



Jean Philippe Ryckelynck

→ LES AVANCÉES EN DIALYSE À DOMICILE : un nouvel essor lié à l'hémodialyse quotidienne ?

Jean Philippe Ryckelynck, Maxence Ficheux, Clémence Béchade, Patrick Henri, Bruno Hurault de Ligny, Thierry Lobbedez Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation rénale - CHU Clemenceau - 14033 Caen cedex - ryckelynck-jp@orange.fr

Le décret du 23 septembre 2002, relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par la pratique de l'épuration extrarénale précise que celle-ci est exercée selon les quatre modalités suivantes : l'hémodialyse en centre, l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, l'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée et *la dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale* ^[1].

Les données du Registre REIN de 2011 montre, qu'en terme de prévalence, l'hémodialyse à domicile (HDD) concerne environ 1% des dialysés et la dialyse péritonéale (DP) 7%, avec de très grandes disparités d'une région à l'autre pour la DP ^[2]. Le recul de l'HDD au cours de deux dernières décennies est imputable au développement de l'autodialyse, à la complexité croissante des générateurs d'hémodialyse, à l'évolution de la DP dans certaines régions notamment la Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA) avec cycleur, facilitant l'autonomie des patients ou la Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA) avec 3 à 4 poches par jour.

Au cours des années 90, un nouvel essor de l'HDD est rapporté au Canada avec le développement de l'hémodialyse longue nocturne à domicile. Selon le Registre ANZDATA (Australie et Nouvelle Zélande), au cours de la période 2001-2007, le nombre de patients en HDD est d'environ 900 soit 12% de la population en hémodialyse ^[3]. Cette évolution est liée aux bons résultats obtenus avec l'hémodialyse quotidienne (HDQ). Cette dernière se caractérise par un minimum de 5 séances hebdomadaires : il s'agit dès lors d'une méthode de dialyse quasi-continue permettant d'éviter ou de minimiser les conséquences de l'hémodialyse (HD) intermittente (hyperkaliémie, œdème aigu du poumon, syndrome de déséquilibre avec hypotension artérielle per dialytique, fatigue postdialytique ...).

L'HDQ peut être pratiquée selon plusieurs modalités : HDQ courte à haut débit de dialysat en centre, HDQ courte à bas débit dialysat à domicile, HDQ nocturne longue à bas débit dialysat en antenne ou à domicile. Les avantages cliniques ont été rapportés dans plusieurs publications ^[4-5]: contrôle optimal de la tension artérielle avec diminution de l'hypertrophie ventriculaire gauche, moindre rétention hydrosodée, amélioration de l'état nutritionnel et de la tolérance des séances, meilleur contrôle de la phosphorémie et de l'hémoglobine. Il est relaté par ailleurs un impact favorable sur la qualité de vie associée à une augmentation de l'appétit (sensation de bien-être, réduction des contraintes diététiques, diminution des médicaments) et de l'activité physique. L'anémie est contrôlée, stable avec une baisse de la consommation d'érythropoïétine de 30 à 40%. Comparativement à l'HD en centre, la fréquence des crampes, des nausées et vomissements, des épisodes d'hypotension artérielle per dialytiques, du prurit et de la fatigue est significativement plus faible en HDQ (Tableau I) ^[4].

Tableau I : Tolérance en cours de séances d'hémodialyse

	HDC	HDQ
Crampes	65.0 ± 18.4	91.7 ± 12.5*
Nausées et vomissements	93.3 ± 14.8	100.0 ± 0.0*
Hypotension	78.3 ± 11.4	98.3 ± 5.6**
Prurit	85.0 ± 19.7	96.7 ± 15.1
Fatigue	63.3 ± 16.4	95.0 ± 14.8**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

100 = excellent 0 = mauvais

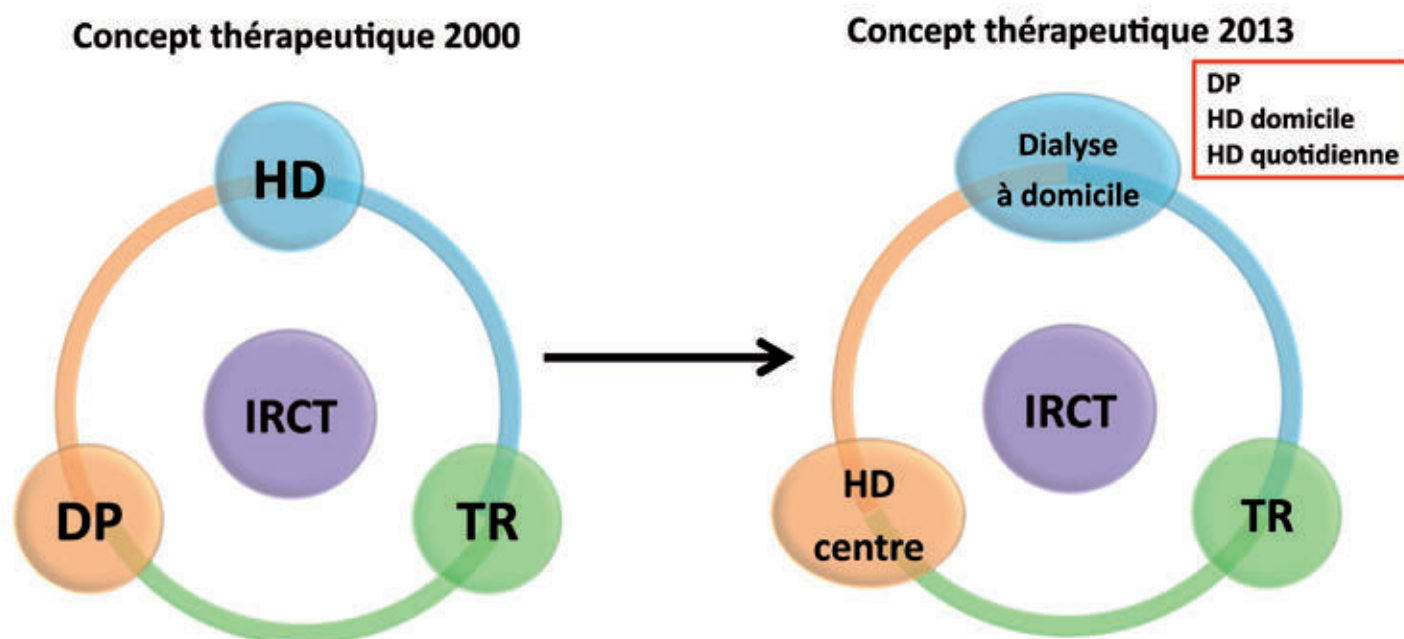
HDC = hémodialyse conventionnelle

HDQ = hémodialyse quotidienne

d'après Galland R. *Sem in Dial* 2004, 17: 104 -

Entre les séances, la soif est moindre de même que la restriction en boissons. Enfin selon le Registre

Figure 1 : Nouveau concept de prise en charge de l'IRCT



HD : hémodialyse – DP : dialyse péritonéale – TR : transplantation rénale
IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
d'après Van Biesen W, J Am Soc Nephrol 2000; 11:116-125

américain USRDS, la survie des patients est meilleure en HDQ qu'en HD conventionnelle les patients étant appariés selon l'âge, le sexe et la maladie causale⁽⁶⁾.

Les indications de l'HDQ sont diverses. Elles peuvent être temporaires en cas de renutrition après une chirurgie lourde notamment. L'HDQ peut être proposée à de nombreux patients car certains d'entre eux peuvent être attirés en premier lieu par les bons résultats constatés en termes de qualité de vie physique et psychique.

L'HDQ peut être envisagée en cas d'hypertension artérielle réfractaire, non contrôlée par l'HD conventionnelle et le traitement médicamenteux associant souvent plusieurs classes d'antihypertenseurs. Il en est de même pour les patients ne tolérant pas les séances d'HD conventionnelle d'une durée de 4 à 5 heures ou ayant des prises de poids interdialytiques importantes.

L'impact sur l'utilisation plus fréquente de l'abord vasculaire est controversée. Selon les données du FHN Trial Group, le nombre de thromboses ou d'autres incidents n'est pas plus important à 1 an

en HDQ qu'en HD conventionnelle⁽⁷⁾. Pour Galland et collaborateurs, les thromboses de l'abord vasculaire seraient plus fréquentes (données personnelles, ARN Paris 2011). La technique du Buttonhole, moins traumatisante pour les vaisseaux, est prônée : elle serait moins douloureuse pour les patients, réduirait les erreurs de ponction et la fréquence d'apparition des anévrysmes augmentant de ce fait la durée de vie de la fistule artérioveineuse⁽⁸⁾.

L'évolution technologique joue sans conteste un rôle important dans le développement actuel de l'HDQ. Les moniteurs spécifiques pour l'HDQ sont plus simples avec une rapidité concernant la préparation, plus facilement transportables et ne nécessitent pas d'alimentation en eau dans la mesure où le dialysat est en poche (comme en DP) prêt à l'emploi.

Plusieurs appareils sont disponibles et de nouvelles avancées technologiques ont fait l'objet de démonstration au cours des récents congrès (ERA-EDTA Amsterdam 2014). Le temps de formation est relativement court (18 séances en 4 semaines par patient pour les 5 premiers patients) selon notre expérience au CHU de Caen.

Le profil des patients est le suivant pour les 9 récents patients : 2 d'entre eux étaient préalablement en DP, 3 en autodialyse, 3 en échec de transplantation rénale et un seul débutait l'épuration extrarénale. L'accès à l'HDQ de patients naïfs, indemnes de tout traitement de l'IRC terminale (IRCT), est donc rare à ce jour dans notre expérience (M. Ficheux, Université d'été, Société Francophone de Dialyse, Saint Malo juin 2013).

Dans le même temps, les évolutions technologiques se poursuivent en dialyse péritonéale. Le caractère de plus en plus convivial des cycleurs, également en cours de miniaturisation avec une version portable dans les années à venir, a permis un essor de la DP au profit de la DPA avec possibilité d'une assistance à domicile par une infirmière pour les patients les plus âgés et les moins autonomes.

Selon les données du Registre REIN 2011, 4% des patients dialysés sont en DPCA et 3% en DPA. Les clés du succès d'un programme de dialyse à domicile passent inévitablement par un programme d'éducation thérapeutique (ETP) selon un cahier des charges bien établi par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il comprend dans un premier temps un diagnostic éducatif afin de percevoir les souhaits du patient et de son entourage ainsi que de préciser son environnement. L'appel à une équipe pluridisciplinaire est indispensable : outre l'association médecin-infirmière-patient, l'aide d'une diététicienne, d'une psychologue, d'une assistante sociale et d'un ou plusieurs patient-témoins sont souhaitables chaque fois que possible. Des protocoles écrits permettant la circulation de l'information auprès des différents intervenants sont exigés. Cela permettra de faire le bon choix en toute connaissance de cause. Tout doit être centré autour du patient, le principal acteur.

Le concept de la prise en charge de l'IRCT a évolué de 2000 à 2013 (Figure 1). Trois options doivent chaque fois que possible être proposées : la dialyse à domicile, l'hémodialyse en centre (centre dit « lourd » ambulatoire ou autodialyse ou unité de dialyse médicalisée), la transplantation rénale pré-emptive.

La dialyse à domicile doit pouvoir être déclinée en HD conventionnelle, HDQ et DP (DPCA ou DPA). C'est la raison pour laquelle le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF) a mis à

disposition des prescripteurs en 2013 un module concernant l'HD domicile (HD conventionnelle et HDQ). Quelles sont les perspectives pour 2020 ? A cette question, les réponses peuvent être hasardeuses ! Néanmoins on peut espérer, pour de multiples raisons et notamment avec la mise en place des propositions émanant des Etats Généraux du Rein (EGR), qu'en 2020 un minimum de 50% des patients vivra avec un greffon rénal fonctionnel pourcentage déjà atteint dans certains régions, 15% en DP, 5 à 8% en HDD notamment en HDQ et un peu moins de 30% en centre.

Ces objectifs ne pourront être atteints qu'avec le concours de toutes les parties concernées. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique
2. Rapport annuel REIN 2011. Agence de la Biomédecine. <http://www.agence-biomedecine.fr/uploads/document/rapport-rein-2011.pdf>
3. Agar JWM. International Variations and Trends in Home Hemodialysis. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2009;16:205-214
4. Galland R, Traeger J. Short daily hemodialysis and nutritional status in patients with chronic renal failure. *Semin Dial* 2004;17:104-108
5. Traeger J, Galland R, Delawari E, Arkouche W, Hadden R. Six years' experience with short daily hemodialysis : do the early improvements persist in the mid and long term ? *Hemodial Int* 2004;8:151-158
6. Kjellstrand CM, Buoncristiani U, Ting G, Traeger J, Piccoli GB, Sibai-Galland R, Young BA, Blagg CR. Short daily haemodialysis : survival in 415 patients treated for 1006 patient-years. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:3283-3289
7. The FHN Trial Group. In-Center Hemodialysis Six Times per Week versus Three Times. *N Engl J Med* 2010; 363:2287-2300
8. Verhallen A. Successful vascular access management for home haemodialysis : a practical approach. *Journ Renal Care* 2013;39 (suppl1):28-34

Adresse de correspondance : Pr JPh Ryckelynck
7 rue de Gruchy - 14280 Saint Contest