutelles dans leurs décisions.

Notre travail est basé sur le devenir de 67 258 patients adultes déclarés dans le registre REIN. Nous avons développé un modèle statistique pour 1/ illustrer le devenir d'une cohorte de patients incidents en IRCT et 2/ simuler et quantifier l'impact d'éventuelles évolutions de l'offre de soins ou des pratiques médicales concernant la prise en charge de ces patients.

Dans un premier temps, nous avons estimé les taux de transition entre 10 modalités de traitements et le décès (11 compartiments), dans 6 groupes de patients stratifiés selon l'âge et le statut diabétique à l'initiation du traitement. Dans un deuxième temps, notre modèle nous permet de prédire le volume moyen de chaque compartiment à chaque pas de temps dans les 15 ans suivant le démarrage du traitement.

Comme attendu, l'espérance de vie moyenne à 15 ans diminue avec l'âge et la présence d'un diabète. La place de la transplantation rénale diminue avec l'âge et le statut diabétique, en miroir avec l'augmentation de l'hémodialyse en centre. Dans tous les groupes, la Dialyse Péritonéale ne représente qu'une proportion faible du temps total moyen passé avec un traitement de suppléance. A titre d'exemple, le modèle prédit qu'une augmentation importante de l'utilisation de la DPA non assistée chez les 18-44 ans sans diabète n'aura qu'un effet minime sur la trajectoire globale à 15 ans, car ces patients sont rapidement transplantés.

En conclusion, notre modèle basé sur les parcours thérapeutiques des patients améliore la description et la compréhension des traitements de suppléance de l'IRCT comme phénomène dynamique.

Le BDP Supplément Vol 17 n°1 page 4

Résumé V - Méthodes de dialyse quotidienne : réconcilier physiologie et qualité de vie ?

Maurice Laville

(Lyon)

La durée hebdomadaire de dialyse et la fréquence des échanges contribuent indépendamment à l'efficacité de l'épuration extrarénale. Dans la perspective d'un traitement chronique, chacun de ces deux paramètres porte des contraintes spécifiques: médicales, personnelles, économiques. La question est finalement celle du rapport coût/bénéfice des méthodes de traitement fondées sur l'optimisation de la durée ou de la fréquence. Les réponses sont évidemment multiples, en cohérence avec la nécessaire adaptation des modalités de traitement aux caractéristiques médicales du patient, à son mode de vie, à ses attentes. Pour autant, ce rapport est surtout évalué sur le court terme, et les études séquentielles après passage en dialyse quotidienne montrent régulièrement une amélioration du contrôle tensionnel et volémique, de la fonction cardiaque, de la phosphorémie, de l'épuration de la bêta-2m, de l'état nutritionnel; et aussi une réduction considérable du temps de récupération après la séance qui contribue à l'amélioration observée de la qualité de vie. Mais nous manquons encore de données comparatives issues d'essais contrôlés, pour préciser l'apport de ces modalités et notamment de l'hémodialyse quotidienne en termes de morbi-mortalité à moyen et à long terme. Il faut aussi garder à l'esprit que ces modalités ont été surtout proposées à des patients relativement jeunes et autonomes, et que leur place dans le traitement des sujets plus fragiles reste à déterminer même si les résultats observés dans des indications critiques sont encourageants. L'allègement des contraintes techniques ouvre néanmoins une voie prometteuse pour prioriser le maintien à domicile et l'autonomie même relative, dans une complémentarité entre Dialyse Péritonéale et hémodialyse quotidienne.

Résumé VI - Traitement de l'insuffisance cardiaque par Dialyse Péritonéale et suivi RDPLF.

François Vrtovnik

Hôpital Bichat (Paris)

au nom du comité scientifique du module coeur : D Aguilera, R Azar, J Chanliau, Cécile Courivaud, M Dratwa, G Jondeau, B Issad, Célia Lessore, Th Lobbedez, Marie-Béatrice Nogier, A Testa, Ch Verger, Isabelle Vernier-Fabre, F Vrtovnik

L'insuffisance cardiaque (IC) est une comorbidité fréquente et de mauvais pronostic chez les patients (pts) dialysés. D'autre part, la survenue d'un syndrome cardio-rénal est une indication non exceptionnelle de recours à une ultrafiltration (UF) extrarénale en cas d'échec des diurétiques. Au long cours, la facilité d'ajuster le nombre et le type d'échanges en Dialyse Péritonéale (DP) en fait une technique de traitement particulièrement adaptée chez ces pts.

Des études récentes multicentriques ou de registres ont analysé la survie des pts en hémodialyse ou DP ayant une IC, et la place de l'UF à la phase aiguë des décompensations cardiaques. La réduction du nombre des décompensations aiguës et la prolongation de la survie hors-hospitalisation des pts ayant une IC traitée par UF péritonéale a été rapportée par plusieurs études monocentriques.

Le module « COEUR » du RDPLF a pour objectif d'établir une

cohorte observationnelle ouverte des pts ayant une IC et une insuffisance rénale terminale ou nécessitant le recours à l'UF péritonéale, afin de mieux décrire l'épidémiologie de l'IC dans le Registre et de disposer d'un suivi longitudinal des paramètres de fonction cardiaque, de dialyse et de qualité de vie. Une large fraction des pts initiant la DP ont une IC (28% dans REIN ; 33% dans USRDS) ; près de 5% ont une fonction rénale résiduelle élevée suggérant que le recours à l'UF péritonéale pourrait être l'indication de traitement. A l'échelle du RDPLF, on peut estimer à environ 300 le nombre de pts concernés chaque année par ce module « Cœur », parmi lesquels une fraction débiterait la DP pour une indication cardiaque.

La collection de ces données dans le module « CŒUR » devrait permettre de mieux définir les stratégies thérapeutiques et les protocoles de DP à mettre en œuvre dans ces situations cliniques complexes. L'ouverture de ce module est effective depuis l'automne 2012.

Résumé VII - Indications, survie et qualité de vie en Dialyse Péritonéale (DP) : qu'apprenons nous de l'étude multicentrique Brésilienne (BRAZPD) ?

*José Divino au nom du Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study (BRAZPD) Group
Division of Renal Medicine, CLINTEC, Karolinska Institutet,
(Stockholm, Suède),
Medical- Scientific Office, Diaverum Renal Services Group
(Lund, Suède)*

Le recueil systématique de données des patients insuffisants rénaux sous traitement substitutif est indispensable à la compréhension épidémiologique et clinique du traitement. Ces données peuvent faciliter une utilisation plus rationnelle des ressources économiques, identifier les mesures à prendre pour améliorer le traitement et diminuer la morbi-mortalité de ces patients.

L'étude brésilienne (Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study (BRAZPD) a débuté en Décembre 2004 et s'est terminée en Septembre 2011, il s'agissait d'une étude de cohorte observationnelle conduite chez les patients en DP traités dans 114 centres de dialyse. Elle a recueilli mensuellement : les données démographiques, cliniques, biologiques et évolutives (décès, reprise de fonction rénale, transferts en hémodialyse, transplantation rénale, transferts vers un autre centre ou perdus de vue)

La richesse des données colligées ces années a été continuellement utilisée pour délivrer des informations importantes et intéressantes sur les différents aspects du traitement par DP au Brésil.

Un logiciel a été conçu pour saisir les données hors ligne puis les transmettre en ligne à un serveur central. Les données étaient converties sur une base MySQL et validées puis transférées vers les logiciels statistiques SPSS 13.0 et SAS.

Ainsi deux extractions de données ont été effectuées et 6198 patients ont été analysés. Le Brésil a un petit nombre de patients en Dialyse Péritonéale, avec un biais de sélection concernant ce

traitement : la majorité des patients présentent de nombreuses comorbidités et ont recours à la DP comme dernière option.

Le premier article original de BRAZPD décrivait les principales caractéristiques et informations de base de sa cohorte initiale. Les autres publications décrivaient la comparaison et le degré de conformité par rapport aux recommandations proposées dans les guidelines de DP Espagnoles ; elles décrivaient également les caractéristiques cliniques et le devenir des patients dans différentes régions du Brésil ainsi que les facteurs associés à la qualité de vie dans la cohorte BRAZPD.

De plus, une absence d'association significative entre le revenu familial d'une part et la survie patients et technique a été rapporté chez les patients incidents du BRAZPD, alors que le niveau d'éducation, les facteurs géographiques, la race et la taille du centre étaient associés au risque de survenue d'une première péritonite dans le même groupe de patients incidents.

Les articles publiés plus récemment (depuis 1er Octobre 2012), comprennent l'IMC, l'indice de qualité de vie QoL et l'anémie. Les résultats concernant la survie et les complications des cathéters n'ont pas montré de différence entre les chirurgiens et les néphrologues. D'autres articles étudiant d'autres aspects (IMC, mortalité, vieillesse, péritonites, niveau d'études, qualité de vie, hydratation, origine ethnique/raciale) sont déjà soit soumis soit sous forme manuscrite. En conclusion, le BRAZPD s'avère être une source importante et solide d'information, particulièrement utile pour évaluer la réalité des traitements par DP dans tous les centres brésiliens.

Résumé VIII - Place de la Dialyse Péritonéale (DP) chez les patients Insuffisants Rénaux Chroniques au stade Terminal (IRCT) en Ile de France.

*Belkacem Issad
CHU La Pitié-Salpêtrière (Paris)*

Introduction : En janvier 2008, 417 patients soit 7.5% des patients dialysés en Ile de France étaient pris en charge en DP: 61% d'entre eux étaient autonomes et 50% âgés entre 60 et 90 ans. Les nouvelles recommandations du SROS 3 (Schéma Régional d'Orientation Sanitaire) relatives à l'organisation du traitement de l'IRC rendaient obligatoires le développement de la DP et fixaient comme objectif à l'horizon 2009 une prévalence autour de 15% des patients dialysés en Ile de France
Qu'en est il en 2012 ?

En 2010, le taux d'incidence national de l'IRCT était de 149 par million d'habitants. L'Ile de France est la cinquième des régions ayant le plus fort taux d'incidence en France métropolitaine.

En 2011, pour la première fois, la néphropathie vasculaire est devenue la première cause d'IRT devant la pathologie diabétique. Un quart des patients ont débuté la dialyse en urgence et plus de la moitié ont eu leur première séance de dialyse sur cathéter. 1594 patients résidant en région Ile de France ont débuté un traitement de suppléance (épuration extra-rénale) au premier Janvier 2011. Le taux d'incidence brut était de 139 par million de population. Au niveau départemental, on note des disparités des taux d'incidence. Mais le plus intéressant, reste le taux standardisé qui permet les comparaisons entre département, et la Seine Saint Denis 211 par million d'habitants a le taux standardisé significativement plus élevé que le taux moyen de la région.

Résultats : L'hémodialyse (HD) à l'initiation était de 92,2% en 2010 et 92,7% en 2011. La répartition des patients incidents par modalité de traitement montre que la majorité des patients sont traités en HD (1469pts, 92,2%) versus (125pts, 7,8%) en DP, avec un âge moyen de 66 ans en HD versus 64 ans en DP en 2011. La répartition des patients incidents par modalité de traitement et par tranche d'âge montre que la population est de plus en plus vieillissante en HD : Parmi les 1594 patients incidents pris en charge en Epuration Extra-Rénale, 1099 patients avaient moins de 75 ans : 1020 étaient en HD soit 92,8% et 79 en DP soit 7,2%. En revanche, parmi les 495 patients âgés de plus de 75 ans, 449 patients étaient en HD soit 90,7% et 46 en DP soit 9,3%. L'HD est devenue plus que jamais non seulement le traitement de première intention mais aussi la technique d'épuration du sujet âgé. Le lieu d'initiation de la dialyse est majoritairement en centre (83,6%) et dans plus de 8 cas sur 10 après 75 ans. Cette distribution n'est pas significativement modifiée avant 75 ans. En ce qui concerne la dialyse à domicile, tous les patients sont en DP. L'inscription des patients incidents sur liste d'attente de greffe par modalité de traitement montre que la grande majorité des patients sont traités en centres de dialyse alternative (UDM, ATD) ou en DP : 11% en centre lourd versus 25% en UDM, 31,1% en ATD et 28% en DP.

Par modalité de traitement en dialyse toute technique confondue, on note en 2010 en Ile de France une nette augmentation de patients incidents pris en charge en HD (2003 vs 2012).

La région Ile de France regroupe environ 6200 patients prévalents en HD et 380 patients en DP soit 5,5%. Le maintien de cette population dialysée nécessite le recrutement d'environ 1600 nouveaux patients par an. Doit on se contenter et se satisfaire de ce résultat et se projeter dans le futur avec ce même type de recrutement ? ou faut il se poser la bonne et vraie question à savoir : Comment augmenter le nombre de patients incidents en DP ?

Au total : L'augmentation des patients prévalents dialysés entre 2003 et 2010 a été de 20,3%, ce qui correspond aux prévisions du SROS précédent avec 2,7% par an. En revanche, l'augmentation de patients prévalents en DP est très faible. Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse ou greffe en Ile de France est de 1270 pmh contre 1057 pmh France entière en 2010. C'est le taux régional le plus élevé de France métropolitaine.

Quel est le constat par rapport au SROS 2004.

Le développement des structures alternatives et en particulier la DP aux centres lourds est très insuffisant et le nombre de patients incidents qui y sont pris en charge en deça des chiffres attendus. Contrairement à d'autres régions, l'Ile de France n'a pas atteint ses objectifs potentiels.

Conclusion : Malgré le volontarisme affiché par les autorités sanitaires et les décrets ministériels publiés en faveur du développement de la dialyse à domicile (et en particulier de la DP), le nombre de patients incidents pris en charge en DP en Ile de France reste nettement insuffisant. Au-delà des aspects économique-financiers permettant la valorisation de la technique et celle du temps médical, c'est plus un changement de mentalités de la part de certains néphrologues vis-à-vis de cette technique d'épuration qui est la clé de son développement, afin que cette technique "d'avenir" ne soit pas condamnée à le rester.

Résumé IX - Préférences, raisons, caractéristiques des

patients et leur devenir vis-à-vis du traitement du stade 5 de la MRC après information éclairée.

O Moranne, Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation CHU (Nice)

Contexte : Les registres de dialyse rapportent un faible taux de traitement à domicile. L'objectif de notre étude est de rapporter la préférence des patients, leur caractéristiques, la raison de leur choix et leur devenir après avoir bénéficié d'une information éclairée pour les différents traitements de l'Insuffisance Rénale Terminale.

Matériel et méthode : Cette étude prospective monocentrique a inclus tous les patients avec un DFG < 20 ml/min/1.73m² non dialysés ou incidents en dialyse, ayant bénéficié d'une information éclairée entre Janvier 2009 et Juin 2011 avec un recul minimum de 1 an.

Résultats : 228 patients ont été informés et ont exprimé une préférence pour la DP dans 42%, l'HD dans 33%, l'indécision dans 20% et le refus dans 5%. Comparé à l'HD les patients exprimant une préférence pour la DP sont plus âgés et plus souvent informés avant de débiter la dialyse et la principale raison de leur choix est le traitement à domicile. Les patients indécis étaient plus souvent des femmes et le plus souvent traités par hémodialyse. Les patients exprimant un refus étaient plus âgés et rarement traités par dialyse. Seulement 28% des patients informés avant la dialyse et 8% après la dialyse ont été pris en charge en Dialyse Péritonéale. Les causes de discordance entre la préférence et le traitement délivré étaient pour une moitié d'origine médicale et l'autre non médicale.

Conclusion : les patients avec une Maladie Rénale Chronique doivent être systématiquement informés avant la mise en route de la dialyse. La préférence des patients doit être systématiquement prise en compte avant d'organiser la dialyse et enfin toutes les techniques de suppléance doivent pouvoir être proposées dans les centres de néphrologie.

Résumé X - Déterminants non médicaux associés au choix de la technique de dialyse par le patient insuffisant rénal chronique.

*Anne-Cécile Rouveure, Claire Pouteil Noble, R Cahen, P Trolliet, Sylvie Laporte, E Villar
Service de Néphrologie, CHU (Lyon)*

L'orientation des patients vers une technique autonome de dialyse passe par une information éclairée sur les avantages et inconvénients de chacune des techniques : hémodialyse (HD) ou Dialyse Péritonéale (DP). Le but de cette étude est d'analyser prospectivement l'influence des facteurs non médicaux associés au choix du patient avant sa mise en dialyse.

Entre 2005 et 2010, une information standardisée sur trois entretiens est donnée par une infirmière référente à 464 patients au stade 4 de l'IRC. Au cours du premier entretien, le patient remplit un questionnaire recueillant ses données démographiques, son statut familial et socioprofessionnel, son type d'habitation, ses activités de loisir, son niveau de dépendance pour les activités de la vie quotidienne, et la présence d'aides à domicile.

Les patients décédés avant le choix de technique (n = 22), ceux dont le questionnaire est incomplet (n = 110), les patients qui ont déjà une fistule artério-veineuse (n = 8), ceux qui ont une

contre-indication médicale à la DP (n = 83), les patients qui optent pour un traitement conservateur palliatif (n = 17), et les patients avec une fonction rénale stable qui ne souhaitent pas encore se positionner (n = 50) sont exclus de l'étude. Parmi les 174 patients ayant le processus d'information complet, 74% choisissent l'HD (n = 129) et 26% la DP (n = 45). La principale raison du refus de la DP est l'altération de l'image corporelle liée au cathéter intra abdominal. Il n'y a pas de différence significative pour l'âge, le sexe, la néphropathie causale, et les comorbidités (diabète, artériopathie des membres inférieurs, insuffisance cardiaque) entre les groupes HD et DP, ni pour le DFGe lors du premier entretien (15,09 ml/min/1,73m² pour le groupe HD et 13,60 ml/min/1,73m² pour le groupe DP). Aucune différence significative n'est observée entre les groupes pour le statut familial, la profession, le type d'habitation, les activités de loisir. La pratique d'un sport est plus fréquente dans le groupe qui choisit l'HD que la DP (50% vs 33% ; p = 0,04). Le nombre de patients dépendants pour les activités de la vie quotidienne n'est pas statistiquement différent entre les deux groupes. A l'inverse, la présence d'aides à domicile extérieures à la famille avant le choix de la technique est plus fréquente chez les patients qui choisissent la DP : 31% contre 16% dans le groupe HD (p = 0,03). Dans le groupe HD, 73% des patients entrent en dialyse contre 93% dans le groupe DP, avec 100% de concordance entre la technique utilisée et la technique choisie une fois la voie d'abord opérationnelle. Le délai d'entrée en dialyse après le premier entretien est de 16 mois pour le groupe HD et 6 mois pour le groupe DP (p<0,01).

En conclusion, une information structurée permet ainsi d'orienter 26% des patients vers la DP. Afin d'améliorer l'acceptation de la DP, une information conjointe avec une psychologue a été mise en place pour travailler sur l'image corporelle. L'évaluation précoce du niveau de dépendance pour la mise en place d'aides adaptées à domicile pourrait faciliter le choix des patients et de la famille vers la DP.

Communications libres - Médecins

Résumé 3 - Biofilm en Dialyse Péritonéale : études ex-vivo et résultats intermédiaires du PHRC taurolidine.

B Branger¹, P Reboul¹, S Cariou¹, Karine Marion²
¹CHU (Nîmes), ²Faculté Pharmacie (Lyon)

Introduction : La présence d'un biofilm sur la face interne des cathéters de Dialyse Péritonéale paraît être une condition favorisant des péritonites. L'utilisation d'un agent stérilisant ce BF doit limiter le risque d'infection péritonéale.

Patients et méthode : Depuis 2009, les cathéters de Dialyse Péritonéale retirés chirurgicalement sont l'objet d'une analyse du BF sur toute leur longueur. Les analyses de biofilm concernent 30 cathéters de Dialyse Péritonéale correspondant à 30 patients. Les 6 segments illustrés ci après ont été l'objet d'une évaluation quantitative sur les 6 échantillons de 4 cm colorés au cristal violet, observés au microscope optique (x40), photographiés. 6 photos par échantillon. Ces documents ont ensuite été traités par

analyse d'image (Scion®) pour calculer le pourcentage moyen de surface couverte sur chaque échantillon.

Figure 1 : les zones de prélèvement d'échantillons.



En juillet 2010 a débuté le protocole de recherche clinique comparant en double aveugle l'effet de l'injection de taurolidine avec temps de contact de 12 heures dans le cathéter de Dialyse Péritonéale avant chaque changement de prolongateur soit tous les 6 mois. La durée de l'étude est de 2 ans, afin que le temps d'exposition au risque soit suffisant, la durée de l'inclusion était de 2 ans, prolongée d'un an, compte tenu de diverses contraintes. La population ciblée est de 150 patients débutant la DP répartis dans 13 centres actifs.

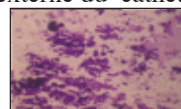
Résultats :

2 groupes ont pu être séparés :

Groupe 1 : 24 patients, 11 diabétiques, 14 avec antécédents de péritonite (P+) et 10 sans antécédent de péritonite (P-), âge moyen 61.3 ans, durée moyenne de DP 20,9 mois (18 DPA, 6 DPCA). La comparaison des pourcentages de surface couverte par un biofilm est significativement différente entre partie externe et partie interne :

P+ : partie externe 56,1% partie interne 10,7% p<0.01

Figure 2 : partie externe du cathéter de DP



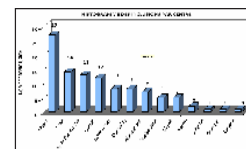
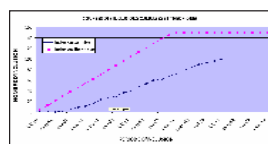
P- : partie externe 49,4% partie interne 9,6% p<0.01

Figure 3 : partie interne du cathéter de DP



Groupe 2 : 6 patients 5 diabétiques tous P+, dont 4 multibactériennes, 1 associée à une carcinose péritonéale, durée moyenne DP 50.1 mois (5 DPA, 1 DPCA) P+ partie externe 49,4% partie interne 38,6% ns

Pour les inclusions du PHRC taurolidine 2009, les tableaux ci-après illustrent l'état d'avancement.



15 épisodes de péritonites ont été enregistrés pour une exposition de 580 mois patients soit une incidence de 1 péritonite tout les 38 mois-patients. La levée de l'insu se faisant au terme de l'étude, il n'est pas possible ce jour, de donner une indication sur l'effet de la taurolidine dans la prévention des péritonites.

Conclusions : Ces résultats suggèrent que le point de départ des péritonites est la partie externe du cathéter de Dialyse Péritonéale par contamination manuportée ou aérienne. En cas de récurrence

ou de cause endogène identifiée, le BF est également réparti sur toute la longueur du cathéter de Dialyse Péritonéale. Nous attendons les résultats finaux de ce travail pour confirmer ou non l'efficacité de la taurolidine dans la prévention des péritonites en DP.

Résumé 7 - Echec atypique de la Dialyse Péritonéale : attention aux somnifères.

*S Duquesnoy, M Diallo, E Cardineau, Th Besselièvre
CHIC (Alençon Mamers)*

Patient de 59 ans (insuffisance rénale chronique d'étiologie indéterminée) en Dialyse Péritonéale continue ambulatoire depuis 18 mois, hospitalisé initialement pour syndrome coronarien aigu.

Lors de l'hospitalisation sont notés des épisodes de confusion et hallucinations.

Apparition secondaire de douleurs abdominales brutales puis fièvre avec confirmation sur l'examen cyto bactériologique d'une infection du liquide de dialyse péritonéal : leucocytes 4230 / mm³ dont 100% de polynucléaires neutrophiles.

Culture : E. coli.

Traitement initial par Ceftazidine + Amikacine en intra péritonéal à doses efficaces.

Persistance de douleurs abdominales intenses et apparition sur les analyses bactériologiques du liquide de DP de nouveaux germes d'origine digestive : E coli, streptocoque mitis, enterococcus faecalis, enterococcus durans, clostridium glycolicum.

Devant cette infection polymicrobienne réalisation, d'un scanner abdominal (sans anomalie particulière) et décision d'ablation du cathéter de Dialyse Péritonéale en réalisant une exploration de la cavité péritonéale per opératoire (blanche).

Douleurs abdominales intenses à la reprise alimentaire et syndrome inflammatoire non contrôlé.

Nouveau scanner abdominal retrouvant une image dans le coecum évoquant un corps étranger.

Coloscopie retrouvant la présence d'un blister intact de Zolpidem, retiré par voie endoscopique.

Après enquête, il est confirmé qu'en phase de confusion, le patient a avalé son somnifère sans le retirer du blister provoquant translocation et infection du liquide de dialyse avec perte de la technique et transfert en hémodialyse ; décès du patient 8 mois plus tard d'une arythmie en fin de séance d'hémodialyse alors qu'il devenait convalescent.

Au total : échec de la Dialyse Péritonéale en raison d'une infection du liquide de dialyse péritonéal à germes d'origine digestive résistant au traitement et secondairement polymicrobien par translocation digestive secondaire à l'irritation d'un corps étranger intra digestif (blister). Procédures de distribution du médicament revues.

Résumé 8 - Respecter les règles d'éducation : une nécessité absolue chez le patient en Dialyse Péritonéale ! Ou : « elle est gonflée celle là ».

*Th Besselièvre, Catherine Huet, Stéphanie Deryckere,
E Cardineau, M Diallo
CHIC (Alençon Mamers)*

Patiente de 74 ans traitée par Dialyse Péritonéale continue ambulatoire depuis le 27 octobre 2011 suite à une néphropathie diabétique et vasculaire.

Education de la technique de Dialyse Péritonéale continue ambulatoire par Staysafe® par les infirmières du service selon le protocole habituel.

Augmentation du périmètre abdominal en quelques mois sans prise de poids notable et sans douleur irradiant aux épaules.

Réalisation d'une radiographie pulmonaire en octobre 2012 dans le cadre du suivi habituel retrouvant un pneumopéritoine bilatéral majeur et historique.

En reprenant l'interrogatoire les règles inculquées lors de l'éducation de la technique ne sont pas respectées : pas de purge de la tubulure après connection pour gain de temps.

Traitement initial a consisté en l'évacuation d'une partie de pneumopéritoine en plaçant la patiente en position de Trendelenbourg, associé à une aspiration douce à la seringue. Cette technique a permis l'évacuation de 26 seringues de 60 ml d'air soit 1560 ml.

Patiente nettement moins ballonnée et diminution de la pression intra abdominale améliorant l'ultrafiltration permettant un arrêt des poches hypertoniques.

Conclusion : Le respect des règles d'éducation des techniques de Dialyse Péritonéale doit être vérifié régulièrement à distance du début de la technique car il faut faire confiance au patient pour adapter à son mode de vie la technique parfois au détriment de sa qualité ou de sa sécurité.

Un défaut d'ultrafiltration doit faire suspecter une augmentation de la pression intra péritonéale qui dans ce cas exceptionnel est consécutif à un pneumopéritoine iatrogène de grande abondance.

Résumé 9 : Quel jour de la semaine les patients du RDPLF de France et de Belgique meurent-ils, se présentent-ils avec une péritonite et sont-ils transférés en hémodialyse ?

M Dratwa¹, F Collart¹, Ch Verger²

¹CHU Brugmann (Bruxelles, Belgique), ²RDPLF (Pontoise)

Rationnel : des publications récentes ont indiqué que la mortalité des patients en HD est maximale le premier jour de leur semaine de traitement, au moment du plus long intervalle interdialytique. Cela est probablement lié au caractère discontinu de l'HD classique. Qu'en est-il donc en DP, un mode de dialyse continue ?

Méthodes : nous avons recherché les décès enregistrés (et le jour de la semaine de leur survenue) parmi tous les patients de plus de 18 ans originaires de France métropolitaine et de Belgique et entrés dans la base de données du RDPLF entre le 01/01/2007 et le 31/12/2011; la même recherche a été effectuée pour les péritonites; en outre, nous avons relevé le jour de la semaine auquel les transferts vers l'HD étaient réalisés.

Résultats : nombre de décès : lundi: 434 – mardi: 419 – mercredi: 454 – jeudi: 436 – vendredi: 383 – samedi: 379 – dimanche: 432. Ces différences non statistiquement significatives représentent 11.9 à 14.5 % de tous les décès, sans variation significative entre

les années étudiées. Les causes principales de décès (en % de tous les décès) étaient: non liées à la DP (de 66.2 à 70.2 %), coronaropathie (de 14.5 à 17.7 %), péritonite (de 2.7 à 5.6 %), dénutrition (de 2.7 à 6.6 %) et cancer (3.0 à 6.0 %). Quant à la péritonite, sa survenue était significativement (coefficient de rang de Spearman = - 0.785, $p < .05$) différente au long de la semaine (allant de 328 à 836 cas ou de 13.0 % à 33.0% par rapport au nombre moyen de patients traités par année étudiée, 2533).

Enfin, parmi les 1876 transferts en HD surtout causés par péritonite, sous-dialyse et malfonction du cathéter, 88 (4.7 %) ont été mis en œuvre un samedi, et 165 (8.8%) un vendredi alors que les autres jours en ont vu de 304 à 348. Aucune différence n'a été observée entre France et Belgique.

Conclusion : le RDPLF constitue une banque de données européenne importante sur la DP : sa consultation met en évidence un effet "jour de la semaine" sur l'incidence des péritonites déclarées ainsi que sur l'incidence des transferts en HD, mais aucune influence sur la survenue des décès.

Résumé 11 - Échec précoce chez les patients incidents en Dialyse Péritonéale.

Clémence Béchade¹, Lydia Guittet¹, D Evans², Ch Verger², J-Ph Ryckelynck¹, Th Lobbedez¹
¹CHU (Caen), ²RDPLF (Pontoise)

Etat de la question : un arrêt de la technique de dialyse survient fréquemment au cours des 6 premiers mois en Dialyse Péritonéale. Cette étude a pour but d'identifier les facteurs prédictifs de transfert précoce de la Dialyse Péritonéale vers l'hémodialyse.

Matériels et méthodes : tous les patients du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française ayant débuté la Dialyse Péritonéale entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2010 ont été inclus. Le critère de jugement principal était l'échec précoce défini comme le transfert en hémodialyse durant plus de deux mois et survenant au cours des 6 premiers mois en Dialyse Péritonéale. Les délais de survenue des événements transfert en hémodialyse, décès et transplantation rénale ont été analysés par un modèle cause-spécifique. Un modèle de Fine and Gray a été utilisé pour étudier la survenue de l'échec précoce en considérant le décès et la transplantation comme des événements compétitifs.

Résultats : parmi les 9675 patients inclus, 615 (6.3%) ont été transférés en hémodialyse au cours des 6 premiers mois. L'incidence cumulée du transfert en hémodialyse était de 6.6% à 6 mois. En analyse multivariée, à la fois avec le modèle cause-spécifique et le modèle de Fine and Gray, le fait d'avoir été hémodialysé avant la mise en Dialyse Péritonéale, l'échec de transplantation et la survenue d'une péritonite précoce étaient associés à une augmentation du risque de transfert précoce, alors que le fait d'être traité dans un centre ayant plus de 20 patients incidents en Dialyse Péritonéale par an était associé à un moindre risque de transfert en hémodialyse.

Conclusion : lorsque le décès et la transplantation sont considérés comme des événements compétitifs, les patients ayant un antécédent d'hémodialyse ou d'échec de transplantation rénale sont à plus haut risque de transfert de la Dialyse Péritonéale vers l'hémodialyse au cours des 6 premiers mois.

Résumé 12 - Choix de la DP lors des démarrages de la dialyse en urgence.

Valérie Caudwell, Agathe Pardon, L Harbouche, Catherine Gaudry
Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil Essonnes)

Nous avons étudié les cas des patients débutant la dialyse dans notre centre (élimination des replis, transfert de centre ou de technique) en urgence pour déterminer si le besoin urgent d'épuration appelait obligatoirement le recours à l'hémodialyse dans notre pratique courante.

De 2009 à 2012 : un total de 191 patients ont débuté la dialyse, dont 129 ont été traités par HD et 62 par DP. 81 de ces 191 patients ont débuté la dialyse en urgence (42.4%) car ils n'avaient pas de prise en charge néphrologique supérieure à 1 mois ou ont eu une dégradation rapide de leur fonction rénale. Ces patients ont tous bénéficié d'une information pré-dialyse, 9 d'entre eux ont pu débuter directement la DP après pose en urgence du cathéter (et si besoin, démarrage par de petits volumes). 72 patients ont été hémodialysés sur cathéter, mais 11 patients sont décédés précocement et n'ont pu avoir une information pré-dialyse satisfaisante. Parmi les 61 patients restants, 12 ont opté secondairement pour la DP, 49 ont été traités par HD mais 19 présentaient une contre-indication à la DP (sociale, chirurgie abdominale, psychiatrique, protocoles myélobes ...). Au total, dans notre population, 51 patients sur 81 (11 décès, 19 contre-indications) débutant la dialyse en urgence ont réellement eu le choix de leur technique, 30 ont choisi l'HD et 21 ont choisi la DP (59% / 41%). La forte proportion de patients choisissant la DP contraste avec les chiffres habituellement retrouvés dans la littérature et s'explique par le recours systématique à l'information pré-dialyse et au libre choix du patient lors du démarrage de la dialyse même en urgence.

Résumé 19 - Mécanismes moléculaires de l'ultrafiltration en Dialyse Péritonéale : du patient à la souris...et de la souris au patient !

J Morelle, A Sow, Yvette Cnops, E Goffin, O Devuyst
Service et laboratoire de néphrologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain, (Bruxelles, Belgique), 2Institut de Physiologie, Université de Zurich, (Zurich, Switzerland)

Introduction : Le principe de l'osmose est appliqué depuis plus de 50 ans pour générer l'ultrafiltration (UF) au travers du péritoine des patients en Dialyse Péritonéale (DP). Le développement et la validation d'un modèle murin de DP, et son application à des souris génétiquement modifiées a permis de démontrer que l'aquaporine-1 (AQP1), un canal spécifique à l'eau, est l'équivalent moléculaire du pore ultrafin, responsable de ~50% de l'UF générée avec du glucosé hypertonique.

Buts de l'étude : Dans ce modèle murin de DP, nous avons testé l'hypothèse que le transport d'eau induit par l'icodextrine 7.5%, un agent osmotique colloïde, est indépendant de l'AQP1, et que les combinaisons d'agents osmotiques cristalloïdes et colloïdes permettaient un effet synergique sur l'UF et l'extraction sodée au travers des petits pores.

Méthodes : Le transport péritonéal a été étudié chez des souris transgéniques Aqp1 (invalidées pour le gène de l'AQP1, chez lesquelles le transport d'eau se fait uniquement par les petits

pores, vs. souris sauvages) au cours d'échanges de 2 heures réalisés avec du glucose 1.36%, 3.86%, de l'icodextrine 7.5% et des combinaisons glucose/icodextrine (CIG).

Résultats : L'UF n'est pas influencée par l'absence d'AQP1 lorsque l'icodextrine 7.5% est utilisée (5.9 ± 0.7 versus 5.4 ± 1.3 $\mu\text{l/g}$ poids corporel, chez les souris Aqp1^{-/-} et Aqp1^{+/+}, respectivement). Les CIG 3.86% et 1.36% entraînent une augmentation de l'UF d'un facteur 7.4 et 5.4, et de l'extraction sodée d'un facteur 4.8 et 2.8, respectivement, en comparaison à l'icodextrine 7.5%. L'UF nette et l'extraction sodée obtenues avec les CIG sont plus importantes que la somme des résultats obtenus avec chaque agent osmotique utilisé séparément. Le transport d'eau généré au travers des petits pores augmente de 11.6 ± 1.2 $\mu\text{l/g}$ à 31.1 ± 1.4 $\mu\text{l/g}$ ($p < 0.001$) lorsque l'icodextrine 7.5% est ajoutée au glucose 3.86%, tandis que la contribution de l'AQP1 reste inchangée.

Conclusions : L'utilisation d'agents osmotiques, isolément ou en combinaison, chez les souris transgéniques, démontre (1) que l'osmose engendrée par l'icodextrine 7.5% est indépendante de l'AQP1 ; (2) que les solutions bimodales augmentent de façon synergique l'UF et l'extraction sodée ; (3) que cet effet synergique est médié par une contribution accrue des petits pores. Ces observations supportent l'utilisation préférentielle des agents osmotiques colloïdes –seuls ou en combinaison– chez les patients transporteurs rapides dans le but d'atteindre une balance hydro-sodée optimale.

Résumé 20 - Un cas rare de Péritonite en DPCA à Arthrobacter Sp.

A Adem¹, M Al Nakib², Isabelle Abbassi¹, Frédérique Meeus¹

¹Clinique Edouard Rist, (Paris),

²Laboratoire de microbiologie, IMM (Paris)

Une femme âgée de 86 ans, insuffisante rénale terminale mise en DPCA depuis 5 ans, ayant déjà eu 2 épisodes de péritonite, est admise suite à une chute à domicile ayant entraîné une fracture de la branche ischio-pubienne. Le 23/07/2012 alors que la patiente était asymptomatique, sans syndrome inflammatoire et une émergence propre, le dialysat est légèrement trouble ; l'ECB du dialysat montre 500 leucocytes/mm³, avec 72% de PN, absence de germe à l'examen direct, la culture retrouve une colonie d'Arthrobacter sp multi-sensible (bêta-lactamines, glycopeptides, lévofloxacine, aminosides), confirmée sur un 2nd prélèvement.

Un traitement par amoxicilline en intra-péritonéale (IP) est instauré pendant 14 jours avec une évolution défavorable, augmentation des leucocytes dans l'effluent, et ce malgré la sensibilité de la bactérie aux pénicillines G. Une colonisation du cathéter est évoquée, nous décidons d'une fenêtre thérapeutique, associée à des prélèvements bactériologiques répétés. Le 21/08/2012, la patiente est fébrile (40°) avec frissons, survenue de douleurs abdominales diffuses, sans trouble du transit et dialysat trouble. Le bilan note une CRP à 90 mg/l, les hémocultures resteront négatives. Un traitement empirique par ceftriaxone en I.P est associé à une dose d'amikacine en IV.

Les résultats de l'ECB dialysat notent à la culture toujours la présence d'Arthrobacter sp.

Après revue de l'historique des différents résultats microbiologiques avec le bactériologiste, la ceftriaxone est remplacée par de la vancomycine en intrapéritonéal, en continue, pendant une durée totale de 14 jours. L'évolution est favorable, sans récurrence, avec conservation du cathéter de DP.

Les arthrobacter sp sont des bacilles à gram positifs corynéformes rarement décrits en pathologie humaine, peut-être par leur faible virulence mais aussi en raison des difficultés d'identification par méthodes conventionnelles. Classiquement retrouvés dans l'environnement, il est possible aussi qu'ils appartiennent à la flore cutanée. A notre connaissance il s'agit du premier cas de péritonite rapporté à arthrobacter sp, avec une discordance de sensibilité observée in-vitro et la réponse in-vivo.

Résumé 21 - Cinq ans d'activité de Dialyse Péritonéale en SSR.

Frédérique Meeus, A Adem, M Slimani, Cindy Larcher, Flavie Pares, N Royon, N Honein, Isabelle Abbassi
Clinique Edouard Rist (Paris)

Depuis mars 2008 le service accueille des patients traités par Dialyse Péritonéale (DP) en repli pour différentes pathologies.

Le bilan de cette activité porte sur 61 patients admis en majorité en post-aigu, provenant de centres de DP franciliens. Ainsi 35 femmes et 26 hommes, d'âge moyen de 76,47 ans ont été hospitalisés. La durée moyenne de séjour est 46,11 jours, le nombre moyen de co-morbidités est de 7,73 selon les données PMSI, et l'albuminémie à l'entrée à 27,55 g/l. Les motifs d'hospitalisation sont : post aigu (25 patients), pour rééducation fonctionnelle orthopédique ou neurologique (18 patients), en attente de placement (5 patients), pour démarrage de la technique et formation (5 patients), pour troubles cognitifs récents (4 patients), pour altération de l'état général (4 patients).

Les techniques de DP avant l'admission sont : 41 double poche, 10 système UV-Flash, et 10 en DPA. Pendant l'hospitalisation toutes les séances de DP ont été réalisées en système double poche, pour des raisons d'organisation de soins.

Il y a eu 6 épisodes de péritonites d'évolution favorable.

Le coût moyen journalier du traitement se situe entre 42 et 55 euros, ceci inclut le prix de l'érythropoïétine.

Les modes de sortie sont : au domicile (32 patients), en long séjour (3 patients), transferts en raison d'une complication sévère (19 patients), et 6 décès.

Les complications sévères sont essentiellement : infarctus du myocarde, occlusion intestinale, perforation digestive, infarctus mésentérique, hémorragie cérébrale, hémorragie digestive, insuffisance cardiaque, chirurgie programmée.

L'équipe soignante est parfaitement formée à cette activité qui fait l'objet d'une EPP pour l'établissement, mais il est difficile de prendre en charge plus de 5 patients à la fois (2 IDE le jour travaillant en 12 heures sur une unité de 25 lits).

Cette activité a permis à 58 % des patients de regagner un domicile en gardant la technique de DP sans recours ni transfert en hémodialyse.

Résumé 22 - Recours à la Dialyse Péritonéale (DP) dans le cas d'une thrombopénie induite par l'héparine de type II (TIH) : à propos d'une observation.

Geneviève Dumont, Pauline d'Halluin, J Noble
Centre Hospitalier Régional (Orléans)

Introduction : la TIH est une complication sévère du traitement par héparine, pouvant entraîner des thromboses (Th). Elle est exceptionnelle sous héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose préventive. Dans le cas rapporté, la survenue d'un problème d'abord vasculaire lié à des Th multiples, la DP a été retenue comme technique d'épuration extra-rénale.

Patients et Méthodes : Mr Q, âgé de 78 ans est dialysé en urgence pour un œdème pulmonaire et l'aggravation d'une insuffisance rénale chronique non suivie. Il présente un diabète de type II, une cardiopathie ischémique, une obésité, une hernie ombilicale et une cholécystectomie. La première séance d'hémodialyse est réalisée sur un cathéter (KT) jugulaire interne droit ; les plaquettes sont dosées à 155 G/l ; l'anticoagulation du circuit est assurée par l'énoxaparine. A J12, une hémoculture est positive à staphylocoque coagulase négative. A J15, il apparaît une thrombopénie (53 G/l) et les différents KT (jugulaire interne droit, fémoral droit puis gauche) ne sont pas fonctionnels, par Th des axes veineux ; le test ELISA de dépistage de la TIH est positif et l'HBPM est arrêtée. Le traitement anticoagulant est assuré par l'argatroban. Du fait des difficultés d'abord vasculaire (Th de la jugulaire interne, de l'axillaire, de la sous-clavière et de la portion initiale de la basilique droite, des veines fémorales droite et gauche), la DP est envisagée et un KT de DP est posé 3 semaines après le diagnostic de TIH, sous argatroban. Dans le même temps opératoire, la cure de hernie ombilicale est réalisée. La DP automatisée à petits volumes est initiée dès le lendemain de la pose du KT. Les suites sont simples hormis quelques douleurs au drainage, qui disparaissent rapidement. Lorsque les plaquettes atteignent 100 G/l, le relais par AVK est assuré. A J10 après la pose du KT de DP, la DP continue ambulatoire est entreprise. Près de 10 mois après le début de la DP, le patient est autonome pour le traitement

Discussion et conclusion : Chez ce patient ayant présenté de multiples Th veineuses compliquant une TIH, la DP a permis d'assurer l'épuration extra-rénale, sans aucune complication liée à cette technique. Elle constitue une excellente alternative en cas de TIH chez le patient dialysé.

Résumé 25 - Dialyse Péritonéale excentrée, expérience de la Polynésie Française.

F Garnier, W Hanf
APURAD, PAEA (Polynésie Française)

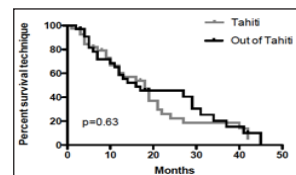
Introduction :

La Dialyse Péritonéale (DP) est une technique d'épuration extra-rénale répondant aux besoins de la population souhaitant rester vivre dans une localité isolée, dépourvue de centre proposant un autre traitement de suppléance. De part la superficie du pays, cette technique est particulièrement intéressante pour les patients polynésiens, car elle leur permet un maintien à domicile dans leur île originelle. L'objectif de ce travail est de comparer si l'éloignement géographique patient-centre peut influencer la survie de la technique et le taux de péritonites.

Patients et méthode : Etude monocentrique rétrospective des patients enregistrés au RDPLF centre de Tahiti incidents du 01/01/08 au 01/01/12. Nous avons comparé les patients habitant l'île de Tahiti (T) où sont présents les centres de soins en dialyse (distance patient-centre moins de 80 km (n=40)) et les patients habitant dans les autres îles de la Polynésie (HT) n'ayant pas de structure de soins à proximité (distance patient-centre plus de 180 km (n=34)).

Résultats : Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour l'âge, le sexe, la technique utilisée, l'autonomie patient, la néphropathie initiale. L'index de Charlson des patients T est significativement supérieur à celui du groupe HT (p= 0.01). 37,5% des patients T sont en DPCA contre 53% HT (NS). Le taux de péritonite (1/16.0 (T) contre 1/15.3 (HT) mois patient) et le taux de survie de la technique (Figure 1) ne sont pas statistiquement différents entre les deux groupes.

Figure 1 :



Conclusion : L'éloignement du patient par rapport au centre de soin n'influence pas la qualité ni la longévité de la technique. Cela nous encourage à poursuivre la DP excentrée. Ces résultats sont à modérer en tenant compte de l'index de Charlson, supérieur dans le groupe de Tahiti.

Résumé 29 - Complications mécaniques de la Dialyse Péritonéale.

Marwa Miftah, Nada Kouam, Aicha Bezzaz, Naima Ouzeddoun, Fatima Ezaitouni, Rabia Bayahya, Loubna Benamar
CHU Ibn Sina (Rabat, Maroc)

Introduction : Les complications mécaniques de la Dialyse Péritonéale (CMDP) sont une cause majeure de l'échec de la technique. Le but de l'étude est d'en définir la prévalence, de déterminer le délai, les facteurs associés à leur survenu et leur prise en charge.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective s'étalant de juillet 2006 à novembre 2011. Nous avons recensé tous les patients en insuffisance rénale chronique terminale ayant bénéficié d'un cathéter (KT) de DP pour dialyse.

Résultats : Parmi les 62 patients qui ont bénéficié de la pose d'un KT de DP pour dialyse, 23 ont présenté des CMDP, soit une prévalence de 37%. Ces complications sont représentées par une migration du KT dans 62,5% des cas après un délai moyen de 4,4 mois et dont la principale cause est la constipation et dont le traitement était médical dans 80% des cas et chirurgical avec repositionnement du KT dans 13% des cas et retrait du KT dans 7% des cas. L'aspiration épiploïque était notée dans 17,4% des cas après un délai de 21 jours et dont le traitement était chirurgical. La survenue de hernie était de 22%, après un délai moyen de 14 mois, et dont la cause était une hyperpression intra-péritonéale. La fuite pleuro-pulmonaire survenue dans 8,7% des cas après un délai de 30 mois a été traitée par réduction du volume des échanges. Une fissuration/perforation du KT est

survenue dans 17,4% des cas après un délai de 25,6 mois, le plus souvent accidentelle, traité par un raccourcissement du KT dans 50% des cas et le changement du prolongateur dans les autres cas. Dans notre série, les CMDP ont représenté 13% des causes de sortie de la DP.

Conclusion : Les CMDP sont représentées essentiellement par la migration du KT, d'où l'intérêt d'une bonne formation des patients ainsi qu'un recyclage périodique du personnel soignant.

Résumé 30 - Impact d'un régime de Dialyse Péritonéale (DP) pauvre en glucose sur le contrôle métabolique de patients diabétiques : Etudes cliniques randomisées et contrôlées IMPENDIA et EDEN.

Françoise Heibel¹, L Bencheikh¹, Pkt Li², A Ariza³, Bf Culleton⁴, J Y Do⁵, Dw Johnson⁶, M Sanabria³, T Shockley⁴, K Story⁴, A Vatazin⁷, M Verrelli⁸, Aw Yu⁹, Jm Bargman¹⁰

¹CHU (Strasbourg), ²Prince of Wales Hospital, (Hong Kong, Chine), ³RTS Ltda Cartagena, (Cartagena, Colombia), ⁴Baxter Healthcare Corporation, McGaw, Il, (United States), ⁵Yeungnam university Hospital, (Daegu, Korea), ⁶Democratic People's Republic of, ⁷Princess Alexandra Hospital, (Brisbane, Australia), ⁸Clinical Research Institute, (Moscow, Russian Federation), ⁹St Boniface General Hospital, (Winnipeg, Canada), ¹⁰Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital, (Hong Kong, China), ¹⁰Toronto General Hospital, (Toronto, Canada)

Introduction et but des études : L'utilisation de solutions de DP à base de glucose est susceptible d'aggraver les anomalies métaboliques de patients diabétiques et potentiellement d'augmenter leur risque cardiovasculaire. Un régime de Dialyse Péritonéale comportant de l'icodextrine (Extraneal) et des acides aminés (Nutrineal) peut permettre une baisse de l'exposition quotidienne au glucose en comparaison avec des régimes n'utilisant que des solutions à base de glucose (Dianeal ou Physioneal). Nous avons émis l'hypothèse qu'un régime pauvre en glucose chez des sujets diabétiques mènerait à une amélioration du contrôle métabolique mesuré par les taux d'HbA1c et divers paramètres lipidiques.

Méthodes : Deux études cliniques randomisées et contrôlées ont été réalisées pour tester notre hypothèse. Dans les deux études les patients éligibles, diabétiques prévalents ont été randomisés (1 :1) dans le groupe interventionnel (le régime pauvre en glucose consistant soit en une combinaison Physioneal, Extraneal et Nutrineal dans l'étude IMPENDIA (P-E-N) soit en Dianeal, Extraneal et Nutrineal (D-E-N) dans l'étude EDEN), ou dans le groupe contrôle (traité par Dianeal seul). Dans les deux études les sujets ont été suivis 6 mois après randomisation. Le critère principal était la comparaison de l'amplitude de la variation de l'HbA1c à 6 mois par rapport à J0 entre le groupe interventionnel et le groupe contrôle évalué par analyse de variance (ANOVA). Enregistrement des études sous : NCT00567398, NCT00567489, NCT01219959.

Résultats : En combinant les deux études, 251 patients en DP (180 dans IMPENDIA et 71 dans EDEN) ont été randomisés dans le groupe interventionnel (n=124) ou contrôle (n=127) dans 11 pays sur 4 continents. L'âge moyen était de 57 ±12 ans dans le groupe interventionnel et 58 ±13 ans dans le groupe contrôle. Les taux moyens d'HbA1c à l'inclusion étaient similaires dans

les deux groupes (7,7 ±1.3% dans le groupe interventionnel et 7,6±1.1% dans le groupe contrôle). En intention de traiter durant les 6 mois de l'étude, le profil moyen d'HA1c s'améliore dans le groupe interventionnel mais reste inchangé dans le groupe contrôle (0.5% de différence entre les groupes avec intervalle de confiance à 95 % CI 0,1-0,8, p=0,006). Des résultats similaires sont observés dans la population per protocole. Une amélioration en faveur du groupe interventionnel a également été observé dans la variation du profil des triglycérides sériques par rapport à l'inclusion (0,7 mmol/l de différence, intervalle de confiance à 95 % CI 0,1-0,5, p = 0,002) et du VLDL-cholesterol (0,3 mmol/l de différence, intervalle de confiance à 95 % CI 0,1-0,5, p=0,003). Les effets indésirables graves étaient plus élevés dans le groupe interventionnel dans l'étude EDEN.

Conclusions : Chez les patients diabétiques en Dialyse Péritonéale un régime de DP épargneur de glucose conduit à une amélioration des indices métaboliques incluant l'HbA1c et les paramètres lipidiques sélectionnés.

Résumé 31 - Bénéfice d'un traitement avec épargne en glucose en Dialyse Péritonéale associant Physioneal, Extraneal et Nutrineal (P-E-N) sur le contrôle glycémique de patients diabétiques dans une étude clinique randomisée, contrôlée (IMPENDIA).

Françoise Heibel¹, L Bencheikh¹, P Kt Li², B Culleton³, D W Johnson⁴, Y L Kim⁵, S Prichard³, E Shutov⁶, K Story³, M Yehia⁷, A Yu⁸, J Bargman⁹

¹CHU (Strasbourg), ²Prince of Wales Hospital, (Hong Kong, Chine), ³Baxter Healthcare Corporation, McGaw Park, Il, (United States), ⁴Princess Alexandra Hospital, (Brisbane, Australia), ⁵Kyungpook National University Hospital, (Daegu, Korea), ⁶Democratic People's Republic of, ⁷State Healthcare Institution City Clinical Hospital named after S.P. Botkin, (Moscow, Russian Federation), ⁸Auckland City Hospital, (Auckland, New Zealand), ⁹Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital, (Hong Kong, China), ⁹Toronto General Hospital, (Toronto, Canada)

Objectifs : Un mauvais contrôle glycémique est associé à une morbidité et une mortalité augmentée dans la population générale ainsi que chez les patients traités par Dialyse Péritonéale (DP). Il a été suggéré que la fructosamine sérique est un marqueur plus fiable de l'équilibre glycémique que l'HbA1c chez les patients dialysés. Cette étude a évalué les effets d'un traitement avec épargne en glucose chez des patients en Dialyse Péritonéale (en comparaison avec un dialysat à base de glucose uniquement), sur le taux de fructosamine sérique.

Méthodes : Les patients diabétiques prévalents en Dialyse Péritonéale éligibles pour l'étude ont été randomisés (1 :1) soit dans un groupe de traitement avec épargne en glucose (P-E-N) soit dans un groupe avec traitement par DIANEAL seul dans une l'étude IMPENDIA réalisée sur 6 mois (multicentrique prospective randomisée visant à démontrer une amélioration du contrôle métabolique sous P-E-N versus Dianeal seul chez des patients diabétiques traités par DPCA ou DPA). Les sujets dans le groupe P-E-N ont reçu une association de Physioneal, Extraneal et Nutrineal par 24 h. Les sujets du groupe contrôle poursuivaient le Dianeal pour tous les échanges. La fructosamine sérique a été mesurée à J0, M1, M3 et M6. Les variations de la

concentration par rapport à J0 ont été étudiées par ANOVA. Enregistrement de l'étude : NCT00567398 and NCT00567489

Résultats : 180 patients en DP (169 en DPCA et 11 en DPA) ont été tirés au sort dans les groupes de traitement par P-E-N (n=89) ou Dianeal seul (n=91). Les données démographiques, le temps passé en dialyse, le statut de transport membranaire ainsi que les taux sériques de fructosamine étaient similaires dans les deux groupes à J0. Par rapport à J0 les concentrations de fructosamine à M6 ont diminué dans le groupe P-E-N de 47 $\mu\text{mol/l}$ pour atteindre 252,6 $\mu\text{mol/L}$ (intervalle de confiance à 95 % 25 à 68, $p < 0,001$) et augmenté dans le groupe Dianeal seul de 1,7 $\mu\text{mol/l}$ pour atteindre 314,8 $\mu\text{mol/l}$ (intervalle de confiance à 95 % 23 à 19, $p=0,87$). Après ANOVA la différence à 6 mois des variations entre les 2 groupes était de 64 $\mu\text{mol/l}$ (intervalle de confiance à 95 % 29 à 99 ; $p < 0,001$).

Conclusions : Un traitement de Dialyse Péritonéale avec les solutions P-E-N sur une période de 6 mois comparé avec un traitement comportant Dianeal seul a permis une baisse de la fructosamine sérique. Les résultats suggèrent qu'un traitement de Dialyse Péritonéale avec épargne en glucose peut permettre une amélioration du contrôle glycémique chez des patients diabétiques.

Résumé 32 - Effet bénéfique d'une épargne en glucose par un traitement de Dialyse Péritonéale comportant Physioneal, Extraneal et Nutrineal (P-E-N) sur le taux de CA-125 dans l'effluent, dans une étude randomisée, contrôlée (IMPENDIA).

Françoise Heibel¹, L Bencheikh¹, J Bargman², B Culleton³, M Dorval⁴, D W Johnson⁵, Sung Ho Kim⁶, Siu Ka Mak⁷, I Nesterenko⁸, Sarah Prichard³, K Story³, M Suranyi⁹, A Yu¹⁰, P Kt Li¹¹

¹CHU (Strasbourg), ²Toronto General Hospital, (Toronto, Canada), ³Baxter Healthcare Corporation, McGaw Park, Il, (United States), ⁴Beauséjour Hospital Corporation - Dr George Dumont Hospital Site, (Moncton, Canada), ⁵Princess Alexandra Hospital, (Brisbane, Australia), ⁶Daegu Fatima Hospital, (Daegu, Korea), Democratic People's Republic of, ⁷Kwong Wah Hospital, (Hong Kong, China), ⁸Moscow State Medical Institution, (Moscow, Russian) Federation⁹Liverpool Hospital, (Liverpool, Australia), ¹⁰Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital, (Hong Kong, China), ¹¹Prince of Wales Hospital, (Hong Kong, China)

Objectifs : L'altération de la membrane de Dialyse Péritonéale est associée à une défaillance des échanges transmembranaires et à une réduction de la durée de traitement par Dialyse Péritonéale (DP). Une exposition chronique à des solutions de DP pourrait avoir un impact sur la physiologie, la structure et la fonction membranaire. Cette étude examine les effets d'un traitement de DP assurant une épargne en glucose en utilisant P-E-N, sur le taux de CA-125 effluent, un marqueur de la masse de cellules mésothéliales.

Méthodes : Les patients diabétiques prévalents en DP éligibles pour l'étude ont été randomisés (1 : 1) pour un traitement de 24 h comportant soit P-E-N soit Dianeal seul dans l'étude IMPENDIA, multicentrique, randomisée, contrôlée IMPENDIA (Improved Metabolic Control of Physioneal, Extraneal, Nutrineal vs Dianeal Only Treatment in DIAbetic CAPD and APD

Patients). Cette étude cherchait à démontrer une amélioration du contrôle métabolique liée à un traitement par P-E-N versus Dianeal chez des patients diabétiques en DPCA ou DPA. Les sujets randomisés dans le groupe P-E-N bénéficiaient d'une dialyse sur 24 h combinant P-E-N. Les sujets dans le groupe contrôle ont conservé le Dianeal pour tous les échanges. Les prescriptions de DP dans les deux groupes étaient adaptées pour atteindre un Kt/V total d'au moins 1,7l/semaine. Le taux de CA-125, critère principal a été mesuré à J0, et 6 mois dans le liquide de DP effluent des 24 h. Les variations par rapport à J0 ont été analysées par ANOVA. L'étude a été enregistrée sous : NCT00567398, NCT00567489

Résultats : 180 patients de DP (169 en DPCA et 11 en DPA) ont été tirés au sort dans le groupe P-E-N (n=89) ou le groupe Dianeal (n=91). Les caractéristiques démographiques, le temps passé en dialyse, les caractéristiques de transport membranaire et le taux initial de CA 125 étaient équivalents dans les deux groupes. En comparaison avec J0 la concentration de CA-125 a augmenté de 17,8 U/ml dans le groupe P-E-N ($p < 0,001$) et diminué de 2,2 U/ml ($p = 0,16$) dans le groupe Dianeal seul. La différence moyenne à 6 mois entre les deux groupes mesurée par ANOVA était de 18,1 U/ml (intervalle de confiance à 95 % 14,3 à 22,0 U/ml ; $p < 0,001$).

Conclusions : Un traitement de DP avec épargne en glucose utilisant P-E-N était associé à un taux de CA-125 plus élevé dans le dialysat effluent en comparaison avec un traitement utilisant Dianeal seul. Les résultats suggèrent que cette combinaison de solutés de DP pourrait être associée à une meilleure préservation de la masse de cellules mésothéliales.

Résumé 33 - Evolution de la perméabilité péritonéale chez une patiente traitée 18 ans par DP sans glucosé hypertonique.

D Pagniez, Celia Lessore, Tiphaine Guyon, Mélanie Decambon, J-B Beuscart
CHRU (Lille)

Nous rapportons l'évolution de la perméabilité péritonéale (PP) chez une patiente traitée 18 ans par DPCA, dans un centre où l'utilisation de solutés très riches en glucose (3,86%) est systématiquement évitée.

Une patiente de 44 ans commençait la DPCA en août 1994. Elle utilisait uniquement des poches à 1,36% jusqu'en décembre 2006, où elle débutait l'utilisation d'une poche d'icodextrine. Une deuxième était utilisée à partir de décembre 2009. Le cathéter était changé en janvier 1998, après plusieurs infections péritonéales (IP). Une IP tardive en septembre 2009 s'avérait difficile à guérir. La patiente doit prochainement bénéficier d'une greffe familiale.

La PP a été suivie chez notre patiente par des tests d'absorption du glucose, utilisant une poche à 3,86%. Les tests ont été réalisés après 6 mois de DP, puis tous les ans. Le rapport G4/G0 des concentrations en glucose après des stases de 4 et 0 heures était utilisé comme indice de la PP. Ce rapport a augmenté jusqu'en 2004, traduisant une diminution de la PP. Il a ensuite diminué progressivement, et était en mars 2012 de 0,25, sa valeur initiale. Depuis 2010, on a constaté une diminution progressive du volume de l'effluent pour les poches à 1,36% comme pour les poches d'icodextrine.

Ce cas particulier confirme que d'éviter systématiquement l'exposition aux poches de glucoché « hypertonique » à 3,86% prévient pendant au moins 5 ans l'augmentation de la perméabilité aux solutés de bas poids moléculaire liée à une hypervascularisation du péritoine.

Résumé 34 - 10 ans de DPCA chez un patient autiste.

D Pagniez, Celia Lessore, A Gartska, Marie Frimat, E Boulanger CHRU (Lille)

Le traitement par dialyse pose des problèmes particuliers chez les patients autistes. Nous rapportons le cas d'un patient autiste, traité par DPCA pendant 10 ans.

Un patient autiste de 31 ans, aux antécédents d'épilepsie, parvenait en insuffisance rénale terminale en juillet 2002. Comme il était très agité lors des procédures diagnostiques ou thérapeutiques, l'hémodialyse semblait difficile, et le patient était traité par DPCA à partir de septembre 2002. Les changements de poche étaient réalisés trois fois par jours par les membres de la famille. Les bilans sanguins étaient réalisés à domicile, par ponction d'une veine du pied. Le patient venait à l'hôpital toutes les 6 semaines pour de brèves consultations, et tous les 6 mois pour changement de l'extension de cathéter. La réalisation de tests de perméabilité, ou de procédures diagnostiques complexes, était impossible.

L'état clinique du patient est longtemps resté assez satisfaisant. La fonction rénale résiduelle restait bonne, permettant l'utilisation quotidienne de 3 poches de 2 litres, 2 de soluté à 1,36% de glucose et une d'icodextrine. Il n'y a pas eu de perte d'ultrafiltration, pas de dénutrition, et pas d'atteinte osseuse patente. La greffe rénale a été envisagée, mais l'hospitalisation pour la procédure chirurgicale apparaissait impossible à la famille. A partir de février 2012, le patient présentait de nouveau de rares crises d'épilepsie. Il présentait une mort subite dans son sommeil le 13 avril 2012.

Il est indiscutable que la qualité de la prise en charge par la famille a été essentielle pour permettre cette évolution prolongée en dialyse. Nous pensons cependant qu'aucune autre technique que la DPCA n'aurait pu être utilisée chez ce patient.

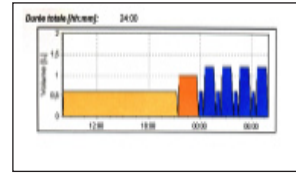
Résumé 37 - Prescription de la DPA-adaptée pour optimiser le bilan hydrosodé : expérience pédiatrique.

M Fischbach, Ariane Zalozyc, Soraya Menouer, Joelle Terzic, Armelle Doutey CHU Hautepierre (Strasbourg)

En cas d'anurie, et de difficultés du suivi des restrictions diététiques, l'hypertension artérielle (HTA) est fréquente chez les enfants en Dialyse Péritonéale. Nous proposons un schéma de DPA adaptée pour optimiser l'extraction dialytique hydrosodée: chaque cycle "long et grand" (3 x temps APEX ; 1400 ml/m²) est précédé d'un cycle "court et petit" (temps APEX ; 700 ml/m²) ; sous forme de quatre séquences par session. Les cycles "court et petit" sont soit hypertoniques (4.25 %) (DPA-AHy, soit isotoniques (1.5 %) DPA-AIs, les cycles "long et grand" sont toujours iso (1.5 %). Nous avons testé ce schéma (hyper versus

iso) chez Baptiste, 7 ans, avec bilan des entrées/sorties.

	UF (ml)	NaD extraction (mmol)
DPA – A iso	408 (324 - 488 - 413)	90 (9,4 - 8,6 - 9,2)
DPA – A hyper	715 (736 - 776 - 634)	15,3 (15,3 - 15,6 - 15)
Gain hyper/iso	+ 75 %	+ 70 %



L'augmentation de l'UF (+75 %) liée à la prescription du dialysat hypertonique est associée à une augmentation de l'extraction (+70%) du sodium. Ces résultats sont vraisemblablement en rapport avec l'alternance des cycles, le cycle "court et petit", hyper génère le gain d'UF (présumé plus d'eau libre) ; le cycle "long et grand" iso permet l'extraction diffusive du sodium, vraisemblablement favorisée par l'hémoconcentration induite par l'UF précédente. Cette observation nécessite confirmation par une étude randomisée. La teneur de l'alimentation, facteur de l'extraction dialytique sodée devra être protocolisée.

Résumé 38 - La Dialyse Péritonéale (DP) coûte cher : une idée reçue. Expérience locale d'une unité de DP au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire

B Issad, Marie-Pierre Toussaint, P Rufat, Corinne Bagnis, G Deray CHU La Pitié-Salpêtrière (Paris)

Contexte et constat : L'objectif de développement de la dialyse à domicile et plus particulièrement de la DP définie par la DGOS et relayée récemment par les ARS dans les différents STROS, doit engendrer une croissance de l'activité au sein des établissements autorisés.

Afin de lever les freins financiers au développement de la DP, la facturation à chaque étape du parcours des soins du patient (formation, traitement, hospitalisation, ...) a été modifiée progressivement. Cet ensemble de codification reste encore insuffisamment utilisé par les établissements pratiquant la DP.

Résultats : La prise en charge de 35 patients en moyenne sur l'année 2011-2012 permet d'évaluer les recettes et dépenses du secteur DP (60% en DPA et 40% en DPCA). Ces recettes et ces dépenses sont liées aux différentes possibilités de facturation selon le parcours du patient. Le tableau des recettes directes (475 217 €), vs les dépenses directes (353 925 €), fait apparaître un solde positif de 103 292 €. Cependant, la prise en compte des dépenses indirectes (87 519 €) affecte le résultat final, sans pour autant rendre l'activité de DP déficitaire. Il est apparu lors de notre investigation financière, que nos pratiques de codification étaient anciennes et de ce fait, un certain nombre d'actes par ignorance n'avaient pas été codés (exemple : infection péritonéale, le test d'équilibration péritonéale, la mesure des clearances péritonéales...). La mise en place de la T2A dans les établissements nous impose donc, d'être très rigoureux et attentifs dans la codification des actes. Elle représente l'élément incontournable pour la tarification de la DP.

Conclusion : Quelles sont alors les règles et bonnes

pratiques ? Tout séjour doit être renseigné, la raison du séjour, les comorbidités, les actes réalisés... Toutes ces données permettront à la fois de produire un dossier de séjour complet et cohérent, mais également une mesure plus réelle et plus fiable de l'activité de DP dans l'établissement. La mise en place des bonnes pratiques de codage de l'activité de DP contribuera à fiabiliser les données PMSI et ainsi de permettre une meilleure évaluation de l'activité par les établissements.

Résumé 40 - Evaluation prospective de la carence en vitamine D au cours de la Dialyse Péritonéale.

Hayet Kaâroud¹, M Ounissi¹, C Bdir¹, Soumaya Chargui¹, Halima Jouini¹, Imen Habli¹, Imen Chihaoui¹, I Brahmi¹, Najet Hajji¹, T Ben Abdallah¹, Hèdi Ben Maiz², A Kheder¹
¹Hôpital Charles Nicolle, (Tunis, Tunisie), ²Lab. Recherche LR00SP01 (Tunis, Tunisie)

Introduction : Les perturbations du métabolisme phosphocalcique à l'origine d'une hyperparathyroïdie secondaire sont fréquentes au cours de la dialyse et sont généralement aggravées par une carence en vitamine D dont la fréquence est peu étudiée. Le but de notre étude prospective est d'évaluer la fréquence de la carence en 25-OH vitamine D chez les patients traités par la Dialyse Péritonéale.

Matériels et méthodes : Vingt neuf patients en Dialyse Péritonéale ont eu un dosage, du 25-OH vitamine D, de la calcémie, la phosphorémie et de la parathormone. Pour chaque patient nous avons précisé la néphropathie initiale, le type de la Dialyse Péritonéale, la durée en dialyse, les données de l'examen clinique et la clairance de la créatinine.

Résultats : Il s'agit de 22 hommes et 7 femmes âgés en moyenne de 44 ans. La néphropathie initiale est glomérulaire dans 18 cas, vasculaire dans 3 cas et tubulo-interstitielle dans 8 cas.

Dix patients sont diabétiques, 21 patients sont hypertendus, 4 patients sont coronariens et 3 patients ont eu une parathyroïdectomie. Vingt huit patients sont en DPA et un seul patient en DPCA. La durée moyenne en dialyse péritonéale est de 29 mois (7-12 mois). La durée résiduelle est de 1200 ml. La clairance moyenne de la créatinine est 68,73 l/sem/1,73 m² SC et le KT/V moyen est à 2.

Un déficit en 25-OH-D3 défini par un taux < 20ng/ml est trouvé chez 26 patients soit 89,6 % des cas. Une insuffisance en 25-OH-D3 définie par un taux < 30 ng/ml est notée chez 2 patients et un seul patient a un taux normal supérieur à 30 ng/ml. Pour les paramètres biologiques, la PTH moyenne est de 500 pg/ml (30-2600 pg/ml), avec une hyperparathyroïdie > 300 pg/ml chez 21 patients. La calcémie moyenne est de 2,35 mmol/l (1,6 – 2,62 mmol/l) et la phosphorémie moyenne est de 1,84 mmol/l (0,68-4 mmol/l).

Discussion : Une carence en 25-OH-D3 indépendante de celle en 1-25-OH-D3 joue un rôle important dans les désordres du métabolisme minéral et osseux liés à la maladie rénale chronique. Chez nos patients en Dialyse Péritonéale, cette carence est fréquente notée dans 89,6 % des cas. Elle est à l'origine d'une hypocalcémie avec une hyperparathyroïdie secondaire observée dans 72 % des cas. Parmi les facteurs de risque de la carence en calcitriol, nous avons identifié le sexe féminin dans 24 % des cas et le diabète dans 34,5 % des cas.

Conclusion : Un dosage systématique du 25-OH-D3 est une supplémentation par voie orale dont l'efficacité est bien établie sont nécessaires pour prévenir toutes les complications qui en découlent.

Résumé 41 - Huit cas de péritonite tuberculeuse dans un centre de DP Européen.

D Pagniez, Florence Moulonguet, Celia Lessore, J-B Beuscart
CHRU (Lille)

La péritonite tuberculeuse est rare en DP. Une seule série de péritonites tuberculeuses chez des patients européens a été rapportée (Nephrol Dial Transplant 2001 ; 16 : 1024-7); 7 des 8 patients étaient d'origine asiatique. Nous rapportons 8 cas de péritonite tuberculeuse survenus dans un centre européen.

Les 8 patients étaient âgés de 49 à 94 ans (médiane 78), en DP depuis 2 à 82 mois (médiane 15). 6 patients étaient caucasiens d'origine. Les 5 patients mâles étaient tous d'anciens mineurs de charbon. Le tableau clinique allait de la péritonite suraiguë (2 cas) ou aiguë (3 cas), à la constatation d'un effluent trouble avec une formule lymphocytaire, sans autre symptomatologie. On retrouvait des bacilles acido-alcool résistants à l'examen direct dans 2 cas. Mycobacterium tuberculosis était retrouvé à la culture dans 7 cas. Le test Quantiferon était positif chez le patient ou il a été pratiqué. Un traitement antibiotique par voie parentérale a fréquemment été rendu nécessaire par l'importance des vomissements. Le cathéter a été retiré dans 2 cas. Les 3 patientes et le plus âgé des patients mâles sont décédés moins d'un mois après le diagnostic. L'infection tuberculeuse a été guérie chez les 4 autres patients mâles, mais aucun n'est resté en DP.

Dans notre centre, la proportion de péritonites tuberculeuses a atteint 1%, avec un lien manifeste avec la mine. Ceci est peut-être en rapport avec l'immunodépression due à la silicose, qui peut également avoir participé au tableau clinique inhabituellement sévère constaté chez 2 patients. Surtout, nous sommes préoccupés par la possibilité que la péritonite tuberculeuse ne soit pas évoquée chez des patients âgés, devant une infection péritonéale à culture négative qui ne s'améliore pas sous traitement antibiotique empirique.

Résumé 42 - Collaboration entre deux établissements privés pour la prise en charge des patients en Dialyse Péritonéale: de l'information pré-dialyse à la pose du cathéter, bilan à deux ans.

Isabelle Vernier-Fabre¹, O Coldefy¹, F de Cornelissen¹, A Dumoulin², F Gérard², Carine Mercier¹, Stéphanie Plagnes¹, Alexandra Schabo¹, Véronique Taudou¹
¹Clinique les Genêts (Narbonne), ²Nephrocare (Béziers)

Buts : Analyser les résultats de la coopération entre deux établissements privés pour l'accès des patients à la Dialyse Péritonéale (DP).

Afin d'offrir à leurs patients le choix de la technique de dialyse, les néphrologues d'un centre privé de département voisin ne pratiquant pas la DP nous ont demandé de recevoir leurs patients intéressés par cette technique en information pré-dialyse et d'assurer leur prise en charge et leur suivi en DP.

Entre le 1/10/2010 et le 31/10/2012, 14 patients nous ont été adressés et ont bénéficié d'une information pré-dialyse dans notre équipe. A l'issue de l'information, 8 patients ont choisi la DP (57,1%). Au terme de la période d'étude, 3 patients ont eu une pose de cathéter (dont une a échoué pour adhérences). Un patient a été refusé pour une prise en charge en dialyse, en accord avec son néphrologue référent et une patiente a été traitée par hémodialyse par défaut de coordination avec l'EHPAD.

Trente-sept patients suivis dans notre équipe ont été vus en information pré-dialyse dans la même période. Vingt-quatre ont opté pour la DP (64,8%), et 18 d'entre eux ont eu une pose de cathéter (un échec pour adhérences). Un patient est décédé avant la prise en charge (cause sans rapport avec l'insuffisance rénale) et un patient a été finalement refusé pour une prise en charge en dialyse.

Résultats : Les 2 groupes de patients sont comparables pour l'âge et pour le sexe. La proportion de patients choisissant la DP n'est pas significativement différente entre les 2 groupes. La proportion de cathéters posés est significativement plus importante chez nos patients (18/24 – 75%) que chez les patients rattachés au centre voisin (3/8 – 37,5%).

Conclusions : La coopération entre deux établissements privés pour l'accès à la DP est réalisable et permet aux patients de bénéficier du choix de la technique de dialyse. L'information pré-dialyse conduit au choix de la DP dans 50% des cas tous patients confondus. Le changement de suivi néphrologique et l'éloignement du centre de référence des patients pourrait être un facteur limitant au début effectif de la DP après le choix.

Résumé 43 - Prise en charge et évolution des patients diabétiques en Dialyse Péritonéale.

Ghizlane El Badaoui, Maria Slimani Houti, Amal Zniber, Amal Cherkaoui, Fatima Ezaitouni, Naima Ouzeddoun, Rabia Bayahya, Loubna Benamar
service de néphrologie dialyse et transplantation rénale.
CHU IBN SINA (Rabat, Maroc)

La Dialyse Péritonéale (DP) est considérée comme le traitement de suppléance du premier choix chez les patients diabétiques en Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT).

Le but du travail : Evaluer si les avantages de la DP sont supérieurs à ses inconvénients chez les diabétiques en IRCT, et aborder les différentes mesures qui aident à améliorer la morbi-mortalité chez ces patients en DP.

Patients et méthodes : Une analyse rétrospective a été effectuée chez 15 patients diabétiques mis en DPCA entre juillet 2007 et Mai 2012. Les données épidémiologiques et clinico-biologiques ainsi que les paramètres d'adéquation de la DP ont été recueillis et analysés.

Résultats : Tous les patients étaient traités par DPCA avec des solutions à base de glucose, l'icodextrine n'étant pas disponible au Maroc.

Après un suivi moyen de 18 mois, nous avons noté une diminution de la pression artérielle chez tous les patients avec une TAS moyenne à 140mmHg et TAD moyenne à 75mmHg. L'objectif glycémique a été atteint avec une HbA1C moyenne à 6,55%. Le PET avait montré que 46% avaient une hypoperméabilité péritonéale modérée. L'adéquation de la DP a été évaluée par le KT/V qui était en moyenne à 2,32, la nPCR moyenne à 0,89 et

la FRR à 3,03. L'UF péritonéale moyenne à 1 an était à 900ml, et à la fin de l'étude à 781ml. Nous n'avons noté aucun cas de dénutrition. Sur ces 15 patients étudiés, il y a eu 2 épisodes de péritonite et 4 cas de perte d'UF responsables de transfert en HD. Cinq patients étaient décédés de cause cardio-vasculaire.

Conclusion : le rôle de la DP dans le traitement de l'épuration extra-rénale chez les patients diabétiques est bien établi. Cependant le développement de solutions alternatives plus biocompatibles, et des modalités dialytiques à débit élevé, va certainement améliorer la morbi-mortalité du patient diabétique dialysé.

Résumé 44 - Les hernies en Dialyse Péritonéale à propos de 3 cas.

Ikram Bentaleb, Souad Belmokhtar, Ghizlane El Badaoui, Amal Zniber, Fatima Ezaitouni, Naima Ouzeddoun, Rabia Bayahya, Loubna Benamar
Service de néphrologie dialyse et transplantation rénale. CHU IBN SINA, (Rabat Maroc)

Introduction : les hernies sont des complications non infectieuses de la Dialyse Péritonéale (DP), liées à l'hyperpression abdominale. Nous rapportons les observations de 3 patients suivis en Dialyse Péritonéale compliqués d'hernies.

Cas N°1 : patient de 45 ans, ayant une insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une polykystose rénale. Mis en Dialyse Péritonéale continue ambulatoire (DPCA) en juin 2008, huit mois après l'initiation de la DP une double hernie ombilicale et inguinale droite a été diagnostiquée. Le 02/05/2010 il a présenté un syndrome subocclusif spontanément résolutif ce qui a suscité la cure chirurgicale de la double hernie. Les suites opératoires étaient simples avec reprise des échanges à petit volume à J3 du post-opératoire.

Cas N°2 : patiente de 52 ans, mise en DPCA depuis 02/08/2006 sur néphropathie indéterminée. Le 15/07/2010 la patiente a présenté des douleurs abdominales sus ombilicales, à l'examen: engouement épiploïque dans un diastasis de la ligne blanche. L'hernie a été réduite par suture chirurgicale, avec reprise des échanges à petit volume à j2 du post-opératoire.

Cas N°3 : patient âgé de 52ans, mis en DPCA depuis le 12/08/2010 pour insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une polykystose rénale. Un an après, il développe une hernie de la ligne blanche, traitée chirurgicalement avec reprise des échanges à petit volume à J15 du post opératoire.

Discussion : l'incidence de l'hernie au cours du traitement par DP est de 10 à 20%. Les causes sont multiples : la polykystose rénale, l'âge, la multiparité, cicatrice ou réparation antérieure d'une hernie. Le traitement chirurgical s'impose avec arrêt des échanges pendant 3 à 4 jours et reprise avec des petits volumes.

Conclusion : la recherche d'une hernie avant la pose du cathéter de DP est obligatoire au quel cas sa cure chirurgicale s'impose au même temps opératoire.

Résumé 45 - Impact clinique du portage nasal du Staphylocoque aureus en Dialyse Péritonéale (DP).

Amal Zniber, Nabila Benqlilou, Ghizlane El Badaoui, Souad Belmokhtar, Fatima Ezaitouni, Naima Ouzeddoun, Rabia Bayahya, Loubna Benamar

Le portage nasal du staphylococcus aureus (SA) favorise la survenue de péritonites chez les patients en DP. Le fort potentiel pathogène et le caractère commensal font de ce germe un agent pathogène à diffusion facile aussi bien en milieu intra qu'extrahospitalier.

Le but du travail : évaluer la prévalence du portage nasal de SA (PNSA) chez les dialysés péritonéaux, de décrire son profil de sensibilité aux antibiotiques, et de préciser l'impact du PNSA sur la survenue des épisodes infectieux (infections du site d'émergence du cathéter de DP et péritonites).

Matériel et méthode : L'étude a été menée sur 6 ans, de juillet 2006 à Avril 2012 chez tous les patients dialysés ayant un suivi minimal de 12 mois. Les prélèvements nasaux ont été effectués 3 fois/ an pendant toute la durée du suivi des patients en DP.

Résultats : Notre série comporte 62 patients mis sous Dialyse Péritonéale continue ambulatoire (DPCA). L'âge moyen était de 50±16,9 ans, avec un sexe-ratio de 1,95 et une ancienneté en DP moyenne de 24 mois. La prévalence du PNSA est de 64,5%. Le portage persistant a été retrouvé chez 30 patients (48,5%), le portage intermittent chez 10 patients (16 %) alors que 35,5% des malades étaient non porteurs de SA. Les souches du SA étaient résistantes à la méticilline dans 10% des cas alors que la sensibilité aux glycopeptides était de 100%. Ni l'âge, ni le sexe et ni la néphropathie initiale ne sont ressortis comme facteurs associés au PNSA. Le taux de péritonites était significativement plus élevé chez les porteurs du SA ($p < 0,014$). Le taux d'infections du site d'émergence du cathéter de DP était plus élevé chez les patients ayant un PNSA mais le p n'était pas significatif.

Conclusion : Cette enquête nous a permis de dépister le PNSA, afin de mettre en place les règles individuelles et collectives d'hygiène et d'élargir la prescription de la mupirocine chez les porteurs du SA dans notre unité de Dialyse Péritonéale.

Résumé 46 - Parcours patient personnalisé en DP : 15 ans de coordination domicile – association – hôpital.

Agnès Caillette-Beaudoin¹, P Trolliet²

¹CALYDIAL (Vienne, Vénissieux), ²CH Lyon Sud (Pierre-Bénite)

Devenue une priorité au sein des projets de santé pluriannuels nationaux, l'organisation de la DP doit être attractive pour le patient. Notre expérience de 15 ans de coordination de DP met en exergue la complémentarité de deux partenaires : l'un hospitalier (H) l'autre associatif (A), chacun avec ses missions spécifiques et complémentaires, pour un parcours patient en DP de plus en plus personnalisé, organisé, maximisé au domicile (D) et coordonné de façon efficace et robuste. Le parcours associe après la pose du cathéter par H, des interventions de A: 6 consultations à une semaine pour soin d'émergence puis 1 consultation /2 mois sur site A pour patients autonomes et à D par « l'équipe mobile de DP » pour les patients non autonomes. L'éducation est faite au D. H assure un suivi en hôpital de jour/6 ou 12 mois pour bilans complets avec tests fonctionnels péritonéaux, actualisation du bilan de greffe, et replis si complications. Cette collaboration étroite avec les équipes H permet également à l'astreinte 24/24 de A une performance accrue en évitant un maximum l'hospitalisation. Des partenariats avec d'autres

établissements ou EPHAD sont ainsi facilités. A et H possèdent des dossiers de soins spécifiques avec des documents communs, permettant le partage de données de télésurveillance (TS) ou d'éducation thérapeutique instaurés respectivement en 2006 et 2008. Les conditions de ce succès reposent sur une coordination pluri-professionnelle (Méd /IDE/AS/Diét./Psycho /Pharma) s'appuyant sur une réunion hebdomadaire sur site H avec revue clinique de tous les patients vus dans la semaine écoulée à domicile ou sur site (A, D et/ou H). Les pratiques sont tracées, suivies, et évaluées par suivi d'indicateurs et RMM. Les données RDPLF sont mutualisées du 1/1/96 au 30/11/2012 : 348 patients inclus, âges de 66,2 ±16,7 ans, 40% autonomes, 61% avec Charlson >6, survie technique 50,2% à 24 mois, survie patient 50% à 34 mois, Tx de IP 1 ep/27 mois pat. (1/34 mois pat. depuis TS). Depuis la TS, le Tx d'hospit. est mesuré à 4,31%, avec 1,08% liés aux complications DP. La satisfaction des patients et des partenaires libéraux mesurée annuellement est totale. Nous confirmons l'intérêt d'une coordination ville-association –hôpital pour la gestion de parcours patients DP complexes chez des patients âgés et comorbides, permettant une économie de transports et hospitalisations avec satisfaction des patient et professionnels.

Résumé 48 - Evaluation quadriennale d'un programme d'Education Thérapeutique (ETP) en Dialyse Péritonéale (DP) : 2009-2012.

Yolande Gagneux, A Guerraoui, Véronique Berger, Agnès Caillette-Beaudoin

CALYDIAL (Vienne, Vénissieux)

L'ETP est un concept récent, initialement développé dans le champ des maladies chroniques, et permettant à un patient de vivre avec une maladie chronique par le biais de l'acquisition de compétences d'adaptation et autosoins. La mise en œuvre de ces programmes d'ETP est désormais soumise à autorisation et conditionnée par les résultats d'évaluations quadriennales. Notre programme d'ETP a la spécificité de proposer différents types d'ateliers dont les séquences d'apprentissage sont adaptés aux besoins et attentes spécifiques des patients et définies par le bilan partagé.

On utilise une méthodologie pédagogique constructiviste centrée sur l'apprenant et permettant d'impliquer à la fois l'équipe soignante et le patient. Notre évaluation comporte des indicateurs quantitatifs (nombre de patients, âge moyen, nombres de séances, d'ateliers, assiduité aux séances, satisfaction des patients...) et des indicateurs qualitatifs (connaissances des médicaments, de la maladie, observance médicamenteuse, qualité de vie perçue...). Chez les 42 patients ayant participé à notre programme ETP-DP, on note une amélioration significative des connaissances et l'observance médicamenteuse.

Cette amélioration porte sur des thématiques fondamentales telles que la meilleure compréhension de son traitement par le patient ou l'évolution de ses comportements alimentaires. La satisfaction des patients vis-à-vis du programme est élevée (97 %) en atteste leur assiduité aux séquences pédagogiques à hauteur de 92%. La multiplicité et la complexité des médicaments et traitements prescrits en néphrologie mettent en évidence la nécessité d'un accompagnement thérapeutique individualisé.

Notre programme d'ETP a permis une amélioration significative des connaissances et de l'observance médicamenteuse, primordiales pour une meilleure sécurisation des patients et un meilleur chemin vers l'acceptation de sa maladie.

Résumé 49 - Gestion de l'anémie au cours de la maladie Rénale Chronique stade 3-5ND. Résultats préliminaires de l'enquête française PrEPOFer.

Séverine Beaudreuil¹, F Chantrel², F Vrtovnik³, B Issad⁴, E Marvin⁵, M Touam⁶

¹Kremlin-Bicêtre (Villejuif), ²Mulhouse, ³CHU Bichat,

⁴La Pitié-Salpêtrière (Paris), ⁵Melys (Paris), ⁶AURA (Paris)

Introduction :

Les résultats d'études interventionnelles (CHOIR, CREATE et TREAT), la disponibilité de nouveaux Agents Stimulant l'Erythropoïèse (ASE) et de Fers injectables (FIV) ont modifié la prise en charge de l'anémie dans l'insuffisance rénale chronique aux stades 3-5 (MRC 3-5D). Les nouvelles recommandations internationales de l'anémie rénale (KDIGO) accordent une place limitée à l'anémie rénale en Dialyse Péritonéale (DP). En France nous disposons de données limitées sur la gestion de l'anémie en DP. Le but de ce travail est d'évaluer la prise en charge de l'anémie chez les patients en DP en interrogeant les néphrologues sur leurs pratiques.

Méthodes : Le but de ce travail a été d'analyser la réponse des néphrologues (NP) exerçant en Ile de France prenant en charge des patients en DP au questionnaire de l'Etude PrEPOFer (EPP sur la gestion de l'anémie incluant les ASE et le Fer). Cette enquête couvre le diagnostic, le traitement et le suivi de l'anémie des patients suivis pour une MRC 3-5 D incluant la DP.

Résultats : Le questionnaire a été adressé entre le 01/01/2012 et le 1/04/2012 à 75 NP. 30 NP ont répondu, exerçant en CHU/CHG (49,7%), dans le secteur associatif (37%) ou libéral (9,6%), au sein d'un réseau ville-hôpital (39,5%). 80% des NP conduisent eux mêmes le suivi et le traitement de l'anémie, une minorité le délègue au médecin traitant (13%), voire à une infirmière (6,6%). 38 % de patients en DP sont sous ASE et/ou Fer. Pour une grande majorité de NP (90%), le diagnostic d'une anémie et d'une carence martiale repose sur l'hémoglobine (Hb, 100%), la ferritine (F, 90%) et le coefficient de saturation de la transferrine (CST, 97%). Les NP initient un traitement martial (PO ou IV) essentiellement selon la biologie (90%) et moins souvent systématiquement (10%). Un traitement (ASE et/ou Fer) est initié quand l'Hb est <10,5 g/dl (36%) ou <10 g/dl (28%), qu'elle soit ou non symptomatique. Un traitement (ASE et/ou Fer) est initié quand l'anémie est symptomatique chez 28% des NP. Ces derniers ciblent une Hb entre 10-12 g/dl (89%) ou 9-11 g/dl (16,5%). La stratégie d'initiation du Fer (orale ou IV) et/ou des ASE est la suivante :

Le Fer (PO ou IV) est initié à partir de la « CST + F. » (67%) alors que 33% des NP initient le fer à partir du CST seul (20%) ou de la F. seule (13%). Le traitement martial est débuté pour un CST <20% et une F. < 100 pour 44,8% des NP ; pour un CST <20% et une F. < 200 pour 17,2% des NP. ; pour un CST <25% et une F. < 100 pour 10% des NP. Les NP ciblent une CST < 50%

(57%) ou un CST < 25%. De même, 69% des NP ciblent une F > 500 et <800 (57%), 21% des NP ciblent une F < 500. Pour les ASE, 83,3% des NP ciblent un intervalle d'Hb entre 10-12 g/dl. A la phase d'initiation du traitement par ASE, la surveillance biologique est mensuelle pour 66% des NP.

A la phase de maintenance du traitement par ASE, la surveillance biologique est mensuelle pour 46,6% des NP et trimestrielle pour 33% des NP. Cette surveillance comporte l'Hb (100% des NP), la Ferritinémie (94%), le CST (87%), la CRP (80%) et les réticulocytes (65%) alors que pour 67% des NP le bilan comporte l'Hte et seulement 7%, 7% et 3% des NP déclarent intégrer les GRH, la CHR et la PTH dans leur bilan. 43,3 % des NP proposent un fer oral et 30% un FIV en première intention [fer sucrose (65%), fer carboxymaltose (35%)]. Pour 56% des NP la posologie de fer IV par injection (quand utilisé avec ASE) est de 100 mg ; pour 24% elle est de 200 mg et pour 8% elle est de 500 mg ou 1000 mg respectivement. La fréquence d'administration du FIV est soit hebdo-bihebdomadaire (39,9% des NP), soit mensuelle (26%) soit bimensuel (13,3% des NP). La 1ère administration de FIV est surtout hospitalière (78,6%) alors qu'elle est faite à domicile par 21% des NP. Les injections suivantes sont faites à domicile (48% des NP), en HDJ (7,4%) et dans le service (44,6%).

Concernant le choix des ASE, en phase de correction 92% des NP utilisent un rHu EPO à demi-vie courte (surtout 3 à 1 fois/sem.), 100% des NP ont recours à un ASE à demi-vie intermédiaire type darbepoetin (surtout 1 fois/semaine à 1 fois/15j), 100% des NP utilisent des ASE à demi-vie longue type Mircera® (surtout 1 injection / mois). En phase de maintenance les EPO classiques sont administrées surtout 3 à 1 fois/sem., les ASE à durée intermédiaire surtout 1 fois/15j à 1 fois/mois et Mircera® seulement à 1 injection / mois. En cas d'administration d'ASE tous les 15 jours ou tous les mois, 69 % des NP injectent le produit et attendent le bilan biologique suivant ; 31% n'injectent l'ASE qu'à réception des résultats du bilan biologique. Quand le F est > à la cible retenue par le NP, il arrête (43,3%), espace (50%) ou diminue (3,3%) les injections de fer. Quand l'Hb est > à la cible retenue, le traitement par ASE est suspendu (6%), espacé (40%) ou diminué (33 %). En cas d'infection les attitudes sont extrêmement variables pour l'adaptation du traitement (Fer et/ou ASE) : 33% poursuivent le Fer et 75% poursuivent ou augmentent les doses d'ASE. En cas de chirurgie ou d'hémorragie le maintien de l'ASE est consensuel (97%).

Conclusion : L' Hb cible est plus basse . Une Hb supérieure à la cible conduit à un espacement ou une réduction des doses d'ASE. Le traitement martial est essentiellement oral. La F maximale n'est pas consensuelle à l'inverse de la limite inférieure de la F et du CST. Ces attitudes divergent par rapport aux recommandations KDIGO 2012. Cette enquête s'est étendue au plan national et inclus actuellement 481 NP. L'augmentation du nombre des réponses au questionnaire donnera une image plus représentative des pratiques et sera confrontée aux recommandations actuelles (ERBP 2010) et à venir (KDIGO 2012).

Résumé 50 - Facteur médicaux et non-médicaux associés au transfert en hémodialyse des patients âgés traités par Dialyse Péritonéale.

*Tiphaine Guyon, Célia Lessore de Sainte Foy, A Duhamel, D Pagniez, J-B Beuscart
CHRU (Lille)*

Contexte : Lors du traitement par Dialyse Péritonéale (DP), le transfert en hémodialyse (HD) peut être nécessaire. Il n'y a pas de contre-indication au transfert en HD, mais une étude récente suggère que les patients âgés et porteurs de comorbidités sont moins transférés que les autres patients.

Méthode : Nous avons analysé les facteurs de contre-indication au transfert en HD sur une cohorte de 2790 patients âgés de plus de 65 ans et traités par DP, en prenant en compte le décès comme risque concurrent à l'aide du modèle de Fine et Gray. Nous avons ensuite réalisé une enquête auprès de 55 néphrologues francophones afin de déterminer quels facteurs influençaient leur décision de transfert en HD.

Résultats : Dans l'analyse de cohorte, un âge supérieur à 75 ans et un score de Charlson élevé diminuent significativement la probabilité de transfert en HD. Dans notre enquête, les néphrologues ne considèrent pas le grand âge et les comorbidités, excepté les troubles cognitifs, comme étant des contre-indications au transfert en HD. Les néphrologues peuvent ne pas proposer de transfert en HD de peur d'altérer la qualité de vie du patient (n=40, 73%), ou si l'espérance de vie est jugée trop limitée (n=47, 78%). Ils considèrent cependant que l'absence de transfert est plus souvent liée à un refus du patient (n=31, 57%).

Conclusion : Les patients très âgés et porteurs de comorbidités sont significativement moins transférés en HD car le bénéfice attendu est contrebalancé par une possible perte de qualité de vie, ou une faible espérance de vie.

Résumé 55 - Modulation de prescription Adaptée en Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA-A) chez les patients anuriques : expérience à partir d'un cas.

*Marie-Sophie Gavard, R Taamma, Angélique Lecouf
Hôpital Jacques Monod (Le Havre)*

Introduction : Un patient de 83 ans, aux nombreuses comorbidités cardio-vasculaires, développe rapidement une insuffisance rénale oligo-anurique dans un contexte de syndrome cardio-rénal de type II. Après prise en charge en urgence en hémodialyse, le patient choisit la Dialyse Péritonéale (DP). Une première tentative de DP Cyclique Ambulatoire échoue en raison d'un défaut d'ultrafiltration (UF) et d'épuration, à l'origine de nombreuses hospitalisations. La Dialyse Péritonéale automatisée est débutée, après réalisation d'un PET test qui retrouve une perméabilité normale du péritoine. (D/P à 0,68)

Evolution : Quatre prescriptions de DPA Adaptée se succèdent.

Toutes sont suivies d'une poche d'icodextrine diurne de 2 litres)

	Prescription 1 (9h 43min)	Prescription 2 (9h 55min)	Prescription 3 (8h 54min)	Prescription 4 (8h 58min)
Cycles courts (CC)	Hyper 1,5 L 3 X 40 min	Hyper 1,5 L 4 X 35 min	Hyper 1,5 L 4 X 20 min	Hyper 1,3 L 4 X 15 min
Hyper 1,3 L 4 X 15 min	Iso 2,5 L 3 X 100 min	Iso 2,5 L 3 X 90 min	Iso 2,5 L 3 X 90 min	Iso 2,5 L 3 X 90 min
Ultrafiltration UF	Ultrafiltration UF	Ultrafiltration UF	Ultrafiltration UF	>550 ml/séance

La diminution progressive des temps de stase des CC (prescription 1 à 3) permet d'atteindre une UF suffisante à la disparition de signes de surcharge hydro-sodée. Grâce à l'obtention du poids sec, son état général s'améliore, démasquant des signes biologiques de sous dialyse. Les temps de stase et les volumes des CL sont allongés pour optimiser l'épuration (prescription 4). Ceci a été possible grâce au gradient de concentration induit par l'UF hypotonique des CC permettant une augmentation des échanges diffusifs du milieu vasculaire vers le péritoine. Pour limiter la durée de séance et conserver une UF satisfaisante, les volumes des CC sont diminués, afin de rendre le péritoine plus hyperperméable et accélérer les échanges.

Conclusion : La DPA Adaptée, en permettant une prescription individualisée des temps de stase et des volumes péritonéaux, exploite l'ensemble des caractéristiques de la membrane péritonéale.

Résumé 56 - Facteurs médicaux et non médicaux limitant le choix de la technique de Dialyse Péritonéale : analyse d'un programme d'information pré-dialyse.

*Caroline du Halgouët, Véronique Arcaz, Delphine Elbaz, Anne Sophie Verhoeven, Latifa Azeroual, E Dupuis, F Vrtovnik
CHU Bichat (Paris)*

Introduction et objectifs : Le recours à la Dialyse Péritonéale (DP) reste faible voire décroît malgré des résultats similaires à ceux obtenus en hémodialyse (HD). La grande disparité de recours à la DP suggère l'importance de facteurs non médicaux parmi lesquels l'accès à un programme d'information pré-dialyse est déterminant. Nous avons évalué dans notre centre (72 patients (pts) en file active, 52 pts prévalents) l'impact d'un programme d'information et les facteurs de choix ou non choix de la DP.

Méthode : Le programme est expliqué au patient et à sa famille par une IDE expérimentée en DP et un médecin dans le cadre de une ou plusieurs sessions individuelles de 1 à 2 heures.

Résultats : 213 pts ont été inclus (âge moyen 63.3 ans, [22-94 ans]) entre le 1/1/2011 et 1/11/12. Le traitement conservateur a été choisi par 15 patients (7%) (âge moyen 85 ans, [75-94 ans]). Parmi les 198 pts, 22 pts (11%) ont une contre-indication (CI) médicale à la DP, 37 pts ont une CI sociale à la DP (le plus souvent un logement inadapté). 28 pts ont débuté l'HD en urgence et ont bénéficié d'une information après le début de la dialyse. Après information, 51 pts (26%) ont choisi la DP, 145 pts (73%) ont choisi l'HD ; 2 pts n'ont pas fait de choix.

A l'issue de la période, après en moyenne 329 j ± 200 j (de 7 à

667j), 27 pts sur 198 ont été perdus de vue, 7 pts sont décédés et 4 pts ont été greffés ; 25 pts ont débuté la DP (dont 2 pts après avoir débuté l'HD en urgence) et 67 pts sont en HD ; 68 pts sont suivis en pré-dialyse, parmi lesquels 38 pts n'ont pas débuté l'HD plus de 6 mois après l'information.

Conclusion : Près de 27 % des pts débutent la DP à l'issue d'un programme d'information pré-dialyse, et 7% choisissent un traitement conservateur. Une CI médicale à la DP est présente chez 11% des pts, et les facteurs limitant la DP sont plus souvent des facteurs sociaux. Ces résultats confirment les données de la littérature et établissent le rôle clé de l'accès à l'information pré-dialyse dans le recours à la DP.

Résumé 57 - Evolution favorable sous Tamoxifène d'une Péritonite Sclérosante Encapsulante (PSE) diagnostiquée 3 ans après la transplantation rénale.

Agnieszka Pozdzik¹, V Fernandes², Yasmina Tournay¹, M Zalcman³, P Demetter⁴, M Daudon⁵, D Bazin⁶, Nadia Gammar¹, N Broeders¹, Joëlle Nortier¹

¹Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles, Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale, (Bruxelles, Belgique), ²Hôpital Cury Cabral, Département de Néphrologie et de Transplantation, (Lisbonne Portugal), ³Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles, Service de Radiologie, (Bruxelles Belgique), ⁴Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles, Service d'Anatomie Pathologique, (Bruxelles Belgique), ⁵Hôpital Tenon, Service d'Explorations Fonctionnelles, (Paris), ⁶Laboratoire de Physique des Solides, Laboratoire de Physique des Solides, (Orsay)

Introduction : La péritonite sclérosante encapsulante (PSE) est une complication rare mais grave de la Dialyse Péritonéale (DP) survenant le plus souvent quelques mois après arrêt de la technique et/ou transplantation rénale. Nous rapportons ici un cas diagnostiqué 3 ans après transplantation rénale et l'effet bénéfique d'un traitement au long cours par tamoxifène.

Cas clinique : Patient de 21 ans ayant développé une insuffisance rénale terminale suite à une glomérulonéphrite membrano-proliférative de type 2, a débuté la Dialyse Péritonéale continue ambulatoire (DPCA) en septembre 1991. Elle bénéficie d'une greffe de rein cadavérique en octobre 1995 et doit reprendre la DPCA suite à la récurrence de la néphropathie primitive sur le greffon en juin 1997. En janvier 2007, une 2e greffe rénale est réalisée. Les solutions de DPCA utilisées initialement étaient Dianeal DP4 et, dès septembre 2000, Physioneal 40 et Extraneal. Entre 1991 et 2007, la patiente a présenté 8 épisodes de péritonites d'évolution favorable sous antibiothérapie adaptée [(*Escherichia coli* (4), *Staphylococcus aureus* (1), *Staphylococcus coagulase négative* (1), *Enterobacter* (1), *Acinetobacter* (1)]. En Février 2010, la patiente est hospitalisée dans un tableau d'anorexie et de distension abdominale.

Dans le contexte d'immunosuppression (everolimus, mycophenolate mofétil [MMF], méthylprednisolone [MPD]), une complication infectieuse et/ou néoplasique est exclue. Outre l'ascite cloisonnée, le scanner abdominal a démontré des calcifications des anses grêles. La patiente est ré-hospitalisée pour fièvre, frissons et douleur abdominale diffuse. L'imagerie abdominale confirme un épaississement et des nombreuses calcifications péritonéales.

L'histopathologie du péritoine a montré une fibrose interstitielle sévère (nombreux myofibroblastes), peu inflammatoire, une disparition de l'expression de podoline, une néoangiogenèse et des calcifications vasculaires identifiées comme dépôts de carbapate. Devant le diagnostic de PSE, l'everolimus est remplacé par tacrolimus, le MMF par l'azathioprine, le MPD est majoré transitoirement (16 mg/j) et le tamoxifène est initié (10 mg/j). Après 33 mois, la patiente a recouvré une alimentation quasi normale et un transit régulier assurant un état nutritionnel stable.

Conclusion : ce cas illustre une présentation tardive de PSE après transplantation rénale. Ce diagnostic doit faire partie des diagnostics différentiels de douleurs abdominales chez tout patient greffé traité antérieurement par DP. La composition biochimique des calcifications vasculaires souligne l'importance du contrôle strict des paramètres phospho-calciques chez ces patients. L'effet favorable du tamoxifène se marque ici par l'absence de récurrence de tout tableau occlusif. On ne peut toutefois négliger la conséquence favorable du retrait de l'everolimus sur la formation de l'ascite, compte tenu de la sensibilité particulière des vaisseaux lymphatiques à cette molécule.

Résumé 58 - Le déclin et la chute de la Dialyse Péritonéale française.

*D Pagniez
CHRU (Lille)*

La proportion de patients dialysés traités par DP a décliné en France au cours de la décennie 2001- 2010, malgré un cadre législatif favorable (IDE à domicile). Peut-on inverser cette tendance ?

De façon analytique, pour augmenter le nombre de patients prévalents en DP, il faut augmenter le nombre de patients incidents et augmenter la durée passée en DP. Pour augmenter les incidents, il faut que tout patient ait connaissance de la méthode (éducation des néphrologues ; information pré et post dialyse des patients ; indications préférentielles), et augmenter son attractivité (pour les patients, et pour les soignants). Pour augmenter la durée en DP (« passer le mur des 3 ans »), il faut optimiser la compétence des centres (infirmières référentes, formation des médecins), éviter les centres avec peu de patients en DP, pour diminuer les transferts en hémodialyse, notamment de cause infectieuse ou nutritionnelle.

De façon synthétique, on peut mentionner plusieurs pistes : levée des obstacles administratifs (SSR...), optimisation du nombre d'infirmières compétentes, effort sur l'information post dialyse, EPP sur les indications de dialyse, formation des internes et des néphrologues...

Nous détaillerons et argumenterons ces différents points, avant de tirer deux conclusions, l'une classique, l'autre moins classique mais tenant compte de l'évolution de la DP dans le reste du monde.

Résumé 59 - Ultrafiltration, transport d'eau libre (aquaporines) et des petits solutés chez les patients cirrhotiques et non cirrhotiques ayant une hyperperméabilité péritonéale.

J de Arteaga, F Ledesma, C Chiurciu, W Douthat, J de la Fuente, P Massari

Hospital privado (Cordoba, Argentina), Fundacion Nefrologica (Cordoba, Argentina), Universidad catolica (Cordoba, Argentina)

Introduction : Malgré leur status hyperperméable (HP), les patients cirrhotiques avec une ascite, montrent un très important volume d'ultrafiltration en DP. Objectif : comparer les paramètres de transport d'eau libre, et des petits solutés chez les cirrhotiques et non cirrhotiques HP.

Malades : Nous avons étudié tous nos patients HP (n= 17) en DP chronique à partir de 2001. 5 pts sont cirrhotiques.

Méthodes : (4.25%) PET tests sont réalisés annuellement depuis 2001 les Minipets (selon Lamilia), ont débuté en 2006 pour l'étude du transport d'eau libre et de l'extraction de sodium. L'ultrafiltration péritoneale est mesurée chaque heure. HP est défini par un D/P créatinine ≥ 0.80 à la 4ème heure du PET.

Résultats : aucune différence significative n'a été retrouvée concernant le KT/V, pertes protéiques, D/P créat. entre les 2 groupes: cirrhotiques (Gr 1) vs non cirrhotiques (Gr2). Conclusions: les pts cirrhotiques ont plus d'ultrafiltration et d'extraction de sodium que les non cirrhotiques HP ($p= .0.02$). Les 2 groupes de pts ont un tamisage de NA (dip) réduit à la 1ere heure du PET, comme on peut s'attendre en status HP, mais cette réduction est plus marquée chez les pts cirrhotiques, suggérant une réduction du transport d'eau libre chez eux ($p=0.01$) Le fait que le volume d'UF soit augmenté dans le groupe cirrhotique par rapport à l'autre, est peut être lié plutôt à une production d'ascite "per se" plus qu'à une "vraie UF" ce qui expliquerait mieux la réduction du transport d'eau libre chez ces pts. Finalement, on peut dire que les pts cirrhotiques avec une ascite ont des paramètres physiologiques en DP, qui permettent de les différencier d'autres pts hyperperméables.

Communications libres - Infirmières

Résumé 5 - Faisabilité, efficacité et tolérance de la nutrition entérale en Dialyse Péritonéale.

Valérie Provoost, Arielle Desitter, Lucie Denaeyer, J Becuwe, R Azar

Centre Hospitalier (Dunkerque)

L'amélioration des techniques de Dialyse Péritonéale (DP) permet aux patients d'accéder à une meilleure qualité de vie. Cependant, pour certains d'entre eux, souvent âgés, une dénutrition s'installe progressivement et entraîne une diminution de la qualité de vie et une augmentation de la morbi-mortalité. Les conseils nutritionnels, l'utilisation des compléments oraux, plus ou moins bien tolérés à long terme ne suffisent pas toujours à corriger le statut nutritionnel. Dans ces cas, une nutrition entérale (NE) par sonde naso-gastrique (SNG) ou par gastrostomie ou jéjunostomie pourra être proposée.

7 patients d'âge moyen 76 ± 7 ans, sévèrement dénutris (diminution du poids $> 10\%$ en 3 mois, albumine < 25 g/l) traités par DP ont reçu une NE par SNG dans un premier temps. 3 d'entre eux ont eu une gastrostomie (1) ou une jéjunostomie (2) dans un second temps. Une prise de poids moyenne de 5 kg (4 ± 2) sur une «

de 3 mois a été constatée ainsi qu'une augmentation de l'albumine plasmatique de 3,5 gr ($3,9 \pm 1.8$). Les motifs d'arrêt de la nutrition par SNG ont été, soit un retour à un état nutritionnel satisfaisant (3/7), soit le décès du patient (2/7), soit une mauvaise tolérance de la sonde (3/7).

Pour ces patients toujours considérés comme dénutris, une nutrition par sonde de gastrostomie ou jéjunostomie a été réalisée pendant une période supplémentaire de 10 mois en moyenne (11 ± 4) mois. Pendant cette durée, il a été noté une nette augmentation de l'albumine plasmatique de 10 gr en moyenne (9 ± 6). Le poids a augmenté en moyenne de 8 kg (6 ± 4). Il n'y a pas eu durant toute la durée de la nutrition d'épisode infectieux lié à la technique, ni de péritonite ou de fuite de liquide de nutrition ou de dialysat.

La NE peut être réalisée avec efficacité chez les patients en DP sévèrement dénutris et ne répondant pas à une complémentation nutritionnelle orale. La SNG sera utilisée pour une durée inférieure à 3 mois. Chez les patients refusant la SNG ou nécessitant une NE prolongée, une gastrostomie ou une jéjunostomie peuvent être réalisées sans augmentation du risque de complications mécaniques ou infectieuses.

Résumé 6 - Accompagnement du patient insuffisant rénal dans son parcours de soins.

Sonia Guillouet, Catherine Thibault, P Henri, B Hurault De Ligny, Th Lobbedez, J-Ph Ryckelynck
CHU (Caen)

Un patient en insuffisance rénale chronique terminale peut au cours de son existence, être traité par 3 modalités thérapeutiques (hémodialyse, Dialyse Péritonéale et transplantation). Il a été montré que les périodes de transition sont associées à une augmentation du risque de morbi-mortalité et ont des conséquences sur la santé mentale des patients.

Les données du registre national de l'insuffisance rénale chronique terminale (REIN) et plusieurs études internationales ont montré qu'environ 40% des patients débutent l'épuration extrarénale de façon non planifiée démontrant l'intérêt potentiel d'une activité de programmation et d'accompagnement du patient en amont du traitement par dialyse. L'apparition d'une complication aiguë, un refus du patient et des problèmes d'organisation dans le service sont les trois principales causes de cette non planification. Les patients doivent pouvoir bénéficier d'une information sur les différentes modalités de traitement de suppléance et participer au choix de la modalité de traitement, accompagné dans la prise de décision par les professionnels de santé. Une préparation spécifique au traitement de suppléance choisi doit être effectuée afin de faciliter l'acceptation du traitement et d'éviter la prise en charge initiale en dialyse dans un contexte d'urgence et sans abord pour épuration extrarénale.

L'importance de l'implication de l'infirmière dans l'éducation thérapeutique est bien reconnue. Nous pensons qu'une fonction de coordination de soins dédiée à l'accompagnement du patient permettra d'optimiser le parcours dans toutes les phases de la prise en charge, notamment en amont de l'instauration du traitement de suppléance. En outre l'activité de recensement et de gestion de la file active de patients en IRC devrait permettre d'améliorer la planification des prises en charge dans les différentes structures de dialyse. L'organisation du parcours du patient structuré autour de trois consultations infirmières successives, consultation « d'approche », consultation « d'orientation » et consultation «

médicotechnique et psychologique » devrait permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge. Une participation à des actions de néphrodétection, néphroprévention et néphroprotection pourrait réduire l'incidence des complications de l'insuffisance rénale. Nous proposons de décrire dans cette présentation cette fonction qui pourrait constituer un nouveau métier pour l'infirmier(e).

Résumé 10 - Gestion de l'ultrafiltration dans notre centre.

A Ziane, Patricia Gonon

ARTIC 42 (Saint Priest en Jarez)

La gestion de l'ultrafiltration est une des priorités chez les patients insuffisants rénaux.

Notre programme de prise en charge médicale et infirmière de la gestion hydrosodée est en première intention de favoriser la fonction rénale résiduelle en étant le moins délétère possible.

Nous privilégions donc en premier les diurétiques puis vient en second le concept de la DPA adaptée.

Notre objectif principal est de préserver la membrane péritonéale en limitant l'utilisation de solutions agressives.

Nous illustrerons notre schéma thérapeutique à l'aide de cas concrets tout au long de notre présentation.

Résumé 13 - Des patients choisissent la DP mais ne la commencent jamais, pourquoi ?

Bernadette Gombert-Jupille

Hôpital Universtaire (Genève, Suisse)

Contexte : Je suis infirmière. J'anime depuis 10 ans une séance collective d'Education thérapeutique. Elle a pour objectifs de dédramatiser la mise en dialyse et de présenter les 3 méthodes de suppléance. Je développe avantages et inconvénients. Les patients qui ont commencé l'hémodialyse en urgence sans avoir été informés sont également invités, après la période aiguë

Depuis 2002, 100 séances ont réuni 426 patients et leurs familles. Il s'avère que des patients préfèrent la DP et pourtant ils commencent l'HD, j'ai essayé de savoir pourquoi.

Moyens : Etude du choix de 191 patients rencontrés sur une période de 4 ans, et comparaison avec la méthode qu'ils ont réellement fait.

Sur les 191 patients, 60 ont choisi la DP, 30 l'ont commencée.

Que sont devenus les 30 patients qui avaient choisi la DP et qui ne l'ont jamais commencée.

Résultats : Ces 30 patients sont répartis comme suit (à 6 mois) 6 sont encore en pré-dialyse, 5 ont changés eux-mêmes d'avis, 5 ont été transplantés, 2 sont décédés, 2 ont un état général dégradé depuis le choix, 3 ont une contre-indication à la DP diagnostiquée tardivement, 3 ont changé de centre de dialyse, et pour 4 patients la DP n'a pas été tentée.

Conclusion :

Les obstacles au commencement de la DP sont :

Le changement de centre de dialyse et d'équipe médicale

Les contre-indications diagnostiquées tardivement

Une baisse importante de l'état général entre l'information et le début du traitement

La peur de s'investir dans un enseignement difficile

Résumé 14 - Efficacité analgésique du Transversus Abdominis Plane Bloc lors de la pose laparoscopique d'un cathéter de Dialyse Péritonéale.

Emmanuelle Hecquet¹, Cécile Bonnamy², Catherine Levesque², J-Ph Ryckelynck¹, Th Lobbedez¹

¹CHU, (Caen), ²La Clinique de la Miséricorde (Caen)

Introduction : La pose des cathéters de Dialyse Péritonéale(DP) est réalisée dans la grande majorité des cas par voie chirurgicale, sous anesthésie générale (AG). Ceci s'explique par le fait que la pose de cathéter de DP par voie per-cutanée, sous anesthésie locale, reste douloureuse. Peu de radiologues et de néphrologues sont d'ailleurs formés à cette technique.

Objectif de notre étude : évaluer la faisabilité de la pose des cathéters de Dialyse Péritonéale sous anesthésie loco-régionale grâce au Transversus Abdominis Plane Bloc (TAP).

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective comparative, réalisée sur une période de 15 mois concernant la pose de cathéter de Dialyse Péritonéale par voie laparoscopique. Un groupe de référence AG sera comparé au groupe TAP bloc sur le fonctionnement du cathéter inséré, et le taux de complications observées durant les quatre vingt dix premiers jours.

Résultats : ils seront communiqués lors du Symposium du RDPLF.

Résumé 15 - Adolescents et adultes jeunes en Dialyse Péritonéale.

Marie-Jeanne Coudert-Krier, J Chanliau

A.L.T.I.R. (Nancy)

Dans notre structure associative de prise en charge des patients en Dialyse Péritonéale (DP), nous avons observé une augmentation de patients plus jeunes, adolescents ou adultes jeunes.

Cette étude monocentrique transversale a donc été réalisée en utilisant les données à partir des dossiers informatisés de tous les patients (PT) sous traitement actif en DP en 2012 à un moment donné, avec comparaison des données concernant les plus jeunes (PJ) de 15-50 ans par rapport à PT.

Parmi les 54 PT (âge moyen 61,4 ans et extrêmes: 16 – 95 ans), 16 PJ (30%) sont âgés entre 15 et 50 ans (dont 6 de 15 à 30 ans). Pour 52% PT le sexe est masculin et pour 56% chez PJ. Les 3 étiologies prédominantes de l'insuffisance rénale terminale (IRT) sont pour PT : diabète (28%), glomérulopathies (11%) et néphropathie IgA (9%) et pour PJ : néphropathie à IgA (25%), uropathies malformatives (19%) et diabète (18,7%). Les comorbidités cardiovasculaires (notamment hypertension artérielle) existent dans 94% chez PT et dans 81 % chez PJ. Au niveau biologique, le produit phosphocalcique se situe en moyenne à 4890 mg²/l² chez PT et à 5790 mg²/l² chez PJ (6443 mg²/l² dans la tranche d'âge 15-30 ans). La technique de DP a été utilisée en 1ère intention dans 66,7% chez PT et dans 56 % chez PJ. Il s'agit de la DP automatisée (DPA) dans 55,5% chez PT et dans 94% chez PJ. L'autonomie dans la technique est de 62% chez PT et de 87,5% chez PJ. Le nombre de patients inscrits en projet de transplantation rénale (TXR) est de 46% chez PT et de 75% pour PJ (dont 2 en vue TXR donneur vivant). Une contre-indication définitive par rapport à la TXR concerne 35% des PT et aucun patient dans le groupe PJ.

En résumé, ces résultats montrent que dans notre centre actuellement 1/3 des patients en DP sont des adolescents ou des adultes jeunes, en IRT surtout d'étiologie congénitale. La comorbidité cardio-vasculaire reste élevée chez PJ et au niveau biologique le produit phosphocalcique plus élevé que chez PT pourrait constituer un facteur aggravant cardio-vasculaire. La technique DP choisie est préférentiellement la DPA chez PJ avec une autonomie du patient dans la majorité des cas. Un projet de TXR est prévu chez 3/4 des PJ (dont 2 patients avec donneur vivant) et pour le 1/4 restant, le bilan pré-TXR est en cours. Aucun patient du groupe PJ n'a de contre-indication définitive à la TXR, probablement en rapport avec le fait que des patients jeunes en contre-indication à la TXR présentent d'autres critères qui font retenir un autre type d'épuration extra-rénale que la DP.

Ces résultats seront confrontés aux données du registre RDPLF et de la littérature (1,2).

En conclusion, cette évaluation confirme donc une part importante de patients jeunes en DP actuellement dans notre centre et fait ressortir des particularités tant au niveau de l'étiologie de l'IRT, de la comorbidité cardio-vasculaire que du type de la DP et de l'accès à la greffe rénale. Une surveillance adaptée et un suivi au long cours seront nécessaires.

Références :

1-M.A. Atkinson et al Comparative clinical outcomes between pediatric and young adult dialysis patients

Pediatr Nephrol 2011 26 : 2219-2226

2-A.G.Ritchie et al.

Nationwide survey of adolescents and young adults with end-stage kidney disease

Nephrology 17 (2012) 539-544

Résumé 16 - Education Thérapeutique du Patient : Les représentations du patient en Dialyse Péritonéale.

Elvire Willaume, Claire Koenig, Marie-Jeanne Coudert-Krier,

J Chanliau

A.L.T.I.R. (Nancy)

L'éducation thérapeutique trouve ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie et les sciences humaines et sociales (psychologie, sociologie, anthropologie). Cette approche qui repose sur la relation de soin est inscrite dans la durée et cherche à accorder une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.

Le diagnostic éducatif, première étape de la démarche éducative permet l'identification des besoins et des attentes du patient ainsi que la formulation, avec lui, des compétences à acquérir en tenant compte de ses priorités. Il appréhende les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, la manière de réagir du patient face à sa situation et ses ressources personnelles et sociales. L'un de ses objectifs est d'accéder, par un dialogue structuré, aux connaissances, aux représentations, aux logiques explicatives et au ressenti du patient.

C'est sur la conception de « représentation » piochée au sein des sciences de l'éducation que repose l'enquête exploratoire proposée. Selon André Giordan (1), tout apprentissage réussi est un changement de conceptions, consécutif à des confrontations entre des informations nouvelles et le savoir antérieur de l'individu. Reconnaître « un savoir antérieur » chez le patient semble être une première démarche favorisant une relation horizontale entre le soignant et le soigné. Chaque individu porte en lui une vision du monde qu'il

utilise pour agir et prendre position. Repérer ses représentations est reconnu comme nécessaire pour comprendre les interactions sociales et donc éclairer les déterminants des pratiques sociales.

La Dialyse Péritonéale est un cadre privilégié pour mener des actions d'éducation. Une diversité d'interventions peut être identifiée, depuis l'information, l'apprentissage, l'accompagnement, l'installation à domicile. Le parcours éducatif s'inscrit dans une spécificité de technique de dialyse caractérisée par l'utilisation d'une membrane naturelle et par la pose d'un cathéter pour accéder à la cavité péritonéale.

Il s'agit donc, dans cette étude d'élaborer une réflexion propre à la Dialyse Péritonéale où les représentations du patient pourraient éclairer le soignant dans sa démarche éducative. Dans cette visée, le patient pourrait opposer, par exemple, une logique sociale à une logique biomédicale. Il convient pour cela de favoriser la libre expression de « la pensée naïve », du « sens commun » émanant du patient.

(1) Giordan André – Des représentations à transformer – Dossier sciences humaines- N°32-1993-p 23 à 26

Résumé 17 - Formation continue en Dialyse Péritonéale des infirmières à domicile.

Bernadette Gombert-Jupille

Hôpitaux Universtaires (Genève, Suisse)

Introduction : La bonne prise en charge des patients traités en Dialyse Péritonéale (DP) exige une formation continue des infirmières à domicile. Dans notre hôpital, depuis 2007, des ateliers de DP sont organisés toute l'année pour aider les infirmières à pratiquer la DP et à garder leurs acquis. Les ateliers ont lieu dans les locaux de notre service (salle de réunions). L'infirmière spécialiste animatrice est seule pour la partie théorique, puis une collègue vient la soutenir pour la partie pratique.

Organisation et contenu des ateliers :

- Ateliers de niveau 1 (DP1) : bases et principes de la DP, la méthode manuelle, apports théoriques, démonstration d'échanges avec les systèmes Baxter et Frésenius puis pratique par les participants. Durée de l'atelier = 3 heures avec 6 participants au maximum.

- Ateliers de niveau 2 (DP2) : la DP automatisée, montage, rinçage, branchement et fin de traitement fictif avec les cycleurs Homechoice de Baxter et Sleep safe de Frésenius. Durée de l'atelier = 3 heures avec 4 participants au maximum

Nombre d'ateliers par année :

2007 = 7 DP1 et 2 DP2.

2008 = 3 DP1 et 4 DP2

2009 = 4 DP1 et 8 DP2.

2010 = 3 DP1 et 4 DP2.

2011 = 3 DP1 et 7 DP2.

2012 = 7 DP1 et 10 DP2.

Nombre d'infirmières formées : Durant ces 6 années, au total pour les 2 niveaux, il y a eu 151 participations d'infirmières à domicile pour 62 ateliers. Elles viennent au DP2 seulement après leurs participations au DP1. Nous leur demandons également de revenir

tous les 2 ans car le nombre de nos patients en DP n'est pas suffisant pour qu'elles pratiquent tout au long de l'année.

Résultats : D'année en année le nombre des participants augmente. Les infirmières remplissent une feuille d'évaluation à la fin de chaque atelier. L'évaluation est excellente. Nous donnons une attestation de présence après la participation aux 2 ateliers.

Résumé 18 - Une promenade sur le "rein": quand dialyse rime avec croisière...

*Céline Meidinger, Dominique Schmitt, Françoise Heibel
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (Strasbourg)*

Dialyse Péritonéale et croisière, ces mots sont rarement accolés car la technicité et la lourdeur des séances quotidiennes semblent empêcher toute velléité de déplacement.

Pour prouver le contraire, l'équipe du service de Dialyse Péritonéale du CHU de Strasbourg a proposé aux patients d'embarquer à bord du « Bohème » pour une mini-croisière sur le « Rein ».

Mais quel a été le point de départ de ce projet ?

Dans le cadre de la construction de notre programme d'éducation thérapeutique, nous avons évalué la qualité de vie des patients dialysés. Nous avons utilisé deux types de questionnaires, le SF36 et le KdQol.

Lors de l'analyse des différents questionnaires (65 questionnaires au total pour chacun) deux résultats nous ont interpellé : 55% de nos patients souffrent beaucoup voire énormément dans la restriction des déplacements et des voyages, et 60% désirent rencontrer d'autres patients en Dialyse Péritonéale comme eux.

Suite à ce constat, un projet de service a été mené à bon port...

Après plusieurs mois de préparation par un équipage pluridisciplinaire, nous avons quitté le port de Strasbourg le vendredi 23 mars 2012.

94 personnes à bord, dont 75 patients et leurs proches (famille, amis, infirmières libérales...). Les échanges de dialyse se sont déroulés sur le bateau. Chaque patient a bénéficié d'une cabine nominative dans laquelle il a procédé à son échange de dialyse avec l'aide d'un professionnel si besoin. Afin d'assurer le bon déroulement de ces opérations, les infirmières ont fait preuve d'imagination et de créativité pour l'aménagement des cabines existantes.

L'AURAL (Association d'Utilisation du Rein artificiel en Alsace) a fourni le matériel nécessaire à savoir des poches de dialyse, des chauffe poche, des appareils de Dialyse Péritonéale et du petit matériel de soins avant le départ.

Le déjeuner a été élaboré en collaboration avec le chef cuisinier du bateau, les diététiciennes de néphrologie et validé par les néphrologues du service. Ceci a permis au patient et à leurs proches de réaliser que bien manger peut rimer avec moins saler.

Une partie de l'après midi a été consacrée à la diffusion de films retraçant l'expériences de voyages par les patients dialysés. Ceci a prouvé que dialyser peut rimer avec voyager.

Des souvenirs forts pour une promenade unique puisqu'à ce jour aucune réunion de rencontres avec des patients ne s'est déroulée sous cette forme.

L'organisation de cette mini-croisière, a permis de prouver aux patients que malgré un traitement quotidien lourd et contraignant, il est possible de concilier loisirs et Dialyse Péritonéale. Ce fut également l'occasion d'entretenir une dynamique d'équipe autour d'un

projet original et d'élaborer de nouveaux projets avec pour point de départ les idées émises par les patients au cours de ce « focus group » improvisé.

Résumé 23 - Quentin un adolescent en DP : extrait d'un parcours difficile ou la DP chez l'adolescent : y a-t-il une prise en charge particulière ?

*Catherine Lorenzo
ARAUCO (Tours)*

L'adolescence est souvent définie comme le passage de l'enfance vers l'âge adulte et au cours de cette période de transition, il faut faire face à de multiples changements aussi bien physiques que psychologique. L'enfant, ainsi que son entourage doivent alors faire preuve de grandes capacités d'adaptation.

A travers l'histoire de notre centre plutôt habitué à la prise en charge des plus de 18 ans, et à travers l'histoire de Quentin, jeune garçon de 14 ans au parcours difficile, j'ai voulu exprimer nos difficultés à procurer à un adolescent un traitement de qualité tout en respectant son « désir de grandir et de s'affranchir des adultes »

Quentin a à peine 14 ans quand il débute la Dialyse Péritonéale. C'est un jeune garçon peu communicatif aussi bien avec ses proches qu'avec l'équipe médicale et para médicale.

Le choix de la technique de DP ayant été fortement conseillé après un échec de fistule artério - veineuse, il a été très difficile de connaître les attentes de Quentin et c'est tout au long de son traitement qu'il a fallu avancer pas à pas vers une prise en charge alliant qualité du soin et besoin d'émancipation.

C'est en faisant participer Quentin à l'élaboration de cette présentation qu'il s'est enfin exprimé clairement sur sa prise en charge en Dialyse Péritonéale, sur ses doutes et ses attentes.

A partir de son vécu, de ses remarques, et en association avec des psychologues et des IDE puéricultrices rompues à la communication avec les adolescents, j'espère pouvoir, à l'avenir, proposer un accompagnement adapté à cette période souvent riche en bouleversements.

Résumé 26 - Emergence emprisonnée ou émergence en liberté ?

*Catherine Lorenzo
ARAUCO (Tours)*

Les complications des infections d'émergence représentent une cause importante de sortie de la technique de Dialyse Péritonéale.

Il est maintenant admis que le devenir de l'émergence se joue surtout à la pose du cathéter et dans les soins post opératoires immédiats et des mesures telles que : un chirurgien unique, un premier soin retardé (j10) et un début de dialyse différé, semblent avoir fédéré un bon nombre de centres.

Par contre, pour les soins courants, il n'y a, semble t'il, pas de stratégie commune dans la prise en charge globale des émergences et les disparités d'un centre à l'autre nous donnent l'envie de témoigner, de partager et comparer nos expériences.

Nous ne sommes bien sûr pas épargnés par les infections d'émergence, mais une des forces de notre centre est d'avoir

connu la Dialyse Péritonéale à ses débuts, ce qui nous a amené à essayer, sans parti pris, toutes les possibilités de soins locaux allant de l'utilisation d'antiseptique au savon ordinaire et du pansement occlusif à l'émergence à l'air.

C'est fort de cette expérience que nous proposons désormais à nos patients des soins d'hygiène alliant simplicité, efficacité et liberté. Une observation menée de 2005 à 2012 sur les orifices de sortie de cathéter de DP nous a confortés dans notre stratégie.

Et pour vous : émergence emprisonnée ou émergence en liberté ?

Résumé 27 - Choisir sa méthode de dialyse – L'impact d'internet.

Ariane Cousinie¹, Martine Brandet¹, Nathalie Fronton¹, Elodie Garrigues¹, Adèle Pillet², Marie-Béatrice Nogier¹
¹CHU Rangueil (Toulouse), ²AAIR Midi-Pyrénées (Toulouse)

L'équipe de DP du CHU de Toulouse a établi un questionnaire qui a été soumis durant l'été 2012 à des patients en DP, en auto-HD et en HD-centre du CHU de Toulouse et de l'AAIR Midi-Pyrénées. 122 patients ont répondu, 20 en DP (médiane 61.5 ans), 30 en auto-HD (63 ans) et 72 en HD-centre (64 ans).

Avant de débiter l'une ou l'autre des techniques de dialyse, 71 patients (58%) disent n'avoir consulté ni livre, ni document internet, ni ami ou membre de la famille, ni autre médecin que leur néphrologue.

A la question « Diriez-vous que vous avez choisi vous-même votre technique de dialyse ? », seulement 41% ont répondu « oui », 9% « pas complètement », 50% « non ». Les patients qui ont répondu « oui » ou « pas complètement » étaient significativement plus jeunes (58 contre 64 ans, $p=0.028$), plus souvent en DP ($p<0.0001$), ne s'étaient pas contentés de l'information donnée par l'équipe de néphrologie ($p=0.02$) et avaient consulté plus souvent internet ($p=0.03$). Au total, 20 patients (16%) avaient consulté internet. Ils étaient plus jeunes (54 vs 63, $p=0.028$), utilisateurs quasi-quotidiens d'internet dans 85% des cas ($p<0.0001$). 9 d'entre eux ont été orientés en DP.

La majorité des patients ont estimé que les informations trouvées sur internet les avaient aidés dans leur choix, qu'elles étaient rassurantes et donnaient une image juste de leur technique. 9 d'entre eux trouvaient qu'elles favorisaient l'hémodialyse au dépens de la DP.

Internet est un moyen simple pour les patients d'accéder à une information riche sur les techniques de dialyse. Pourtant peu d'entre eux le consultent spontanément.

Ceci est d'autant plus regrettable que notre travail montre que consulter une autre source d'information que l'équipe de néphrologie donne au patient le sentiment d'avoir participé activement au choix de sa technique. Encore faudrait-il qu'un choix leur ait été proposé à un moment donné de leur parcours.

Le vocabulaire utilisé sur internet pour parler de la DP est volontiers péjoratif et présente souvent l'HD comme la technique de référence. Publier sur internet des données objectives et régulièrement actualisées permet probablement à des patients d'accéder à des informations dont ils ne disposent pas dans des régions où la DP est peu répandue.

Résumé 28 - DP et substitut du domicile (EPAHD et SSR) Illusion ou réalité ?

Maryse Regal, Dorothee Rolletti, Danielle Meillier
Centre Hospitalier (Annonay)

La prise en charge des patients en DP (non autonomes) en EPAHD ou SSR a toujours été compliquée et nous posait différents problèmes :

- d'ordre géographique
- d'ordre éthique
- d'ordre médical
- d'ordre socio-économique.

Nous avons donc essayé de trouver une solution satisfaisante. La loi du 23/11/11 a pu améliorer cette situation en EPHAD.

Mais notre prise en charge est une alternative à cette loi et peut être une autre solution de prise en charge pour que celle-ci soit plus harmonieuse pour le patient

Quid du SSR qui n'a actuellement, pas de prise en charge dans la double forfaitisation.

Nous voudrions vous faire part de notre expérience

Résumé 35 - Optimisation de la prise en charge en EHPAD des patients en Dialyse Péritonéale.

Véronique Taudou, Stéphanie Plagnes, Carine Mercier, Alexandra Schabo

Clinique Les Genêts (Narbonne)

But : exposer l'intérêt de la coopération Association pour la mise à domicile- EHPAD- équipe néphrologique référente pour améliorer la prise en charge des patients en DP en EHPAD.

Résultats : la prise en charge des patients en DP en EHPAD reste encore difficile malgré les décrets récents et peut représenter un facteur limitant à cette technique. L'activité de DP a commencé en 1994 dans notre centre, en coopération avec l'association régionale pour la mise à domicile des patients.

Entre le 01/01/1994 et 31/10/2012, 13/190 patients pris en charge en DP, soit 6,8% des patients, ont été concernés par une installation en EHPAD. Jusqu'en 2009, les démarches avec l'EHPAD étaient menées par les IDE de l'équipe d'éducation à la dialyse, au prix d'une charge de travail importante notamment téléphonique. Les IDE libéraux étaient formés selon des modalités optimisées pour favoriser l'acceptation du traitement par Dialyse Péritonéale au sein de l'EHPAD.

Depuis 2010, l'intervention directe de l'assistante sociale de l'Association auprès des EHPAD a permis une réduction de la charge de travail initiale des IDE référentes. Une convention tripartite définissant clairement le rôle de chaque structure et des différents intervenants a été élaborée récemment pour améliorer, encore, la qualité de la prise en charge de ces patients.

Conclusion : la prise en charge des patients traités par DP en EHPAD est possible et mieux acceptée grâce à la formalisation contractuelle des rôles de l'association, de l'EHPAD et de l'équipe de soin néphrologique.

Résumé 36 - Insuffisance cardiaque et DP : une prise en charge particulière.

*Alexandra Schabo, Carine Mercier, Stéphanie Plagnes, Véronique Taudou, Isabelle Vernier-Fabre
Clinique Les Genêts (Narbonne)*

But : Montrer la spécificité de la prise en charge en DP des patients insuffisants cardiaques.

Résultats : entre le 01/01/2009 et le 30/09/2012, sur les 40 nouveaux patients pris en charge en DP dans notre centre, 20 présentaient une insuffisance cardiaque.

La DP avait été indiquée : pour une insuffisance rénale terminale associée à l'insuffisance cardiaque ; ou en l'absence d'insuffisance terminale, pour obtenir une ultrafiltration efficace chez des patients insuffisants cardiaques ayant présenté plusieurs décompensations réfractaires au traitement médicamenteux optimal.

L'âge des patients, la fréquence du diabète, la survie des patients sont identiques dans les 2 groupes. 14 patients sur 20 sont décédés, un patient a été perdu de vue (changement de centre), 1 patiente a été transférée en hémodialyse. La durée d'hospitalisation initiale et le nombre de jours d'hospitalisation ultérieurs sont équivalents dans les 2 groupes.

Ces patients sont fragiles, non autonomes dans la plupart des cas, et nécessitent une adaptation précise et suivie du programme d'échanges péritonéaux. Leur prise en charge initiale requiert une hospitalisation plus longue que celle des insuffisants rénaux non insuffisants cardiaques ; leur suivi après la mise à domicile représente une charge de travail importante pour les IDE d'éducation à la dialyse et repose sur la motivation de toute une équipe.

Conclusion : l'implication des IDE d'éducation à la dialyse permet d'assurer une prise en charge de qualité adaptée à la spécificité des patients insuffisants cardiaques traités par DP, pendant l'hospitalisation initiale et après installation à domicile.

Résumé 39 - Intérêt de la Dialyse Péritonéale automatisée - Expérience d'un centre Tunisien sur 15 ans.

*C Bdir, M Ounissi, Halima Jouini, Imen Habli, Imen Chihaoui,
I Brahmi, Najet Hajji, E Abderrahim, T Ben Abdallah,
Adel Kheder
Hôpital Charles Nicolle (Tunis, Tunisie)*

La Dialyse Péritonéale automatisée (DPA), introduite dans notre centre depuis 1997, représente actuellement la modalité de Dialyse Péritonéale (DP) la plus utilisée chez nos patients.

Pendant la période allant du 02/10/1997 au 31/12/2011 : 265 patients (sex-ratio : 1,4) ont été traités par DPA représentant 73 % du total des malades traités par DP. La pose du cathéter a été faite par mini-laparotomie dans la majorité des cas (72,83%). L'âge moyen de nos malades est de 40 ± 15 ans au moment de début de la dialyse ; 91,7 % sont scolarisés et 21,9 % sont diabétiques.

On a recensé 171 épisodes de péritonite durant un suivi cumulé de 7919 mois correspondant à un taux de 1/46 mois-patients. Cette complication est souvent rattachée à des fautes d'asepsie et le germe prédominant est le staphylocoque suivi par les bacilles gram négatif.

La durée médiane de DPA était de 29,9 mois. Au dernier contrôle, 69 patients (26,04%) sont toujours en DPA ; 34,34% ont été

transférés en hémodialyse et 17,36% transplantés.

En conclusion : L'automatisation de la DP a permis une meilleure acceptation par nos malades voulant garder une activité socioprofessionnelle et scolaire. Le taux de péritonite, qui constitue la complication la plus fréquemment observée chez les malades traités par DP, est réduit du 1/3 par rapport à celui des malades traités par DPCA.

Résumé 47 - Du cadre de soin d'hémodialyse à celui de l'équipe mobile de Dialyse Péritonéale (DP), retour d'expérience.

*Audrey Moessard, J-P Grangier, Yolande Gagneux, A Guerraoui,
Mihaela Busuioc, Agnès Caillette-Beaudoin
CALYDIAL (Vienne, Vénissieux)*

Si l'hémodialyse est une activité structurée rythmée par la prise en charge cyclique du patient, celle de Dialyse Péritonéale demande une adaptation fonctionnelle liée d'une part à la typologie très hétérogène des patients et d'autre part à l'externalisation du cadre de travail pour les soignants. Les prises en charge infirmière (hémodialyse et DP) ont de ce fait des cadres de soin différenciés qui demandent une adaptation de l'infirmière notamment lors de son passage au domicile du patient.

Depuis plusieurs années notre établissement a mis en place une équipe mobile de Dialyse Péritonéale composée de médecins et d'infirmiers ayant une expérience robuste de la technicité nécessaire à un traitement par Dialyse Péritonéale et de la prise en charge de patients au domicile. Cette organisation a depuis quelques mois évolué avec l'intégration à cette équipe mobile d'une nouvelle infirmière initialement formée à l'hémodialyse. Si un grand nombre de savoir-faire sont décrits à travers nos procédures internes, le transfert des savoir-être, propres à l'équipe mobile et qui résident dans l'assimilation de ces nouveaux cadres de soin, reste un point important de l'intégration de notre nouvelle infirmière. En effet, le cadre de soin, bien défini en hémodialyse, s'élargit et se diversifie fortement en Dialyse Péritonéale avec la prise en compte d'une part, de l'entourage du patient (famille, aidants, tierces personnes intervenant au domicile, partenaires issus des sphères sociale, médicale ou paramédicale) et d'autre part une recherche du gain en autonomie pour le patient. Pour exemple la formation du patient qui s'effectue sur site pour l'hémodialyse selon les contraintes du service alors qu'elle s'intègre aux contraintes de vie du patient pour la Dialyse Péritonéale à domicile.

Ce retour d'expérience nous permet aujourd'hui de mettre en avant une richesse sur les deux points. Premièrement, le nouveau regard porté sur des pratiques de plus de dix ans nous amène à reconsidérer et redéfinir la place de l'infirmière dans notre équipe de Dialyse Péritonéale et notamment sur les processus de décisions. Deuxièmement notre nouvelle infirmière nous permet, à l'heure des démarches de gestion prévisionnelle des emplois et compétences en santé, les compétences spécifiques (adaptabilité, réactivité...) inhérente à l'activité de l'équipe mobile de DP.

Résumé 51 - Information pré dialyse : choix éclairé.

*Marie Faucherand, Suzanne Aboky, Joelle Cognet,
Sarita Desbonnes
Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil Essonnes)*

Au Centre Hospitalier Sud Francilien, notre service de néphrologie se compose de trois secteurs : l'hospitalisation, l'hémodialyse et l'hôpital de jour (5 lits). Ce dernier assure la prise en charge des pa-

tients de Dialyse Péritonéale tous les jours du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 par un médecin néphrologue et trois IDE référentes. Nous avons une file active de 38 patients traités par DP, dont le suivi est assuré toutes les 4 semaines.

L'information pré dialyse est la première étape du programme d'éducation pré dialyse.

Elle doit concerner tous les patients.

Afin de délivrer une information objective, il faut pouvoir proposer, directement ou non, tous les traitements. Récemment dans notre pratique quotidienne, lors de l'information pré dialyse de nos nouveaux patients; nous nous sommes aperçus que cette information n'était pas suffisamment formalisée.

En effet cette information est réalisée sur demande de nos médecins pour des patients insuffisants rénaux chroniques suivis en consultation en amont du démarrage de la technique. Cette information est basée sur une liste des différents points à aborder et reste un succès malgré l'absence d'un support écrit reprenant l'essentiel.

Notre objectif est alors de créer un support écrit que nous remettons au patient, en fin d'information pré dialyse, afin de lui permettre d'appréhender au mieux sa pathologie et son futur traitement. Ce support nous aiderait à :

- apprécier la qualité de l'information donnée
- évaluer la progression du patient dans ses connaissances
- réajuster l'information donnée
- assurer la continuité de la prise en charge du patient

Et surtout permettre au patient de choisir son traitement en toute connaissance.

Résumé 52 - A la redécouverte des fondamentaux . Comment et pour qui adapter la DPCA ?

Joëlle Grandjean

AGDUC (La Tronche)

Certains auteurs ont démontré l'intérêt de varier les volumes et les temps de stase afin d'optimiser l'ultrafiltration et l'épuration chez nos patients traités en DPA.

Face à des problèmes d'UF et de dialysance chez des patients en DPCA, nous nous sommes inspirés des prescriptions adaptées en DPA en utilisant des échanges à bas volume et temps de stase court et des échanges à haut volume et temps de stase longs.

Nous rapportons ici notre expérience sur la faisabilité et l'acceptabilité de cette prescription chez les patients traités.

Les types de schémas suivants sont utilisés :

Echange	Volume	Solution	Temps de stase
1	1500ml à 2000	Glucose hypertonique	<2 h
2	1500ml à 2000	Glucose isotonique	<2 h
3	2000 ml	Glucose isotonique	>4 h
4	2000 ml	Glucose isotonique	>6 h

Dans quelques cas ce type de prescription nous a permis de solutionner des problèmes de surcharge hydro-sodée, de déficit d'UF et ou de clairance chez des patients pour lesquels la DPA ou l'hémodialyse n'était pas toujours envisageable.

Nous évaluerons également ce type de prescription sur : le volume d'UF quotidien, l'extraction sodée (par le dosage du sodium dans le dialysat), les clairances et la qualité de vie du patient (questionnaire sur la qualité de vie).

Ce retour aux fondamentaux de la Dialyse Péritonéale permettra d'élargir la prise en charge de nos patients et de leur assurer un traitement adapté à leurs besoins en maintenant leur qualité de vie.

Résumé 53 : La Dialyse Péritonéale : l'aboutissement d'un parcours de soins.

G Cardon, M Reberolle, J-Ph Hammelin, Florence Moulounguet, Silvana Bourdon, Perrine Halluin, Caroline Bretez, Julie Retaux, Marie-Claude Hannaert

Centre Hospitalier (Douai)

Dès son admission dans le parcours de soins, le patient atteint d'une maladie rénale est suivi en consultation par un des néphrologues du service. Très tôt dans sa prise en charge, il lui est proposé d'entrer dans un programme d'éducation comprenant au moins 2 séances (néphroprotection et diététique). Par la suite, le relai est réalisé par quatre infirmières de l'équipe néphrologique formées à la fois à l'hémodialyse, la Dialyse Péritonéale et la transplantation.

Au stade 4 de la maladie rénale, elles contactent le patient et son entourage pour une séance d'éducation à la greffe, traitement toujours envisagé en première intention. Lorsque le patient ne peut bénéficier d'une greffe pré-emptive et avant l'échéance de la dialyse, une séance d'éducation aux méthodes d'épuration est programmée. La Dialyse Péritonéale est systématiquement proposée au même titre que l'hémodialyse. Présentée comme un traitement physiologiquement plus doux, elle altère peu la fonction rénale résiduelle, permet de conserver une relative autonomie et garantit une qualité d'épuration équivalente aux autres méthodes. Lorsque la DP est choisie par le patient, il est accompagné tout au long de sa prise en charge par cette équipe : (visite à domicile, suivi post-opératoire immédiat, éducation à la méthode, installation au domicile, suivi ultérieur...).

La mise en place de ces programmes personnalisés permet à la fois une approche globale, l'installation d'une relation de confiance entre patient et soignant servant à dépasser les contraintes liées à la maladie rénale chronique et permettant d'optimiser la qualité de la prise en charge.

Résumé 54 - Mise en place d'une surveillance nutritionnelle formalisée pour les patients traités par Dialyse Péritonéale.

N Gueble, Suzie Aboky, Joëlle Cognet, Sarita Desbonnes, Marie Faucherand, Valérie Caudwell

Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil Essonnes)

Jusqu'à une période récente les patients dialysés péritonéaux dans notre centre bénéficiaient d'une surveillance nutritionnelle régulière mais celle-ci n'était pas formalisée. Depuis quelques mois, l'équipe infirmière, médicale et diététique a mis en place un protocole spécifique. Lors de la mise en route de la Dialyse Péritonéale, le diététicien explique un régime et des apports hydriques adaptés au patient. Une attention toute particulière est portée au risque de dénutrition avec une augmentation de l'apport protidique de la ration alimentaire (1.3 à 1.5g de prot/kg). Une surveillance mensuelle des paramètres cliniques (poids, IMC) et des constantes

biologiques (urée, CRP, lymphocytes) est effectuée lors du passage en hôpital de jour.

Une surveillance trimestrielle de l'albuminémie et pré-albuminémie, un calcul des variations de poids, un ajustement de l'IMC est effectué, en parallèle de la mesure des clearances et nPCR. Semestriellement, une enquête alimentaire est effectuée sur 3 jours, chiffrée (calculs des apports caloriques et protidiques) et commentée sur une feuille de suivi diététique L'indice de Buzby (NRI), l'IMC ainsi que le calcul des besoins énergétiques adaptés à chaque patient (âge, activités physiques, pathologies associées...) figurent sur cette feuille de suivi. Les patients remplissent un questionnaire SGA et MNA-SF s'ils ont plus de 75 ans. La feuille de suivi est régulièrement tenue à jour et figure dans le dossier du patient.

Cette formalisation nous a permis une meilleure appréciation et prise en compte des besoins nutritionnels des patients. Elle va aboutir à la mise en route d'un protocole formalisé de renutrition selon l'intensité de dénutrition faisant appel selon la gravité à :

- enrichissement du régime alimentaire,
- compléments alimentaires,
- poches de DP d'acides aminés,
- nutrition entérale ou parentérale en hospitalisation.

Liste des auteurs des résumés

Abbassi I.....	10	D'halluin P.....	--
Abderrahim E.....	26	Daudon M.....	21
Aboky S.....	26,27	De Arteaga J.....	15
Adem A.....	10	De Cornelissen F.....	13
Aguilera D.....	4	Decambron M.....	21
Al Nakib M.....	10	De La Fuente J.....	20
Arcaz V.....	19	Demetter P.....	21
Azar R	4,21	Denaeyer L.....	14
Azeroual L.....	19	Deray G.....	8
Bagnis C.....	14	Deryckere S.....	26,27
Bargman J.....	12,13	Desbonnes S.....	21
Bayahya R.....	11,16	Desitter A.....	9
Bazin D	20	Devuyst O.....	8
Bdir C.....	15,26	Diallo M.....	5
Beaudreuil S.....	18	Divino J	12
Béchade C.....	9	Do J.....	12
Becuwe J.....	21	Dorval M.....	13
Belmokhtar S.....	16	Doutey A.....	14
Ben Abdallah T.....	15,26	Douthat W	3,4,8
Ben Maiz H.....	15	Dratwa M	19
Benamar L.....	11,16	Du Halgouët C.....	19
Bencheikh L.....	12,13	Duhamel A.....	11
Benqlilou N.....	16	Dumont G.....	15
Bentaleb I.....	16	Dumoulin A.....	19
Berger V.....	17	Dupuis E.....	8
Besselièvre Th.....	8	Duquesnoy S.....	16
Beuscart J.....	13,15,19	El Badaoui G.....	19
Bezzaz A.....	11	Elbaz D.....	9
Bonnamy C.....	22	Evans D	11,16
Boulangier E.....	14	Faucherand M.....	26,27
Bourdon S.....	27	Fernandes V.....	20
Brahmi I.....	15,26	Fischbach M.....	14
Brandet M.....	25	Frimat M.....	14
Branger B.....	7	Fronton N.....	25
Bretez C.....	27	Gagneux Y.....	17,26
Broeders N.....	20	Gammar N.....	20
Brown E.....	3	Garnier F.....	11
Busuioc M.....	26	Garrigues E.....	25
Cahen R.....	6	Gartska A.....	14
Caillette-Beaudoin A.....	17,26	Gaudry C.....	9
Cardineau E.....	8	Gavard M.....	19
Cardon G.....	27	Gérard F.....	15
Cariou S.....	7	Goffin E.....	9
Cardoso C.....	20	Gombert-Jupille B.....	22,23
Cardineau E.....	8	Gonon P.....	22
Caudwell V.....	9,27	Grandjean J.....	27
Chanliau J.....	4,22,23	Grangier Jp.....	26
Chantrel F.....	18	Gueble N.....	27
Chargui S.....	15	Guerraoui A.....	17,26
Cherkaoui A.....	16	Guillouet S.....	21
Chihaoui I.....	15,26	Guitttet L.....	9
Chiurchiu C	21	Guyon T.....	13,19
Cnops Y	9	Habli I.....	15,26
Cognet J.....	26,27	Hajji N.....	15,26
Coldefy O.....	15	Halluin P.....	27
Collart F.....	8	Hammelin J.....	27
Couchoud C	4	Hanf W.....	11
Coudert-Krier M	22	Hannaert M.....	27
Courivaud C.....	4	Harbouche L.....	9
Cousinie A.....	25	Hecquet E.....	22
Culleton B.....	12,13	Heibel F	12,13,24
		Henri P.....	21

Liste des auteurs des résumés

Honein N.....	10	Shockley T.....	12
Huet C.....	8	Shutov E.....	12
Hurault De Ligny B.....	21	Slimani M.....	10
Issad B.....	4,5,14,18	Slimani Houti M	16
Johnson D.....	12,13	Sow A.....	9
Jouini H	15,26	Story K.....	12,13
Kaâroud H.....	15	Suranyi M.....	13
Kheder A.....	15,26	Taamma R.....	19
Kim S.....	12,13	Taudou V.....	15,25,26
Koenig C.....	23	Terzic J	14
Kouam N.....	11	Thibault C.....	21
Larcher C.....	10	Touam M.....	18
Laville M.....	4	Tournay Y.....	20
Laporte S.....	6	Toussaint M.....	14
Lecouf A.....	19	Trolliet P.....	6,17
Ledesma F.....	21	Vatazin A.....	12
Lessore C.....	4,13,14,15,19	Verger C	4,8,9
Levesque C.....	22	Verhoeven A.....	19
Li P.....	12,13	Vernier-Fabre I	4,15,26
Lobbedez Th.....	4,9,21,22	Verrelli M.....	12
Lorenzo C.....	24	Villar E.....	4,18,19
Mak S	13	Vrtovsnik F.....	6
Marion K.....	7	Willaume E.....	23
Marvin E.....	18	Yehia M	12
Massari P	21	Yu A.....	12,13
Meeus F.....	10	Zalcman M.....	20
Meidinger C.....	24	Zalozzyc A.....	14
Meillier D.....	25	Ziane A	10
Menouer S.....	14	Zniber A	16
Mercier C.....	25		
Miftah M.....	11		
Moessard A.....	15,25,26		
Moranne O.....	6		
Morelle J.....	9		
Moulonguet F.....	15,27		
Nesterenko I.....	13		
Noble J	11		
Nogier Mb.....	4,25		
Nortier J.....	20		
Ounissi M.....	15,26		
Ouzeddoun N.....	11,16		
PagniezD.....	13,14,15,19		
Pardon A.....	9		
Pares F.....	10		
Pillet A.....	25		
Plagnes S.....	15,25,26		
Pouteil Noble C.....	20		
Pozdzik A.....	6		
Prichard S.....	12,13		
Provoost V.....	21		
Reberolle M.....	27		
Reboul P.....	7		
Regal M	25		
Retaux J	27		
Rolletti D.....	25		
Rouveure AC.....	6		
Royon N.....	10		
Rufat P.....	14		
Ryckelynck JPh.....	3,9,22		
Sanabria M.....	12		
Schabo A.....	15,25,26		
Schmitt D.....	24		