

# Les points importants sur la dialyse en 2013

Pr Philippe Brunet  
Hôpital Conception – Marseille  
Pr Jean-Philippe Ryckelynck  
CHU de Caen

# Evaluation de la qualité en hémodialyse par la haute autorité de santé (HAS)

- Pour la première fois fin 2012-début 2013 une **évaluation de la qualité** va être faite dans les unités d'hémodialyse en France
- Les résultats de ces évaluations seront rendus **publics**.
- Cette démarche initiée en 2009, a été faite initialement à l'initiative des néphrologues des établissements de la FEHAP, rejoints ensuite par des représentants de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse (COMPAQH)

# Evaluation de la qualité en hémodialyse par la haute autorité de santé (HAS)

- Cette évaluation comprend 10 indicateurs :
  - Surveillance de l'anémie
  - Surveillance du bilan phospho-calcique
  - Surveillance du statut martial
  - Surveillance nutritionnelle
  - Réalisation des dosages biologiques
  - Surveillance sérologique des hépatites
  - Appréciation de l'épuration
  - Respect des prescription médicale des séances
  - Évaluation de l'accès à la transplantation
  - Voie d'abord vasculaire

## 2 indicateurs sont particulièrement novateurs :

- Il est demandé de faire figurer **l'évaluation de la possibilité de transplantation rénale** dans le dossier de tout patient dialysé.
- Il est demandé une **surveillance nutritionnelle** au minimum tous les 6 mois et une **consultation de diététicienne** dans les 3 mois si des critères d'alerte sont atteints

La dialyse doit actuellement s'intégrer dans un ensemble de propositions thérapeutiques comprenant :

- Le traitement conservateur
- La transplantation rénale
- La dialyse péritonéale
- L'hémodialyse

# Proposer les 2 techniques de dialyse

- dialyse péritonéale
- hémodialyse

. Il a beaucoup de données qui suggèrent actuellement que le taux de survie associé à ces 2 techniques est **similaire** (Voir une excellente revue sur ce sujet : Bargman et al, Sem Dialysis 2012, 25, 545-549)

. La dialyse péritonéale est la technique idéale pour assurer l'autonomie et le maintien à domicile

. Le choix de la DP doit pouvoir être proposé à différents stades, y compris lorsque le patient a débuté l'hémodialyse en urgence et sans **information et préparation préalables**

# Quand faut-il commencer la dialyse ?

Une seule étude contrôlée et randomisée : l'étude IDEAL

Comparaison de 2 groupes de patients – suivi 7 ans

**Groupe 1 :**  
**début dialyse précoce**  
**Clairance entre 14 et 10 ml/min**

**Groupe 2 :**  
**début dialyse tardif**  
**Clairance entre 7 et 5 ml/min**  
**Ou si symptômes**

**Résultat : survie identique dans les 2 groupes**

# Conclusion : pas de différence de survie entre le début de dialyse précoce ou tardif

- Le moment de la mise en dialyse doit être déterminé par le suivi des symptômes cliniques plutôt que par les critères biologiques.

# Que disent les recommandations

## Recos européennes (EBPG) 2002

- La dialyse doit être **débutée** lorsque DFG < 15 ml/min et qu'il y a : des signes d'urémie, une impossibilité de contrôler l'hydratation ou la PA, ou une aggravation de l'état nutritionnel. **Dans tous les cas la dialyse doit être débutée si le GFR atteint 6 ml/min même en l'absence de symptômes.**

## Recos européennes Mise à jour 2011

- La dialyse doit être **envisagée** lorsque DFG < 15 ml/min et qu'il y a : des signes d'urémie, une impossibilité de contrôler l'hydratation ou la PA, ou une aggravation de l'état nutritionnel. **Il faut tenir compte que la majorité des patients vont devenir symptomatiques et nécessiter la dialyse lorsque GFR 9-6 ml/min**

# Que disent les recommandations (suite)

**EBPG 2002**

**Mise à jour 2011**

- **Les patients avec maladie rénale chronique (MRC) doivent être préparés pour la dialyse, la transplantation ou le traitement conservateur avant que leur MRC devienne symptomatique.**
- **Une prise en charge par une clinique dédiée aux patients avec MRC avancée est recommandée**

# La durée des séances de dialyse

# Recommandations européennes concernant les stratégies de dialyse (2007)

- **R1.1.:** La dialyse doit être réalisée au moins 3 fois par semaine, au moins 12H par semaine, sauf si fonction rénale résiduelle.

Augmenter le temps et/ou la fréquence si :

- **R1.2. :** patients avec instabilité hémodynamique.
- **R1.3. :** patients qui restent hypertendus malgré une élimination liquidienne maximale.
- **R1.4. :** patients avec anomalies de contrôle du phosphore.
- **R 1.5. :** patients dénutris.

# La durée des séances de dialyse

Problème : comment favoriser les organisations qui permettent de prescrire des durées de séance adaptées aux besoins des patients ?

# Dialysat ultrapur et ultrafiltré

- L'ensemble des unités d'hémodialyse doit pouvoir aujourd'hui mettre à disposition des patients un dialysat ultrapur et ultrafiltré
- l'impact de la qualité du dialysat sur les complications a été bien montré (pathologies cardio-vasculaires, amylose)

# Membranes de dialyse à haute perméabilité

-Une grande étude européenne, l'étude MPO, a montré en 2009 une meilleure survie des patients traités sur membrane à haute perméabilité

(Locatelli et al, JASN 2009, 20, 645)

# Hémodiafiltration (HDF)

- L'HDF est actuellement la technique d'hémodialyse reconnue comme la plus performante (sur le plan de l'épuration)
- plusieurs études montrent également que l'HDF s'accompagne d'une diminution des chutes de pression artérielle
- mais il n'y a pas pour le moment de preuve indiscutable que l'HDF améliore la survie

Grooteman, JASN 2012, 23, 1087-1096

# Hémodiafiltration (HDF)

- La possibilité de faire de l'HDF pour des patients qui ont de gros besoins d'épuration devrait être disponible dans toutes les unités
- Il n'y a pas actuellement de preuve que l'HDF doit être réalisée pour tous les patients

# Hémodialyse quotidienne à domicile

- Des résultats récents montrent qu'une technique d'hémodialyse quotidienne courte (environ 2H30) peut être réalisée avec un dispositif technique simplifié :
  - générateur d'hémodialyse de petite taille
  - Pas de nécessité de faire une désinfection (système de lignes à usage unique)
- Cette option pourrait être proposée pour le domicile, au même titre que la DP

Weinhandl, JASN 2012, 23, 895-904

# Dialyse Péritonéale

- Pour tout traitement à domicile (HD ou DP) un diagnostic éducatif (première étape de l'ETP) est souhaitable (appréciation des conditions d'habitat, socio-professionnelles, motivation etc...)
- La dose de dialyse (volume de dialysat, nombre de jours de traitement), la modalité de DP (DPA vs DPCA) sont à apprécier selon la clinique, les paramètres de surveillance biologique (recommandations de l'ISPD) et de la fonction rénale résiduelle

# Aspects psychologiques et éthiques

Une révision de l'approche des relations établissements / soignants / patients paraît nécessaire également dans le domaine de la dialyse

Les capacités de choix et de décision des patients doivent probablement être développées :

- Concernant le moment du démarrage de la dialyse
- concernant le choix de la technique de dialyse
- concernant le choix du programme de dialyse

Rappel : Circulaire DHOS/SDO n° 228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 : « Tous les établissements autorisés pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale s'assurent le concours, pour cette activité, **d'une diététicienne, d'un(e) psychologue et un(e) assistant(e) social(e).** »