

Le Bulletin de la DP

Volume 16 - numéro 1
Supplément Symposium
Année 2011

Bulletin du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française

XI^{ème} Symposium du RDPLF Montvillargenne, 14 -15 avril 2011

Liste des Participants inscrits au 18 mars 2011

ABBADIE Odette (Nantes, France)
ABELLON Sandrine (Strasbourg, France)
ABRAHAM Virginie (Brainen l'Alleud, Belgique)
ABTAHI Mehdi (Paris, France)
AGNERAY Audrey (Toulon, France)
AGUILERA Didier (Vichy, France)
AL MOUSSALA Loay (Lisieux, France)
ALBERT Jocelyne (Paris 15, France)
ALBICY Severine (PARIS 13, France)
ALLAL Radia Choukria (Pontoise, France)
ALLARD Catherine (Metz, France)
AMIROU Mustapha (Rodez, France)
ANTOINE Sophie (Vandoeuvre, France)
ARKOUCHE Walid (Lyon, France)
ATOUI-HAMARI Nadjet (Hyères, France)
AUFFRET Yannick (Rennes, France)
AZAR Raymond (Dunkerque, France)
AZEROUAL Latifa (Paris, France)
AZYMAH Yamina (Le Mans, France)
BALAUD Catherine (Fresnes, France)
BALIT Gabriel (Angers, France)
BALTEAU Patrick (Braine l'Alleud, Belgique)
BARBU BADULESCU Viorica (Le Puy, France)
BARDIAU Jean-François (Bruxelles, Belgique)
BELARBI KARIM (Boulogne-Billancourt, France)
BELLEMARE Claude (Paris, France)
BENAMAR Loubna (Rabat, Maroc)
BENCHEIKH Larbi (Strasbourg, France)
BERGER Véronique (Vienne, France)
BERTRAND Sylvie (Reims, France)
BESTIN Magali (Caen, France)
BEUSCART Jean-Baptiste (Lille, France)
BITAN Valérie (Saint Denis, La Réunion)
BOESCHOTEN Elisabeth (Naarden, Hollande)
BOISSINOT Lucie (Caen, France)
BOISTUAUD Monique (Saint Nazaire, France)
BONNET Marie-Ange (Maurepas, France)
BOUGERE Bruno (Paris, France)
BOURCIER Mathilde (La Roche s/Yon, France)
BOUSSIER Marie Christine (Orléans, France)
BRANGER Bernard (Nîmes, France)
BRAYER Isabelle (Bruxelles, Belgique)
BRESSON-VAUTRIN Catherine (Besançon, France)
BROSSEAU Patricia (Saint Nazaire, France)
BROUGHTON Ashley (Haine St Paul, Belgique)
CAILLETTE-BEAUDOIN Agnès (Vienne, France)
CARDONA Catherine (Cabestany, France)
CARDOZO Carlos (Lyon, France)
CARMINIELLI Amanda (Cabestany, France)
CASANOVA Saveria (St Germain en Laye, France)
CASSAGNES Brigitte (Genève, Suisse)
CERESA Catherine (Saint Maurice, France)
CHAGHOURI Baher (Orléans, France)
CHANLIAU Jacques (Vandoeuvre, France)
CHARLIER Béatrice (Verviers, Belgique)
CHARPY Vianney (Nantes, France)
CHATELIN Fabienne (Paris, France)
CHARTIER Murielle (Blois, France)
CHAUVET Véronique (Maurepas, France)
CHINI-MATHEVON Lydia (Fresnes, France)
CLEMENDOT Jean-Louis (Cormeilles, France)
COLLAZUOL Annick (Liège, Belgique)
COLLIN Alain (Huy, Belgique)
COLOMB HENRY (Romans, France)
CONSTANTIN Angélique (Caen, France)
CONTE REGIS (Lyon, France)
COTTRAY Isabelle (Fresnes, France)
COUDERT-KRIER Marie-Jeanne (Vandoeuvre, France)
COULANGE Emmanuel (Paea, Polynésie)
COUTIN Camille (Villeurbanne, France)
CROCHET Audrey (Verdun, France)
CROGUENOC Magali (Brest, France)
CRONERT-BENDELL Elisabeth (St Germain en Laye, France)
D'ABRIGEON Isabelle (Montélimar, France)
D'AUZAC DE LAMARTINIE Christian (Paris 15, France)
DA COSTA Dany (Pontoise, France)
DAGON Séverine (Vichy, France)
DARIO Carine (Haine St Paul, Belgique)
DAUDON Nathalie (Paris, France)
DE ARTEAGA Laura (Cordoba, Argentine)
DE ARTEAGA Javier (Cordoba, Argentine)
DEBELLE Frédéric (Baudour, Belgique)
DEFAY Laurence (Reze, France)
DEGEY Diane (Ottignies, Belgique)
DEKAISE Amélie (Namur, Belgique)
DELFOSE Christel (Ottignies, Belgique)
DENAeyer Lucie (Dunkerque, France)
DENICOLA Cora (Vienne, France)
DESCAMPS Chrytèle (Paris, France)
DESMET Jean-Marc (Montigny, Belgique)
DIAKUN Tatiana (Liège, Belgique)
DIEBOLD Isabelle (Strasbourg, France)
DOM IRIS (Bruxelles, Belgique)
DOMERC Christian (Maurepas, France)
DRAGO Florence (Lisieux, France)
DRATWA Max (Bruxelles, Belgique)
DROMBY Bernadette (Angers 2, France)
DUBOIS Thérèse (Namur, Belgique)
DUBUCQ Didier (Le havre, France)
DUHEM Alexandra (Albi, France)
DUMONT Geneviève (Orléans, France)
DUPUY Sylvie (Albi, France)
DURAND Pierre Yves (Saint Grégoire, France)
EDELMAN Grégory (Braine l'Alleud, Belgique)
EL HOUSSEINI Youssef (Lausanne, Suisse)
ESSEL Marie-Laure (Dole, France)
EVANS David (Paris, France)
FABRE Emmanuel (Pontoise, France)
FAURE Magali (Toulon, France)
FELEZ Yann (Maurepas, France)
FERRER Evelyne (Cabestany, France)
FICHEUX Maxence (Caen, France)
FICHOU Florent (Boulogne Billancourt, France)
FISCHBACH Michel (Strasbourg, France)
FISCHER Andréas (Luzern, Suisse)
FOURNIER Véronique (Montbéliard, France)
FRAED NGUYEN Marguerite (Genève, Suisse)
GAGNEUX Yolande (Vienne, France)
GAIED HANENE (Tunis, Tunisie)
GAILLET Virginie (Hyères, France)
GAMMAR Nadia (Bruxelles, Belgique)

GARNIER Fabrice (Paea, Polynésie Française)
 GESLOT Bérangère (Saint Maurice, France)
 GHALI Nasredine (Melun , France)
 GILSON Brigitte (Verdun , France)
 GIVAUDAN Frédérique (Saint Maurice, France)
 GOFFIN Eric (Bruxelles, Belgique)
 GOMEZ Nicole (Orléans , France)
 GRACET Sylvie (Tours, France)
 GRANDJEAN Joëlle (La Tronche, France)
 GRANGIER Jean-Pierre (Vienne , France)
 GUERGOUR Mounir (La Tronche , France)
 GUEUTIN Victor (Paris 13, France)
 GUNTHER Maryse (Pontoise, France)
 HACINI Sabria (Paris, France)
 HALIN Pascale (Charleville Mézières, France)
 HAMDINI Nasser (Maubeuge, France)
 HARTMAN Jean-Pierre (Braine l'Alleud, Belgique)
 HEIBEL Françoise (Strasbourg, France)
 IMHOFF Olivier (Strasbourg, France)
 ISSAD Belkacem (Paris 13, France)
 JANNEQUIN Marie-Anne (Orléans, France)
 JANNES Séverine (La Roche s/Yon , France)
 JANNOU Loïc (Begnins, Suisse)
 JAULIN Jean Paul (La Roche sur Yon, France)
 JEANNE Catherine (Lisieux, France)
 JEANNESSON Karine (Verdun, France)
 KAHLERT Michèle (Volketswill, Suisse)
 KAMAL Amir (Dole, France)
 KHIRAOUI Fatima (Hyères, France)
 KISTER Estelle (Pontoise, France)
 KNEFATI Yannick (Toulon , France)
 KOURILSKY Olivier (Paris, France)
 LAFON Jean-Philippe (Maurepas, France)
 LAFOREST Jocelyne (Macon , France)
 LAGATHU Sabine (Compiègne, France)
 LAMEIRE Norbert (Gent, Belgique)
 LARROUMET-SORNAY Nicole (Bordeaux , France)
 LATOUR Nadia (Bayonne, France)
 LAURENT Elodie (Saint Brieuç, France)
 LAURENT Guillaume (Perpignan, France)
 LAUZE Iman (Albi, France)
 LAVOCAT Virginie (Lille . France)
 LE CACHEUX Philippe (Saint Brieuç, France)
 LE GRIGNOU Dominique (Brest, France)
 LE JULE Lenaïc (La Tronche , France)
 LE MAUFF Marie France (Vandoeuvre , France)
 LEFEVRE Guillaume (Maurepas, France)
 LESOUF Marina (Saint Lô, France)
 LESSORE DE STE FOY Célia (Lille, France)
 LETESSE Frédéric (Boulogne-Billancourt, France)
 LEVY Marc (Genève, Suisse)
 LIGER Corinne (Pontoise, France)
 LOBBEDEV Thierry (Caen, France)
 LORCY Nolwenn (Rennes, France)
 LORENZO Catherine (Tours, France)
 LOUPY Florence (Maurepas, France)
 MAHI Amar (Arles, France)
 MARANGON Nicola (Genève , Suisse)
 MARCU-KVARTSKHAVA Elena (Montbéliard, France)
 MARGUERITTE Aurore (Caen, France)
 MARICHAL Jean François (Strasbourg, France)
 MAROUN Nadine (Poissy, France)
 MASIA Maria Teresa (Anderlues, Belgique)
 MAURICE Elsa (Dole , France)
 MBABA MENA Joseph (Mons, Belgique)

MERCIER Carine (Narbonne, France)
 MESTREZ Fabienne (Bruxelles, Belgique)
 METZ Fabienne (Metz, France)
 MICHAUT Adrien (Fresnes , France)
 MICHEL Laurent (Aubenas, France)
 MOALLA Nabihha (Sfax, Tunisie)
 MOLLET-NIGER Françoise (Pontoise, France)
 MORREEL Lieven (Braine l'Alleud, Belgique)
 MOUGEL Sophie (Nice, France)
 MUNIER Nathalie (Albi, France)
 NEFTI Abdelhamid (Macon, France)
 NGOPA Franklin (Auxerre, France)
 NOEL LEBREC Pascale (Angers, France)
 NOGIER Marie-Béatrice (Toulouse , France)
 NORTIER Joëlle (Bruxelles, Belgique)
 OANCEA Irina (Reze , France)
 OGEAS Myriam (Talent, France)
 OLIVIER Annie (St Priest en Jarez, France)
 ORTIZ Jean Paul (Cabestany, France)
 OTTAVIOLI Jean-Noël (La Roche-sur-Yon, France)
 PADERNOZ-LAVALLEE Marie Christine (Saint Lô, France)
 PAGNIEZ Dominique (Lille , France)
 PARAHY Sophie (Reze, France)
 PAYAN Dominique (Maisons Laffitte, France)
 PELLERIER Claire (Charleville-Mézières, France)
 PENDUFF Carole (Saint Grégoire , France)
 PERRIN Beatrice (Fresnes , France)
 PETIX Carmelina (Haine st Paul, Belgique)
 PHILIPPE Coralie (Vichy, France)
 PIERSON Patricia (Fresnes, France)
 PIRQUIN Béatrice (Orléans, France)
 PLAGNES Stephanie (Narbonne, France)
 PLANCHET Myreille (Saint Priest en Jarez, France)
 POULET-GOFFARD Agnes (Fresnes , France)
 PREISSIG-DIRHOLD Caroline (Mulhouse, France)
 PUJO Myriam (Saint Michel, France)
 QUIRIN Nicolas (Nouméa , Nvelle Calédonie)
 RAMBAUD Marie-Laure (Nouméa, Nvelle Calédonie)
 RAYMOND Dyllan (Paris, France)
 RAYMOND Jean-Luc (Paris, France)
 RAYMOND Thomy (Paris, France)
 REY Isabelle (Annecy, France)
 RIBIOLLET Astrid (Annecy, France)
 RICAVY Aude (Fresnes , France)
 RIDOU Catherine (Montbéliard, France)
 RIHOVA Zuzana (Bruxelles, Belgique)
 ROBERT François (Braine l'Alleud, Belgique)
 ROSSEZ Nadine (Bruxelles, Belgique)
 ROUX-AMANI François (Rambouillet, France)
 ROUYER Gilles (Maurepas , France)
 RYCKELYNCK Jean Philippe (Caen , France)
 SALADIN Catherine (Bois Guillaume, France)
 SANDMEIER Aline (Besançon, France)
 SCHLESINGER Jean-Patrick (Paris, France)
 SEBAHOUN Pascale (Marseille, France)
 SELGAS Rafael (Madrid, Espagne)
 SERCER Anne-Marie (Paris, France)
 SERY Pascal (Caen, France)
 SURIANO Fabian (Braine l'Alleud, Belgique)
 TAAMMA Redouane (Fresnes , France)
 TELLIER Eric (Maurepas, France)
 TETA Daniel (Lausanne, Suisse)
 TEXIER Régine (Nîmes, France)
 THUILLIER-LECOUF Angélique (Montivillers, France)

TRENTESAUX Cécile (Lille, France)
 TROTIN Ludivine (Maubeuge, France)
 TSCHAEN Anne (Mulhouse, France)
 UNTERFINGER Marie-Cécile (Mulhouse, France)
 VALADIER Françoise (Cergy Pontoise, France)
 VEILLON Sébastien (Saint Pierre, La Réunion)
 VENIEZ Ghislaine (Pontoise, France)
 VERAZZI Françoise (Montbéliard, France)
 VERGER Christian (Pontoise, France)
 VERNIER Isabelle (Narbonne, France)
 VON EY Friederike (Tours, France)
 WAWCZAK Annie (Fresnes, France)
 WILDI MAJA (Luzern, Suisse)
 WILLAUME Elvire (Vandoeuvre, France)
 WNUCZEK Isabelle (Lille, France)
 YAZBECK Fatima (Saint Maurice, France)
 YOUSSEF Maan (Pontoise, France)
 ZAGDOUN Elie (Saint Lô , France)
 ZIANE Abdelaziz (Saint 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.rdpf.org>, dans la rubrique Symposium

Perméabilité de la membrane péritonéale à différents stades de la greffe rénale : en début de dialyse péritonéale et immédiatement après une greffe réussie. Survie des malades avec rejet chronique de greffe, en DP.

Javier de Arteaga
(Cordoba, Argentine)

Introduction : Le rejet chronique de greffe est une cause importante de retour en dialyse. Ces malades présentent fréquemment des signes d'inflammation chronique et ceci peut s'associer à des changements de la perméabilité péritonéale.

Objectifs : Nous avons analysé :

1) La fonction de la membrane péritonéale au moment de débiter la DP chez un groupe de patients en rejet chronique
2) Leur survie en dialyse par rapport à celle d'autres non en rejet chronique
3) Avant de retirer le cathéter, la perméabilité péritonéale d'un petit groupe de patients après une nouvelle greffe réussie. Patients: 84 patients en DP, période 1998- 2008, 21 sont des patients présentant un rejet chronique et 63 sont en Dialyse Péritonéale pour d'autres causes. Sur 12 patients rejet chronique, nous n'avons pas trouvé de différence significative de la perméabilité péritonéale en faisant le PET précocément (avant 3 mois) ou "tardivement": (plus d'un an) : D/P créatinine 0.79 vs 0.82. (p= 0.78). Pas de différence significative non plus en comparant la perméabilité des patients en rejet chronique vs les autres :D/P creat 0.81 vs 0.78 respectivement (p= 0.47). La survie actuarielle du groupe de patients en rejet chronique n'est pas différente de celle d'autres causes d'IRC: 67 et 65 % à 5 ans respectivement, (p=0.24), mais elle apparaît liée plutôt à l'âge au début de la DP.(p= 0.07). Finalement, sur un petit groupe de 3 patients avec greffe de donneur vivant, dont 2, sont d'âge pédiatrique, des tests d'équilibration hypertoniques immédiatement avant et après greffe, ont montré une importante différence en ce qui concerne le transport d'eau libre (aquaporines) dont les 3 malades présentent un transport d'eau libre et tamisage du sodium beaucoup plus important après greffe. Ceci pourrait être lié à une surrégulation d'aquaporines à cause des corticoïdes.

Conclusions : la perméabilité de la membrane péritonéale des malades en rejet chronique n'est pas significativement différente de celle d'autres causes d'IRC et leur survie en DP n'est pas différente non plus de celle d'autres causes. Le transport d'eau libre immédiatement après une greffe favorable est augmenté, évocant une surrégulation d'aquaporines

"Manipulation pharmacologique des changements précoces de la membrane péritonéale"

Rafael Selgas
(Madrid, Espagne)

1) La TEM (transition épithélio-mésenchymateuse) est un

phénomène ubiquitaire par lequel des cellules changent de morphologie. C'est une modification programmée de cellules caractérisée par une perte d'adhésion, la suppression de l'expression de la E-cadherine (régulé par le facteur de transcription nucléaire SNAIL), et une mobilité accrue qui confère une capacité invasive. Ce phénomène existe à la fois au stade embryonnaire et adulte. En conséquence, les cellules épithéliales changent leur phénotype à la suite de l'influence morphogénique des tissus lésés et acquièrent des propriétés mésenchymateuses. Le TGF- β environnant est le principal médiateur.

2) La TMM (transition mésothélio-mésenchymateuse) et le TEM de la membrane péritonéale sont la première conséquence anatomique de la dialyse péritonéale. Par ailleurs le TGF- β est son principal médiateur, particulièrement accompagné par le processus inflammatoire. Les cellules mésothéliales prennent un aspect fibroblastique et démontrent de nouvelles capacités (production de collagène, fibronectine, VEGF), toutes propriétés capables de modifier profondément le péritoine environnant. Sur les biopsies, le péritoine apparaît épaissi avec ces cellules mésothéliales entourées d'une matrice extracellulaire. Par immunohistochimie, ces cellules ont les caractéristiques à la fois de cellules mésothéliales (cytokeratine) et de fibroblastes (α -SMA) : une nature double. De grandes quantités de VEGF sont identifiables dans ces cellules et le tissu avoisinant.

3) La TMM a des effets fonctionnels sur le péritoine (transporteur rapide) lié à la production de VEGF des cellules transformées. Les biopsies péritonéales obtenues au moment d'une transplantation rénale et en temps normal, chez des patients traités pendant une période courte ou moyenne (moins de deux ans), montrent que la TMM est le premier changement observé dans le péritoine. Le quartile le plus élevé du transport péritonéal de la créatinine est associé avec une prévalence 5 fois plus élevée de ces lésions, comparativement au trois autres quartiles. Il n'est pas observé d'augmentation du nombre de capillaires. Le phénomène fonctionnel est donc attribuable à une vasodilatation capillaire consécutive aux grandes quantités de VEGF.

4) La TMM peut être régulée par les drogues et réduite en utilisant des solutions biocompatibles à faible niveau de produits de dégradation du glucose (GDP).

Model animal (souris ou rat)

- Le Celecoxib protège le péritoine des effets du dialysat, réduit son épaissement, les vaisseaux et l'infiltration macrophagique. Cet effet est en partie due à l'inhibition du SNAIL et d'autres marqueurs de la TMM provoqué par les liquides de dialyse bio incompatibles.

- Le BMP-7 neutralise, dans le model animal du rat, les changements de la membrane péritonéale, quelle qu'en soit la cause, liés à la TME induite par TGF- et la restaure.

Les liquides de DP biocompatibles (faible taux de GDP, bicarbonate) ont démontré dans un petit groupe de patients que la présence de TMM (estimé par les marqueurs de TME) dans les cellules du liquide de drainage, était réduit de manière importante et significative après 18 à 24 mois de DP, comparativement aux solutions bio incompatibles (taux élevé de GDP). Ceci suggère une prévention de la TME par les solutions biocompatibles. Ceci demande à être confirmé par des biopsies péritonéales.

La néphrologie dans un monde injuste

Norbert Lameire Prof émérite

(Hôpital Universitaire Gand, Belgique)

Les pays à revenu faible ou moyen assistent à l'apparition d'une charge importante de néphropathies chroniques ou en phase terminale, dues au vieillissement de la population et à l'épidémie mondiale de diabète de type 2. En même temps la contribution des maladies infectieuses dans le développement de l'insuffisance rénale n' a pas diminué proportionnellement. Dans un grand nombre de ces pays, les options thérapeutiques, la dialyse et la transplantation rénale, sont très peu accessibles ou inabordables. Le faible nombre des patients sous dialyse ou transplantés reflète les profondes difficultés économiques et pratiques que rencontrent les systèmes de santé de ces pays. Par exemple, la plupart des pays africains ont dû réduire leurs dépenses de santé pour se conformer aux impératifs du Fonds Monétaire Internationale pour rembourser les dettes et dans certains pays africains le service de la dette représente 4 fois le budget cumulé de la santé et de l'éducation. Souvent l'accès à la santé est réservé aux plus riches.

Cette présentation discutera les sujets suivants :

1. Données générales sur les soins de santé dans les pays sous-développés- rôle de l'économie
2. Incidence et prévalence de malades dialysés et transplantés dans différentes régions mondiales
3. Position de la dialyse péritonéale dans les pays pauvres avec discussion sur leur faible utilisation
4. L'insuffisance rénale aigue dans les pays sous-développés et possibilité pour la dialyse péritonéale
5. Utilité de dépistage des maladies rénales dans les pays sous-développés et rôle des organisations internationales de néphrologie
6. Conclusions

Jusqu'au bout de l'autonomie, jusqu'au bout du monde

Jean Louis Clémendot

(Pontoise)

Il y a encore quelques dizaines d'années, l'insuffisance rénale chronique était synonyme de peine capitale. Aujourd'hui, dans les pays civilisés, la peine capitale n'existe plus.

Dans ces pays la peine maximum, la punition suprême, consiste à priver l'individu de liberté.

Lorsque j'ai appris qu'inéluctablement, à moyen terme, je devrais passer par la dialyse, j'imaginai que ma vie serait terminée. Un jour sur deux, pendant 4 heures, être branché sur une machine, c'était pour moi la perspective d'une prison virtuelle. Quelle punition pour une malformation congénitale !

Mon rêve, une fois acquis la réussite professionnelle m'apportant la liberté financière était de voyager autour du globe en bateau.

Comment avoir une vie plus libre que poussé par les vents pour découvrir d'autres horizons ?

J'ai acheté un vieux bateau, j'ai passé 9 ans à le reconstruire, j'ai fait un tour de méditerranée en solitaire pour le roder et au moment de prendre le large, la porte de la prison s'est ouverte : « Vous devez être dialysé »

J'ai la chance d'avoir une bonne étoile qui veille sur moi et m'apporte des solutions quand je suis dans des passes difficiles. Là elle m'a fait découvrir une méthode de dialyse qui devrait être connue de tous et largement développée. C'est la dialyse péritonéale. Synonyme de totale liberté, elle m'a permis de vivre ma vie, de traverser l'Atlantique en solitaire, puis le Pacifique puis l'Océan Indien. Je me propose de vous raconter comment et grâce à qui cette aventure a été possible.

Registre des péritonites encapsulantes (EPS Registry)

Elisabeth Boeschoten

(Naarden, Pays Bas)

La Sclérose Péritonéale Encapsulante (SPE) est une complication rare mais sévère de la DP. Ce diagnostic doit être évoqué chez tout patient ayant un antécédent de DP qui présente des symptômes récurrents d'occlusion intestinale partielle ou totale. L'évaluation clinique est difficile en raison du développement insidieux de la SPE. Actuellement il n'y a pas de test ou d'examen radiologique fiable pour détecter une SPE à un stade précoce. Les facteurs de risques pour le développement de l'affection ne sont pas totalement compris. On pense que des facteurs génétiques jouent un rôle significatif dans la survenue de cette complication. Le registre EPS est le fruit d'une collaboration internationale entre centres européens qui se donnent pour but de collaborer sur une base commune. Le Registre est hébergé au Hans Mak Institute, un institut pour le management de la qualité des soins en néphrologie. Le but principal de ce Registre est d'améliorer la connaissance de la physio pathologie de la SPE. De plus, des critères diagnostiques uniformes et des stratégies thérapeutiques sont développés. Le Registre a une importance significative pour tous projets de recherche centrés sur la péritonite encapsulante. Le Registre des péritonites encapsulantes est conçu pour enregistrer et suivre les patients avec un diagnostic suspecté ou confirmé de péritonite encapsulante. Les médecins traitants sont encouragés à rapporter tout patient suspect de péritonite encapsulante, même s'il ne s'agit que d'une suspicion non confirmée. Il est prévu également de congeler des échantillons de sérum, plasma et sang (pour l'ADN) et de dialysat des patients inclus dans le Registre. Dans le futur, une section Question/Réponse (Q&A) sur le site Web sera développée où les néphrologues pour demander un avis concernant le diagnostic et le traitement. L'information rassemblée par le Registre est revue régulièrement par un comité de pilotage. Une mise à jour annuelle, résumant les données colligées sur les péritonites encapsulantes dans le Registre, est mis à disposition sur le site Web. De plus l'information sur le site Web peut être partagée et une liste des publications est mise à disposition. Le Registre EPS est actuellement piloté par la Hollande et hébergé de Hans Mak Institut à Naarden. Le registre sera étendu à d'autres pays prochainement. Pour la France, le RDPLF va collaborer avec le EPS Registry. Eric Goffin et Christian Verger ont mis au point un questionnaire simple sur le site du RDPLF pour permettre aux centres francophones de déclarer facilement les suspicions

de péritonites encapsulantes. Le RDPLF recontactera les centres pour les aider à faire une déclaration plus complète sur le site du Hans Maak Institute et leur donner toute explication nécessaire.

Prévention des péritonites en Dialyse Péritonéale par injection intra-cathéter de taurolidine : protocole prospectif randomisé en double aveugle : PHRC 2009

(B Branger, P Reboul, S Cariou, B Faller, J Chanliau, Th Lobbedez et les centres collaborateurs. Service de Néphrologie, Groupe hospitalo-universitaire Caremeau, CHU Nîmes, Place de Pr Robert Debré, 300029 Nîmes cedex 9)

Nous présentons les premiers résultats du protocole « taurolidine » qui a été l'objet d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) au niveau national pour l'année 2009 sur une durée de 3 ans.

L'objectif est de diminuer de 50% l'incidence des péritonites par l'injection systématique de taurolidine, agent anti-biofilm, dans la lumière du cathéter, avec une durée d'observation de 2 ans. Le recrutement se fera sur 16 mois.

La taurolidine ou le placebo seront administrée en double aveugle à l'initiation du traitement par DP et tous les 6 mois lors du changement de prolongateur. Les pratiques de chaque centre ne sont pas modifiées. Le calcul statistique nécessite le recrutement de 150 patients pour atteindre une significativité. Les seuls critères d'exclusions sont une espérance de vie, à la prise en charge de moins de 1 an et une dialyse péritonéale déjà en cours. A ce jour, 10 centres sur 13 sont ouverts et 7 patients ont été inclus depuis le mois de juillet 2009. Le détail actualisé de ce protocole sera présenté lors de la communication.

La Dialyse Péritonéale : quelle place dans 10 ans ?

*Jean-Philippe Ryckelynck
(Caen)*

Lors d'un premier congrès tenu à Paris en novembre 1979, il était envisagé que les patients traités en dialyse péritonéale (DP) représenteraient 15% de l'ensemble des patients en épuration extrarénale (EER) en 1985. Ce pourcentage n'a jamais été atteint à ce jour.

Selon les données de REIN 2008, l'incidence en DP est de 11,4% et la prévalence de 7,2%. Pourtant une enquête internationale, publiée en 2009, montre que 20% des médecins et infirmières interrogés sont favorables à la DP en première intention.

Le rôle de l'information dispensée est primordial. Lorsque celle-ci est faite pour les 2 techniques d'ERR, environ 50% de patients choisissent la DP. Le sujet jeune en attente transplantation est le cas idéal : cela concerne 21% des patients aux USA, représente la première cause d'arrêt de DP aux Pays-Bas alors qu'en France 8,6% des transplantés rénaux viennent de DP. Y a-t-il de réelles raisons à une telle disparité ?

Dans beaucoup de centres, la prise en charge en urgence, pour des patients non planifiés, est synonyme de traitement définitif par hémodialyse. La réalisation d'une information différée montre que le transfert en DP dans le mois suivant est réalisable.

La collaboration entre les néphrologues dans une même structure, l'information des médecins spécialistes et généralistes, la mise à disposition des moyens de suivi et de repli selon le décret en vigueur, une incitation financière sont des gages de réussite. Enfin une meilleure initiation des néphrologues à la DP dans les centres universitaires est indispensable.

Tous ces éléments réunis peuvent laisser présager qu'une incidence de 30% et une prévalence de 15-20% pourraient être atteintes entre 2015 et 2020 avec l'aide de tous ceux engagés dans ce nouveau pari.

Dialyse Péritonéale : Vers une incitation financière ?

*Jean Paul ORTIZ
(Cabestany - Pyrénées Orientales)*

Le constat partagé sur le développement de la dialyse péritonéale est invariable depuis plusieurs années : cette technique est peu utilisée en France par rapport à d'autres pays Européens, et son développement entre les différentes régions, à l'intérieur d'une même région entre les différentes équipes connaît des disparités très importantes. L'ensemble des acteurs s'interrogent sur les causes de ces disparités. Elles sont multiples : effet "d'école" effet de la formation initiale des néphrologues, caractères sociologiques différents de la population traitée, contexte financier des patients en particulier pour l'hébergement, très variable, etc... Mais on ne peut occulter les enjeux financiers autour de la dialyse péritonéale. Ces enjeux concernent à la fois, les établissements de soins lors de l'initialisation de la dialyse péritonéale, mais également les structures chargées de la gestion de la dialyse péritonéale à domicile, et la prise en compte du travail médical que cela implique. Or, tout le monde est d'accord pour considérer qu'un patient en dialyse péritonéale nécessite une dose médecin importante. Il y a donc bien nécessité de le rémunérer.

Cette demande constante semble être aujourd'hui mieux entendue de la part des décideurs. Des négociations ont été engagées avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie depuis de nombreux mois. Tout en restant prudent sur le résultat final, il semble que nous soyons près d'aboutir à un accord. Les informations les plus récentes pourront être données au cours de ce séminaire du RDPLF.

Résumés des communications libres

Résumé 2

Un cas rare d'infection péritonéale à *Rhizobium* (Agrobactérium) *Radiobacter* chez un patient en DPCA.

Roseline Mbarga, A Benziane, L Aazib
(CH Arras)

Nous rapportons l'observation d'un épisode d'infection péritonéale à *Rhizobium Radiobacter* chez un patient âgé de 80 ans en DPCA double poche depuis 8 mois.

L'histoire clinique débute par une hyperthermie et des douleurs abdominales diffuses associées à un dialysat effluent trouble avec à l'examen cytologique une hypercellularité faite de 5000 éléments/m³ dont 86% de polynucléaires neutrophiles. La culture aérobie-anaérobie sur gélose met en évidence un *Rhizobium Radiobacter*. Les hémocultures sont restées stériles. L'évolution a été rapidement favorable sous antibiothérapie (Amikacine-Vancomycine) initiée empiriquement pendant 48 heures et relayée par Ciprofloxacine-Amoxicilline, Acide clavulanique en per os pendant 15 jours, sans rechute infectieuse.

Seulement une dizaine de cas sont recensés dans la littérature dont 2 avec ablation de cathéters rendue nécessaire en raison d'infections péritonéales résistantes.

Le *Rhizobium Radiobacter* est un microorganisme phytopathogène largement répandu dans le sol et plus particulièrement le sol parcouru par des racines. Seule cette souche est pathogène à l'homme et surtout chez les immunodéprimés. Le mode de transmission est non élucidé chez un patient sans contact avec un environnement agricole et humide.

Résumé 3

Bénéfices thérapeutiques et effets secondaires dus à 15 ans d'observance des recommandations des symposium du RDPLF, sur la vie d'un centre de DP.

Marie-Christine Paderno-Lavallée
(CH Saint-Lô)

Sujet : Ouvert en décembre 1994, le centre de DP a décidé de suivre le RDPLF et d'avoir une participation, active, au Registre et d'être assidu aux symposium.

Méthode : Participation, médicale et infirmière, à tous les symposium depuis 1995. On évaluera l'impact du suivi du RDPLF sur le centre en comparant ses résultats avec les données nationales/régionales du RDPLF (survie actuarielle de la méthode, infections péritonéales mois/patient etc...)

Résultats : 175 patients pris en charge, 1 médecin référent, 3 IDE référentes, ETP, installations à domicile, création d'un pool de cabinets dédiés à la DP, formation continue des cabinets IDE libéraux et des IDE de la structure, produits et matériel "up to date", participation active à l'activité de la DP.

Discussion : Peut-on/doit-on considérer les résultats mis en ligne par le RDPLF comme le mètre étalon de la santé de la

DP francophone? Evaluation de la "pression RDPLF" sur l'observance de "l'excellence" dans la pratique de DP du centre.

Conclusion : Au vu des critères retenus, le centre en suivant, scrupuleusement, les recommandations/informations du RDPLF, a obtenu des résultats dans la moyenne, haute, de la qualité de la DP.

Résumé 4

Péritonites à germes zoonotiques en DP : animal de compagnie ou Cheval de Troie?

A Broughton¹, E Goffin², Ch Verger³
(¹CH Haine-St-Paul, Belgium, ²Cliniques Universitaires St Luc, Bruxelles, Belgium, ³CH Pontoise, France)

Les péritonites infectieuses restent un obstacle majeur en DP et sont associées à des taux élevés de morbidité et mortalité. Par ailleurs, les animaux de compagnie sont de plus en plus populaires dans nos sociétés. Afin d'évaluer l'incidence et la morbi-mortalité liées aux péritonites à germes zoonotiques (portés ou transmis par des animaux), nous avons procédé à une revue de la littérature médicale et à l'analyse des statistiques du RDPLF et de notre unité de DP.

124 cas de péritonites à germes zoonotiques ont été publiés, causés par 12 germes différents (*Campylobacter*, *Pasteurella*, *Zygomycetes*, *Rhodococcus*, *Listeria monocytogenes*, *Mycobacterium avium complex*, *Neisseria*, *Brucella*, *Bordetella bronchiseptica*, *Salmonella*, *Capnocytophaga*, *Giardia*). 24% des cas faisaient suite à un contact documenté avec un animal. Chats, chiens, hamsters, perroquets et animaux de la ferme ont été incriminés. Les voies de transmission étaient le contact direct, la morsure, la griffure ou la perforation des voies de dialyse. Le taux de retrait de cathéter de DP était de 27% et la mortalité de 13,5%.

Entre 2000 et 2009, les germes zoonotiques ont été responsable de 0,54% des péritonites selon le RDPLF et 0,03% selon les statistiques de notre unité de DP.

En conclusion, malgré une incidence très faible, les péritonites à germes zoonotiques représentent un danger certain. La mesure la plus importante reste la prévention, en insistant sur le respect de mesures hygiéniques strictes lorsqu'un patient en DP possède un animal de compagnie ou exerce une activité liée aux animaux.

Résumé 5

Péritonite à pyocyanique compliquée par une sclérose péritonéale encapsulante d'évolution fatale.

F Ngopa, F Saidani, B Jonon, R Bourouma
(CH, Auxerre)

Introduction : Il s'agit d'une complication sévère de la DP, caractérisée par une coque fibreuse qui engaine le tube digestif, entraînant un syndrome occlusif. La laparotomie reste l'examen de diagnostic de certitude mais le TDM permet d'orienter le diagnostic. En revanche, le traitement n'est pas codifié.

Observation : Me L, née en 1929, avait une IRC secondaire à une NIC, traitée par DP à partir de 2001. Dans ces antécédents,

on note une HTA, traitée par de B bloquants. Elle a présenté plusieurs péritonites dont la dernière en juillet 2010. Il s'agit d'une péritonite à pyocyanique. Malgré un traitement adapté, les douleurs et les poches troubles persistaient, nécessitant une antibiothérapie en IV avec une bonne évolution clinique et cytologique. Dans ce contexte, l'ablation du cathéter est réalisée et la patiente est transférée en hémodialyse. Deux semaines plus tard, la patiente a présenté des nausées, des vomissements et des douleurs abdominales. L'abdomen est distendu. Le TDM abdominal objective une dilatation gastrique et des anses intestinales incarcérées dans une structure capsulaire. Il n'a pas été réalisé de laparotomie. Le diagnostic de sclérose péritonéale encapsulante (SPE) est retenu.

Conclusion : Les péritonites entraînent des modifications morphologiques du péritoine qui retentissent sur sa perméabilité. La répétition des épisodes de péritonites et le type du germe représentent des facteurs de risque important. Ils peuvent être incriminés dans la survenue de la SPE, souvent révélée par une péritonite réfractaire au traitement. Elle peut survenir au décours immédiat d'une péritonite ou quelques mois plus tard.

Résumé 6

La dialyse péritonéale automatique adaptée (DPA-A) avec des cycles courts puis longs, et des volumes petits puis grands améliore l'efficacité dialytique pour un moindre coût métabolique.

*M Fischbach¹, B Issad², V Dubois³, R Taamma³
(¹CHU, Strasbourg, ²Pitié, Paris, ³FMC, Paris)*

Le cycleur est le plus souvent programmé sous forme de répétition de cycles identiques en temps de contact et volume d'infusion. Il est pourtant reconnu que les cycles courts favorisent l'ultrafiltration, à l'inverse des cycles longs favorables à la saturation du dialysat en toxines urémiques. La DPA-A associe deux séquences, la première avec cycles courts et petits volumes, l'autre avec cycles longs et grands volumes.

Nous avons réalisé une étude randomisée comparant la DPA-A (2x1500ml et 3x3000ml) à de la DPA conventionnelle (6x2000ml) durée de session identique (9heures), dialysat identique ("isotonique" Balance®; 12000ml) en cross over, périodes de 45 jours respectivement. Sur 25 patients sélectionnés, 19 ont été inclus, tous normoperméables (PET test: 0.68 (0.50-0.85)). Pour un même coût économique, et un moindre coût métabolique (rapport efficacité sur glucose absorbé) la DPA-A permet : une meilleure épuration (Kt/V urée; CI créat) et une extraction dialytique majorée de phosphore (+ 9%), ainsi qu'un gain d'ultrafiltration (+100ml/jour). De plus l'extraction sodée moyenne par session progresse de 18 à 32 mmol, conduisant même à une baisse de la pression artérielle en fin de période de DPA-A.

Ces résultats encourageants, valident le principe de l'intérêt de combiner au décours d'une session de "cycleur" des séquences dédiés préférentiellement à l'UF puis à l'épuration. Le choix du temps de contact et/ou du volume infusé reste une prescription médicale raisonnée, à individualiser pour s'adapter aux besoins variables et évolutifs des patients.

Résumé 7

La dialyse péritonéale améliore le pronostic de l'insuffisance rénale aiguë de l'hypertension maligne : à propos d'un cas .

*H Colomb, K Sirajedine, M Al Adib
(CH, Romans)*

Observation d'un patient de 39 ans hospitalisé dans un tableau d'hypertension artérielle maligne avec TA à 230/110, FO stade 3, créatinine à 844 $\mu\text{mol/l}$ (créatinine 61 $\mu\text{mol/l}$ en 2001). La biologie montre une protéinurie à 1 g/j non néphrotique, données immunologiques normales : ACAN, ANCA, C3, C4, Latex, électrophorèse.

Après contrôle TA, une PBR montre des lésions sévères de néphroangiosclérose maligne.

Devant le jeune âge du patient, la diurèse conservée (2 litres sous furosémide 125 mg/j), une prise en charge en DP est décidée. Le cathéter mis en place et la dialyse commencée immédiatement sur un cycleur avec des volumes progressivement croissants. Le retour à domicile est réalisé avec une prise en charge autonome et le patient est inscrit sur la liste de transplantation rénale.

A 6 mois, nous constatons un excellent état général, un bon contrôle TA, une qualité d'épuration avec KT/V à 8,28 dont 6,61 représenté par la fonction rénale résiduelle. Nous proposons l'arrêt de la DP et la surveillance clinique et biologique montre une baisse de la créatinine jusqu'à 110 $\mu\text{mol/l}$ se maintenant depuis 5 ans après l'arrêt du traitement de suppléance.

Cette observation montre l'intérêt de la prise en charge en dialyse péritonéale de l'insuffisance rénale dans le cadre d'une HTA maligne ce qui n'a pas été publié.

Les avantages de la DP étant la douceur du traitement, le maintien de la diurèse résiduelle beaucoup moins facile à obtenir en hémodialyse dans cette indication, et probablement une aide au contrôle de l'HTA.

Résumé 8

L'Infirmière Référente de Dialyse Péritonéale

*Anne Tschaenn, Caroline Preissig
(Hôpital E. Muller, Mulhouse)*

L'expérience mulhousienne nous a amené à mettre en place une infirmière référente en dialyse péritonéale ce qui nous a permis d'optimiser notre prise en charge.

Cette professionnelle joue un rôle centrale dans l'organisation pratique, théorique et matériel. Elle coordonne l'activité de tous les intervenants pour une meilleure prise en charge du patient. La démarche a permis d'élaborer des protocoles avec fiche pratique utilisable par toute l'équipe. La continuité des soins est assurée. Son rôle de lien et d'expertise est un point d'ancrage entre patients, entourage, médecins et autres professionnels.

Résumé 10

Péritonite récidivante à streptocoques non groupable.

A propos d'une « saxophonite » !!!

*M Amirou, D Lombart, J Watine, Kedna Thomas
(Rodez)*

Un patient de 77 ans, musicien, diabétique, hypertendu, coronarien et néphrectomisé (pour un adénocarcinome du rein 3 ans plus tôt), consulte pour la première fois au stade terminal de l'insuffisance rénale. Il choisit la dialyse péritonéale.

Un mois après le début de la dialyse péritonéale, il présente les signes d'une péritonite traitée empiriquement par vancomycine (1g/semaine en intra-péritonéal pendant 2 semaines) et par ceftriaxone (1g/jour en intra-péritonéal pendant 15 jours). La culture est positive à *Streptococcus mitis/oralis*. Le patient est mis sous augmentin (1gx2/jour per os pendant quinze jours). Une fois le patient guéri, le seul élément retrouvé à l'interrogatoire est la reprise du saxophone. Cette hypothèse inhabituelle était classée sans suite jusqu'en février 2010 où le patient est hospitalisé pour un deuxième épisode de péritonite traité empiriquement comme le 1er épisode. Le germe identifié est *Streptococcus parasanguis*. Le patient est alors mis sous augmentin (mêmes posologies et durée qu'au 1er épisode).

Le travail sur saxophone entraîne des augmentations importantes et répétées de la pression intra-péritonéale. Ces micro-traumatismes répétés pourraient avoir facilité un passage de bactéries du tube digestif vers la cavité péritonéale. Nous avons donc procédé à des explorations digestives. La coloscopie réalisée objective un polype du sigmoïde, un aspect d'adénome tubuleux de bas grade. Le patient est maintenant guéri mais il nous signale qu'il n'a pas repris le saxophone mais il joue de la clarinette.

Nous lui avons fait part de notre hypothèse explicative... Les péritonites à streptocoques non groupables, notamment *mitis/oralis*, semblent rares en dialyse péritonéale et encore plus chez les saxophonistes.

Résumé 11

Outil d'aide à la connection en dialyse péritonéale

Séverine Albicy, Bernadette Meaux, Sylvie Regent, Martine Giraud, B Issad

(GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France)

Introduction : Se trouver devant un patient traité par dialyse péritonéale (DP) et sans pouvoir identifier le prolongateur est source de difficulté et perte de temps.

Objectifs : A partir de cette situation, l'idée de mettre sur une même planche photographique les différentes sortes de prolongateurs a été évidente.

Résultats : Basé sur le visuel, cet outil de travail permet de :

Reconnaître d'emblée sur quel système est le patient.

Différencier les caractéristiques propres de chaque prolongateur des trois laboratoires concernés.

Conduire vers le matériel nécessaire pour une démarche de soins efficaces.

Répondre au besoin du personnel soignant qui aborde la DP avec un minimum de connaissance.

Utile à :

- l'infirmière en DP (placé en sous-main sur son bureau, dans le poste de soins ou salle d'accueil ou de consultation).

- l'infirmière dans une autre discipline recevant un patient en

DP.

- l'étudiant en formation.

- le néphrologue au cours de sa consultation.

Conclusion : Ce travail a été pensé et mis à jour pour être utile à tous. C'est une aide, un moyen de communication, une source d'information pour ceux et celles qui ont à cœur de mener à bien la prise en charge des patients en dialyse péritonéale. Cet outil de travail visuel et attractif vaut mieux qu'un long discours.

Résumé 12

La Dialyse Péritonéale, dernière chance de dialyse.

A Ziane, Mireille Planchet, Patricia Gonon

(ARTIC 42, Saint Priest en Jarez)

M B. est un patient de 47 ans, avec des troubles psychiques (psychose), ayant eu une ischémie aiguë de la jambe gauche aboutissant à une amputation et qui a démarré en hémodialyse le 30/12/1997 avec un cathéter central.

Depuis 12 ans, il a eu 7 FAV peu ou pas fonctionnelles et de multiples cathéters qui se sont soldés à plus ou moins longues échéances par un échec.

Face à l'impossibilité de reposer un autre abord, le transfert en DP s'effectue chez un patient n'acceptant aucun changement dans sa prise en charge au premier abord.

Nous développerons donc la prise en charge de ce patient et les résultats découlant de ce transfert de l'hémodialyse à la DP.

Résumé 13

La technique de Moncrief-Popovich (M-P) : actualisation de l'expérience d'un centre.

Zuzana Rihova, Maria Mesquita, Isabelle Brayer, Nadine Rossez, G Callebaut, L Hooghe, M Dratwa

(CHU Brugmann, Bruxelles, Belgium)

En 2005, nous avons présenté les résultats favorables de notre expérience initiale (1998-2004) avec la technique de M-P. La présente étude est donc une actualisation de la précédente toujours en termes de risque infectieux et de survie du cathéter, compte tenu du fait que 3 chirurgiens, et non plus 1, ont implanté les cathéters.

Soixante-six cathéters (Swan-Neck coil) ont donc été implantés chez 63 patients (35 hommes, 28 femmes) du 01/01/06 au 01/10/10. Ces patients, d'âge médian 57 ans ont totalisé 1171 mois-patients (médiane 17 mois). Le délai médian entre l'implantation et la première utilisation a été de 62 jours (écart 13-483 jours). Sur les 63 patients, 25 sont toujours en DP, 5 ont quitté notre centre, 6 sont transplantés, 14 sont décédés et 13 ont été transférés en hémodialyse dont 6 pour péritonites réfractaires. La probabilité de survie à 2 ans du cathéter est de 85,4 %. L'incidence de péritonite était de 1/28,4 mois-patients et 6 cathéters (7,6%) ont été retirés pour péritonite réfractaire. La durée moyenne entre le premier échange de DP et la première péritonite était de 13,3 mois. Une infection du site d'émergence a été observée chez 10 patients (incidence 1/117 mois-patients) sans nécessité de retirer le cathéter et 2 patients ont présenté simultanément une ISE et une péritonite.

Conclusion : Comparée à nos résultats de 2005 et à ceux du RD-PLF (statistiques 2008), la survie des cathéters implantés selon M-P est restée similaire ; l'incidence des ISE, basse dans notre centre, a cependant augmenté.

Résumé 14

Le passage en hémodialyse est il vraiment un processus graduel ?

Lucie Boissinot¹, Isabelle Landru², E Cardineau³, E Zagdoun⁴, J-Ph Ryckelynck¹, Th Lobbedez¹
(¹CHU Caen, ²CH Robert Bisson, Lisieux, ³CH Intercommunale, Alençon, ⁴CH Mémorial, Saint-Lo)

Objectif : Etudier la période de transition et les conditions de transferts de la DP vers l'HD.

Méthode : Etude rétrospective (01/01/05 au 31/12/09) dans 4 centres de Basse-Normandie des patients en DP depuis plus de trois mois et transférés définitivement en HD. Evaluation du taux de transferts programmés (évoqués 3 mois avant HD) et non planifiés (sur cathéter central).

Résultats : 60 patients (M/F : 39/21) avec un CCI de 5 (IQR 3-7) à l'initiation de la DP, âgés de 62 ans (IQR 54-76) lors du transfert en HD. La durée moyenne de DP était de 22 mois (IQR 12-36). Les principales causes d'arrêt de la DP étaient les péritonites (21/60) et la sous-dialyse (13/60). 16/60 transferts étaient programmés, 37/60 transferts étaient non planifiés. Les péritonites étaient la première cause de transferts non programmés (19/44). La sous dialyse (11/23) était la cause principale de transfert planifiés, et les péritonites celle des transferts non planifiés (20/37). Pendant le transfert 34/60 patients étaient hospitalisés, avec une durée médiane de séjour de 4,5 jours (IQR 0-25,5). Neuf patients sont décédés pendant les 2 mois suivant le transfert. Deux mois après le transfert 6/51 patients étaient traités en HD hors centre et 23/51 patients avaient une fistule fonctionnelle.

Discussion : Le taux de transfert non planifié de la DP vers l'HD est important. Le recours à l'hospitalisation est fréquent. Après le transfert, la majorité des patients sont en centre lourd.

Conclusion : Une étude est indispensable pour définir un arbre décisionnel permettant de programmer la transition de la DP vers l'HD.

Résumé 15

Comment la greffe rénale biaise l'analyse de survie en dialyse péritonéale

J-B Beuscart¹, D Pagniez¹, L Frimat², D Evans³, Célia Lessore de Sainte Foy¹, E Boulanger¹, Ch Verger³, A Duhamel⁴
(¹CHU Lille, ²Nancy-Université, ³RDPLF, Pontoise, ⁴Biostatistiques, Lille)

Contexte : Seuls les patients inscrits sur liste d'attente peuvent bénéficier d'une greffe. La population en DP est donc inhomogène, un sous-groupe de patients spécifiques pouvant être soustrait au risque de décès en DP. Ceci peut biaiser les estimations de survie.

Patients et méthodes : Cohorte monocentrique de 293 patients

traités par DP. 2) Population contrôle de 6650 patients issus du RDPLF. Estimation des incidences cumulées pour le décès et la greffe, en distinguant les patients selon l'inscription sur liste d'attente. Recherche des facteurs de risques de décès et de greffe.

Résultats : Aucun des 114 (39%) patients en attente de greffe n'est décédé en DP. Leur probabilité de greffe était estimée à 69% à 6 ans. Les patients en attente de greffe étaient significativement plus jeunes et avaient moins de comorbidités. Sur la population totale, les facteurs de risque de décès étaient systématiquement des facteurs de contre-indication à la greffe: âge, diabète, albumine basse, CRP élevée. 2) RDPLF: 2205 (33%) patients avaient un projet de greffe. Leur probabilité de décès en DP à quatre ans était estimée à 5%, contre 57% pour les 4422 (67%) autres patients. Âge et diabète étaient inversement liés au décès et à la greffe.

Discussion : Les patients inscrits sur liste ont beaucoup plus de chances d'être greffé que de décéder en DP, ce qui biaise l'estimation des facteurs de risque de décès.

Conclusion : Les analyses de survie en DP devraient être stratifiées sur l'inscription sur liste d'attente de greffe.

Résumé 16

Hospitalisation pour infection péritonéale et maladie d'Alzheimer: une association mortelle...

M Libertalis, Zuzana Rihova, Katherina Vandenhoute, I Alcan, Nadine Rossez, Françoise Dumortier, M Dratwa
(CHU Brugmann, Bruxelles, Belgium)

Un patient de 79 ans en DPCA assistée depuis janvier 2006 est hospitalisé le 27/12/2009 pour douleurs abdominales. Son effluent péritonéal est trouble; il contient 1760 leucocytes/ μ l, dont 68% de neutrophiles. Il est placé sous antibiothérapie intra-péritonéale empirique (vancomycine et amikacine).

On note parmi ses antécédents principaux une HTA, une BPCO, un diabète de type 2 non insulino-requérant, une hypercholestérolémie, une arthrose généralisée ainsi qu'une démence de type Alzheimer.

L'évolution clinique favorable sur le plan abdominal durant les 72 premières heures, est confirmée par une réduction du nombre de leucocytes dans le dialysat (482/ μ l). Les cultures du dialysat révélant la présence d'un Staphylocoque coagulase-négative, l'amikacine est arrêtée.

On note néanmoins une agitation importante : le patient apostrophe tout le monde dans le couloir, chute, et se trompe régulièrement de chambre...

Le 1er janvier 2010, le patient présente un état fébrile (38°). Il se plaint de douleurs épigastriques ainsi que d'une perte de l'appétit; on note à la prise de sang une majoration du syndrome inflammatoire (Leucocytes à 21930/ μ l et CRP à 31.1 mg/dl) alors que la cytologie du dialysat continue de décroître (GB : 290/ μ l). Sur le CT scanner abdominal réalisé en urgence, le radiologue de garde ne voit rien d'autre qu'un foyer de la base pulmonaire gauche, sous réserve d'artefacts de mouvements. Une pneumonie nosocomiale précoce est couverte empiriquement par amoxicilline-clavulanate iv, et l'on ajoute de la rifadine per os pour réaliser une bithérapie anti-staphylocoques.

Le patient décède le lendemain.
Les résultats de son autopsie en surprendront plus d'un....

Résumé 17

La dialyse péritonéale chez le transplanté cardiaque en insuffisance rénale chronique terminale.

Th Lobbedez, Nassima Smail, M Ficheux, Angélique Thuillier-Lecouf, Cindy Castrale, J-Ph Ryckelynck (CHU Caen)

Il s'agit d'une étude restrospective ayant pour but d'évaluer l'évolution clinique et la survie chez 7 patients transplantés cardiaques traités par DP du 01/01/04 au 31/12/08.

La durée moyenne en transplantation cardiaque est de 12 ± 6 ans. La survie des patients est de 85% à 1an, 60% à 2 ans. Trois patients sont décédés après 3, 18 et 58 mois en DP respectivement. La cause du décès était une défaillance cardiaque dans 2 cas et une mort subite dans 1 cas. L'incidence des infections péritonéales était de 1,3 épisodes/patient et un épisode tous les 10,6 mois. Il s'agissait surtout de germes manuportés.

Deux patients ont été transférés en hémodialyse l'un pour dysfonctionnement du cathéter, l'autre pour dénutrition sévère liée à un syndrome dépressif sévère. Un patient a reçu une greffe rénale. Les auteurs discutent l'intérêt de la DP chez le transplanté cardiaque.

Résumé 18

Syndrome Malnutrition-Inflammation et volume extracellulaire chez les patients en dialyse péritonéale. Intérêt de la bioimpédance multifréquence.

R Azar, Lucie Denaeyer, Valérie Provoost, Ariel Desitter (CH Dunkerque)

La dénutrition protéino-énergétique est un puissant facteur prédictif de mortalité chez les patients en dialyse péritonéale (DP). Une surcharge volémique chronique y est souvent présente et elle est associée avec une hypertension artérielle et une hypertrophie ventriculaire gauche responsable d'une insuffisance cardiaque. Le but de ce travail est d'étudier les corrélations entre les paramètres nutritionnels et inflammatoires d'une part et l'état du volume extracellulaire mesurés par bioimpédance multifréquence (BCM).

38 patients traités par DP d'âge moyen 72 ± 16 ans, dont 37% sont diabétiques ont été inclus. L'eau extra cellulaire (ECW), l'index de masse maigre (LTI), l'index de masse grasse (FTI), la masse cellulaire métaboliquement active (BCM), le rapport ECW/BCM, l'albumine plasmatique, la C-réactive protéine (CRP) et le n PNA ont été déterminés.

Les patients diabétiques ont un ECW significativement plus élevé que les non diabétiques (16,8 vs 14,5; $p < 0,05$). L'ECW est corrélé positivement avec l'âge et la CRP ($p < 0,01$). Il existe une corrélation négative entre l'albumine, la CRP, l'ECW ($p < 0,05$). Le LTI est corrélé positivement avec l'albumine, le n PNA et négativement avec la CRP et l'ECW ($p < 0,01$). Le rapport ECW/BCM est plus élevé chez les diabétiques que les non diabétiques (1,32 vs 1,17; $p < 0,01$), significativement corrélé avec l'âge ($p < 0,01$) et inversement avec l'albumine, le LTI, le n PNA ($p < 0,01$).

En conclusion, la bioimpédance multifréquence (BCM) représente un outil potentiellement utile pour l'évaluation et le suivi du statut nutritionnel et de l'état d'hydratation des patients en DP. Les relations entre leurs indicateurs respectifs permet une approche thérapeutique globale et plus précise dans le but d'améliorer le pronostic et la qualité de vie de ces patients.

Résumé 19

La dernière chance de rester en DPA avant le passage en hémodialyse.

Patricia Gonon, Mireille Planchet, J Jurine, A Ziane (ARTIC 42, Saint Priest en Jarez)

La réussite d'un programme de DP nécessite des adaptations régulières de la prescription pour atteindre des résultats d'épuration et d'ultrafiltration adéquates. Les nouveaux outils de prescription permettent la maîtrise de chacun des paramètres du traitement et le recours à des approches plus ciblées et plus performantes.

Nous rapportons un cas clinique où grâce à la "DPA-Adaptée" nous avons pu améliorer les résultats cliniques et biologiques d'un patient en bout de course et le maintenir en DP.

Résumé 20

Péritonite à Pseudomonas : Causes et Evolution

H Gaied, M Ounissi, Y Ben Ariba, M Mongi Bacha, H Hedri, E Abderrahim, T Ben Abdallah, A Kheder (Service de Néphrologie, Tunis, Tunisia)

Introduction : Les péritonites représentent une complication majeure en dialyse péritonéale . Les germes les plus souvent incriminés sont les staphylocoques (60%) et les bacilles à Gram négatif (30%).

On assiste depuis quelques années à une inversion de cette proportion en faveur des BGN.

La péritonite à Pseudomonas est rare mais grave et difficile à traiter.

Dans notre travail nous allons étudié les caractéristiques et l'évolution des péritonites à pseudomonas .

Matériel et Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement dans une étude monocentrique 36 patients traités par DP et présentant une péritonite à Pseudomonas durant la période du 1989 à 2009.

Résultats : Il s'agit de 16 H et 20 F âgés en moyenne de $35,3 \pm 11,3$ ans.

27 patients étaient traités par DPCA (75 %) et 9 par DPA.

La médiane de survenue de la péritonite était de 22 mois.

Le tableau clinique était stéréotypé, fait de douleurs abdominales et liquide trouble dans tous les cas. Quatre patients ont présenté 2 épisodes de péritonites à Pseudomonas.

Différentes souches ont été mises en évidence avec une prédominance du Pseudomonas aeruginosa avec un profil de résistance sauvage dans la majorité des cas.

Une faute d'asepsie a été mise en cause dans 55% des cas suivies d'une infection du tunnel (11%). Dans 44% des cas la cause est inconnue.

L'évolution sous antibiotique était défavorable dans 52% des

cas .Nous avons déploré 2 décès .

Conclusion : Les péritonites à *Pseudomonas* sont de plus en plus fréquentes. Elles ont un profil de résistance sauvage aux antibiotiques et l'évolution n'est pas toujours favorable.

Résumé 21

Importance de l'information pré-dialyse dans le choix de la dialyse péritonéale

Sylvie Graçet, Friederike Von Ey
(Clinique Saint Gatien, Tours)

L'information pré-dialyse (IPD) est une démarche pluridisciplinaire, qui permet au patient insuffisant rénal d'avoir un choix éclairé sur les techniques d'EER.

A travers une expérience de cinq ans, nous avons voulu évaluer la répercussion de cette information dans notre centre sur le choix de la technique, déterminer les freins à la dialyse péritonéale (DP) et définir les axes d'amélioration à apporter.

Le service de dialyse de la clinique Saint Gatien accueille 79 patients insuffisants rénaux chroniques :

* 72 patients hémodialysés

* 7 patients dialysés péritonéaux (8,8%)

Nous avons constaté un écart entre le choix des patients pour la DP après une IPD (25 %), et le pourcentage réel des patients actuels en DP dans notre centre (8,8%).

Notre démarche a été d'analyser l'origine et le mode d'entrée des patients dans notre centre, la qualité de notre information pré-dialyse et d'établir des indicateurs d'évaluation.

Nous avons conclu que les patients choisissent d'avantage la DP après une IPD.

L'accès à l'IPD peut être amélioré par une sensibilisation de l'établissement de santé, ainsi qu'une sensibilisation des néphrologues à l'intérêt de l'IPD. Les patients insuffisants rénaux chroniques doivent être adressés de manière précoce aux néphrologues afin de pouvoir programmer la prise en charge et l'information pré-dialyse.

Résumé 22

L'ascite d'une insuffisance cardiaque de la filariose pourrait bénéficier de la DPCA :

Y Knefati, Magali Faure, J-R Mondain, M Boukelmoune, O Lavelle, Audrey Agneray, Carole Cauvin, Mylène Paviot, Vanessa Roudier
(CH Toulon)

La filariose est une parasitose endémique au Cameroun où a vécu notre patiente de 67 ans. Son insuffisance cardiaque est liée à une endofibrose myocardique post-parasitaire opérée en 1998. Début 2010 plusieurs décompensations cardiaques à prédominance droite avec hypotension artérielle, état d'anasarque et ascite témoignent de l'échec des traitements conventionnels. Le bénéfice de la DPCA est suggéré malgré l'insuffisance rénale chronique stade 3 seulement. Le liquide d'ascite est riche en protéines mais la cytologie est normale. Le scanner abdomino-pelvien élimine toutes lésions organiques en dehors d'un kyste ovarien suivi depuis 3 ans par échographie.

Lors de la pose du cathéter par voie chirurgicale, une biopsie péritonéale a été prélevée et va montrer une fibrose sous-mé-

sothéliale (épaisseur de 0.4 à 1mm) sans arguments pour une atteinte infectieuse ou néoplasique spécifique.

Le protocole de la DP comporte un seul échange par 24 heures 7/7 en évacuant un volume limité à 2 litres (ascite très abondante) pour le remplacer par un soluté à base d'acides aminés (Nutrinal, Laboratoire Baxter) afin de limiter le risque de dénutrition par déperdition protéique.

Deux semaines après l'application quotidienne de ce protocole la patiente rapporte une amélioration globale avec une franche diminution du périmètre abdominal, disparition des oedèmes, normalisation des chiffres tensionnels, et surtout diminution progressive du volume évacué pour atteindre 1.3 ou 1.5 l seulement.

Cette observation confirme l'intérêt de la technique dans l'insuffisance cardiaque droite. La fibrose péritonéale histologique semble secondaire à la filariose mais son mécanisme n'est pas très clair.

Résumé 23

Une curieuse glycosurie post-opératoire

Audrey Agneray, Carole Cauvin, Mylène Paviot, Vanessa Roudier
(Hôpital Font-Pré, Toulon)

Mr Z, 65 ans, souhaite la DP suite à une néphropathie chronique de greffe. La date opératoire de la pose du KT est fixée.

A la sortie du bloc, le patient se plaint de douleurs abdominales, soulagées par des antalgiques. Le chirurgien nous informe de la présence d'une petite quantité de liquide dans la cavité. Le pansement est propre et hermétique. L'ASP montre un KT en place.

Un drainage test est effectué. Le liquide est jaunâtre et évoque un liquide d'ascite dont la bandelette s'avère normale.

Cependant le patient se plaint de douleurs sus pubiennes persistantes avec dysurie, résistantes aux antalgiques et antibiologiques.

Un test d'échange DP est refait. A l'infusion, une miction impérieuse nous conduit à faire une bandelette retrouvant une glycosurie majeure.

Un scanner sans injection est alors réalisé montrant que l'extrémité du KT est située dans la vessie. L'hypertrophie prostatique est importante, sans anomalie autour du greffon.

Le liquide suspecté comme de l'ascite était de l'urine.

Un repositionnement du KT sous cœlioscopie est effectué. Les échanges sont repris à J 4 sans aucun problème. Actuellement le patient est autonome.

Afin d'éviter une perforation vésicale, dans notre cas non sanglante, une miction pré-opératoire voire un sondage urinaire évacuateur est indispensable.

Résumé 24

Péritonites en dialyse péritonéale: profil microbiologique et causes, expérience du centre hospitalier de Rabat

*Samira Bekaoui, Fatima Zahra Benhima, S Sabri, Loubna Benamar
(CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco)*

La péritonite infectieuse (PI) est la complication la plus fréquente de la dialyse péritonéale (DP). Le but de notre étude est de déterminer l'écologie microbiologique des PI et d'en ressortir les causes.

Patients et méthodes : étude rétrospective effectuée en janvier 2009, chez tous les patients traités par DP continue ambulatoire (DPCA) au niveau du CHU Ibn Sina, Rabat depuis l'ouverture de l'unité de DP en juillet 2006. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients qui ont fait une PI. Nous avons recherché les causes des PI, leurs délais par rapport au début de la DP.

Résultats : durant les 29 mois de l'étude, 17 patients (sur 32) ont présenté une PI (39,5%). La moyenne d'âge de ces patients est de 41,8 +/- 18 (19 - 78) ans, avec un sex-ratio de 0,37. Parmi ces patients, 11,76% étaient diabétiques. Le délai moyen de survenue des PI après mise en DP est de 7,18 +/- 8,55 mois. Notre taux de de PI depuis l'instauration de la DP est de 48,45 mois-patients selon le RDPLF, ce taux a diminué au cours du suivi. Les bacilles Gram négatifs (BGN) ont été notés dans 69% des cas. Les cocci gram positifs (CGP) ont été enregistrés dans 31%. Six (17,6%) cultures étaient négatives. Les causes des PI sont une infection du site d'émergence dans 3 cas, une faute d'asepsie dans 3 cas, l'aitrogénie dans 2 cas une diarrhée dans 2 cas. Un CGP était méthicilline résistant. Deux BGN étaient résistants aux quinolones.

Discussion : notre écologie est dominée par les BGN ce qui ne concorde pas les données de la littérature (prédominance des CGP)

Résumé 25

L'hypertension artérielle en dialyse péritonéale

*Fatima Zahra Benhima, Samira Bekaoui, S Sabri, Fatima Zahra Berkchi, Loubna Benamar, Naima Ouzeddoun, Rabia Bayahia
(CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco)*

Introduction : L'hypertension artérielle (HTA) est une complication fréquente en cas d'insuffisance rénale chronique. Une meilleure prise en charge en dialyse péritonéale (DP) permet d'améliorer la surcharge hydrosodée. But du travail : évaluer la prévalence de l'HTA chez les patients en DP, préciser les moyens thérapeutiques utilisés et déterminer son évolution.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective réalisée dans le service de dialyse de l'hôpital Ibn Sina de Rabat de juillet 2006 à avril 2009 ayant inclus 24 patients en DPCA ayant au moins un mois de suivi. Nous avons déterminé leurs caractéristiques cliniques (HTA, œdème des membres inférieurs [OMI], diurèse et ultrafiltration péritonéale [UFP]). L'HTA a été définie selon l'OMS.

Résultats : L'âge moyen était de 51,1 ± 15,2 ans (20-79) avec un sex ratio de 1,4. A l'admission, la prévalence de l'HTA était de 87,5 % . Tous les patients avaient une diurèse conservée avec une moyenne de 1497 ± 556 cc/24 h. Les inhibiteurs de

l'enzyme de conversion étaient utilisés dans 81 % des cas. Après un suivi moyen de 14,2 mois, la prévalence de l'HTA a baissé de façon significative (87,5 % vs 45,8 %, p = 0,002) . La fonction rénale résiduelle (FRR) était 2 ml/min dans 87 % des cas.

Discussion : L'HTA est souvent volu dépendante au début du traitement par DP. Cette technique associée aux mesures diététiques permet de réduire la surcharge hydrique. Les IEC permettent aussi de préserver la FRR.

Conclusion : L'HTA reste une complication fréquente en DP imposant une dialyse adéquate avec le respect des mesures diététiques.

Résumé 26

Dialyse péritonéale (DP) chez une patiente atteinte de maladie de Rendu Osler (MRO) (télangiectasie hémorragique héréditaire).

*Geneviève Dumont¹, Ch Verger², A Hafi³, O Grezard¹
(¹CRHO, Orléans, ²CH Pontoise, ³Centre De Dialyse, Bois Colombes)*

Parfois, il n'est pas possible de réaliser une fistule artérioveineuse (FAV) fonctionnelle ; la DP constitue une alternative à l'HD. Nous rapportons le cas d'une femme atteinte de MRO caractérisée par de volumineux angiomes veineux majorés lors de toutes interventions, en particulier vasculaires, chez qui la survenue d'hémorragies importantes lors des tentatives de confection de FAV a fait envisager le recours à la DP.

Mme A., née en 1939, présente une insuffisance rénale (IR) rattachée à des kystes rénaux, une MRO, une surdi-mutité, un AVC ischémique, une HTA. Lorsque l'IR arrive au stade terminal, plusieurs tentatives de FAV échouent, compliquées d'hémorragies locales. Une tentative d'implantation de cathéter de DP est proposée et acceptée dans un centre expérimenté le 5/12/07. L'intervention se complique d'un hématome volumineux des muscles de la paroi abdominale, descendant dans le pelvis. La patiente séjourne plusieurs jours en Réanimation et est transfusée à 4 reprises. Une hémodialyse temporaire est débutée le 28/12/07 sur cathéter fémoral, relayée par la DPCA le 14/01/08. La DPA est débutée le 20/03/08 sur un cycleur HOME CHOICE PRO®. La patiente est assistée à domicile par une infirmière libérale pour la connexion et la déconnexion au cycleur. Le cathéter a toujours bien fonctionné et il n'y a jamais eu d'aspect hémorragique du dialysat.

Cette expérience souligne l'importance de considérer la DP, même à haut risque, comme une alternative lorsque l'abord vasculaire en HD peut lui-même entraîner un risque élevé de morbidité. Maladie rare, la MRO peut faire partie de ces indications.

Résumé 27

Evolution de l'état d'hydratation des patients en insuffisance rénale terminale recevant une transplantation rénale.

*V Gueutin, M Ficheux, Valérie Châtelet, Angélique Lecouf, P Henri, B Hurault de Ligny, J-Ph Ryckelynck, Th Lobbedez
(CHU Caen)*

Objectif : Cette étude a été menée pour évaluer les modifications de l'état d'hydratation survenant dans les trois premiers mois de la transplantation rénale.

Méthode : Nous avons inclus prospectivement 50 patients recevant une première transplantation rénale cadavérique et les avons suivi trois mois pour évaluer leur état d'hydratation par bioimpédancemétrie.

Résultats : Deux heures avant la transplantation, 10/42 (23,8%) des patients sont hyperhydratés. Deux jours après la greffe, 32/40 (80,0%) sont hyperhydratés et à 3 mois, 14/27 (51,9%) des patients restent en inflation hydro-sodée. Les patients en dialyse péritonéale (DP) ont un état d'hydratation plus bas (-0,60 L) que les patients en hémodialyse (HD) (0,70 L; $p < 0,05$) et une meilleure diurèse résiduelle (41,7 contre 8,3 ml/h pour les patients en HD, $p < 0,01$). Comparativement aux patients ayant présenté une reprise retardée (RRF) ou lente (RLF) de fonction du greffon, ceux ayant une reprise immédiate de fonction du greffon (RIF) ont un état d'hydratation plus important avant la transplantation ($p = 0,031$). A 3 mois de la transplantation, 12/14 des patients hyperhydratés ont une clairance de la créatinine comprise entre 30 et 60 ml/min/1,73m²

Conclusion : Les patients qui reçoivent une première transplantation rénale ont fréquemment des anomalies de l'état d'hydratation. La transplantation rénale est associée à une augmentation de l'état d'hydratation qui n'est toujours pas normal 3 mois après la transplantation en cas de survenue de RRF ou de RLF.

Résumé 28

Plan de développement régional de la DP en Bretagne

P-Y Durand¹, J-P Hervé²

(¹AUB-SANTE, Quimper, ²CH, Saint Malo)

La Bretagne avait une prévalence de la dialyse péritonéale (DP) de 8,9 %, comparable à celle de la moyenne nationale. Par la volonté des acteurs régionaux, à l'initiative de l'ARH, un plan de développement de la DP a été initié en 2009.

Ce programme ambitieux a démarré après avoir identifié les obstacles au développement de la DP, propres à chaque secteur. Constitution d'une Commission Régionale en juillet 2009, cautionnée par l'ARH. Un plan en 7 objectifs a été mis en place, avec stratégie régionale et/ou territoriale immédiatement applicable:

- 1) lever l'obstacle que représente le placement d'un malade de DP en institution (EHPAD, soins de suite, réadaptation...)
- 2) mise en place "d'équipes mobiles de DP", équipes externes permettant de réaliser la DP dans n'importe quelle situation chez un malade hospitalisé.
- 3) mettre à disposition des lits de repli en hospitalisation.
- 4) évaluation des pratiques professionnelles, avec analyse et évaluation des nouvelles indications de dialyse ("Réunions d'Orientation Thérapeutiques: R.O.T.").
- 5) information et formation des nouveaux néphrologues, en aménageant un temps de formation pratique en DP équivalent à celui consacré à l'HD.
- 6) information des patients, par l'intermédiaire des associations d'usagers et des sessions d'information pré-dialyse formalisées dans le service.
- 7) information des généralistes, par les EPU, livrets d'information, Conférences Sanitaires Territoriales.

Dès l'initiation de ce plan, l'incidence de la DP en Bretagne est passée de 10,4 % à 15,3 %. Ce papier expose les étapes, les difficultés et les succès de cette entreprise, qui pourrait être étendue sur le plan national.

Résumé 29

Tuberculose péritonéale en dialyse péritonéale continue ambulatoire. A propos d'un cas.

Siham Sabri, Maria Slimani Houti, Fatima Zahra Benhima, Samira Bekaoui, Intissar Haddya, Fatima Ezzaitouni, Naima Ouzeddoune, Hakima Rahou, Loubna Benamar, Rabea Bayahia

(CHU Ibn Sina, RABAT, Morocco)

Introduction : La dialyse péritonéale (DP) peut être proposée en première intention chez les patients en insuffisance rénale terminale. Son évolution peut être émaillée de complications infectieuses. Nous rapportons un cas de tuberculose péritonéale (TP) chez une patiente en DP continue ambulatoire.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans, qui présente quatre mois après sa mise en DP une altération de l'état général, une fièvre, des douleurs abdominales, une diarrhée, des vomissements et un dialysat trouble.

La biologie retrouve un syndrome inflammatoire et une hypercalcémie. L'analyse du liquide de dialyse montre une hyperleucocytose initialement à prédominance lymphocytaire puis à polynucléaires neutrophiles (PNN). Les cultures étaient stériles. Une antibiothérapie empirique a été démarrée sans amélioration. La TDM abdominale a objectivé des adénopathies.

Une infection à mycobactérium tuberculosis (BK) a été suspectée avec réalisation d'une culture sur milieu de Lowenstein, et on démarre le traitement antibacillaire; deux semaines après le début de la symptomatologie initiale. La culture du dialysat conclut à un BK huit semaines plus tard. Actuellement, au septième mois du traitement, on note une bonne évolution.

Discussion : La TP est rare en DP. La symptomatologie n'est pas spécifique. La prédominance des lymphocytes dans le liquide de DP n'est pas la règle. Le pronostic (Pc) vital reste sévère. Chez notre patiente le traitement présomptif précoce a permis d'améliorer le Pc.

Conclusion : La TP doit être suspectée devant toute péritonite lymphocytaire ou à prédominance de PNN rebelle au traitement standard. Le traitement précoce est le seul garant d'un bon Pc.

Résumé 30

Obstacles au développement de la dialyse péritonéale : sondage d'opinion auprès des néphrologues francophones de Belgique

J-M Desmet¹, F Collart², Nathalie Spinogatti³, V Fernandes⁴, J-M Pochet⁵, E Goffin⁶, Joëlle Nortier⁴

(¹CH Vésale, Montigny-le-Tilleul, Belgium, ²CHU Brugmann, Bruxelles, Belgium, ³CHU Charleroi, Charleroi, Belgium, ⁴Cliniques Universitaires Erasme, Bruxelles, Belgium, ⁵Clinique St Elisabeth, Namur, Belgium, ⁶Cliniques Universitaires St Luc, Bruxelles, Belgium)

Introduction : En Belgique francophone, le recours à la dialyse péritonéale (DP) est particulièrement faible (prévalence 8,7 %). Le présent sondage d'opinion vise à évaluer la perception des

obstacles au développement de la DP au niveau du Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique et à dégager des pistes de réflexion / action ultérieures.

Méthodes : Un questionnaire informatisé de 33 points a été envoyé par courriel aux néphrologues en mai 2009. Les réponses étaient automatiquement stockées sur un tableur excel pour analyses statistiques.

Résultats : Parmi les 120 néphrologues sollicités (pédiatres exclus), 98 ont répondu à l'enquête (81,6 %). Moins d'un tiers d'entre eux (29 %) a reconnu une très faible expérience professionnelle (moins de 5 patients traités par DP) et 39% des répondeurs ont déclaré n'avoir reçu ou suivi aucune formation spécifique. Néanmoins, la grande majorité (88%) désapprouve la sous-utilisation de la DP et estime qu'une prévalence de 20-25% devrait être atteinte. S'ils se trouvaient eux-mêmes en insuffisance rénale terminale, la moitié des répondeurs choisirait la DP comme traitement de 1er choix. Trois raisons principales à l'origine de la sous-utilisation de la DP sont avancées: la facilité d'accès aux techniques d'hémodialyse, le refus du patient de s'engager dans cette technique et le manque de motivation du néphrologue.

Conclusion : D'après ce sondage d'opinion, les néphrologues déplorent la sous-utilisation de la DP, attribuée en partie à un manque de motivation vis-à-vis de cette technique dont ils reconnaissent pourtant l'efficacité et les avantages. Le manque de formation spécifique apparaît être un facteur-clé dans cette problématique.

Résumé 31

Traitement de la carence martiale par injection d'une dose totale de fer dextran en dialyse péritonéale

M Ficheux, P Cuny, Angélique Lecouf, J-Ph Ryckelynck, B Hurault de Ligny, Th Lobbedez (CHU Caen)

Introduction : La carence martiale des patients traités par dialyse péritonéale est rarement traitée par voie intraveineuse. La volonté de protéger le capital veineux peut expliquer cette observation. Le fer dextran de bas poids moléculaire a l'avantage de corriger la carence martiale en une perfusion unique. L'objectif principal de cette étude est de déterminer si une dose unique de fer dextran permet de corriger la carence martiale pendant une durée de 4 mois.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle portant sur des patients anémiques ($hb < 11g/dl$) ayant une carence martiale (ferritine $< 100\mu g/l$ et/ou un coefficient de saturation de la transferrine (CS) $< 20\%$) traités par dialyse péritonéale. Ces patients devaient être résistants ou intolérants au fer oral. Ils recevaient une dose unique de fer dextran à l'inclusion.

Résultats : Sur 17 patients inclus, 12 ont été analysés. Ils ont reçu une dose de 742 ± 150 mg de fer dextran sans effet indésirable rapporté. Il a été observé entre M0 et M4 une augmentation du taux d'hémoglobine ($10,1 \pm 0,7$ g/dl vs $11,4 \pm 1,2$ g/dl, $p < 0,05$), de la ferritine (66 ± 46 $\mu g/l$ vs 212 ± 121 $\mu g/l$, $p < 0,05$) et du CS (14 ± 5 % vs 23 ± 8 , $p < 0,05$). La dose d'érythropoïétine est restée stable pendant les 4 mois. Parmi les 12 patients traités, 10 avai-

ent une ferritine $> 100\mu g/l$ et un CS $> 20\%$ après 4 mois de traitement.

Conclusion : Chez le patient traité par dialyse péritonéale, le fer dextran de faible poids moléculaire en injection unique permet de corriger l'anémie ferriprive pour une durée de 4 mois.

Résumé 32

Evaluation des Bénéfices de l'Utilisation de Poches de 5L par rapport à des Poches de 2,5L en DPA

F Vrtovsnik, Christelle Descamps, Anne Marie Sercer, Caroline Du Halgouet, Latifa Azeroual, Delphine Elbaz, Véronique Arcaz (Hôpital Bichat, Paris)

L'objectif de cette observation est d'évaluer et de comparer, auprès d'un panel représentatif de patients en DPA, les bénéfices et les inconvénients de l'utilisation des poches 5L Physioneal avec les anciennes formulations.

A l'issue de cette évaluation, des protocoles alternatifs de manipulation et de branchement de la poche 5L Physioneal, seront établis en tenant compte des résultats de cette enquête.

La mise à disposition en dialyse péritonéale des poches 5L Physioneal, semble justifier, au vu des avantages de ce nouveau conditionnement, le transfert des patients utilisant la même solution sous une formulation différente (2,5L) vers cette nouvelle formule. Toutefois, conscient des contraintes nouvelles que pourrait imposer l'utilisation des poches de 5L, nous avons décidé d'en évaluer les bénéfices et les inconvénients et d'élaborer des livrets illustrant les différentes étapes de la procédure.

Notre démarche s'effectue en deux étapes :

1. Elaboration d'un questionnaire d'enquête auprès non seulement des patients utilisant les poches de 2,5L Physioneal, mais aussi de ceux utilisant déjà les poches de 5L Physioneal, qu'il s'agisse de patients chez lesquels les poches de 2,5L avaient été initialement prescrites, ou de patients bénéficiant en première intention d'une prescription de poche Physioneal 5L.

2. A l'issue de cette enquête, des protocoles spécifiques de manipulation seront élaborés tenant compte des observations et des commentaires effectués par les patients et les équipes concernées.

Cette initiative s'inscrit dans la recherche permanente de proposer des moyens simples visant à améliorer la qualité de vie des patients ayant choisi une technique de dialyse à domicile.

Résumé 33

L'obésité en dialyse péritonéale

M Ounissi, Y Ben Ariba, H Gaied, H Jouini, Ch Bdir, Imen Habbly, Imen Chihaoui, Algia Hedyaooui, E Abderrahim, T Ben Abdallah, A Kheder (Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisia)

Introduction : L'obésité est associée à une lourde morbi-mortalité cardiovasculaire dans la population générale et chez les patients ayant une IRCT traités par dialyse. Certaines études ont rapporté une relation inverse entre le poids et la mortalité en dialyse péritonéale (DP).

Nous étudions le profil clinique, biologique et d'adéquation de nos patients obèses traités par DP.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 11 patients traités par DP entre 2005 et 2010. L'étude statistique a été faite par le logiciel Stat View.

Résultats : Il s'agit de 8 hommes et 3 femmes âgés en moyenne de 52,2 ans. Ils sont tous hypertendus, 5 diabétiques et 7 dyslipidémiques. Sept patients sont traités par DPA et 4 par DPCA.

Huit patients ont une surface corporelle $\geq 2 \text{ m}^2$, 7 ont une obésité (IMC : 25- 30 kg/m^2) et 4 une obésité morbide (IMC $\geq 30 \text{kg}/\text{m}^2$).

Les types membranaires sont : HA=37,5%, LA=37,5% et H=25%.

Huit patients ont eu une étude des paramètres d'adéquation. Cinq ont un KT/V $\geq 1,7$ (62,5%) et 3 seulement ont une clairance totale de la créatinine $\geq 60 \text{l}/\text{sem}/1,73 \text{m}^2$ (37,5%)

La majorité des patients présentent une dénutrition avec un nPCR $< 0,9 \text{ g}$ (87,5%)

Neuf patients sont toujours en DP depuis une durée moyenne de 50 mois, un patient est transféré en hémodialyse et la dernière est décédée

Conclusion : L'obésité est un facteur de risque cardiovasculaire augmentant la morbi-mortalité des patients dialysés. Elle représente un sérieux obstacle au choix de la DP chez certains patients.

La majorité de nos patients est mal dialysée et dénutrie. L'HTA et le diabète sont fréquents chez ces patients.

Résumé 34

Effet aigu des solutions de dialyse péritonéale glucosées, versus non glucosées, sur la production d'adipokines in vivo et in vitro.

D Teta, Laura-Elena Reyna Carmona, M Maillard, G Halabi, Andrée Tedjani, Jacqueline Equey, M Burnier (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland)

Cette étude a investigué l'effet aigu des solutions de dialyse péritonéale glucosées (DP-G) versus non glucosées (DP-NG) sur la production de leptine et d'adiponectine in vivo, chez des patients en DP, et in vitro dans un modèle d'adipocytes en culture.

Cinq patients traités par DP ont été exposés, de façon standardisée et séquentielle, à 3 DP-G (Dianeal 1.36 et 3.86% et Physioneal 1.36%) et 2 DP-NG (Extraneal et Nutrineal) pendant 6h. Une session similaire, sans dialysat, a servi de contrôle (C).

En l'absence de dialysat (C), la leptinémie (ELISA) a décliné de $18,7 \pm 7,0$ et $29,7 \pm 10,2\%$ à 3 et 6h, respectivement. PD4 3.86% a induit une augmentation significative de la leptinémie de $22,2 \pm 11,3$ et $38,5 \pm 22,2\%$ ($p < 0,05$) par rapport à C. Les autres solutions n'ont pas affecté la leptinémie. L'adiponectinémie (ELISA) n'a pas été modifiée. D/P leptine a été plus élevé que D/P beta2-microglobuline à 6h ($0,73$ versus $0,24$, $p < 0,01$) indiquant une production intrapéritonéale de leptine. D/P adiponectine a été très bas ($0,005$). Cependant, D/P leptine et D/P adiponectine n'ont pas varié selon le type de solution. L'exposition des mêmes solutions à des adipocytes 3T3-L1 différenciés en culture

a démontré un effet stimulant des DP-G sur la concentration de leptine dans le milieu de culture à 48h, alors que les DP-NG n'ont montré aucun effet. Au contraire, les DP-G ont été associées à des concentrations moins élevées d'adiponectine dans le milieu de culture.

En conclusion, l'induction aiguë de leptine (in vivo et in vitro) et l'inhibition de l'adiponectine (in vitro) par les DP-G corroborent leur profil métabolique défavorable.

Résumé 36

L'association entre le niveau d'activité des centres et le risque de transfert en hémodialyse

D Evans¹, Th Lobbedez², E Fabre¹, J-Ph Ryckelynck², Ch Verger¹

(¹RDPLF, Pontoise, ²CHU Caen)

Contexte : Les indications de transfert des patients sous dialyse péritonéale en hémodialyse n'obéissent pas à des règles consensuelles. Nous avons voulu vérifier si la probabilité de transfert était associée à l'activité des centres.

Méthodes : 143 centres RDPLF, France métropolitaine et Belgique, 8 699 patients > 18 ans, incidents entre 1/1/2001 et 31/12/2009, suivis jusqu'au 30/6/2010. Estimation de l'activité par la moyenne des patients sous DP par jour par centre durant la période. Recherche de l'association entre l'activité et le transfert en HD ajusté sur l'âge et l'indice de Charlson modifié par modèles de régression.

Résultats : L'activité médiane était de 14 patients/jour (IIQ 7,0-23,7; min 1, max 67,7). Le risque de transfert en HD diminuait avec l'activité d'une façon non linéaire, avec une diminution jusqu'à 20 patients par jour, un plateau jusqu'à 40 patients et ensuite une diminution jusqu'aux niveaux d'activité les plus importants (Risque relatif (IC95%) 1-9 patients : 2,8 (1,9-4,2) ; 10-19 patients : 2,1 (1,4-3,1) ; 20-29 patients : 1,8 (1,2-2,7) ; 30-39 patients : 1,9 (1,2-2,9) ; 40-49 patients : 1,6 (1,0-2,7) ; 50+ patients : référence).

Conclusion : La probabilité de transfert en HD est associée au niveau d'activité des centres. Des explications statistiques (ex. risques concurrents, facteurs de confusion non pris en compte, sélection des patients) sont à explorer avant les explications causales (ex. expérience du centre, ressources pour la DP). Cette approche, complétée par le risque de mortalité pourrait aider à définir l'activité seuil souhaitable pour pratiquer la DP.

Résumé 37

Péritonite sclérosante (ps) simulant un cancer de l'ovaire chez une transplantée récente précédemment en DP

D Pagniez, Célia Lessore, Th Guincestre, Géraldine Robitaille, J-B Beuscart

(Hôpital Huriez, Lille)

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant des symptômes digestifs après greffe rénale.

Une femme de 68 ans et 1,50m reprenait la DPA en juin 2004 après une greffe rénale ayant fonctionné 8 ans. Elle bénéficiait

d'une seconde greffe en novembre 2009, traitée par stéroïdes, tacrolimus, et mycophénolate. En 6 mois, elle présentait 3 épisodes subocclusifs, et son poids passait de 49 à 41 kg. Une échographie rénale retrouvait une ascite abondante. Le CA125 sérique était à 791 UI/ml (normale < 35). Un scanner retrouvait une collection pelvienne, possiblement localisée, sans calcifications ou carcinomateuse pelvienne. Une IRM retrouvait un kyste dans chaque ovaire. Une ovariectomie bilatérale était réalisée pour suspicion de cancer de l'ovaire. Toutefois, l'examen anatomo-pathologique ne retrouvait pas de signes de malignité au niveau des deux ovaires. Des biopsies péritonéales montraient une fibrose collagène dense, avec des infiltrats focaux de cellules mononucléées. Le diagnostic de PS débutante était porté; un traitement par tamoxifène (20 mg/jour) était commencé. Le transit s'améliorait rapidement, avec reprise pondérale de 6 kg en 5 mois.

La transplantation rénale est maintenant un facteur de risque reconnu de développer une PS, peut-être en raison du traitement par anticalcineurine. Le scanner peut être longtemps normal. Une élévation du CA125 sérique a été rapportée chez un patient non dialysé porteur d'une péritonite sclérosante (World J Gastroenterology 2005; 11: 2844-6).

Le tableau clinique présenté par notre patiente, mimant un cancer de l'ovaire, illustre la nécessité d'un haut indice de suspicion pour la PS, en particulier après greffe rénale.

Résumé 38

Péritonite chronique stérile guérie après ablation d'une prothèse herniaire

D Pagniez, Célia Lessore, Th Guincestre, Géraldine Robitaille, J-B Beuscart (Hôpital Huriez, Lille)

Nous rapportons le cas d'un patient avec une péritonite chronique stérile (PCS) et une prothèse herniaire.

Un patient diabétique de 68 ans commençait la DPCA en juillet 2008. Le 13 juin, un cathéter de Tenckhoff avait été inséré, et une hernie ombilicale traitée par mise en place d'un treillis prothétique intrapéritonéal (Bard Ventralex®). En août, un premier épisode de péritonite stérile évoluait favorablement sous traitement par vancomycine. Le 21 janvier 2009, le patient signalait que les poches étaient troubles depuis le début de l'année, sans autre symptomatologie. On retrouvait entre 270 et 2640 éléments par mm³, en majorité polynucléaires. Toutes les cultures étaient négatives, notamment pour les champignons et les mycobactéries. Le taux d'amylase péritonéal était normal. Plusieurs traitements antibiotiques s'avèrent inefficaces. Un scanner abdominal retrouvait une lithiase vésiculaire non compliquée, et une zone liquidienne derrière la prothèse. Une coelioscopie, pratiquée le 16 juin, ne retrouvait pas d'anomalie, et permettait l'ablation de la prothèse. L'effluent se clarifiait en quelques jours.

La responsabilité du treillis prothétique dans la genèse de la PCS apparaît établie par sa guérison rapide après ablation. Une origine allergique semble peu probable, car la prothèse est faite de polypropylène et de polytétrafluoroéthylène, peu allergisants.

Nous pensons que la péritonite stérile était réactionnelle à un foyer infectieux situé au niveau de la prothèse, comme cela est décrit avec divers foyers infectieux intra ou rétopéritonéaux (De Freitas DG, Perit Dial Int 2005; 25: 146-51).

L'éventualité d'une PCS prothétique doit être prise en considération lors de la discussion du traitement des hernies en dialyse péritonéale.

Résumé 39

Intérêt d'une consultation multidisciplinaire sur la prise en charge de l'état nutritionnel des patients en dialyse péritonéale

Lucie Denaeyer, Valérie Provoost, Arielle Desitter, R Azar (CH Dunkerque)

Le but de cette étude est de démontrer l'importance d'un suivi nutritionnel chez les patients traités par dialyse péritonéale (DP) lors d'une consultation multidisciplinaire trimestrielle par l'optimisation de la prise en charge globale du patient.

Notre centre suit entre 30 et 40 personnes en DP (moyenne d'âge à la mise en DP : 72,7 ans - mini 52 - maxi 88). Plus d'un tiers d'entre eux sont diabétiques (36,84%).

Les patients sont reçus en consultation multidisciplinaire tous les trois mois. Cette consultation conjointe est effectuée par le néphrologue, assisté d'un diététicien et d'une infirmière référente en DP. Le néphrologue, entre autres paramètres et prescriptions médicales, effectue, au vu de son examen clinique et des données biologiques du patient, une prescription nutritionnelle adaptée parallèlement à une évaluation de la qualité d'épuration de la DP.

Les principaux résultats à 2 ans de cette consultation sont représentés par :

- une meilleure adhésion du patient aux recommandations nutritionnelles découlant d'une cohérence du discours médical et paramédical, et objectivée par un plus grand nombre de patients observant la complémentation orale (+20%)
- une stabilité des taux de l'albumine plasmatique (32 +/- 3 g/l)
- une compréhension améliorée des changements de prescription des paramètres de dialyse, en les adaptant à l'état clinique des patients (+36%)

Ainsi, nous pensons qu'une consultation multidisciplinaire permet d'éviter la multiplication des rendez vous avec les différents professionnels de santé, d'où un gain de temps, de déplacements et un moindre impact de la maladie sur la qualité de vie de ces patients.

Résumé 40

Enquête sur la formation des infirmiers libéraux à la dialyse péritonéale (AUB-Santé)

Magali Croguennoc (AUB-Santé, Brest)

Le RDPLF avait montré un taux d'infections supérieur chez les patients dialysés péritonéaux assistés à domicile par des infirmiers. Nous avons donc mené une observation, sur la région Bretagne (à l'exception du territoire de Vannes), du respect des items abordés lors de la formation initiale des infirmiers libéraux.

L'étude s'appuie sur deux questionnaires: un premier destiné

aux infirmiers libéraux et un second aux infirmiers formateurs à l'AUB.

Les résultats mettent en évidence un écart sur plusieurs points essentiels: hygiène des mains, hygiène dans les soins (émergence, connexion, déconnexion), désinfection des surfaces et désinfection des sites d'injection des poches de dialyse.

L'analyse a permis de mettre en place des actions: visites à domicile semestrielles, rappels de formations réguliers, mobilisation active des infirmiers hygiénistes, inscription rigoureuse des patients au RDPLF pour un suivi statistique et épidémiologique.

Cette étude confirme la nécessité d'un engagement de collaboration entre les infirmiers formateurs et les infirmiers libéraux pour maintenir une bonne complémentarité et garantir une prise en charge de qualité du patient dialysé.

Résumé 41

Ultrafiltration comparée selon diverses concentrations de solutions hypertoniques

D Aguilera, E Da Costa, F Somda, Julie Leger (CH Vichy)

Les solutés glucosés (G) 3.86% sont utilisés pour produire de l'ultrafiltration (UF). L'utilisation de ces poches est associée à une absorption de G. Les poches à 2.27% sont peu utilisées en France. Quelle place pour le G 2.27%, et pour quel bénéfice ? Nous avons mesuré l'UF générée au cours d'un test de perméabilité avec une poche d'icodextrine (I) de 12 h, de G 3.86% et 2.27% à 4 heures ainsi que la PIP et la quantité de G absorbé à 30 et 60 minutes.

20 patients (9 F et 11 H) âgés de 66.1 ± 13.6 ans ont participé à l'étude. L'UF obtenue sous I est de 464.3 ± 450.9 ml. Celle obtenue avec les poches de 2.27% et 3.86% est de 583.3 ± 262.3 ml vs 855.6 ± 316.6 ml $p < 0.05$. L'UF de la poche 3.86% n'est pas influencée par l'UF de la poche I alors qu'elle est inversement proportionnelle à l'UF de la poche I pour les 2.27%. L'UF obtenue, avec les 3.86% comparativement aux 2.27% est sensible à l'augmentation de PIP. La réduction de G est pour les poches de 2.27% de 21.3% à 30 minutes (soit 4.8 g/l) et 35.8% à une heure (soit 8.1 g/l). L'absorption double lors d'utilisation de 3.86%. L'UF produite entre 3.86% et 2.27% est de 30% supérieure pour une absorption de glucose majorée de 43%.

En fonction de l'UF souhaitée, il peut être intéressant d'utiliser des 2.27%. La contrepartie est une économie d'absorption de glucose non négligeable eu égard à l'UF produite.

Résumé 42

SiVoIR : Si Vous étiez Insuffisant Rénal chronique terminal - Enquête à destination des néphrologues francophones et personnels paramédicaux de néphrologie - dialyse

Nolwenn Lorcy¹, Valérie Turmel¹, P Le Pogamp¹, E Oger¹, Cécile Couchoud², Cécile Vigneau¹
(¹CHU Rennes, ²Agence de la Biomédecine, Saint Denis La Plaine)

Introduction : La dialyse péritonéale (DP) est peu utilisée en France par rapport à l'hémodialyse (HD). Pourtant, les médecins

s'accordent pour laisser, si possible, le libre choix au patient. Dans ces conditions, 50% d'entre eux choisiraient la DP. Cette différence pourrait révéler une opinion négative des professionnels sur cette technique. Nous les avons donc interrogés sur leurs choix personnels en tant que patients théoriques.

Matériels et Méthodes : Les questionnaires ont été diffusés aux médecins membres de la Société de Néphrologie et aux paramédicaux de 7 centres de néphrologie. Leurs réponses ont été comparées aux données des patients insuffisants rénaux terminaux (IRT) incidents de 2008 (registre REIN). Résultats. 58,4% des 298 néphrologues répondants choisiraient la greffe préemptive (GP), 21,1% l'HD et 20,5% la DP, répartition statistiquement différente des 109 paramédicaux (respectivement 43,1%, 32,1% et 24,8%, $p < 0,001$) et des 3343 patients (8,2%, 81,7% et 10,1%, $p < 0,001$). Les médecins des régions à forte incidence de DP ont plus choisi cette technique que ceux des régions de faible incidence (79,0% vs 48,8%, $p < 0,05$).

Discussion : Cette enquête théorique montre une divergence entre les choix personnels des spécialistes et les techniques prescrites actuellement. Les médecins n'ont probablement pas une vision négative de la DP, même dans les régions à faible incidence. Les disparités régionales pourraient traduire, entre autres, l'hétérogénéité de la formation des médecins, et donc de l'information des patients. La GP représente quant à elle le traitement de choix de l'IRT pour la majorité des médecins interrogés, mais de nombreux facteurs peuvent limiter son développement.

Résumé 43

Pancréatite aigue après un mois de dialyse péritonéale

P Trolliet, P Hallonnet, Cora Lia Denicola, Roula Galland (CHU Lyon)

Le patient (60 ans) diabétique 2 présente une IRC au stade 5 (eDFG : 12 ml/min). Après 4 semaines de DPCA (2 x 2 litres glucosé 1.36 %), des douleurs abdominales et une asthénie croissante l'amènent en hospitalisation. Il apparaît ictérique, l'abdomen est douloureux, sans défense. Le dialysat est d'aspect normal (6 GR, 44 GB / mm³). La lipase est à 1965 UI/l. Le scanner confirme la pancréatite aigue céphalique nécrosante. L'échographie et la bili-IRM ne révèlent aucune anomalie canalaire bilio-pancréatique. Les triglycérides (initialement : 3.4 g/l) sont à 43.8 g/l, sans hyperglycémie importante. Le transfert en hémodialyse permet la résolution rapide de la PA et de l'hypertriglycéridémie :

	Début DP	HOSP	J + 15	+ 2 MOIS
Lipase (UI/l)	-	1965	573	79
Triglycérides (g/l)	3.4	43.8	1.9	1.5
HbA1c (%)	6.2	6.8	-	6.3

Les PA sont plus fréquentes en DP qu'en hémodialyse. L'hypertriglycéridémie, facteur de risque reconnu au dessus de 10 g/l, apparaît déterminante chez notre patient, en l'absence d'éthylisme, de pathologie canalaire bilio-pancréatique. Mineure initialement, elle a été aggravée par l'apport glucosé de la DP, au reste sans grande hyperglycémie. Le profil des apolipoprotéines (B, C2, C3, E) indique une réponse appropriée mais dépassée face à l'afflux de particules VLDL de grande taille ; une anomalie génétique de la lipoprotéine lipase est recherchée.

Bien qu'une telle complication soit exceptionnelle, sa prévention peut s'appuyer sur : identification des patients à risque, choix préférentiel de l'hémodialyse pour eux, icodextrine pour limiter la charge glucosée, contrôle rapproché des paramètres lipidiques en début de la DP.

Résumé 44

Amélioration de la prise en charge des patients dialysés péritonéaux en unité de néphrologie

*Coralie Philippe, Valérie Imbert, Séverine Dagon, Valérie Guyomarch, Sylvie Chicard
(CH Vichy)*

Du fait de l'organisation ambulatoire de la DP il est parfois difficile d'avoir une prise en charge optimum de ces patients. Les causes sont multiples : rotation des personnels, méconnaissance des procédures, isolement des équipes, spécificité de la pathologie...

Nous avons mis en place une procédure d'amélioration de la prise en charge des patients en DP par les IDE et AS. Elle inclut la formation, l'évaluation et le suivi des résultats. 4 items ont été proposés à partir des procédures existantes en DP :

- 1° Traçabilité des motifs d'appel,
- 2° Connaissance de l'utilisation des bibliothèques de procédure en DP,
- 3° Gestion des gestes techniques essentiels,
- 4° Qualité de la traçabilité du suivi en cas de replis.

Une liste d'indicateurs simples et pertinents a été proposée afin d'évaluer chacun des 5 items. Un audit a été réalisé sur une période de 1 à 3 mois.

ITEM	Indicateurs	Nb événements	Présence indicateurs	Exhaustivité des données
1	Fiche appel	15	8	50 %
2	Localisation des outils	19 IDE 14 AS	16 10	45 % 35 %
3	Procédure pansement	24	16	35 %
4	Traçage de l'information sur cahier de dialyse	24	20	60 %

Des mesures de corrections sont proposées comportant une amélioration des supports, une formation par petits groupes et la mise en place du suivi en continu des indicateurs. Le lien est complexe à mettre en place, une procédure de formation et de suivi de la qualité pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Résumé 46

Mise en place de la télé consultation chez un patient suivi depuis plus de 10 ans à domicile par une équipe mobile de dialyse péritonéale

*J-P Grangier, Agnès Caillette-Beaudoin, G Huguet, Cora Lia Denicola, Roula Galland, P Hallonet, Yolande Gagneux
(Calydial, Lyon)*

Le suivi au domicile de nos patients en DP est pour notre centre

un objectif constant avec la mise en place depuis 15 ans d'abord d'une équipe mobile de dialyse péritonéale infirmières et médicale, puis l'utilisation d'outils de télésurveillance pour sécuriser la prise en charge par l'analyse quotidienne des données DP et intervention sur alertes.

En 2010, le contexte juridique évolue: l'article L 4011-1 de la loi HPST permet désormais des coopérations interprofessionnelles formalisées et le décret de télémédecine du 19 octobre 2010 légitime la téléconsultation. Aussi, nous proposons une nouvelle offre de soin à nos patients: la téléconsultation de dialyse péritonéale.

Cette téléconsultation est organisée sur le même cahier des charges des UDM télésurveillée: un équipement permanent permettant la transmission par cahier électronique des données journalières du patient (poids; tension artérielle; ultrafiltration...), complété lors de la consultation réalisée au domicile par l'infirmier d'une mallette permettant une connexion sécurisée visio image et voix associée à un stéthoscope électronique pour auscultation à distance, et l'accès au dossier patient. Le néphrologue, à distance, a sur son bureau un écran dédié à la visio, un écran lui permettant d'accéder au dossier patient (antécédents, résultats biologiques, impression des prescriptions à distance) et au cahier électronique. La consultation se déroule entre le patient et le néphrologue par visioconférence, l'auscultation se fait avec le stéthoscope électronique par l'infirmière sous le contrôle du néphrologue. Nous proposons le partage de cette expérience et une première évaluation.

Résumé 47

Ateliers d'éducation thérapeutique en dialyse péritonéale

*Yolande Gagneux, Véronique Berger, Isabelle Calabrèse, Agnès Piquet-Gauthier, Cora Lia Denicola, Agnès Caillette-Beaudoin
(CALYDIAL, Lyon)*

Nous avons mis en œuvre en 2009, un programme d'éducation thérapeutique en DP (PETDP). Son objet est d'optimiser le rappel ou le maintien de connaissances suffisantes et appropriées pour l'entretien ou l'amélioration de l'autonomie de la qualité de vie en sensibilisant le patient en DP à la prévention des risques.

Patients et méthodes : Le PETDP est décliné en processus avec: Proposition d'intégration et recueil du consentement, réalisation du bilan partagé au domicile, finalisation du projet thérapeutique personnalisé en réunion multidisciplinaire. Organisation d'ateliers spécifiques par groupes de 4 à 5 patients, éventuellement accompagnés par un proche. Les évaluations de la satisfaction et de l'efficacité sont réalisées avant T0, après chaque atelier, en fin de cycle, à 6 mois puis 12 mois avec quizz notés.

21 patients inclus dans le PETDP. Leurs attentes concernent : le poids sec 80%, la tension artérielle 80%, les imprévus 90%, les médicaments 60%, les incidents 70%. La planification est adaptée à chaque cycle avec choix des ateliers médicaments, logistique, sécurité, vie quotidienne...

Les résultats en fin de cycle vs T0 sont : Quizz ordonnance +

50% ; Quizz « Testez vos connaissances ? » + 60%. Satisfaction des ateliers 100%. L'évaluation à six mois, est en cours et nous la rapporterons lors du RDPLF.

Conclusion : Notre PETDP satisfait patients mais aussi soignants, La nouvelle dynamique engendrée lors des ateliers de groupe est très encourageante.

Les données de notre RMM dialyse péritonéale et taux d'infection péritonéale devraient apporter des compléments de preuve sur l'utilité d'un tel programme.

Résumé 48

Analyse rétrospective d'un groupe de 79 patients en dialyse péritonéale âgés de 75 ans et plus

Cora Lia Denicola¹, P Trolliet², Agnès Caillette-Beaudouin¹, E Villar², M Labbeuw¹, E Kiledjian³
(¹CALYDIAL, Vienne, ²CH Pierre Bénite, ³CH Vienne)

La dialyse péritonéale est une modalité de traitement préconisée chez le patient âgé, parfois difficile à mettre en œuvre chez les très âgés. Notre équipe de dialyse péritonéale association/CHU a pris en charge de début 2000 à fin 2009 : 79 patients incidents (39 H/40 F), 18 % (14) non assistés dont 13 formés au domicile. 28 % sont décédés à leur domicile. Age moyen : 81.7 (75-96). Score Charlson moyen : 8.6 (5-12).

Nous avons analysé : survie, état nutritionnel, efficacité de dialyse, infections, problèmes techniques et sorties ; selon 3 groupes d'âge: 75-79, 80-84 et \geq 85 ans.

La survie de la cohorte > 75 % à 12 mois, 60 % à 24 mois et 35 % à 36 mois de traitement. Pour le groupe \geq 85 la survie est de un peu plus de 50 % à 1 an ; à 24 mois seulement de 30 %.

Des paramètres de dénutrition chez 53,12 % patients ont été trouvés (albumine < 35 g/l). La survie est moins bonne ($p < 0.05$) si l'albumine < 30 g/l : 50 % décédés à un an.

Taux des péritonite est bon 1/30 mois/patient. La survie de la technique était presque identique à la survie des patients. 68 % (54) des patients décédés, 49 % cause cardio-vasculaire et 31 % en rapport à un état de cachexie.

Si la dénutrition sévère et un âge \geq 85 ans diminuent considérablement la survie, la DP pratiquée par notre équipe DP association/CHU permet un maintien à domicile et est une excellente alternative à l'hémodialyse centre.

Résumé 49

Qui sont-ils ?

D Pagniez
(Hôpital Huriez, Lille)

Mon premier, patient diabétique à cheveux blancs, commence la DPCA en juillet 2008. Après une longue période de péritonite stérile début 2009, la DP se déroule maintenant sans difficulté.

Mon deuxième, le plus jeune, imberbe, aux antécédents de tuberculose péritonéale, reprend la DPCA en décembre 2007 en retour de greffe. Dans l'attente d'une nouvelle greffe, immunologiquement difficile, la DP est compliquée par l'existence d'une grande hyperperméabilité et d'une éventration.

Mon troisième, barbu, prédestiné à une néphropathie vasculaire,

est traité par DPCA depuis octobre 2007. Il l'interrompt régulièrement pour passer 10 jours au Bénin.

Qui sont-ils ?

Référence: Sheila 1971

Résumé 50

Télémédecine en dialyse péritonéale

Marie-Jeanne Coudert, O Planade, Elwire Willaume, J Chanliau
(A.L.T.I.R., Vandoeuvre-lès-Nancy)

Nous relatons l'expérience d'un système informatisé mis en place au niveau de l'A.L.T.I.R. (Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale) dans le cadre de la prise en charge des patients traités par dialyse péritonéale (DP) à domicile. L'outil informatique, utilisé dans sa forme actuelle (DIATELIC - DP) depuis 2003, a été proposé systématiquement à tous les patients DP.

Sur 8 ans (2003-2010), 209 patients ont été intégrés dans ce système de télémédecine. En plus des données administratives du patient, le système comporte les éléments du suivi médical spécifique de la DP. Un système-expert (profil évolutif et interprétatif basé sur le poids sec et l'état d'hydratation) propose une guidance thérapeutique.

Grâce à une plate-forme d'interfaçage informatique, les liens entre l'équipe soignante A.L.T.I.R. et le patient ainsi que le personnel intervenant à domicile, sont facilités. Au quotidien, la gestion des alertes automatiques et des messages électroniques permet une optimisation du suivi des patients.

Selon les données de ce système de télémédecine, un contact téléphonique peut être établi par l'équipe A.L.T.I.R. auprès du patient et de son entourage, et la décision d'une visite supplémentaire peut s'imposer, soit au domicile du patient, soit à l'A.L.T.I.R. (prise en charge infirmière, technique ou médicale).

Dans certains cas, une hospitalisation ultérieure, peut être prévenue par des mesures thérapeutiques adaptées et précoces, contribuant ainsi au confort des patients et à la réduction du coût économique en DP à domicile.

Résumé 51

Evaluation du mode de vie du patient en dialyse péritonéale

Marie-Jeanne Coudert, Elwire Willaume, J Chanliau
(A.L.T.I.R., Vandoeuvre-lès-Nancy)

Les patients en dialyse péritonéale à domicile (DP) présentent actuellement une moyenne d'âge en augmentation associée au risque de comorbidités. Le contexte global actuel se caractérise par une augmentation de la précarité sociale et économique. Ces différents facteurs nécessitent d'être pris en compte lors de la mise en DP et d'être évalués tout au long de la prise en charge en DP.

Nous proposons donc à partir de notre expérience et à la lumière des données de la littérature, des éléments d'évaluation du mode de vie du patient en DP à domicile.

Ce travail pluri-disciplinaire comporte des éléments collectés lors du suivi médical, de l'accompagnement infirmier, de l'évaluation sociale et de la prise en charge psychologique du patient.

Les données sont collectées de façon évolutive : avant la décision de mise en DP, lors de l'éducation à la DP et de l'installation à domicile ainsi que durant la prise en charge en DP à domicile. Une mention spéciale est faite concernant les personnes du 3e ou 4e âge et l'évaluation de leur degré de dépendance.

L'objectif de ce travail est d'aboutir à moyen terme à un outil d'évaluation du mode de vie du patient, d'utilisation aisée par les différents membres de l'équipe de soins et de façon systématique, afin de mettre en évidence, dans les délais les plus courts, d'éventuels changements du mode de vie susceptibles d'être pris en compte dans la prise en charge en DP à domicile.

Résumé 52

Dialyse péritonéale chez les patients polykystiques. Données du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF)

Th Lobbedez¹, M Touam², D Evans³, J-Ph Ryckelync¹,
B Knebelman⁴, Ch Verger⁵
(¹CHU Caen, ²AURA, Paris, ³RDPLF, Pontoise, ⁴CHU
Necker, Paris)

Il a été émis l'hypothèse que la polykystose était associée à l'échec de la dialyse péritonéale et à un risque augmenté de péritonites comparativement aux autres néphropathies.

Objectif : Etudier si la polykystose est un facteur de risque d'échec de la dialyse péritonéale et/ou de l'infection péritonéale.

Méthode : Etude rétrospective (01/01/02 au 31/12/02, fin d'observation : 31/12/2008) de 4162 patients incidents en dialyse péritonéale non diabétique. Les patients non polykystiques (PKR) ont été comparés aux polykystiques (non-PKR).

Résultats : 3818 patients PKR ont été comparés à 344 patients non-PKR. Les patients PKR étaient plus jeunes, présentaient moins de comorbidités étaient plus fréquemment traités par la dialyse péritonéale automatisée et moins fréquemment assistés que les autres patients. La première cause d'arrêt de dialyse était la transplantation pour les PKR et le décès pour les autres patients. En analyse multivariée seules les comorbidités et la taille du centre étaient associées à la survie de la méthode. Il n'y avait pas d'association entre PKD et le risque d'infection péritonéale (global ou infection d'origine entérique)

Discussion : Le volume rénal et l'association de la diverticulose colique pourraient être des facteurs favorisant l'échec de la dialyse péritonéale chez les patients polykystiques en augmentant le taux de complications pariétales et le risque d'infection péritonéale. Cette association n'a pas été observée. Il est possible que la sortie par transplantation des patients PKR empêche l'observation de la survenue de l'événement échec de dialyse péritonéale.

Conclusion : La dialyse péritonéale peut être utilisée chez les patients atteints de polykystose candidats à une transplantation rénale.

Résumé 53

Evaluation de l'état nutritionnel chez le dialysé péritonéal

F.Z. Berkchi, F.Z. Benhima, Samira Bekkaoui, Hakima Rahou, Fatima Ezzaitouni, Naima Ouzeddoun, Rabia Bayahia, Loubna Benamar

(CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco)

Introduction : La prise en charge diététique est une étape essentielle du suivi du patient dialysé péritonéal.

But : évaluation clinicobiologique de l'état nutritionnel en dialyse péritonéale.

Matériel : Etude rétrospective incluant 30 patients dialysés suivis durant une période de 3 ans. Nous avons évalué l'état nutritionnel de chaque patient avant la mise en dialyse puis régulièrement après le début de la dialyse. Il s'agit d'une évaluation clinique (âge, sexe, comorbidités, score de Charlson, tension artérielle, poids, index de masse corporelle : IMC, ancienneté en dialyse, nombre d'échange par jour et évaluation subjective globale : SGA) et biologique (protidémie et albuminémie, cholestérol, phosphorémie, créatininémie, hémoglobine, état inflammatoire et adéquation de la dialyse).

Résultats : L'âge moyen est de 48 ans. L'ancienneté moyenne en dialyse est de 15 mois. La moitié des patients sont sous 3 échanges/jour et un tiers sous 2 échanges/jour. Le score de Charlson moyen est de 3,4 points/patient. Avant le début de la dialyse l'IMC moyen est de 22,9 kg/m², il augmente après dialyse à une valeur moyenne de 25 à un an grâce à l'amélioration de l'appétit et l'adéquation de dialyse : Kt/v moyen = 2,1. Les protidémies et les albuminémies sont stables. Le cholestérol total reste stable avec amélioration de la fraction HDL qui passe 0,3 à 0,48 g/l après 6 mois. L'hémoglobine augmente à une moyenne de 12 g/dl à un an. Aucun patient ne présente un état inflammatoire chronique (CRP moyenne de 6 mg/l).

Conclusion : La prise en charge nutritionnelle est une partie intégrante en dialyse, à cause des déperditions péritonéales protéiques des poches riches en glucose.

Résumé 54

Péritonite à Pantoea SP

Marie-Jeanne Coudert, L Frimat, J Chanliau
(A.L.T.I.R., Vandoeuvre-lès-Nancy)

Nous rapportons l'observation d'un patient de 92 ans, suivi en dialyse péritonéale à domicile (DPCA) depuis l'âge de 89 ans et qui a présenté une péritonite à *Pantoea* SP.

Le patient, porteur d'une insuffisance rénale chronique dans un contexte d'atteinte cardio-vasculaire (HTA, artérite sévère des membres inférieurs et trouble du rythme cardiaque), avait présenté après 9 mois de DPCA, une occlusion abdominale (fécalome) d'évolution favorable sous traitement médical. A 3,5 ans de DPCA, le patient a été hospitalisé pour dialysat trouble. A posteriori, la notion de douleurs abdominales préexistantes depuis 3 jours et occultées par la patient initialement, a fait évoquer l'hypothèse d'un diagnostic de péritonite retardé. Une antibiothérapie intra-péritonéale (cefotaxime et vancomycine)

a été instaurée d'emblée en 1ère intention avec amélioration des douleurs abdominales en 24 heures. L'analyse au laboratoire confirmant la péritonite à bacille gram négatif, la vancomycine a été suspendue. L'identification du germe a révélé du *Pantoea* SP. Le patient est décédé au 2e jour d'hospitalisation dans un tableau évocateur d'infarctus myocardique massif ou de pneumopathie d'inhalation.

Dans la revue de la littérature, la péritonite à *Pantoea*, entérobactérie ubiquitaire, est rare. Dans 1 cas publié, une transmission par piqûre de rosier a été retenue et dans 1 autre cas une translocation digestive a été évoquée. La péritonite à *Pantoea* a été décrite comme potentiellement sévère, mais accessible à une antibiothérapie adaptée (ceftazidime dans les 2 publications) sous réserve d'être précoce.

Résumé 55

Polyradiculonévrite chronique associée à une hépatite virale B chez un dialysé péritonéal

F.Z. Berkchi, Samira Bekkaoui, F.Z. Benhima, Rabia Bayahia, Loubna Benamar (CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco)

Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite B est fréquente avec environ 400 millions de patients infectés dans le monde. Les manifestations extra-hépatiques sont présentes chez 20 % des patients aussi bien en phase aiguë qu'en phase chronique. Nous rapportons un cas d'un patient en dialyse péritonéale qui présente un tableau de polyradiculonévrite chronique associée à une hépatite B en phase aiguë.

Discussion : Les manifestations extra-hépatiques de l'HVB sont plus rares que celles rencontrées avec l'HVC. Elles sont dominées par la périartérite noueuse et les glomérulonéphrites.

Notre patient est âgé de 28 ans suivi en dialyse péritonéale sur néphropathie indéterminée depuis une année (bilan immunologique négatif). Le patient est porteur du virus de l'hépatite B de type mutant préC (Antigène HBS positif, anticorps anti HBC positif, antigène HBe négatif et l'anticorps anti HBe positif) de découverte fortuite. La PCR de l'HVB est positive à 15500 UI/ml et la ponction biopsie du foie note un niveau d'activité nulle (A0) ainsi que de fibrose (F0).

L'abstention thérapeutique était préconisée selon les recommandations. Le patient développe une lourdeur des membres inférieurs depuis 2 mois, cliniquement une diminution de la motricité segmentaire et globale bilatérale des deux membres inférieurs. L'électromyogramme montre l'aspect d'un guillain barré en phase de récupération. L'indication du traitement de l'HVB a été posée vu le tableau de polyradiculonévrite chronique.

Conclusion : Le problème soulevé est celui des manifestations extra-hépatiques de l'HVB rarement envisagées posant un problème de décision thérapeutique ainsi que de diagnostique différentiel avec les manifestations de maladies auto-immunes.

Résumé 56

Evaluation des déterminants cliniques, biologiques et phar-

macologiques du transport d'eau à travers les Aquaporines-1 chez des patients incidents en Dialyse Péritonéale (DP).

E Goffin¹, Hélène Munyentwali¹, G Clerbaux², Céline Maréchal¹, Agnès Dejardin², F Reginster² (1Clinique universitaire St Luc, Bruxelles, Belgium, 2Clinique des Deux-Alices, Bruxelles, Belgium)

Introduction : Des observations sur des souris invalidées pour l'Aquaporine-1 (AQP-1) ont montré que 50 % de l'UF obtenue en DP se fait à travers ces AQP-1. Nous avons évalué si des déterminants cliniques, biologiques ou pharmacologiques pouvaient influencer l'UF à travers les AQP-1 chez des patients incidents en DP.

Méthodologie : Entre les 1/2006 et 8/2010, nous avons réalisé un mini test d'équilibration péritonéale (PET) 1.58 mois après le début de la DP chez 49 patients incidents consécutifs, et étudié si l'âge (58.7±15.8), le sexe, l'IMC (25.1±4.9), la surface corporelle (1.77±0.03), la présence d'un diabète (n=19), d'une cardiopathie, (n=12), la clairance de la créatinine (7.2 ± 4.5 ml/min), la PIP pour un volume de 2000 ml (12.97±3.77 cm H2O), la prescription d'IEC ou sartans (n=37), statines (n=31), stéroïdes (n=7), aspirine (n=17), le transport péritonéal de la créatinine et du glucose, et les taux sériques de CRP (1±1.8 mg/dl) et d'albumine (3.1±0.4 g/dl) pouvaient influencer le transport d'H2O à travers les AQP-1.

Résultats : L'UF obtenue pendant le mini-PET était de 326.08±190.92 mls (217.12±156.25 et 109.39±71.29 mls à travers les petits pores et les AQP-1, respectivement). Le rapport D/P créatinine à la fin du PET et les taux sériques d'albumine et de CRP en analyse univariée, et le taux de CRP en analyse multivariée, étaient corrélés négativement avec l'UF à travers les AQP1.

Conclusions : Des marqueurs inflammatoires, comme les taux sériques de CRP et d'albumine, et les caractéristiques de transport des petits solutés sont des déterminants importants de l'UF à travers les AQP-1 chez des patients incidents en DP.

Résumé 57

Dialyse péritonéale avec assistance par des infirmières libérales : comment savoir faire preuve de persévérance.

Nicole Gomez, Marie Christine Boussier, Geneviève Dumont (CH Orléans)

La dialyse péritonéale (DP), effectuée au domicile des patients, peut nécessiter l'intervention d'infirmières libérales (Inf) plusieurs fois par jour. Une bonne entente entre patients et Inf est indispensable.

Mme L. âgée de 84 ans, doit débiter la DP en Janvier 2009 (système UV flash®) ; dès la 1ère infusion, elle ressent de violentes douleurs abdominales de cause indéterminée ; ces douleurs se reproduisent et font interrompre la DP. Le cathéter est changé, avec libération d'adhérences péritonéales ; cependant, les douleurs récidivent ; une hernie inguinale est suspectée, mais l'intervention ne révèle pas de hernie ; la DP est finalement débutée 5 mois après la mise en place du 1er cathéter (2 séances d'hémodialyse du fait de la fonction rénale résiduelle) avec un système double poche (Baxter) pour utiliser le PHYSIONEAL®. 2 mois plus tard, la patiente devient agressive, agitée. Une mésentente avec les Inf est suspectée et une nouvelle équipe Inf est formée à la DP. Survient

une surcharge hydrosodée nécessitant l'hospitalisation avec une péritonite au décours ; en Septembre 2009, Mme L. a de nouveaux troubles du comportement, liés à un problème relationnel avec la nouvelle équipe Inf ; une 3ème équipe est formée. En octobre 2009, elle présente une 2ème péritonite à E. coli, d'évolution favorable. Depuis ce dernier épisode, il n'y a pas eu de problème pour la prise en charge de cette patiente.

Lorsqu'un traitement par DP paraît adapté, il faut parfois faire preuve de persévérance pour maintenir les patients dans la technique et changer d'équipe Inf si besoin.

Résumé 58

Rôle de la diététicienne et de l'outil d'évaluation dans la fiabilité des enquêtes alimentaires en dialyse péritonéale.

*Corinne Liger, Ch Verger
(CH Pontoise)*

Introduction : Le but de cette étude a été d'évaluer la qualité de l'enquête alimentaire en DP et le rôle de la diététicienne.

Méthode : 1122 enquêtes alimentaires réalisées dans notre centre par une diététicienne dédiée utilisant le logiciel disponible sur le site du RDPLF. Nous avons demandé au RDPLF de comparer nos résultats à ceux de l'ensemble des centres à partir 1847 enquêtes du registre. La fiabilité de l'enquête était prise en compte et notée de 1 à 5 par l'enquêteur. Nous avons corrélé les apports protidiques à ceux estimés par la production d'urée, selon que l'enquête alimentaire était faite par une diététicienne ou non et selon qu'elle utilisait le logiciel proposé par le RDPLF ou non.

Résultats : au niveau de notre centre, le coefficient de corrélation était constamment significatif et supérieur à 0,42. La corrélation était moins bonne ($R=0,42$) dans le dernier bilan des patients notés peu fiables, la meilleure ($R=0,60$) au cours du dernier bilan des patients notés fiables. Sur l'ensemble des patients du RDPLF, les diététiciennes n'utilisant pas le logiciel avaient la corrélation la plus faible ($R = 0,22$), les infirmières avec le logiciel une corrélation intermédiaire ($R=0,29$), les diététiciennes avec le logiciel avaient la meilleure corrélation ($R=0,42$), proche de nos résultats, mais toutes n'étaient probablement pas des diététiciennes dédiées.

Conclusion : ces résultats démontrent l'importance d'avoir une diététicienne dédiée et l'utilité de l'aide d'un logiciel d'enquête afin de comparer avec une fiabilité satisfaisante les apports protidiques et le catabolisme azoté.

Liste des auteurs des résumés

Auteurs	n° page	Auteurs	n° page	Auteurs	n° page
Aazib L.....	6	Faure M.	11	Preissig C.....	7
Abderrahim E.....	10,14	Fernandes V.....	13	Provoost V.....	10,16
Agneray A.....	11	Ficheux M.....	10,12,14	Rahou H.	13
Aguilera D.....	17	Fischbach M.....	7	Reboul P.	5
Al Adib M.....	7	Frimat L.....	9	Regent S.	8
Albicy S.....	8	Gagneux Y.....	18	Reginster F.....	20
Alcan I.....	9	Gaied H.....	10,14	Reyna Carmona L.E.....	15
Amirou M.....	7	Galland R.....	17,18	Rihova Z.....	8,9
Arcaz V.....	14	Giraud M.....	8	Robitaille G.....	15,16
Azar R.....	10,16	Goffin E.....	6,13,20	Rossez N.....	8,9
Azeroual L.....	14	Gomez N.....	20	Roudier V.....	11
Bayahia R.....	12,13,20	Gonon P.....	8,10	Ryckelynck JP.....	5,9,10,12,14,15
Bdir CH.....	14	Graçat S.....	11	Sabri S.....	12,13
Bekaoui S.....	12,13,20	Grangier JP.....	18	Saidani F.....	6
Ben Abdallah T.....	10,14	Grezard O.....	12	Selgas R.....	3
Ben Ariba Y.....	10,14	Gueutin V.....	12	Sercer A.M.....	14
Benamar L.....	12,13,20	Guincestre TH.....	15,16	Sirajedine K.....	7
Benhima F.Z.....	12,20	Guyomarch V.....	18	Slimani Houti .M.....	13
Benziane A.....	6	Hably I.....	14	Smail N.....	10
Berger V.....	18	Haddya I.	13	Somda F.....	17
Berkchi FZ.....	12,20	Hafi A.....	12	Spinogatti N.....	13
Beuscart JB.....	9,15,16	Halabi G.	15	Taamma R.....	7
Boeschoten E.....	4	Hallonet P.....	17,18	Tedjani A.....	15
Boissinot L.....	9	Hedri H.....	10	Teta D.....	15
Boukelmoune M.....	11	Hedyaooui A.....	14	Thomas K.....	7
Boulanger E.....	9	Henri P.....	12	Thuillier-Lecouf A.....	10
Bourouma R.....	6	Hervé JP.....	13	Trollet P.....	17,19
Boussier M.C.....	20	Hooghe L.....	8	Tschaenn A.....	7
Branger B.....	5	Huguet G.....	18	Turmel V.....	17
Brayer I.....	8	Hurault de Ligny B.....	12,14	Vandenhoute K.....	9
Broughton A.....	6	Imbert V.....	18	Verger CH.....	6,9,12,15,21
Burnier M.....	15	Issad B.....	7,8	Vigneau C.....	17
Caillette-Beaudoin A.....	18,19	Jonon B.....	6	Villar E.	19
Calabrière I.....	18	Jouini H.	14	Von Ey F.....	11
Callebaut G.....	8	Jurine J.....	10	Vrtovsniik F.....	14
Cardineau E.....	9	Kheder A.....	10,14	Watine J.....	7
Cariou S.....	5	Kiledjian E.....	19	Willaume E.....	19
Castrale C.....	10	Knefati Y.....	11	Zagdoune E.....	9
Cauvin C.....	11	Labbeeuw M.....	19	Zahra Benhima F.....	12,13
Chanliau J.....	5,19	Lameire N.....	4	Ziane A.....	8,10
Châtelet V.....	12	Landru I.....	9		
Chicard S.....	18	Lavelle O.	11		
Chihaoui I.....	14	Le Pogamp P.....	17		
Clémendot L.....	4	Lecouf A.....	12,14		
Clerbaux G.....	20	Leger J.....	17		
Collart F.....	13	Lessore de Ste Foye C.....	9,15,16		
Colomb H.....	7	Libertalis M.....	9		
Couchoud C.....	17	Liger C.....	21		
Coudert MJ.....	19	Lobbedez TH.....	5,9,10,12,14,15		
Croguennoc M.....	16	Lombart D.....	7		
Cuny P.....	14	Lorcy N.....	17		
Da Costa E.....	17	Maillard M.....	15		
Dagon S.....	18	Maréchal C.....	20		
De Arteaga J.....	3	Mbarga R.....	6		
Dejardin A.....	20	Meaux B.	8		
Denaeyer.....	10,16	Mesquita M.....	8		
Denicola C.....	17, 18,19	Mondain JR.....	11		
Descamps C.....	14	Mongi Bacha M.....	10		
Desitter A.....	10,16	Munyentwali H.....	20		
Desmet JM.....	13	Ngopa F.....	6		
Dratwa M.....	8,9	Nortier J.....	13		
Du Halgouet C.....	14	Oger E.....	17		
Dubois V.....	7	Ortiz JP.....	5		
Duhamel A.....	9	Ounissi M.....	10,14		
Dumont G.....	12,20	Ouzeddoun N.....	12,13		
Dumortier F.....	9	Paderno MC.....	6		
Durand PY.....	13	Pagniez D.....	9,15,16,19		
Elbaz D.....	14	Paviot M.	11		
Equey J.....	15	Philippe C.....	18		
Evans D.	9,15	Piquet-Gauthier A.....	18		
Ezzaitouni F.....	13	Planade O.....	19		
Fabre E.....	15	Planchet M.....	8,10		
Faller B.....	5	Pochet JM.....	13		