

Facteurs déterminant le choix d'une modalité de dialyse

M. Kessler et J. Chanliau

CHU de Nancy – Altir, Vandœuvre-Les-Nancy

Les principales alternatives du traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse sont l'hémodialyse en centre, l'hémodialyse à domicile, l'autodialyse et la dialyse péritonéale continue ambulatoire ou automatisée.

Certaines institutions ou associations ont obtenu une autorisation de création de centres dits « allégés » ou « satellites » ou encore appelés unités « d'autodialyse médicalisée ». Ces structures dont l'existence est controversée n'ont actuellement aucune reconnaissance administrative. Il a été bien montré que les traitements par hémodialyse à domicile ou autodialyse avec entraînement du patient donnaient d'excellents résultats en terme de survie¹, de réhabilitation et de qualité de vie^{2,3}. On peut donc s'interroger sur les raisons qui expliquent la grande disparité observée dans la place occupée par chacune des modalités de traitements. Cette disparité a été montrée par la plupart des registres. Aux Etats-Unis, la proportion de patients traités par dialyse péritonéale varie de 9 à 21 % selon le réseau de soins⁴. En Europe, cette proportion varie de 8 % en Belgique à 45 % en Grande-Bretagne⁵.

En France, la même disparité est observée. Un rapport de l'IGAS sur la dialyse publié en 1994 montrait qu'en 1992 la proportion de patients traités hors centre variait de 15 % en Corse à 41,1 % en Languedoc-Roussillon. A l'échelle d'une région, nous avons montré à travers une étude prospective exhaustive réalisée en Lorraine que si globalement 55 % des patients étaient traités par hémodialyse en centre, 11 % en autodialyse avec entraînement et 28 % par dialyse péritonéale, la participation de chaque service de néphrologie dans cette orientation était extrêmement variable. Il faut féliciter P. Bataille et coll. d'avoir tenté, à travers une étude multicentrique, d'évaluer certains facteurs déterminant le choix d'une modalité de dialyse, mais l'expérience que nous avons acquise depuis 1972 en traitant par dialyse hors centre près de 900 patients (20 % en hémodialyse à domicile, 30 % en autodialyse et 50 % en dialyse péritonéale), nous amène à faire plusieurs remarques.

- Une étude transversale se prête mal à une telle évaluation car elle prend en compte des patients traités depuis des durées très variables. Par ailleurs, elle n'évalue que les raisons pour lesquelles les patients sont traités par telle ou telle modalité au moment de l'étude; elle ne donne aucune information sur les raisons pour lesquelles le choix initial a été fait.
- Les structures impliquées se prêtent également mal à une telle étude car près de la moitié d'entre elles n'offrent pas aux patients toutes les modalités de traitement.
- Les patients sont très hétérogènes et on peut s'étonner que des patients dialysés transitoirement dans un CHU pour une complication intercurrente aient été inclus.

- Il n'y a actuellement aucun critère permettant de classer de façon satisfaisante les patients dans le but de les orienter de façon « optimale » vers l'une ou l'autre des modalités de dialyse. Les critères utilisés dans cette étude nous apparaissent discutables : ils sont souvent subjectifs et parfois plus liés aux caractéristiques des structures de soins qu'à celles des patients.
- Mais le plus important de notre point de vue réside dans la non-prise en compte dans l'analyse de facteurs qui jouent un rôle primordial dans l'orientation d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale. L'un de ces facteurs dépend des conditions de mise en dialyse. Nous avons en effet montré que 48 % seulement des patients, dont la première dialyse avait été programmée, restaient en centre à six mois alors que ce chiffre est de 64 % pour les patients ayant été dialysés en urgence⁶. Ce fait marquant a également été noté dans une étude européenne menée par N. Lameire⁵. Un autre facteur probablement lié au précédent réside dans l'information reçue par le patient avant la dialyse. Lorsque les patients reçoivent une information adéquate sur l'hémodialyse, la dialyse péritonéale et la transplantation rénale, 38 à 50 % d'entre eux choisissent la dialyse péritonéale^{7,8}. Enfin le dernier facteur fondamental est la motivation de l'équipe soignante. Nous avons en effet observé dans notre groupe qu'après une information et une formation adaptées, il est possible d'obtenir dans de nombreux cas une autonomie quasi complète et une bonne adaptation au traitement par autodialyse avec entraînement chez des patients ayant un niveau socio-culturel et parfois intellectuel relativement bas et n'ayant a priori aucun désir d'autonomisation. L'autonomie s'acquiert en effet en fonction des capacités de chacun et du désir qu'il en a. Mais ce dernier peut être fortement modifié par une bonne information et par la prise en charge des contraintes familiales, sociales et culturelles des malades⁹.
- Bien que faisant partie des modalités de dialyse hors centre, la dialyse péritonéale ne doit pas être assimilée à un traitement destiné uniquement à des patients autonomes. La possibilité que nous avons aujourd'hui de faire prendre en charge la dialyse péritonéale par des infirmiers libéraux permet d'orienter vers cette modalité des patients âgés, polypathologiques, très peu voire pas autonomes mais bien entourés et désireux de rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial ou institutionnel. Il est donc critiquable d'utiliser les mêmes critères d'orientation pour évaluer les patients traités par hémodialyse hors centre et ceux traités par dialyse péritonéale.

Pour toutes ces raisons, nous ne partageons pas les conclusions des auteurs. L'incapacité ou le refus de l'autonomisation n'est sûrement pas le facteur majeur orientant les patients vers l'hémodialyse en centre. Ce facteur existe certes mais il est très largement surpassé par l'incapacité ou l'échec des équipes soignantes à orienter leurs malades vers une technique hors centre qui a l'avantage d'offrir une espérance de vie et/ou une qualité de vie supérieure à celle de l'hémodialyse en centre et ceci à un coût moindre. En 1994, le coût annuel de l'hémodialyse en centre était estimé à 480 000.– francs, celui de l'autodialyse 300 000.– francs, le coût de l'hémodialyse à domicile et de la DPCA étant similaire : 252 000.– francs¹⁰.

Bien que nous admettions la nécessité de disposer d'une méthode intermédiaire de dialyse type centre satellite, il nous semble hâtif de plaider pour l'orientation des patients vers une telle structure avant d'avoir réellement fait tous les efforts pour les orienter vers une modalité de dialyse hors centre.

Adresse de correspondance :

Dr M. Kessler
CHU de Nancy – ALTIR
Hôpitaux de Brabois
Hôpital d'adultes
Rue du Morvan
F-54511 Vandœuvre Cedex



Références

1. Woods JD, Port FK, Stannard D, Blagg CR, Held PJ. Comparison of mortality with home hemodialysis and center hemodialysis: A national study. *Kidney Int* 1996 ; 49:1464-70.
2. Gokal R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int* 1993 ; 43 (Suppl. 40) : S23-S7.
3. Meers C, Singer MA, Toffelmire EB, Hopman W, Mc Murray M, Morton AR, Mac Kenzie TA. Self-delivery of hemodialysis care: A therapy in itself. *Am J Kidney Dis* 1996 ; 27 : 844-7.
4. Excerpts from USRDS 1999 Annual data report. *Am J Kidney Dis* 1999 ; 34 (Suppl. 1) : S51-S62.
5. Lameire N, Van Biesen W, Dombros N, Dratwa M, Faller B, Gahé GM, GoKal R, Krediet RT, LaGreca G, Maiorca R, Matthys E, Ryckelynck JP, Selgas R, Walls J. The referral pattern of patients with ESRD is a determinant in the choice of dialysis modality. *Perit Dial Int* 1997 ; 17 (Suppl. 2) : S161-S6.
6. Panescu V, Briançon S, Ait chalal F, André JL, Terrasse H, Kessler M and the EPIREL Cooperative Group. Initiation of dialysis in emergency influences morbidity and mortality in ESRD patients. *J Am Soc Nephrol* 1999 ; 10 (abstract) : 252 A.
7. Ahlmen J, Carlsson L, Schönborg C. Well Informed patients with end-stage renal disease prefer peritoneal dialysis to hemodialysis. *Perit Dial Int* 1992 ; 13 (Suppl. 2) : S196-S8.
8. Prichard SS. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Perit Dial Int* 1996 ; 16 : 69-72.
9. Nissenson AR, Prichard SS, Cheng IKP, GoKal R, Kubota M, Maiorca R, Riella MC, Rottembourg J, Stewart JH. Non medical factors that impact on ESRD modality selection. *Kidney Int* 1993 ; 43 (Suppl. 40) : S120-S7.
10. Jacobs C. The cost of dialysis treatments for patients with end-stage renal disease in France. *Néphrol Dial Transplant* 1997 ; 12 (Suppl. 1) : 29-32.