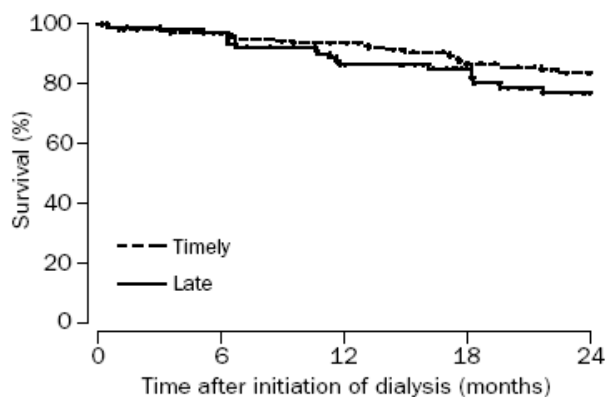


Indication à débuter le traitement de suppléance

- Manifestations cliniques de l'urémie
 - Pericardite
 - Surcharge hydrosodée
 - Hypertension résistante
 - Encéphalopathie ou neuropathie urémique
 - Syndrome hémorragique menaçant
 - Nausée et vomissement ,anorexie permanente
 - Dénutrition
 - Fléchissement de la vigilance et des fonctions cognitives
 - Prurit rebelle ,syndrome des jambes sans repos
- Critères biologiques
 - Créatininémie $>1000\mu\text{mol/l}$,Urée $>40\text{ mmol/l}$
 - CI Cal Créat à 10ml/mn (et même avant :diabétiques,IC)

Début HD et recommandations



Number at risk

| | | | | | |
|----------------|-----|-----|-----|-----|----|
| Timely starter | 159 | 148 | 136 | 105 | 72 |
| Late starter | 94 | 86 | 72 | 57 | 35 |

Korevaar et coll. Lancet 2001;358:1046-50

Prise en charge de l'insuffisance rénale terminale

- Trois méthodes de suppléance
 - La transplantation
 - L'hémodialyse
 - La dialyse péritonéale
- Ces méthodes ne sont pas exclusives l'une de l'autre
- Elle nécessite une préparation
 - Physique
 - Psychologique

Choix du traitement de suppléance rénale

- La transplantation est le traitement de choix de l'IRCT
 - Réduction de la morbi-mortalité chez la plupart des malades
 - Amélioration de la qualité de vie
 - 25-30% des IRCT sont des candidats appropriés
- La transplantation doit être envisagée systématiquement en fonction de l'âge et des comorbidités
 - Elle nécessite un bilan (cardiovasculaire, virologique ...)
 - Elle peut être réalisée avant dialyse

Choix du traitement de suppléance rénale

- Préparation à l'hémodialyse
 - Nécessité d'un abord vasculaire: *importance de préserver le capital vasculaire*
 - Plusieurs types d'accès
 - Fistule artério-veineuse +++
 - Pontage synthétique en »Goretex »
 - Cathéter tunnellisé implantable en souscutané
 - Vaccination préventive Genhevac ou Engerix
 - » 4 injections à 0-1-2-4 mois et suivi Ac
 - » Rappel à 12 mois
- Favoriser l'autonomie des malades
 - Hémodialyse à domicile
 - Autodialyse
 - Unités de dialyse médicalisée

Choix du traitement de suppléance rénale

- Préparation à la dialyse péritonéale
 - Mise en place du cathéter 10 à 14 jours avant le début de la dialyse
 - Deux techniques
 - DPCA
 - DPA
 - Pourrait être une méthode de première intention
 - Importance de la diurèse résiduelle

Choix du traitement de suppléance rénale

- La transplantation est le traitement de choix de l'IRCT
 - Réduction de la morbi-mortalité chez la plupart des malades
 - Amélioration de la qualité de vie
 - 25-30% des IRCT sont des candidats appropriés
- La transplantation doit être envisagée systématiquement en fonction de l'âge et des comorbidités
 - Elle nécessite un bilan (cardiovasculaire, virologique ...)
 - Elle peut être réalisée avant dialyse

Choix du traitement de suppléance rénale

- Préparation à l'hémodialyse
 - Nécessité d'un abord vasculaire: *importance de préserver le capital vasculaire*
 - Plusieurs types d'accès
 - Fistule artério-veineuse +++
 - Pontage synthétique en »Goretex »
 - Cathéter tunnalisé implantable en sous-cutané
 - Vaccination préventive Genhevac ou Engerix
 - » 4 injections à 0-1-2-4 mois et suivi Ac
 - » Rappel à 12 mois
- Favoriser l'autonomie des malades
 - Hémodialyse à domicile
 - Autodialyse
 - Unités de dialyse médicalisée

Une prise en charge trop tardive

- Le constat de juin 2003 :
 - Nouveaux dialysés sans suivi néphrologique : 20-30%
 - Début de dialyse en urgence : 38.8%

- Conséquences :
 - Première méthode de traitement: hémodialyse dans 81%
 - Longue durée d'hospitalisation initiale: 30 jours
 - Coûts supplémentaires: env. 40 000 € par patient
 - Perte d'autonomie, aux dépens des méthodes de dialyse ambulatoires
 - Dialyse à domicile, Dialyse péritonéale: 4 fois moins
 - Autodialyse: 2 fois moins
 - Morbi-mortalité accrue dans les premiers mois de dialyse
 - Excès de risque cardiovasculaire: x 4

Dialyse et personne âgée

Insuffisance rénale terminale

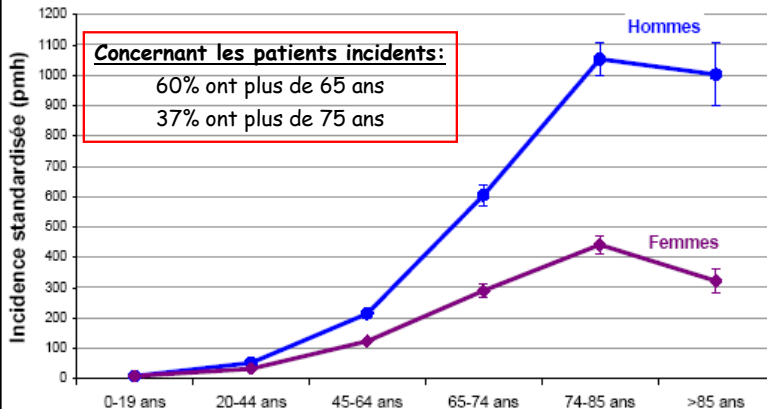
Age des cas à l'initiation du traitement selon le sexe et la maladie rénale initiale

| Age | n | Moyenne | Ecart-type | Médiane | Min | Max |
|---------------------------|-------|---------|------------|---------|------|------|
| selon le sexe | | | | | | |
| Hommes | 4 953 | 68,2 | 16,0 | 69,7 | 0,0 | 97,3 |
| Femmes | 3 080 | 68,4 | 16,8 | 70,6 | 0,0 | 98,7 |
| selon la maladie initiale | | | | | | |
| Glomérulonéphrite | 932 | 58,3 | 16,0 | 59,8 | 2,2 | 93,9 |
| Pyélonéphrite | 321 | 60,3 | 20,3 | 64,1 | 0,2 | 92,1 |
| Polykystose | 497 | 58,5 | 12,8 | 57,4 | 19,3 | 94,7 |
| Diabète | 1 808 | 67,9 | 12,3 | 69,6 | 21,3 | 95,2 |
| Hypertension | 1 927 | 73,3 | 12,6 | 76,3 | 0,0 | 97,3 |
| Vasculaire | 125 | 73,6 | 10,6 | 75,3 | 15,2 | 91,2 |
| Autre | 1 255 | 61,7 | 19,1 | 65,7 | 0,0 | 93,7 |
| Inconnu | 1 038 | 67,4 | 17,2 | 71,5 | 10,8 | 98,7 |
| Données manquantes | 128 | 68,6 | 14,4 | 72,2 | 21,2 | 88,4 |
| Total 20 régions | 8 033 | 68,3 | 16,3 | 70,0 | 0,0 | 98,7 |

Registre REIN 2008

Insuffisance rénale terminale

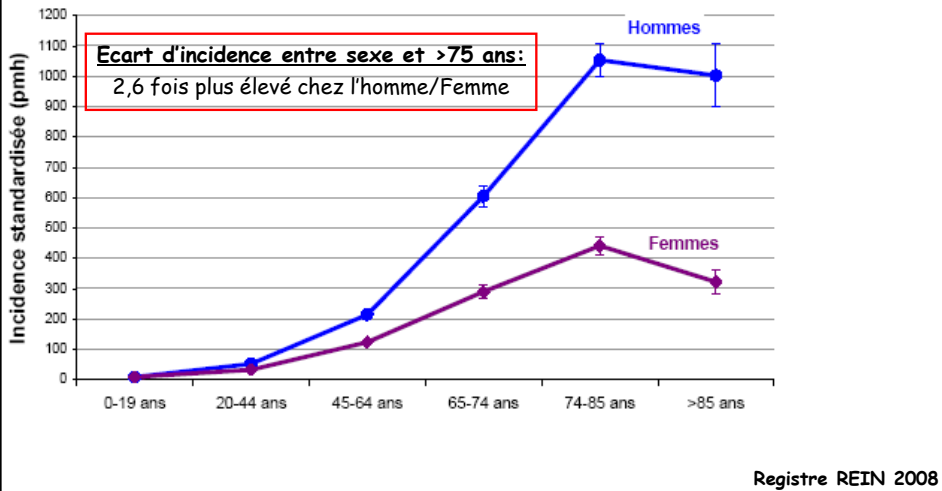
Incidence standardisée de l'insuffisance rénale terminale par âge et par sexe



Registre REIN 2008

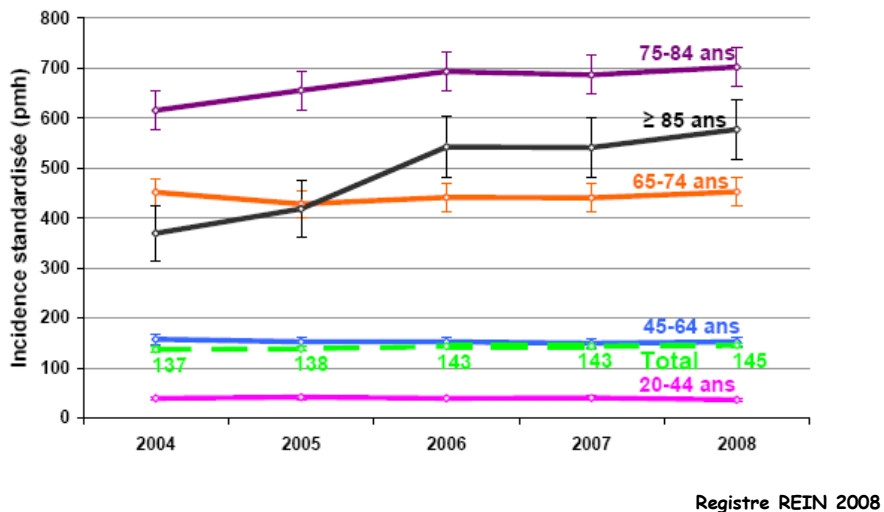
Insuffisance rénale terminale

Incidence standardisée de l'insuffisance rénale terminale par âge et par sexe



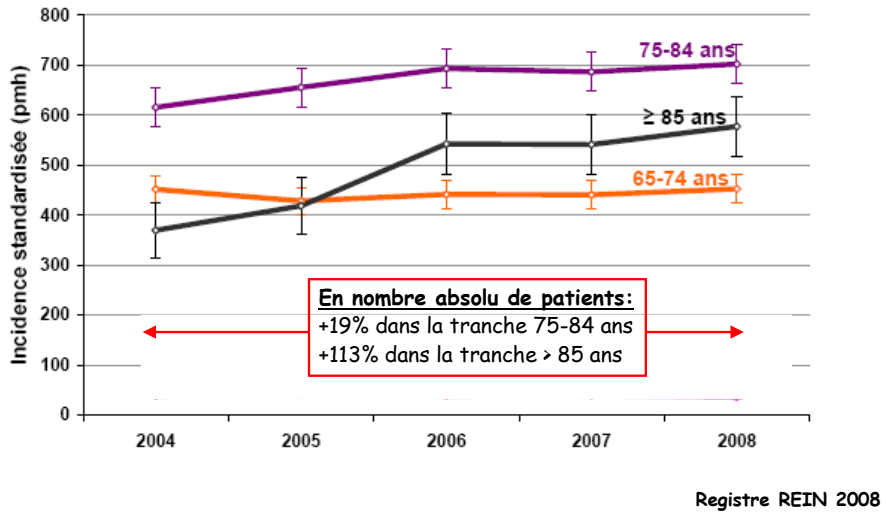
Insuffisance rénale terminale

Evolution de l'incidence standardisée de l'IRT traitée par tranche d'âge (Analyse réalisée dans 9 régions)



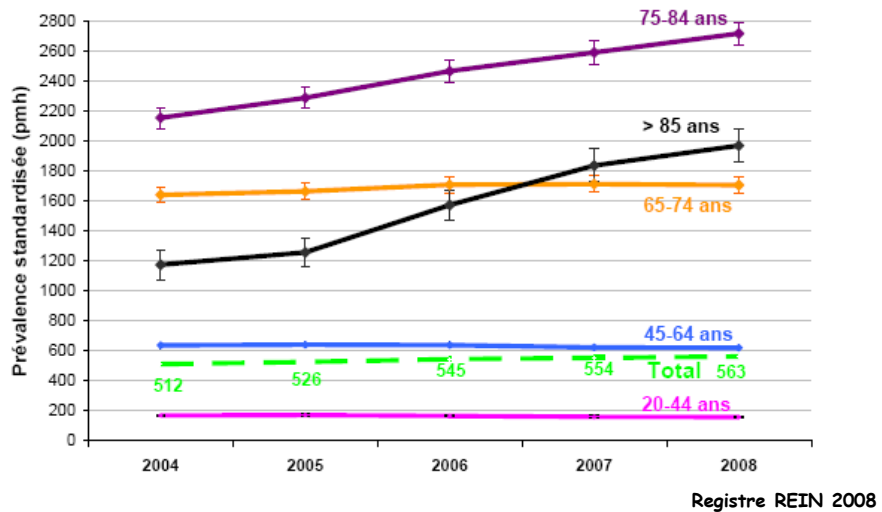
Insuffisance rénale terminale

Evolution de l'incidence standardisée de l'IRT traitée par tranche d'âge
(Analyse réalisée dans 9 régions)



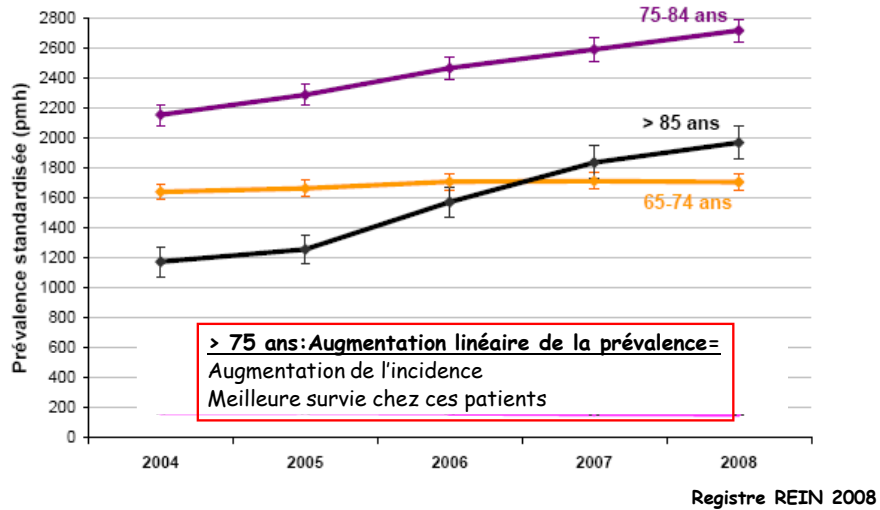
Insuffisance rénale terminale

Evolution de la prévalence standardisée de l'IRT traitée par tranche d'âge
(Analyse réalisée dans 9 régions)



Insuffisance rénale terminale

Evolution de la prévalence standardisée de l'IRT traitée par tranche d'âge (Analyse réalisée dans 9 régions)



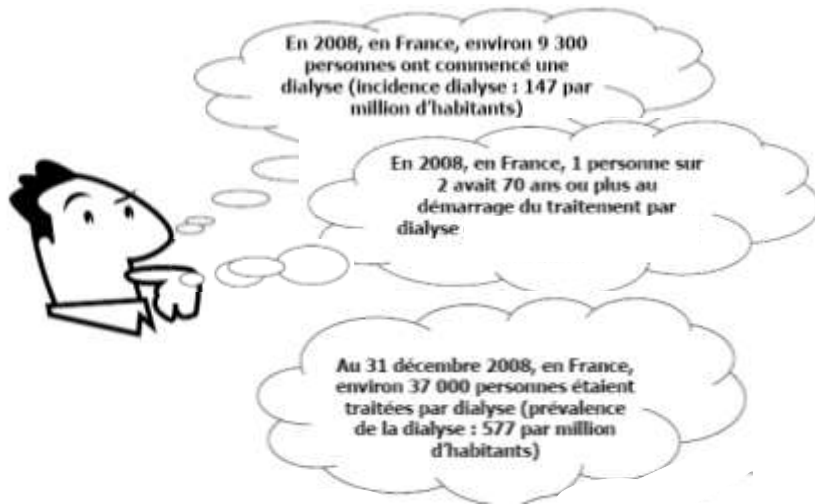
Insuffisance rénale terminale

Distribution des cas incidents selon la maladie rénale et les sexe

| Maladie rénale initiale | Total | | Hommes | | Femmes | |
|-------------------------|-------|------|--------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Glomérulonéphrite | 928 | 11,7 | 626 | 12,9 | 302 | 9,9 |
| Pyélonéphrite | 321 | 4,1 | 183 | 3,8 | 138 | 4,5 |
| Polykystose | 497 | 6,3 | 272 | 5,6 | 225 | 7,4 |
| Diabète | 1 810 | 22,9 | 1 049 | 21,6 | 761 | 25,0 |
| Hypertension | 1 927 | 24,4 | 1 290 | 26,5 | 637 | 21,0 |
| Vasculaire | 125 | 1,6 | 83 | 1,7 | 42 | 1,4 |
| Autre | 1 259 | 15,9 | 739 | 15,2 | 520 | 17,1 |
| Inconnu | 1 038 | 13,1 | 625 | 12,8 | 413 | 13,6 |
| Total | 7 905 | 100 | 4 867 | 100 | 3 038 | 100 |

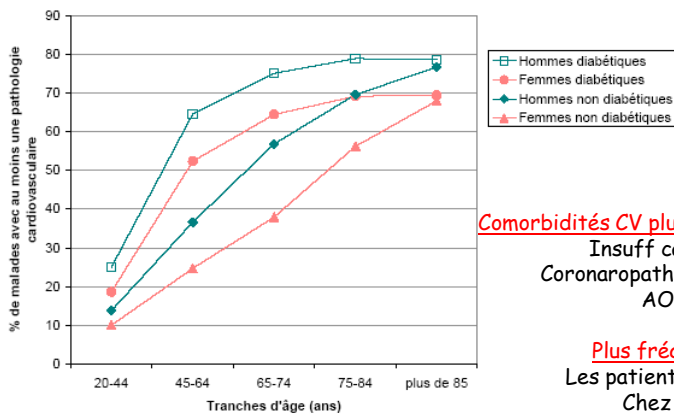
Registre REIN 2008

Insuffisance rénale terminale



Insuffisance rénale terminale

Pourcentage de nouveaux cas avec au moins 1 pathologie cardio-vasculaire:



Comorbidités CV plus fréquemment déclarées:

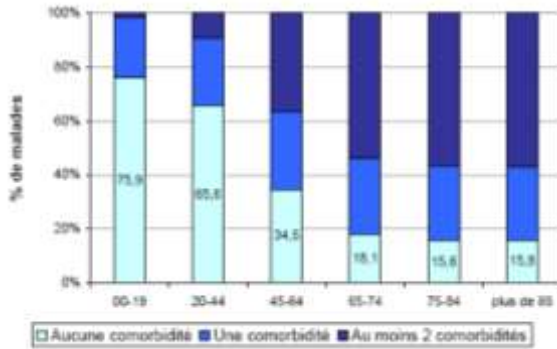
Insuff cardiaque = 27%
 Coronaropathie ischémique = 25%
 AOMI = 20%

Plus fréquentes parmi:
 Les patients avec un diabète
 Chez les hommes

Registre REIN 2008

Insuffisance rénale terminale

Nombre de comorbidités à l'initiation de l'EER selon l'âge:



- Comorbidités:**
- Pathologies CV
 - Diabète
 - Hépatite virale
 - Cirrhose
 - Insuffisance respi
 - ATCD de cancer
 - VIH/SIDA

Au-delà de 75 ans,
84% des malades avaient au moins une comorbidité à l'initiation de l'EER

Registre REIN 2008

Modalité de traitement

Patients incidents IRT traités

Hémodialyse:

85%

Dialyse péritonéale:

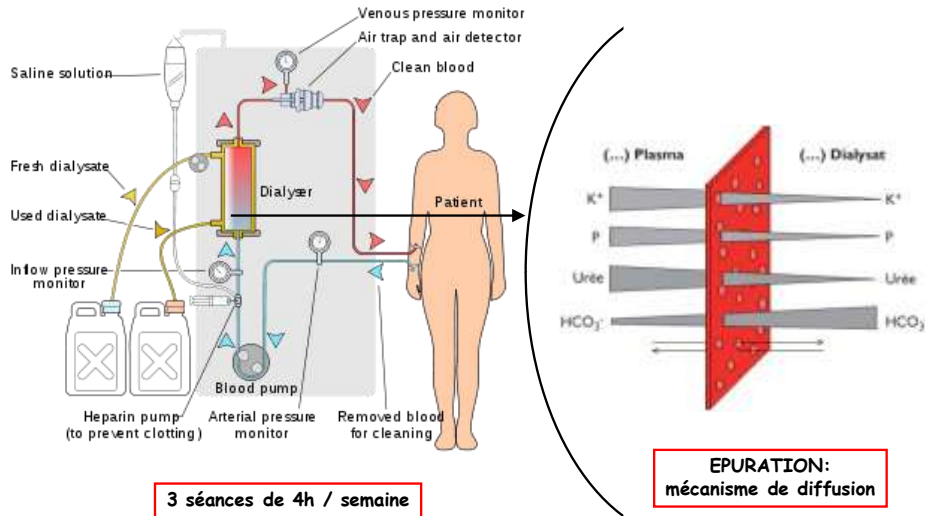
12%

Greffe préemptive:

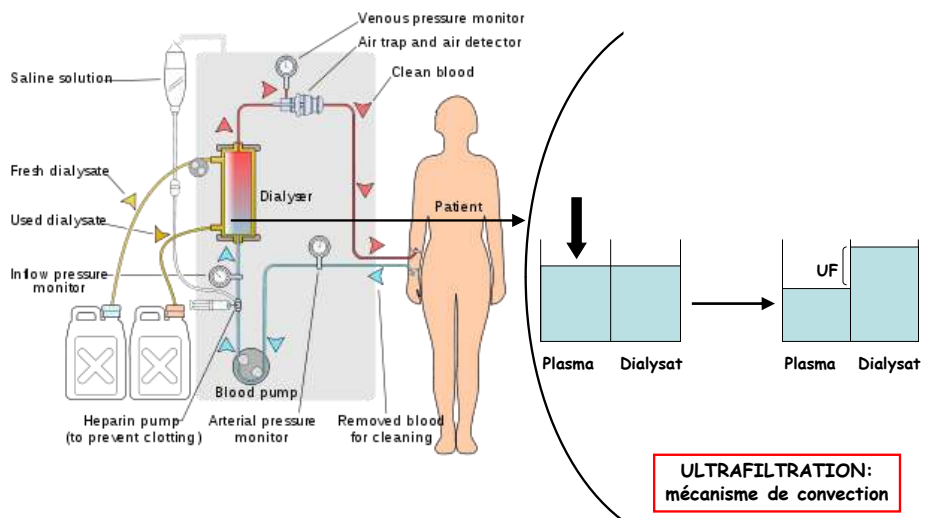
3%



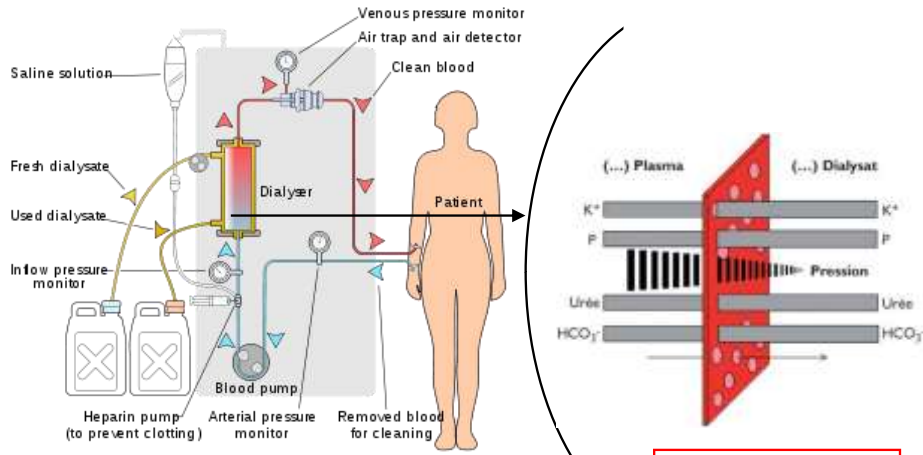
Hémodialyse



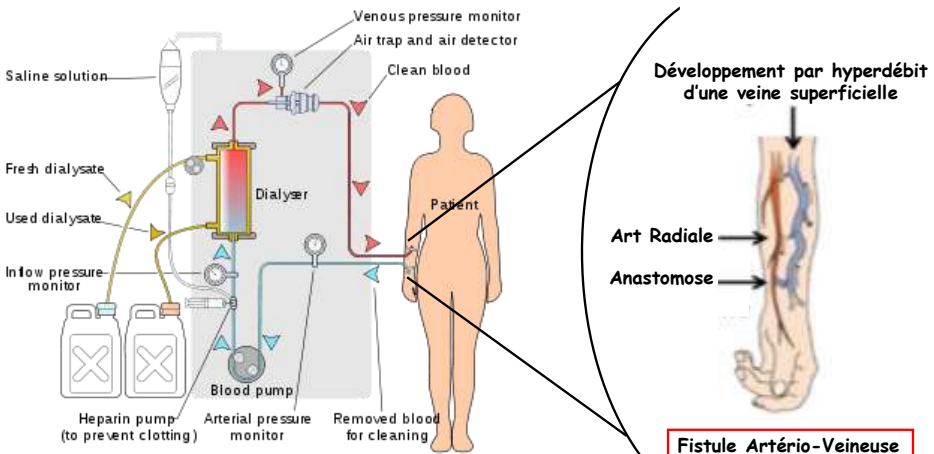
Hémodialyse



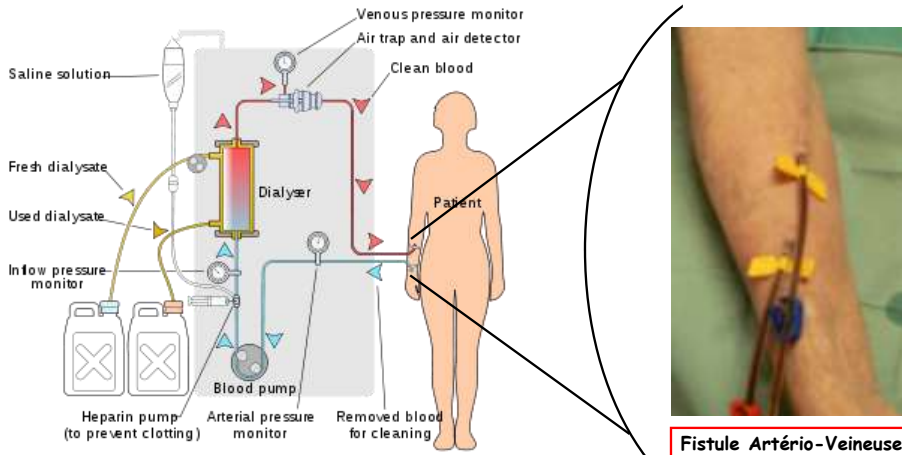
Hémodialyse



Hémodialyse



Hémodialyse



Hémodialyse

Différents type de FAV:

| | | |
|-------------------|---|-----------------------------------|
| FAV native | → | Thrill + / Souffle au stéthoscope |
| Pontage (Goretex) | → | Ø Thrill / Souffle au stéthoscope |

Surveillance:

THROMBOSE = 1^{re} cause de perte de fonction FAV

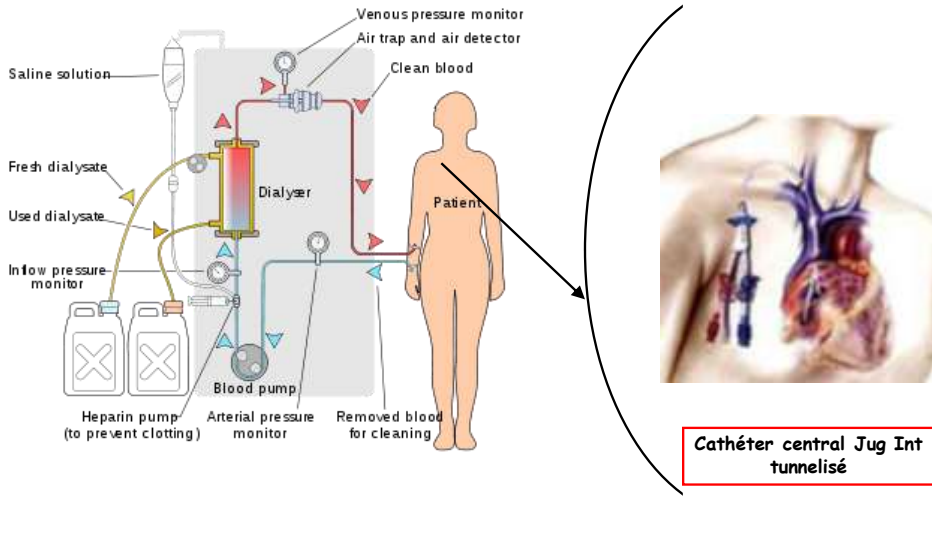
80-85% des cas secondaire à une sténose veineuse
 Compression extrinsèque
 Hypotension
 Hypercoagulabilité...

URGENCE:

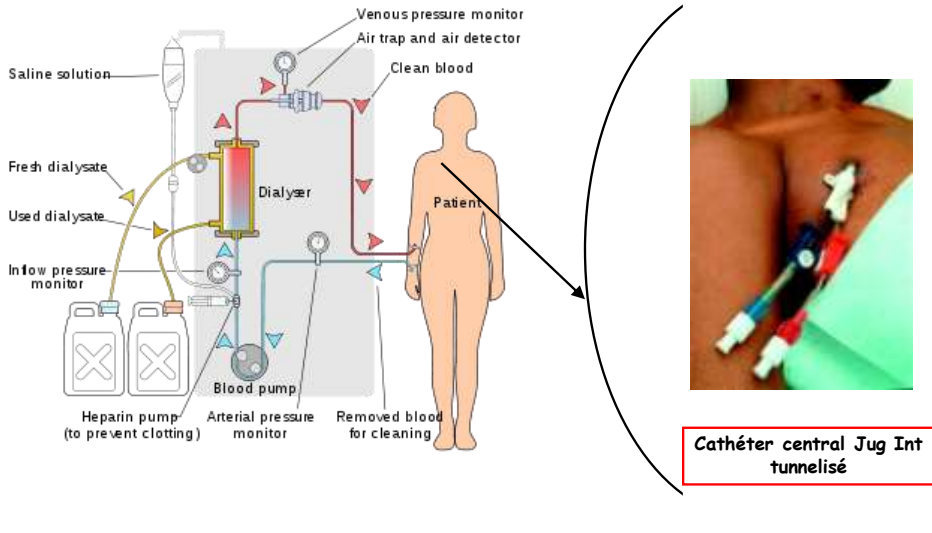
Prise en charge nécessaire dans les 48h

Education du patient pour surveillance de sa FAV +++

Hémodialyse



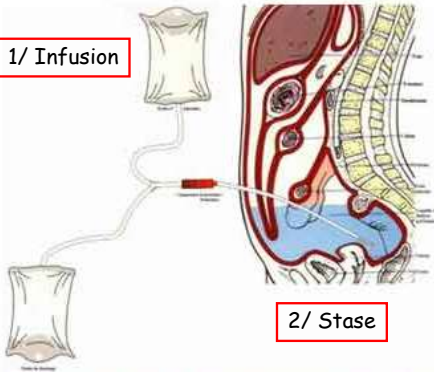
Hémodialyse



Dialyse péritonéale

Poche de dialysat ≈ 2L

1/ Infusion



2/ Stase



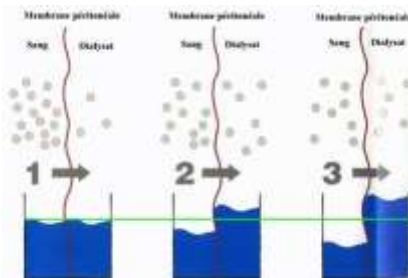
3/ Drainage



Dialyse péritonéale

EPURATION: mécanisme de diffusion

Filtre = Membrane péritonéale



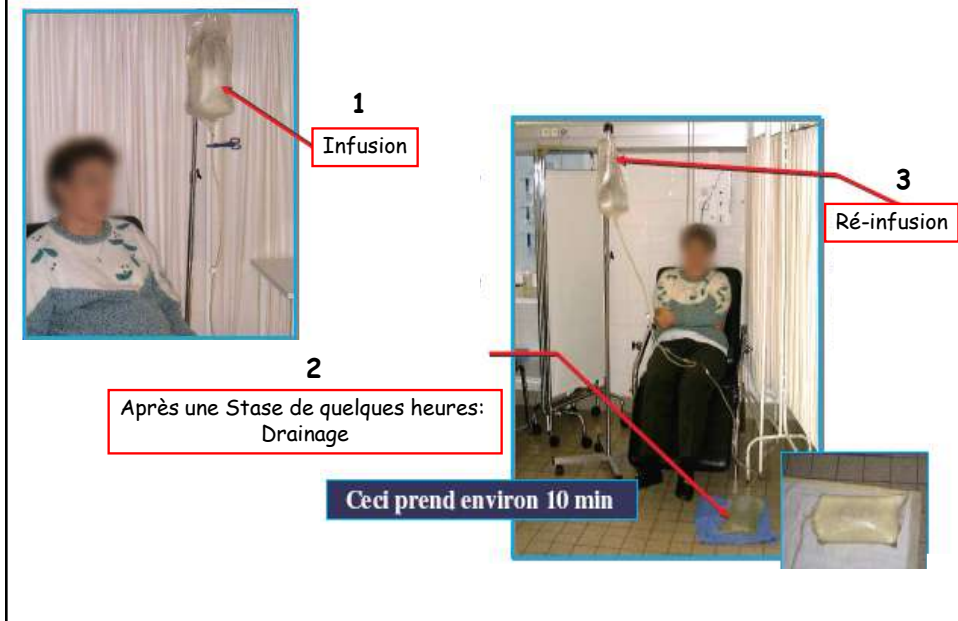
ULTRAFILTRATION: mécanisme d'osmose

Agent osmotique principal: Glucose

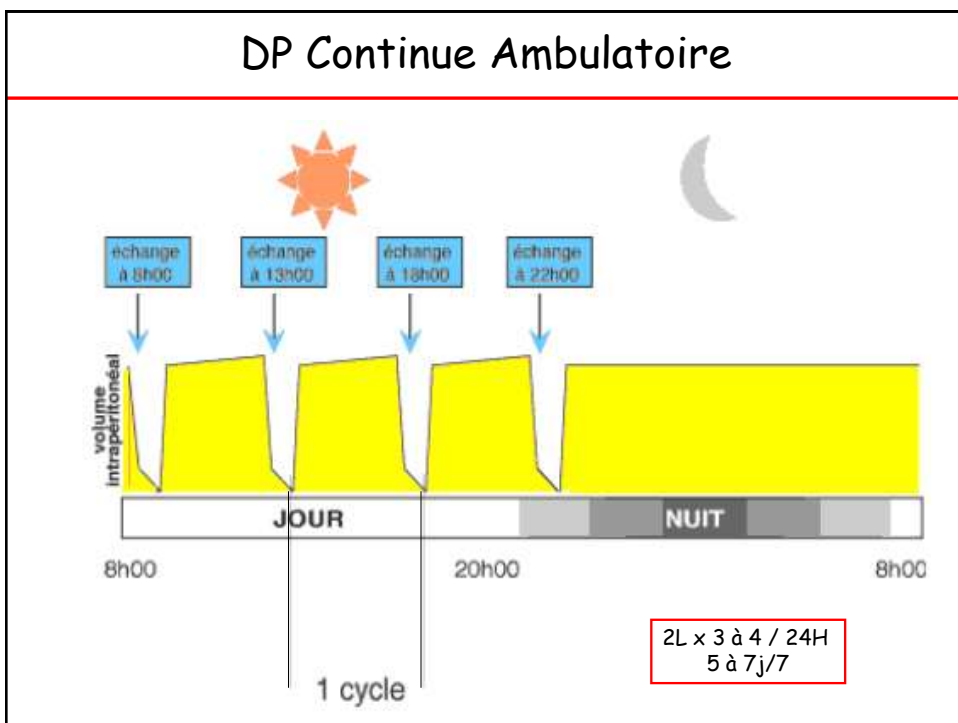
Autres: acides aminés (Nutrinal®)
polymère de Glucose (Extraneal®)

| Différentes concentrations | | |
|----------------------------|---------------|---------------|
| 2.5% Glucose | 2.3% Glucose | 1.5% Glucose |
| Hyper-osmolaire | Intermédiaire | Iso-osmolaire |

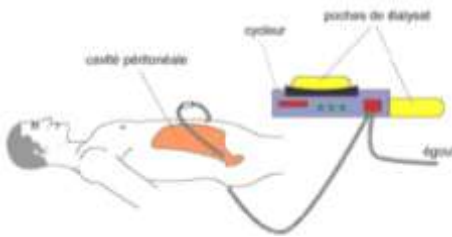
DP Continue Ambulatoire



DP Continue Ambulatoire

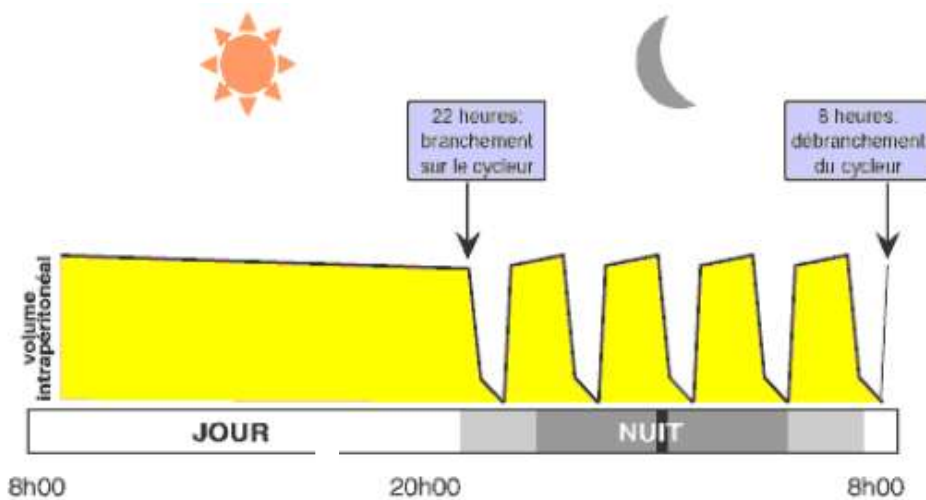


DP Automatisée



Cycleurs

DP Automatisée



2 à 2,5L x 4 à 5 / Nuit
+/- stase de Jour 1,5L
5 à 7j/7

Dialyse péritonéale

Complication à connaître: PERITONITE

Dialysat effluent trouble
Douleurs abdominales
Fièvre / Frissons
Abdomen sensible à la palpation



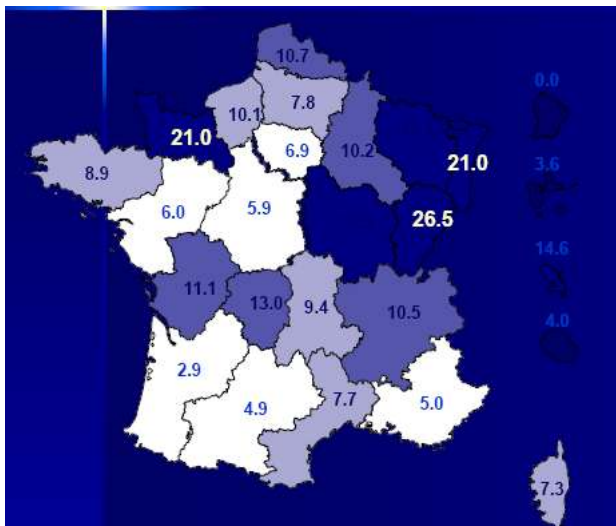
URGENCE: ATB IP et IV

Education du patient et/ou IDE pour
surveillance du liquide de DP +++



Dialyse péritonéale

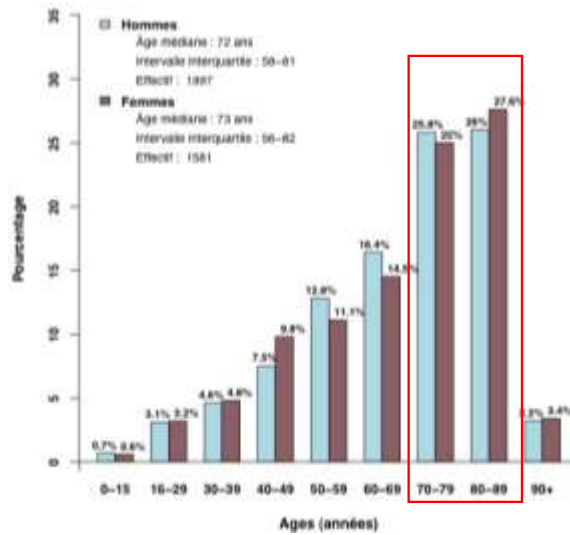
Révalence des patients en DP la semaine du 2 au 8/06/2003:



Enquête SROS 06/2003
RDPLF 2004

Dialyse péritonéale

Répartition des âges des patients en DP en 2009 en France:

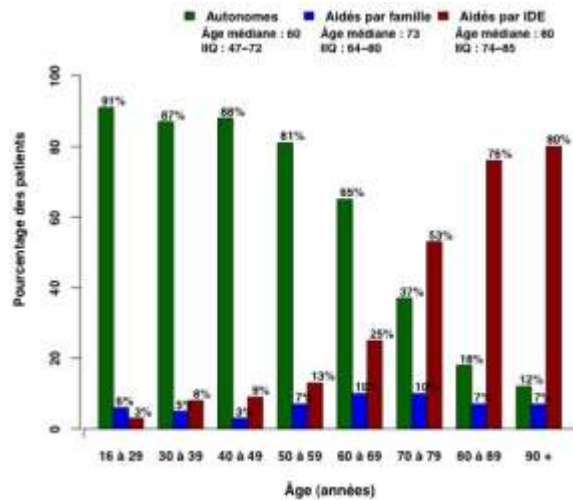


Nb patients=3578
 Nb centres=128

Registre RDPLF 2009

Dialyse péritonéale

Niveau d'autonomie des patients en DP en 2009 en France:

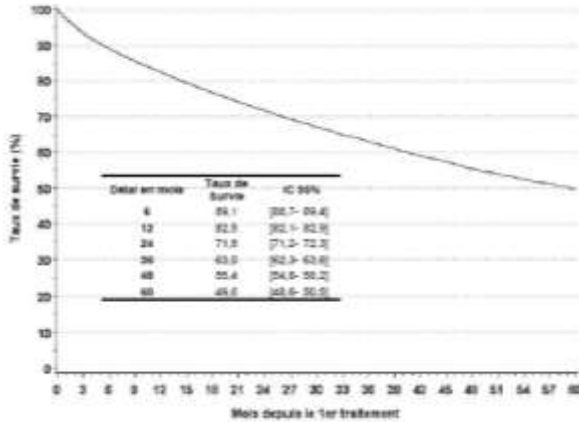


Nb patients=3422
 Nb centres=126

Registre RDPLF 2009

Survie globale en dialyse

Taux de survie des patients incidents 2002-2008

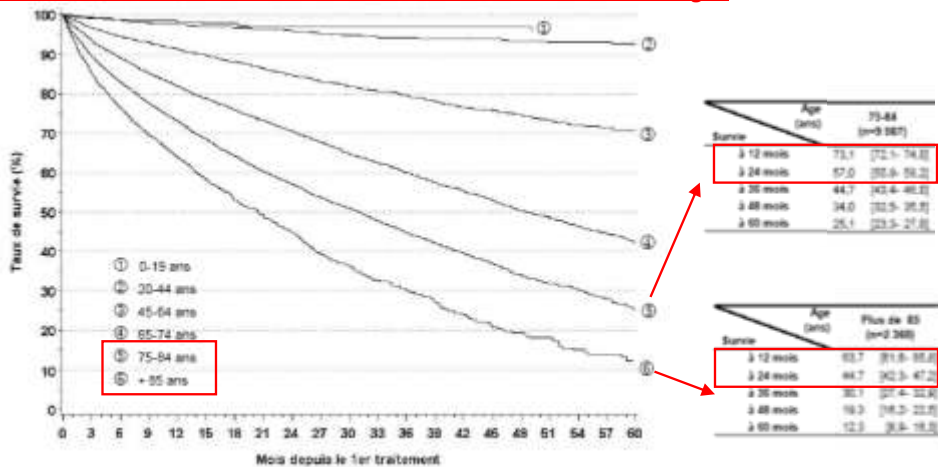


Parmi cette cohorte de 34 198 patients, 30% étaient décédés dans un délai médian de 10,9 mois (recul médian de 18 mois)

Registre REIN 2008

Survie globale en dialyse

Taux de survie des patients incidents 2002-2008, selon l'âge:



Age = facteur associé à la survie

Registre REIN 2008

DP versus HD

2 techniques équivalentes → Choix du patient

Difficultés rencontrés

DP:

Médicales:

Obésité
Chirurgie abdominale
Insuffisance respiratoire sévère

Non médicales:

Patient en institution
+/- autonomie

HD:

Médicales:

Mauvaise tolérance hémodynamique
Insuffisance cardiaque sévère
+/- Difficulté d'abord vasculaire
+/- Contre-indication aux anticoagulants

Non médicales:

Eloignement d'un centre
Situation socio-professionnelle

DP versus HD

2 techniques équivalentes → Choix du patient

Avantages / Contraintes

DP:

Plus:

Bonne tolérance hémodynamique
Autonomie possible
Maintien de la diurèse résiduelle
Régime moins strict

Moins:

Zone de stockage de matériel

HD:

Plus:

Visite médicale fréquente
Prise en charge intégrale

Moins:

Déplacement
Horaires stricts
+/- Ponctions itératives de FAV

DP versus HD

2 techniques équivalentes → Choix du patient

Limitation du choix

Liée au médecin/centre de dialyse

Disponibilité de la technique

Rentabilité

Liée au patient

Liée à l'entourage

Implication dans la prise en charge

Liée aux contraintes économiques