

Maximiser la Dialyse péritonéale dans une approche intégrée

Dr Damien Bélisle

CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean, hôpital de Chicoutimi

au

REINQ 2016

6 octobre 2016

Conflits d'intérêts potentiels

- J'ai reçu des honoraires de consultant et conférencier de
 - Baxter
 - Amgen
- J'ai surtout un biais favorable aux modalités de dialyse autonomes !!!

Objectifs de la rencontre

- Reconnaître l'efficacité équivalente de la DP et ses avantages sur l'HD en centre
- Identifier les difficultés locales à la DP et à la dialyse autonome en général
- Établir un plan d'action d'équipe pour atteindre des cibles réalistes (cibles ministérielles ?)

Mise en contexte

Groupe de travail québécois sur la dialyse à domicile

“**Maximiser** la dialyse à domicile et
permettre à tout patient le désirant
d’être dialysé selon une modalité **autonome**”

Formation continue au Québec en néphrologie

Table de dialyse à domicile

Journée d'hémodialyse

SQN

DEVENIR

SQT

Groupe de conférenciers canadiens

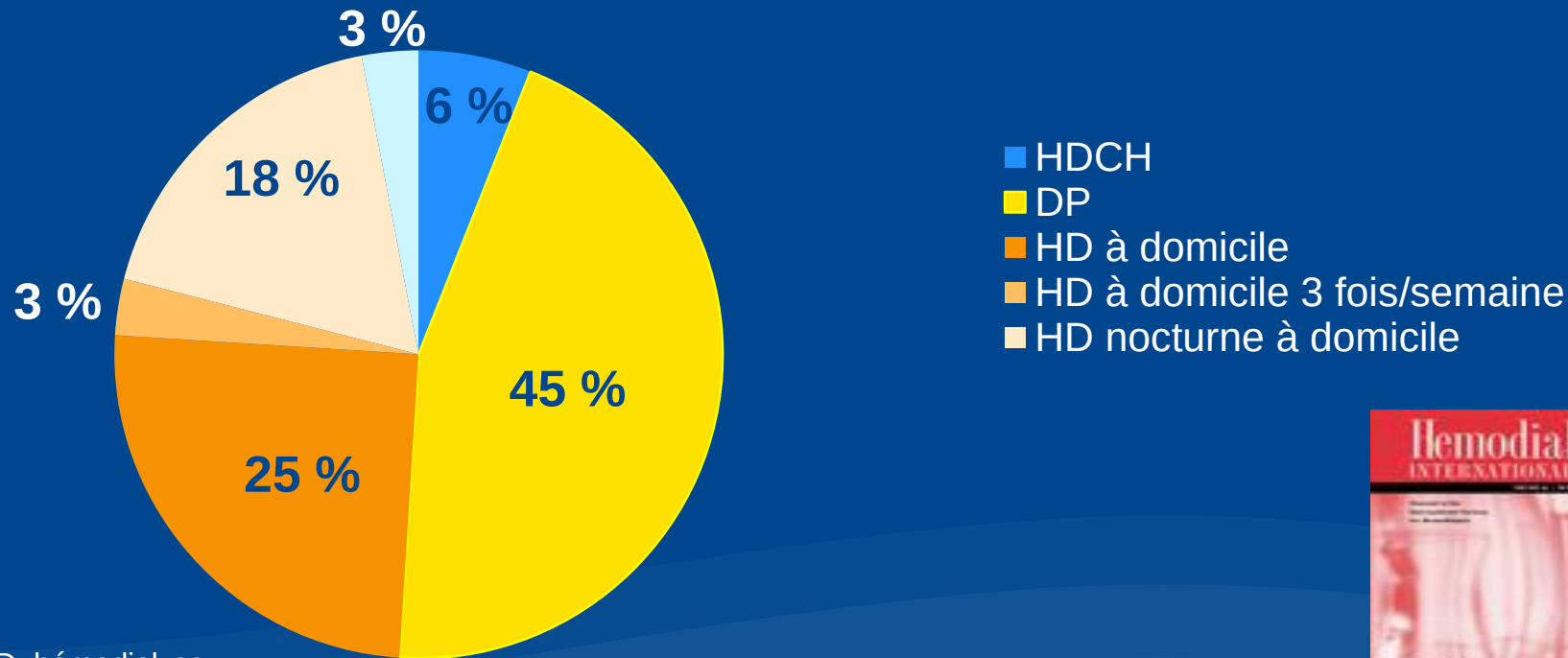
- Avec le support de Baxter, regroupement de néphrologues canadiens autour de la dialyse à domicile
 - Dr Damien Bélisle
 - Dr Arsh Jain
 - Dr Alan McMahon
 - Dr Jeffrey Perl
- Objectifs
 - Échanger sur les expériences en dialyse péritonéale
 - Partager les connaissances aux collègues canadiens
 - Donner aux patients un accès accru à la dialyse péritonéale

Comité ministériel sur les services de dialyse au Québec

- Mandat d'analyser la situation actuelle et de formuler des recommandations
- 27 Recommandations (novembre 2015), retenons
 - Virage vers les techniques autonomes
 - Importance du monitoring (statistiques)
 - Objectifs chiffrés :
 - 2019 – 25% pts incidents en DP / HDD
 - 2025 – 40% pts incidents en DP / HDD
 - Impossible ?



Choix de dialyse des néphrologues pour eux-mêmes



HD: hémodialyse

HDCH: hémodialyse en centre hospitalier

DP: dialyse péritonéale



*Pour un patient typique âgé de 65 ans et présentant une comorbidité, quelle est selon vous la meilleure thérapie de dialyse **initiale**?*

**DPCA/
DPA**

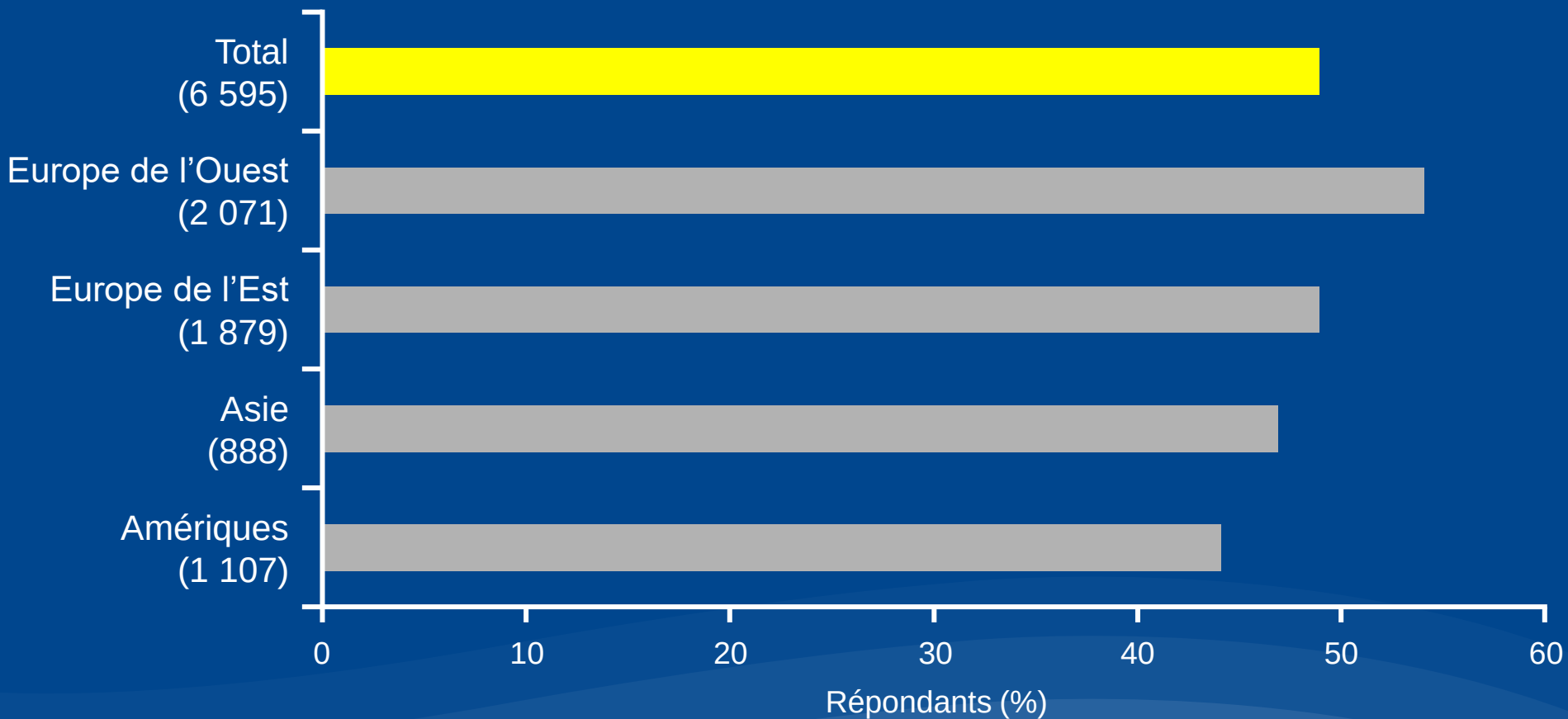
**HD en
centre
hospitalier**

**HD à
domicile
ou semi-
autonome**

DPCA: dialyse péritonéale continue ambulatoire
DPA: dialyse péritonéale automatisée
HD: hémodialyse

Proportion de professionnels de la santé en néphrologie qui considèrent la DP comme la meilleure modalité de dialyse *initiale* pour un cas typique incident de dialyse chez l'adulte

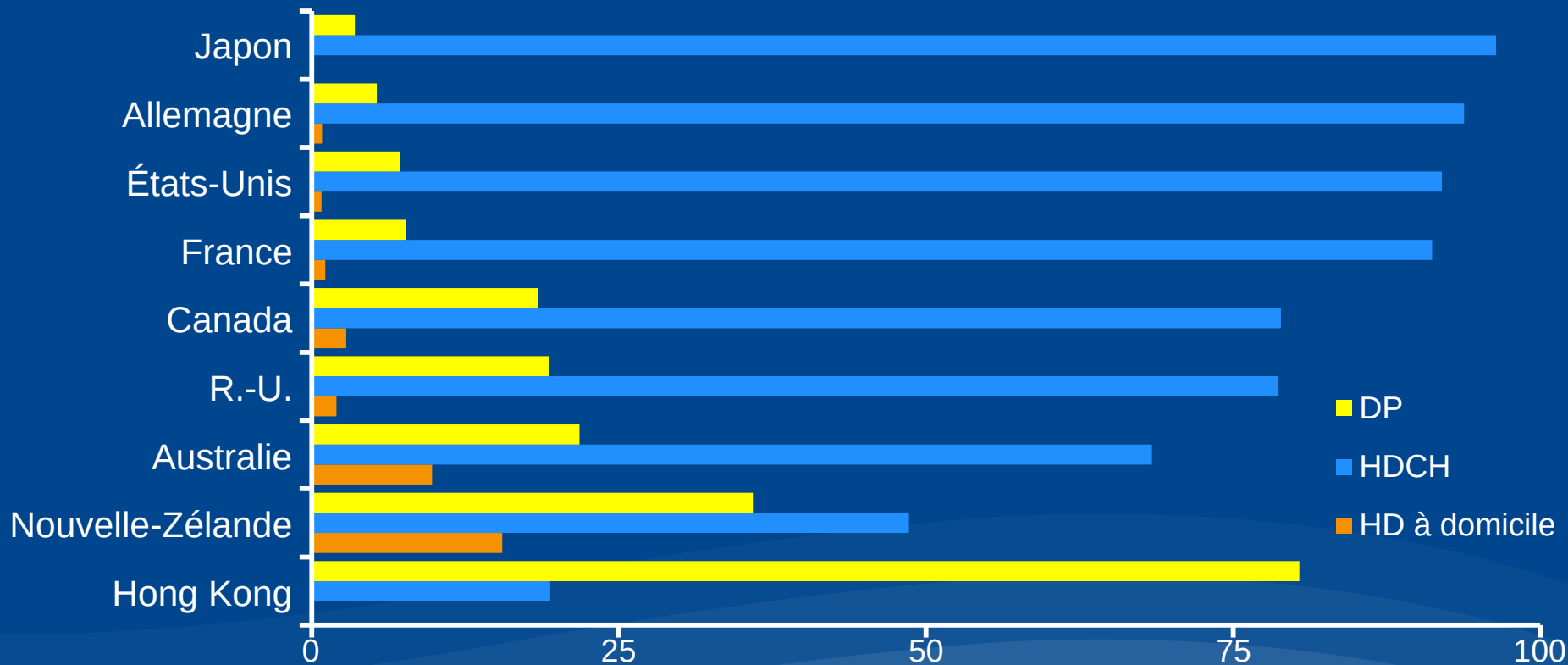
- Le sondage a été distribué lors de cinq congrès internationaux de dialyse et de néphrologie en 2007



Un portrait de la dialyse

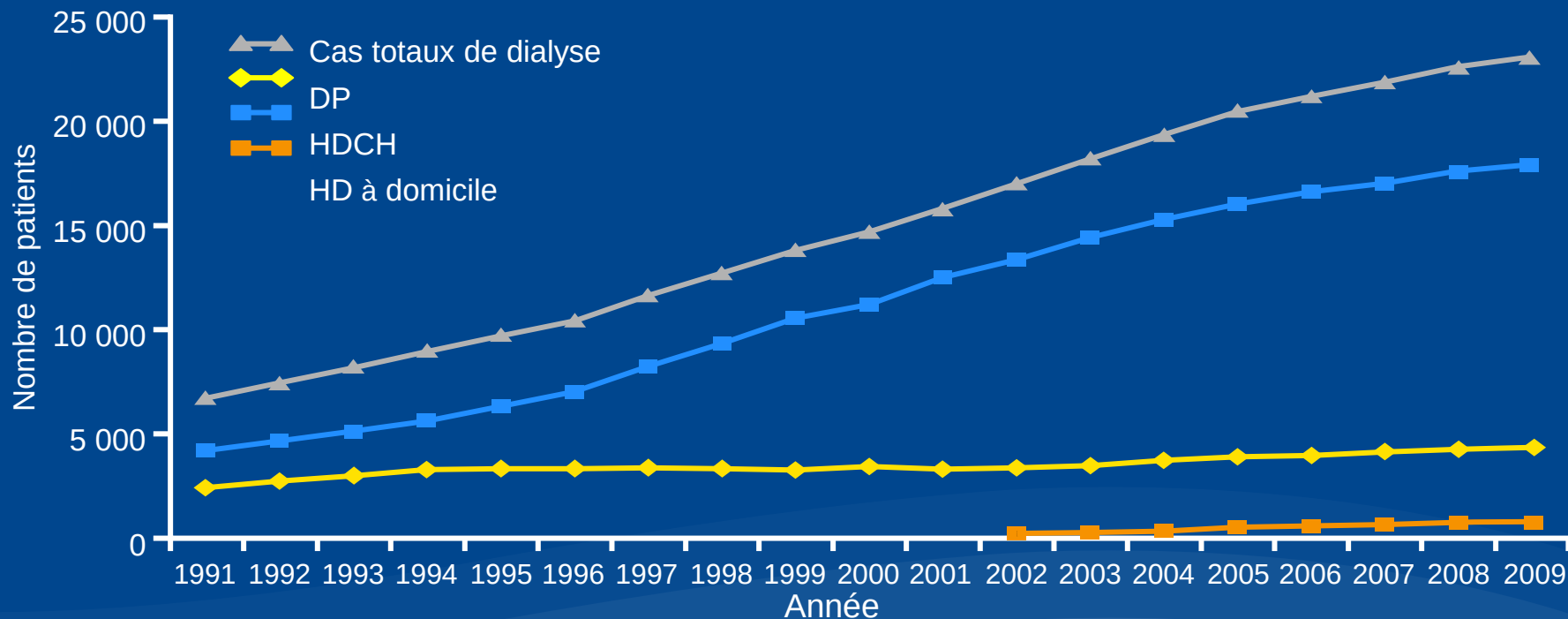
The bottom of the slide features three horizontal, wavy bands of different shades of blue, transitioning from a medium blue at the top to a very light blue at the bottom, creating a sense of movement and depth.

Dialyse dans les pays développés en 2007



D'après le rapport des données annuelles de l'USRDS, 2009

Patients, selon la modalité de dialyse au Canada – aperçu à l'échelle nationale

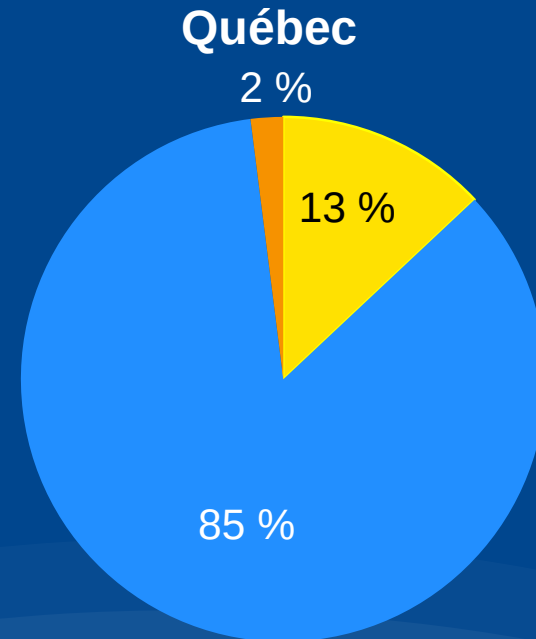
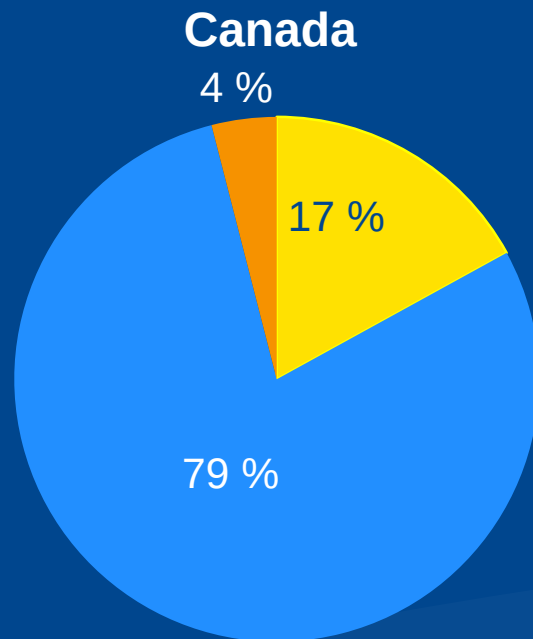


Taux annuel de croissance
de la dialyse

10,9 9,7 9,7 8,0 7,2 11,6 8,9 9,0 6,0 7,4 7,5 7,0 6,3 5,7 3,4 3,2 3,3 2,2

Antonacci, Renal Report 2009

Cas prévalents, selon la modalité de dialyse (31 déc. 2011)



■ DP ■ HDCH ■ HD à domicile

Problématique des données du RCITO

1.2 Sous-déclaration au Canada

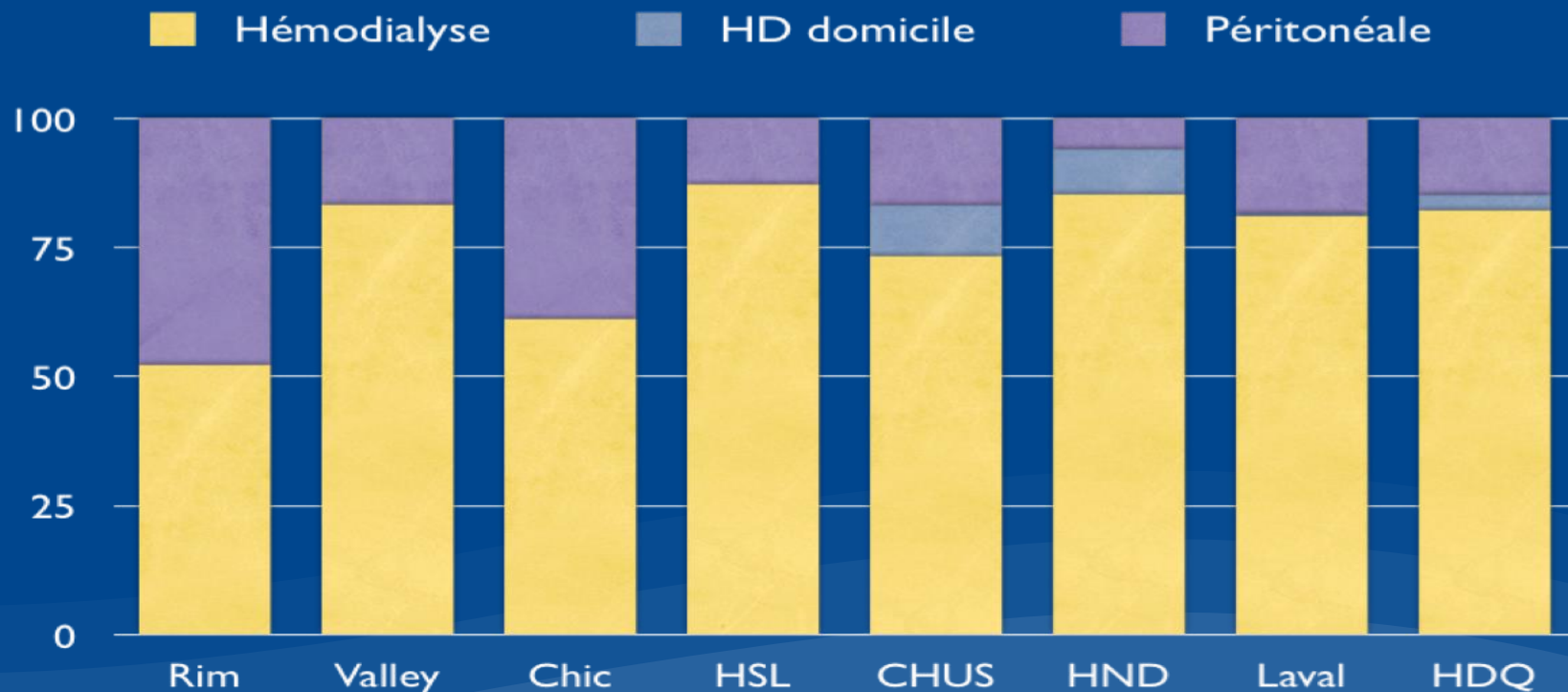
Un résumé des problèmes connus de sous-déclaration est présenté selon la province, l'année et le type de données dans le tableau Intégralité des données ci-dessous.

Depuis 2011, le Québec a connu une augmentation de la sous-déclaration en raison de problèmes administratifs. L'ICIS travaille avec des établissements du Québec afin d'améliorer la déclaration pour les années à venir.

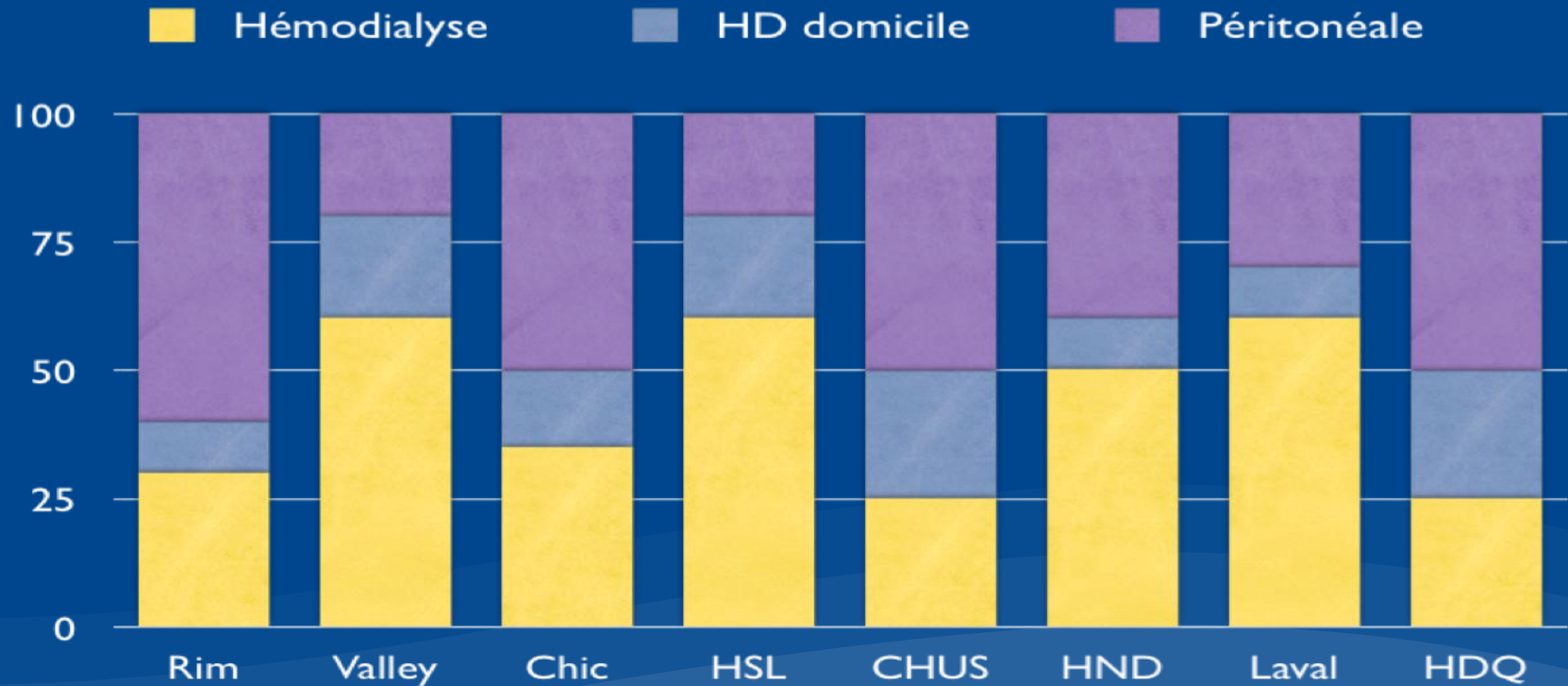
En 2013, les données du Québec sur la dialyse étaient complètes dans une proportion de 40 %; 600 nouveaux enregistrements étaient manquants. Les données sur les transplantations étaient à 89 % intégrales. Les données manquantes sur les enregistrements de donneurs, les patients en attente et les décès de patients en attente ont été complétées à partir des données agrégées de Transplant Québec.

Également en 2013, des données sur la dialyse du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et, dans une moindre mesure, de l'Ontario étaient manquantes. Les enregistrements de nouveaux cas de dialyse du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario étaient complets à 41 %, 41 % et 99 %, respectivement.

Proportions variables au Qc en 2010



Proportion idéale par modalité





**Cas prévalents
dans votre
centre ?**



Pourquoi cet écart
entre la réalité et
nos objectifs ?

Six avantages cliniques de l'emploi initial de la DP

1. La survie des patients
2. La préservation de la fonction rénale résiduelle
3. Le risque cardiovasculaire
4. La morbidité liée à l'accès de dialyse
5. Les issues d'une greffe rénale
6. La qualité de vie

Survie

The bottom of the slide features three horizontal, wavy bands of color. From top to bottom, the bands are a medium blue, a lighter blue, and a white band that curves upwards at the right edge, creating a sense of movement or a horizon line.

L'emploi de la DP, comparativement à l'HD, est associé à un avantage de survie initiale

Registre/base de données		Pays	Période	HD (n)	DP (n)	Risque corrigé de décès la première année (DP par rapport à HD)
ANZDATA ¹		Australie/ Nouvelle-Zélande	1991-2005	14 733	10 554	0,80 (0,81-0,96)
CORR ²		Canada	2001-2008	31 100	7 412	0,67 (0,6-0,7)
NECOSAD ³		Pays-Bas	1997-2002	742	480	0,76 (0,46-1,25)
USRDS ⁴		États-Unis	2003	6 337	6 337	0,70 (0,62-0,78)
DaVita/USRDS ⁵		États-Unis	2001-2004	22 360	1 358	0,62 (0,50-0,75)
Registre danois sur l'urémie terminale ⁶		Danemark	1990-1999	1 271	598	0,38 ^a (0,31-0,46) 0,60 ^b (0,47-0,78)

^a0-6 mois

^b6 mois–1 an

1. McDonald SP, et coll. *J Am Soc Nephrol* 2009;20:155–63.

2. Perl J, et coll. *J Am Soc Nephrol* 2011;22:1113–21.

3. Termorshuizen F, et coll. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:2851–60.

4. Weinhandl ED, et coll. *J Am Soc Nephrol* 2010;21:499–506.

5. Lukowsky LR, et coll. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013;8:619–28.

6. Heaf JG, et coll. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:112–7.

Préservation de la fonction rénale résiduelle

**Le maintien de la fonction rénale résiduelle
influe sur la survie des patients sous HD et
sous DP**

Référence	Suivi et type d'étude	Patients et modalité, n	RC ou RR de décès/unité d'augmentation de la FRR (IC à 95 % ou <i>p</i>)
Maiorca <i>et coll.</i> , 1995 ¹	Étude de 3 ans, prospective, monocentrique	68 en DPCA, 34 en HD	0,40 (<i>p</i> < 0,001)
Bargman <i>et coll.</i> , 2001 ²	Étude de 2 ans, prospective et multicentrique	680 en DPCA	0,88 (0,83-0,94) 0,64 (0,51-0,8)
Diaz-Buxo <i>et coll.</i> , 1999 ³	Étude de 1 an, prospective et multicentrique	2 886 en DPCA/DPCC	0,89 (<i>p</i> = 0,003)
Shemin <i>et coll.</i> , 2001 ⁴	Étude de 2 ans, prospective, monocentrique	114 en HD	0,35 (0,18-0,68)
Termorshuizen <i>et coll.</i> , 2003 ⁵	Étude de 3 ans, prospective et multicentrique	413 en DPCA/DPCC	0,88 (0,79-0,99)
Rocco <i>et coll.</i> , 2000 ⁶	Étude de 7 mois, prospective et multicentrique	1 446 en DPCA/DPCC	0,60 (0,40-0,80)
Termorshuizen <i>et coll.</i> , 2004 ⁷	Étude de 2 ans, prospective et multicentrique	740 en HD	0,44 (0,30-0,65)
Paniagua <i>et coll.</i> , 2002 ⁸	Essai de 2 ans, à répartition aléatoire et contrôlé (analyse secondaire)	965 en DPCA	0,89 (<i>p</i> = 0,0135)

D'après Perl J, *et coll. Am J Kidney Dis* 2009;53:1068-81.
RC: rapport de cotes; RR: risque relatif; FRR: fonction rénale résiduelle

- Maiorca R, *et coll. Nephrol Dial Transplant* 1995;10:2295–305;
- Bargman JM, *et coll. J Am Soc Hephrol* 2001;12:2158–62
- Diaz-Buxo JA, *et coll. Am J Kidney Dis* 1999;33:523–34;
- Shemin D, *et coll. Am J Kidney Dis* 2001;38:85–90
- Termorshuizen F, *et coll. J Am Soc Nephrol* 2003;14:2851–60;
- Rocco M, *et coll. Kidney Int* 2000;58:446–57
- Termorshuizen F, *et coll. J Am Soc Nephrol* 2004;15:1061–70;
- Paniagua R, *et coll. J Am Soc Nephrol* 2002;13:1307–20

La fonction rénale résiduelle est maintenue plus longtemps sous DP que sous HD

Étude	Méthodologie	TRR	N	TFG initial, mL/min	Diminution du TFG par mois, %	Taux de diminution
Lysaght <i>et coll.</i> ¹	Rétrospective	DP	58	4,5	2,9	DP < HD (<i>p</i> < 0,01)
		HD	57	5,0	5,8*	
Misra <i>et coll.</i> ²	Rétrospective	DP	103	5,1	2,2	DP < HD
		HD	40	4,2	7,0	
Lang <i>et coll.</i> ³	Prospective	DP	15	7,4	1,8	DP < HD
		HD	30	7,5	5,8	
Jansen <i>et coll.</i> ⁴	Prospective	DP	243	5,8	8,1	DP < HD (<i>p</i> = 0,04)
		HD	279	5,1*	10,7*	
McKane <i>et coll.</i> ⁵	Rétrospective	DP	128	s.o.	Similaire pour la DP et l'HD	DP = HD
		HD	250	s.o.		

*Taux ajusté

TRR: traitement de remplacement rénal
TFG: taux de filtration glomérulaire

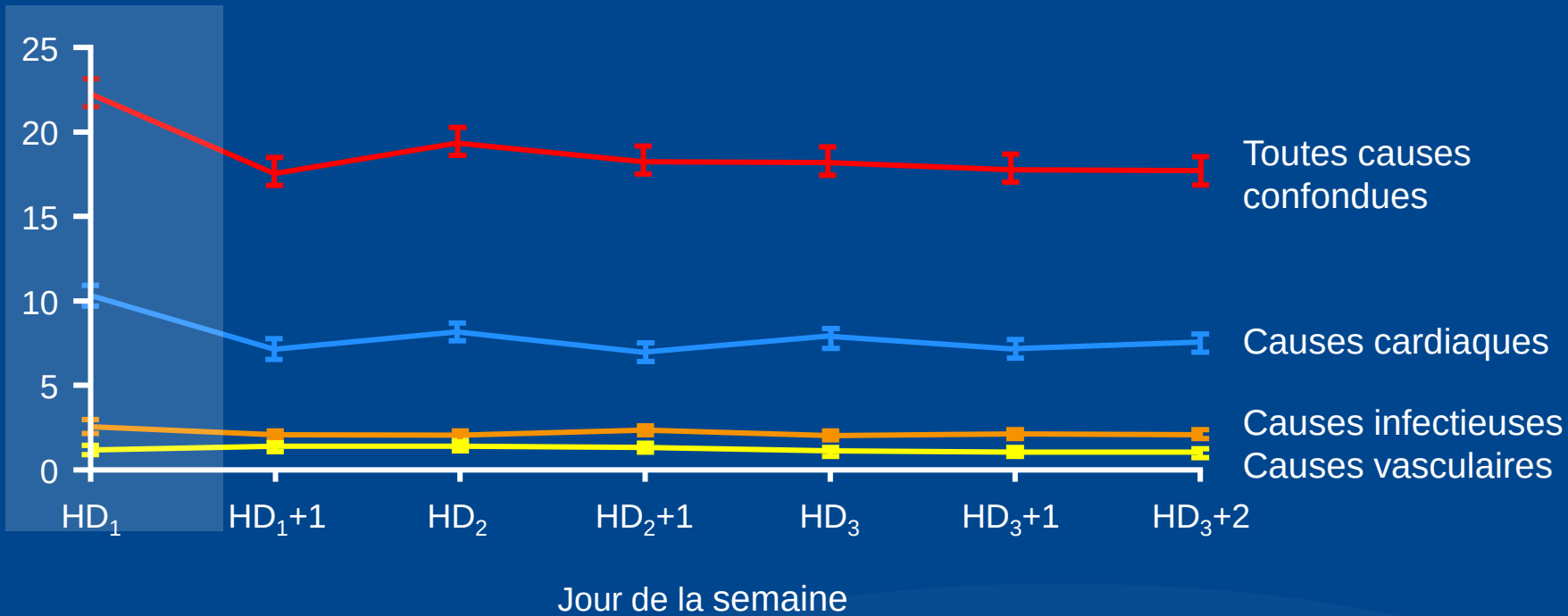
1. Lysaght M, *et coll.* ASAIO Trans 1991;37:598–604
2. Misra M, *et coll.* Kidney Int 2001;59:754–63
3. Lang S, *et coll.* Perit Dial Int 2001;21:52–8
4. Jansen M, *et coll.* Kidney Int 2002;62:1046–53
5. McKane W, *et coll.* Kidney Int 2002;61:256–65

Risque cardiovasculaire

The bottom of the slide features three horizontal, wavy bands of varying shades of blue, transitioning from a medium blue at the top to a lighter blue, and finally to a white band at the very bottom.

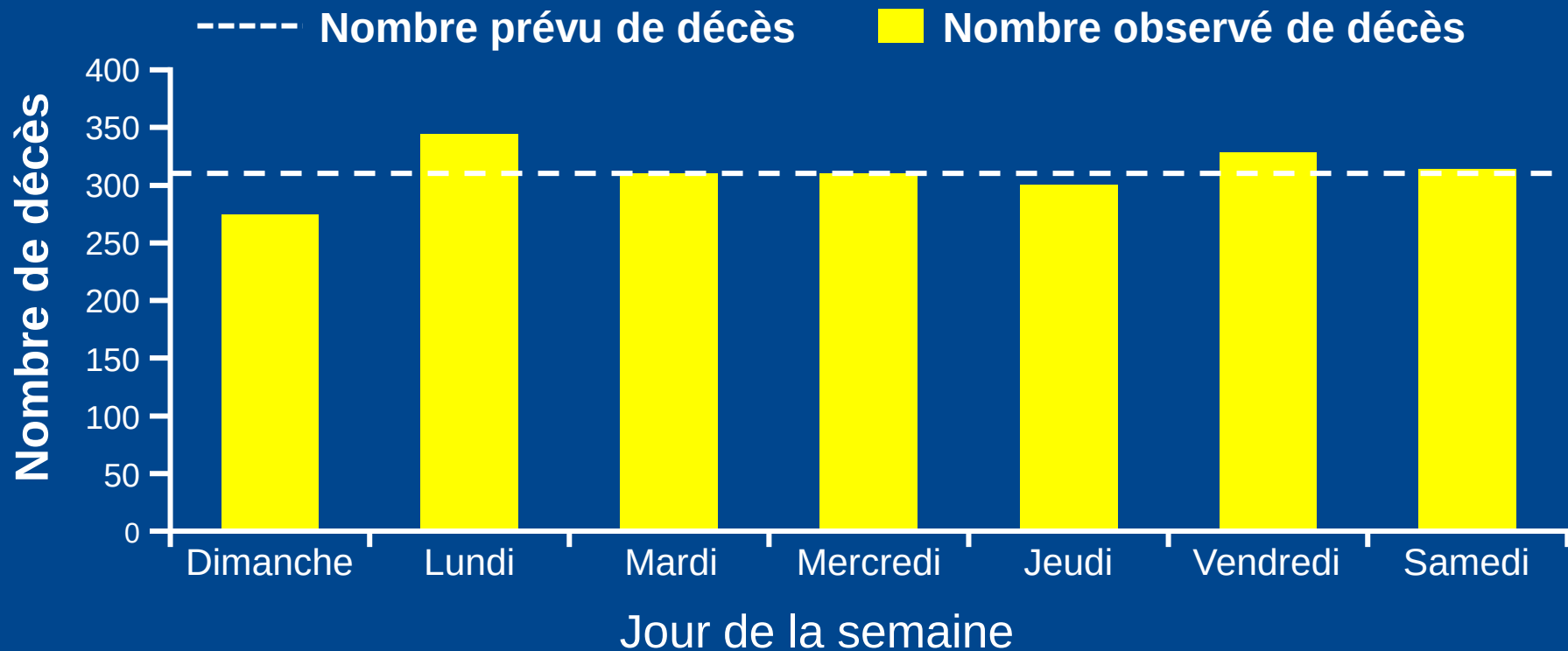
Risque accru de décès après le long intervalle entre les dialyses

Taux de mortalité calculé sur une année
pour 100 années-personnes



Examen des dossiers des patients qui suivaient une HD trois fois par
semaine aux États-Unis entre 2004 et 2007 (n = 32 065)

La DP est associée à un risque de mortalité constant

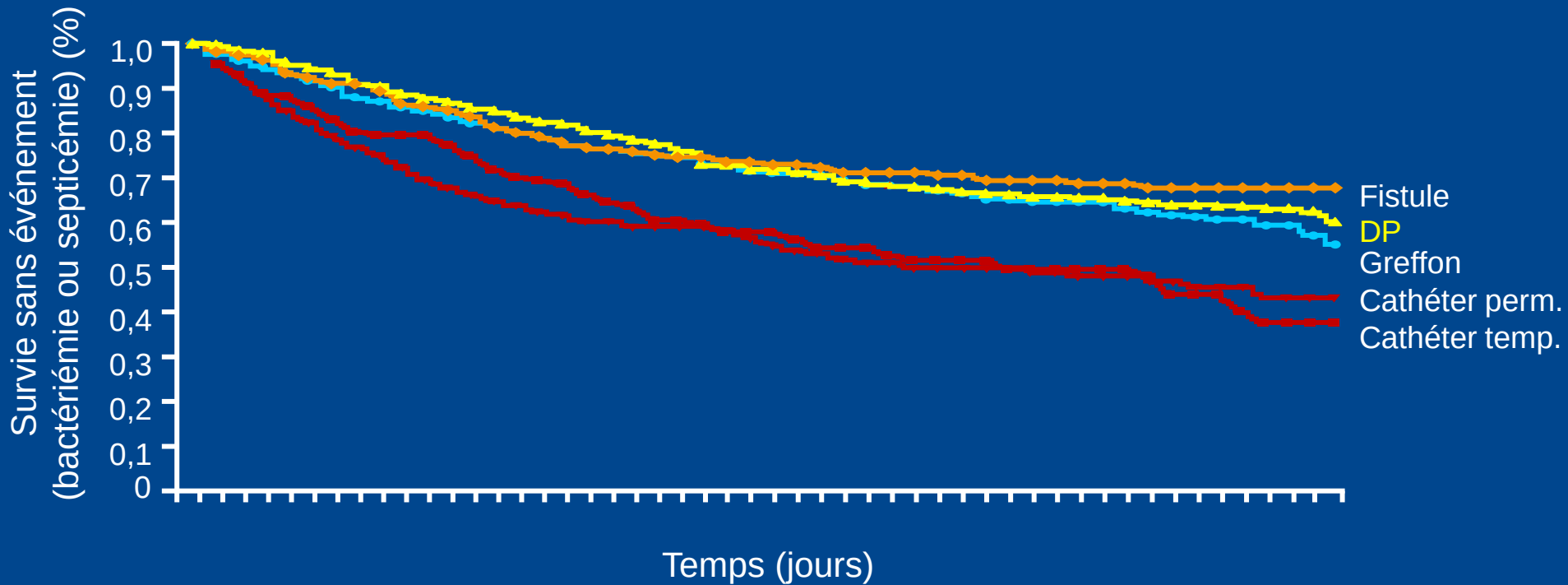


$p = 0,16$ pour le test χ^2 d'égalité des proportions

RCITO : Nombre de décès en fonction du jour de la semaine dans les cas incidents de dialyse péritonéale au Canada, entre 2001 et 2010 (n = 169)

Morbidité de l'accès de dialyse

**L'emploi des cathéters d'HD augmente le risque
de septicémie et de bactériémie**



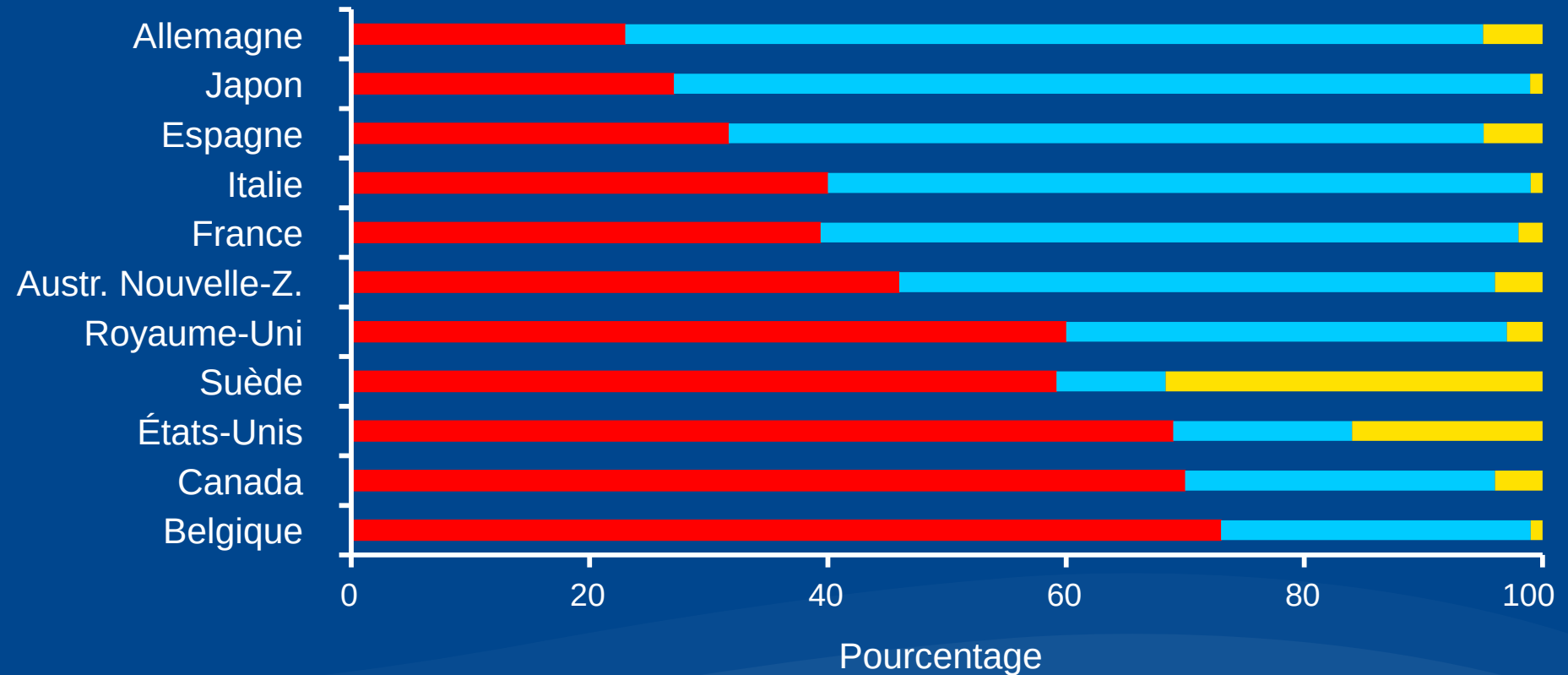
Deuxième vague de l'étude USRDS : Cohorte prospective sélectionnée aléatoirement de cas incidents de dialyse aux États-Unis, entre 1996 et 1997 (n = 2 358)

Cathéter temp.: cathéter temporaire
Cathéter perm.: cathéter permanent

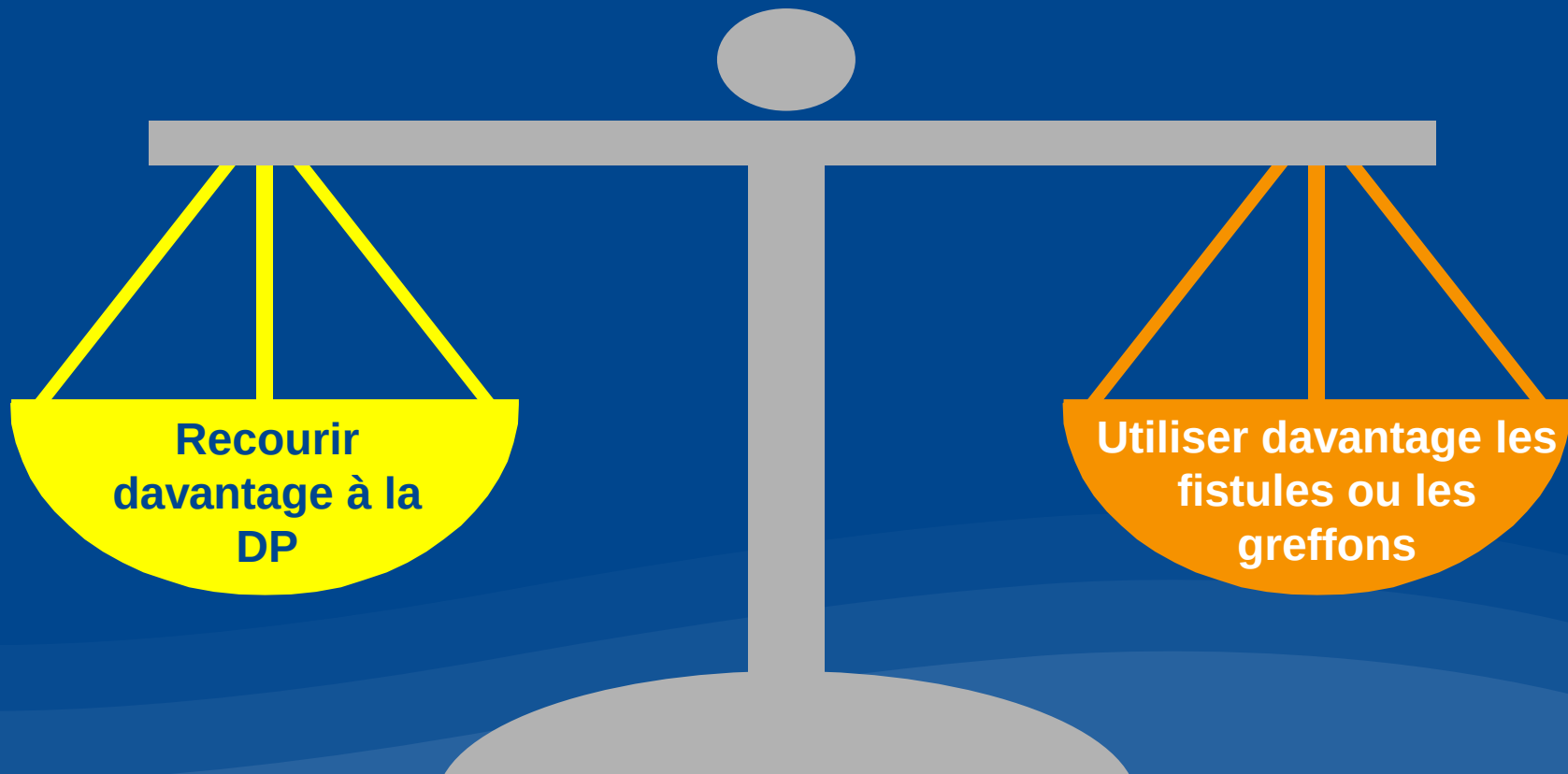
Ishani A, et coll. *Kidney Int* 2005;68:311–8.

Emploi d'un cathéter veineux central au début de l'HD

■ Cathéter (%) ■ Fistule (%) ■ Greffon (%)



Stratégies visant à réduire l'emploi des cathéters veineux centraux au début de la dialyse



DP et greffe

La DP comme traitement de transition avant une greffe rénale

- 1. Permet d'éviter la création de fistules ou de greffons artérioveineux**
 - surtout si courte période d'attente prévue
 - évite les effets inesthétiques durables
- 2. Permet de préserver les sites d'accès vasculaires pour un emploi ultérieur**
- 3. Comme en greffe rénale**
 - favorise l'autonomie des patients

La DP et la greffe

- La survie après une greffe est identique
- La survie des greffons est identique
- La survie après une perte du greffon et le retour en dialyse est identique

Qualité de vie

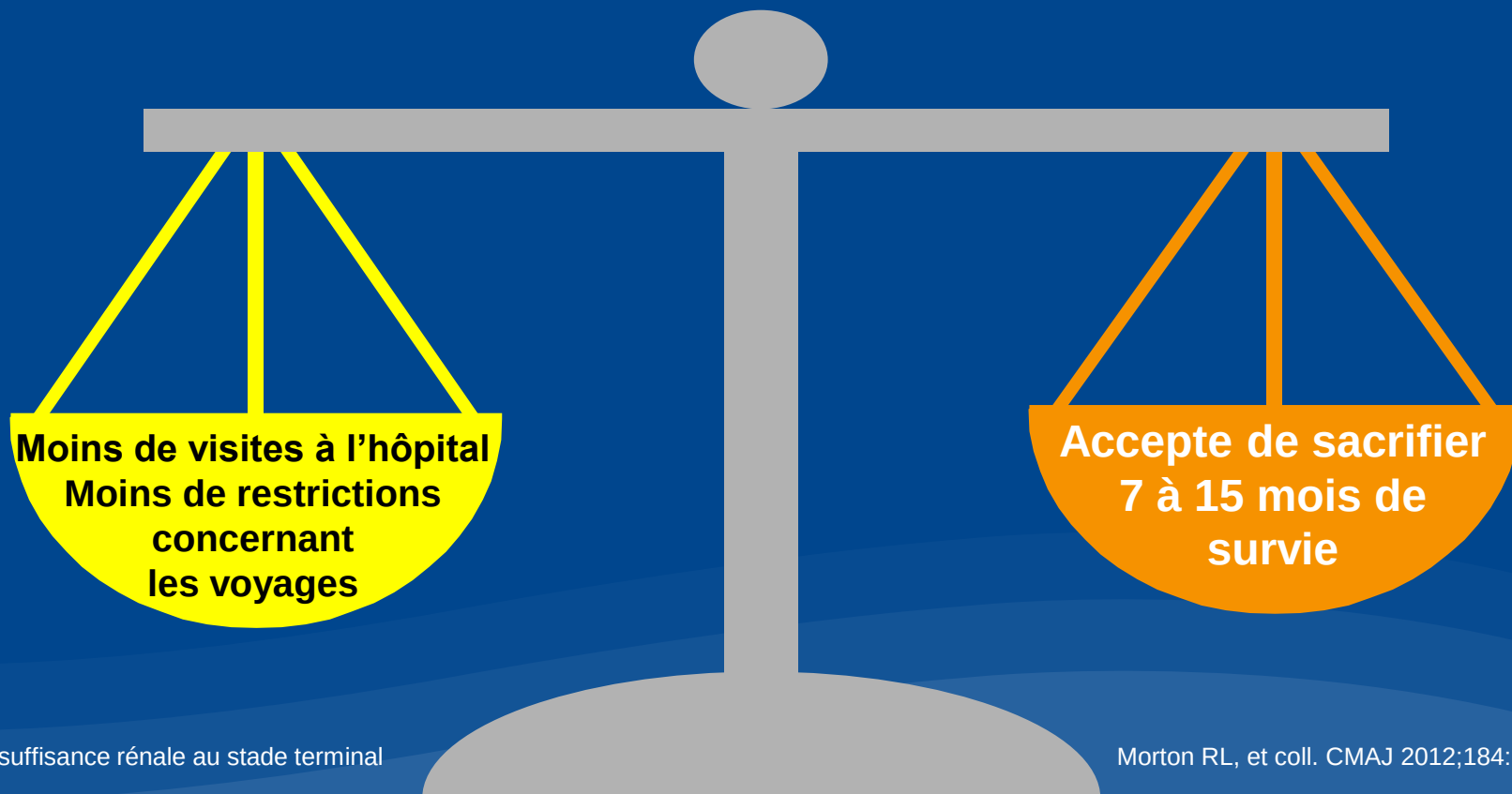
The bottom of the slide features three horizontal, wavy bands of color. From top to bottom, the colors are a medium blue, a lighter blue, and a white band that curves upwards at the right side, creating a sense of movement and depth.

« Survivre ne permet pas nécessairement de vivre pleinement »

Les décisions entourant la sélection d'une modalité de dialyse parmi les diverses thérapies envisagées doivent toujours être axées sur la qualité de vie perçue par le patient.

Facteurs qui influencent le choix des patients pour le traitement de l'IRST: Il ne faut pas tenir compte uniquement de la survie

Combien de mois de vie accepteriez-vous de mettre en jeu ?



Multiples bénéfices non médicaux de la DP

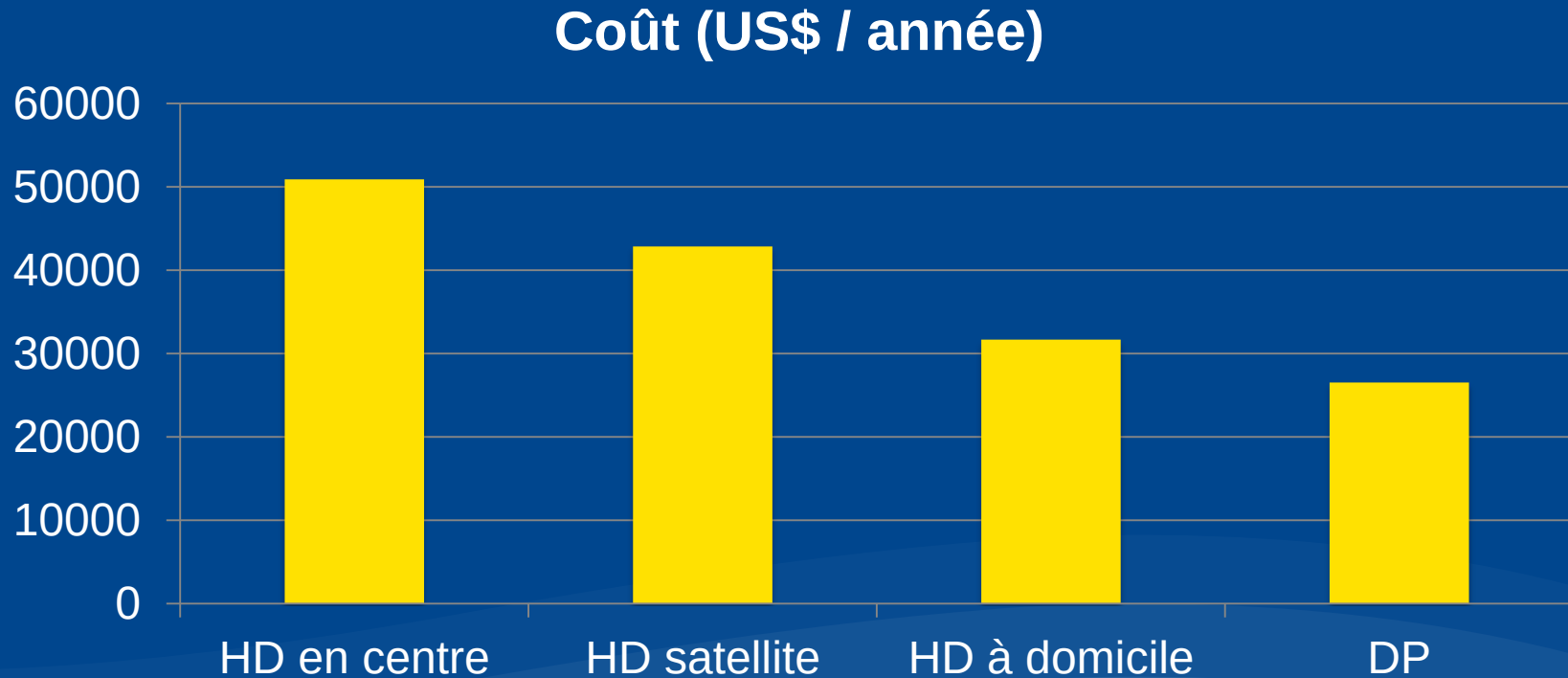
■ Pour le patient

- Technique simple et facile à apprendre à tout âge
- Peu d'exigence technique
- Contrôle sur sa maladie et sa vie
- Mobilité accrue
- Flexibilité et adaptabilité des horaires
- Fierté

■ Pour la collectivité

- Maintien à domicile
- Maintien au travail
- Rentabilité de la technique (coût – efficacité)
- Coûts évités (HD satellite, agrandissement...)

Coûts des modalités de dialyse (Alberta, 2001)



Recommendations existantes

- **Guideline 3.5 - RRT: Preparing patients for RRT**
 - We suggest that **all patients should be encouraged to perform home dialysis therapy** where possible, as part of an integrated approach to renal replacement therapy (2B).
- **Guideline 3.6 - RRT: Preparing patients for RRT**
 - We suggest that, where home dialysis is not possible, patients and their carers/partners should be actively involved in their dialysis treatment, be encouraged to perform **as much self-care as possible** and be engaged in all aspects of their treatment including medicines management and changes in diet and lifestyle (2B)

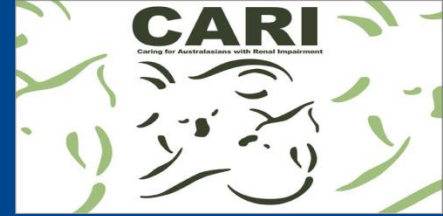


- Primary determinants of mode on initial dialysis include the preference of a **fully-informed patient**, absence of medical and surgical contraindications, and resource availability. (Level IV evidence)



Contre-indications à la DP ?

- Chx abdo avec adhérences
- Hernie non réparée
- Communication pleuro-péritonéale
- Problème colique (constipation, diverticulite)
- Insuff respiratoire sévère
- Colostomie ou conduit iléal
- Obésité abdominale
- Masse musculaire importante



Contre-indications à l'HD ?

- Vaisseaux inadéquats pour une FAV
- Instabilité cardio-vasculaire (Insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique)
- Phobie des aiguilles



- When dialysis modality is not determined by preference of a fully-informed patient, absence on medical and surgical contraindications and resource availability, **consider using CAPD in preference to HD to better preserve RRF and allow graded introduction of dialysis** (Level III evidence)

Résumé

- Dans l'ensemble, la DP et l'HD sont associées à des taux de survie similaires
- L'emploi initial de la DP plutôt que de l'HD en centre pourrait être associé à une meilleure survie grâce
 - À une meilleure préservation de la fonction rénale résiduelle
 - À la possibilité d'éviter un traitement intermittent
- Par rapport à l'HD, la DP offre la possibilité de réduire ou d'éviter l'exposition à un CVC

Résumé

- Dans le contexte de la greffe, comparativement à l'HD en centre
 - La DP peut être avantageuse comme traitement de transition avant
 - La DP est associée à un devenir similaire, voire meilleur, après
 - La DP demeure une option en cas d'échec de greffe
- La **qualité de vie** et le **choix du patient** doivent rester au centre des considérations au moment de choisir une modalité de dialyse
- **L'HD et la DP doivent être considérées comme des thérapies complémentaires**

Nous devons cibler...

Le BON patient

La BONNE modalité

Au BON moment

et

Permettre au patient de faire le BON choix!

Élaborer un plan d'action

- Consensus de l'équipe médicale et leadership
- Identification des patients
- Participation de toute l'équipe et activités de formation
- Consolidation des services offerts
- Programme d'information à l'intention des patients / de leur famille
- Représentation auprès des administrateurs / ministère

Consensus d'équipe

- Élaboration d'un plan stratégique de service
- Cibles locales à atteindre ?
- Uniformiser les pratiques
- Uniformiser le message aux patients

Identifier clientèle cible

- Dialyse en aigu (crash-start)
 - Repêchage de HD en centre vers le domicile
 - DP en urgence?
- Dialyse via clinique IRC / PRÉVOIR
 - Quel est le taux d'incidence par modalité?
 - Programme d'enseignement
 - Parrainage entre patients

Participation de toute l'équipe

- Formation de tous les intervenants
 - État de situation
 - Objectifs visés
 - Répartition des rôles
 - Identification des patients
 - Enseignement

Consolidation des services (accès)

- Délai pour cathéter de DP
 - Installation
 - Ré-intervention
- Technique utilisée
 - Tomie VS Scopie ?

Formation des patients et famille

- Programme standardisé d'enseignement et de choix de traitement
- Place des aidants naturels
- Cycleur comme argument de vente ?

Représentations aux administrateurs

- Interpellés par les Orientations ministériels
- Les cibles doivent être adaptées localement pour les bons soins
- On peut soigner et moins dépenser simultanément

Êtes-vous convaincus ?
Tous en action maintenant...

Merci de votre attention

Damien Bélisle

damien.belisle@ssss.gouv.qc.ca



La Société québécoise
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE



En partenariat avec :

Société québécoise de néphrologie
Institut de recherches cliniques de Montréal



LE REIN ET L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

25^e Réunion scientifique annuelle

19 et 20 janvier 2017

Hôtel Bonaventure

Montréal

sqha.hypertension.qc.ca