

Journal des Réseaux franciliens de Néphrologie

Sommaire

- ◆ 2ème Journée Mondiale du Rein. Dr Nader Basiliou (Réseau Néphropar)
- ◆ La dialyse péritonéale. Dr Hafedh Fessi. (Réseau NéphronEst)
- ◆ Anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et risque rénal. Dr Corinne Isnard Bagnis. (ICAR, Réseau Rhapsodie)
- ◆ Actualités : FNAIR

La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale est l'une des trois modalités thérapeutiques de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. Elle s'est développée parallèlement à l'hémodialyse et à la transplantation rénale. Elle concerne 417 patients soit 7,5 % des patients dialysés en Ile de France ; 61 % d'entre eux sont complètement autonomes, 50% sont âgés de 60 à 90 ans. Il existe en France une disparité entre les régions : par exemple, en Franche Comté ou en Alsace, la prévalence des patients en dialyse péritonéale est respectivement de 26,5% et 21%.

La dialyse péritonéale est utilisée de façon chronique depuis 1965. Le péritoine constitue la membrane semi-perméable permettant l'échange entre le sang et un liquide de dialyse (dialysat). Le succès à long terme de cette méthode de traitement repose sur un accès durable à la cavité péritonéale assuré par un cathéter implanté en permanence. Le cathéter développé par Tenckhoff en 1968 reste le plus couramment utilisé. Il est muni d'un segment intra-péritonéal en silicone positionné dans le cul-de-sac de Douglas suivi en son milieu d'un segment tunnélisé, délimité par deux anneaux en Dacron, suivi d'une partie émergente qui permet de connecter les poches de dialysat.

Le début des séances est programmé après cicatrisation de l'orifice du cathéter permettant d'éviter les fuites. La formation du patient

2ème Journée Mondiale du Rein

A l'initiative des Réseaux Français de Néphrologie, des Sociétés savantes et des Associations de patients et de familles, un symposium aura lieu le **jeudi 8 mars 2007**, de 9h à 17h, au Ministère de la Santé, 8 avenue de Ségur, Paris 7^{ème}.

Pour toute information complémentaire et inscription, vous pouvez vous adresser à vos réseaux respectifs.

L'accès à ce symposium sera libre.

s'effectue en externe. Les modalités techniques les plus fréquemment utilisées sont : 1) la dialyse péritonéale continue ambulatoire ou D.P.C.A.: le plus souvent effectuée à domicile, elle comprend 4 échanges quotidiens de 2 litres chacun avec un temps de diffusion de 4 heures dans la journée et 8 heures durant la nuit; 2) la dialyse péritonéale automatisée ou D.P.A.: elle utilise un cycleur programmable permettant de réaliser 4 à 6 échanges pendant la nuit. La DPA a amené pour les patients beaucoup de souplesse dans le traitement et notamment une liberté totale en journée.

La dialyse péritonéale présente plusieurs avantages : elle est pratiquée à domicile, ne nécessite pas d'abord vasculaire, offre une meilleure stabilité hémodynamique, les contraintes diététiques sont moindres et enfin le coût du traitement est moins élevé. Quant aux inconvénients ils sont limités : c'est un traitement quotidien et répétitif, il nécessite un bon environnement matériel et social (notamment un logement spacieux) et on peut observer, au cours du traitement, une diminution progressive de la capacité d'épuration et d'ultrafiltration du péritoine ce qui nécessitera un changement de technique. La complication majeure liée à la dialyse péritonéale est la péritonite dont la fréquence a été réduite de façon spectaculaire à 1 épisode tous

les 4 à 5 ans.

La dialyse péritonéale doit être intégrée dans la stratégie de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Elle est particulièrement recommandée en première intention, chez les patients actifs, ceux en attente d'une transplantation rénale et encore ceux à diurèse conservée.

Les nouvelles recommandations du SROSS 3, relatives à l'organisation du traitement de l'insuffisance rénale chronique rendent obligatoire le développement de la dialyse péritonéale et fixent comme objectif à l'horizon 2009 une prévalence autour de 15 % des patients dialysés en Ile-de-France.

Bien avant le stade 5 de l'insuffisance rénale, le patient est informé des modalités des traitements de suppléance. En l'absence de contre-indication, il participe activement au choix de la méthode d'épuration : hémodialyse ou bien dialyse péritonéale. Son choix est souvent influencé par des expériences vécues par d'autres patients ou des « bruits de couloir ». Les médecins traitants sont l'allié le plus précieux. Mais la méconnaissance de la technique n'a pas permis jusque là son développement. C'est avec votre aide que nous arriverons à atteindre les objectifs thérapeutiques énoncés.

Dr Hafedh FESSI

Actualités

La FNAIR a organisé la 2^{ème} Semaine nationale du Rein du 14 au 22 octobre 2006, avec le soutien du Ministère de la Santé et des Solidarités, de la Direction Générale de la Santé, de l'INPES, et de la Caisse Nationale d'Assurance

Anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et risque rénal

Malgré leur introduction, il y a plus de 25 ans, l'incidence de la toxicité rénale des AINS n'est paradoxalement pas précisément connue. L'hétérogénéité de la population traitée ainsi que l'auto-médication fréquente en sont les principales raisons. Approximativement 1 à 2% des sujets traités par AINS sont susceptibles de développer une atteinte rénale nécessitant une prise en charge thérapeutique. La population exposée, estimée aux Etats-Unis à 50 millions de personnes ou 1 habitant sur 7, reste très importante et justifie le maintien des règles de prescription et de surveillance de ce traitement. Par ordre de fréquence décroissant, les manifestations cliniques rencontrées sont la rétention hydro-sodée, l'insuffisance rénale aiguë, le syndrome néphrotique avec néphropathie interstitielle et la nécrose papillaire.

La rétention hydrosodée, effet secondaire le plus fréquent peut être considéré comme une dysrégulation des mécanismes physiologiques de l'équilibre hydrique et sodé de l'organisme qui apparaît chez tous les patients mais ne s'exprime cliniquement sous forme de syndrome oedémateux que chez les sujets prédisposés (moins de 5% des patients traités). Ce désordre est habituellement facilement contrôlé si la prescription d'AINS doit être maintenue au long cours, et est réversible à l'arrêt du traitement dans tous les cas. L'hyperkaliémie est le trouble le plus menaçant mais ne survient également que chez les sujets prédisposés (prévalence estimée 5 à 10%) soit diabétiques, soit

Maladie, la collaboration de la Fondation Greffe de Vie, et le soutien des sociétés savantes de Néphrologie et de Transplantation, des réseaux de néphrologie, de l'Association Française d'Urologie, de l'AIRG France, de l'Ordre des

présentant une insuffisance rénale soit en cas de prescription concomitante d'autres médicaments hyperkaliémisants.

L'insuffisance rénale aiguë, de mécanisme hémodynamique n'est observée qu'en présence de facteurs de risque. L'atteinte rénale survient plus volontiers dans les situations où la perfusion rénale repose sur la synthèse accrue de prostaglandines comme l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance cardiaque congestive, les lésions sténosantes de l'artère rénale, le diabète, la déshydratation et chez le sujet âgé.

Le syndrome néphrotique est un événement très rare et également réversible à l'arrêt du traitement. La nécrose papillaire expérimentalement décrite chez l'animal est rarement observée chez l'homme mais doit être distinguée de la nécrose papillaire chronique décrite après la prise prolongée d'associations d'antalgiques contenant éventuellement des AINS qui est la seule forme irréversible de toxicité rénale induite par cette classe thérapeutique. Le mécanisme de la plupart des manifestations secondaires rénales liées aux AINS implique les prostaglandines rénales (inhibition par les AINS des COX-1 et 2).

Les règles de prudence dans la prescription des AINS comportent donc la recherche des facteurs de risques cités ci-dessus et la correction éventuelle de l'état d'hydratation. Lorsqu'un ou plusieurs facteurs de risque sont présents, l'indication des AINS doit être reconsidérée. Dans tous les

Pharmaciens, du CESPARM, de la Fondation du Rein et de nombreux laboratoires pharmaceutiques.

Le point d'orgue de cette semaine a été l'opération de dépistage qui a concerné concrètement 20 000 Français dans 21 régions.

cas, une surveillance biologique peut être utile (fonction rénale et kaliémie).

Il est fortement déconseillé d'associer AINS et IEC, en particulier chez l'insuffisant rénal chronique.

Administrés localement, les AINS peuvent également entraîner une atteinte rénale. A titre d'exemple, dans un cas publié dans la littérature les auteurs rapportent une insuffisance rénale aiguë chez une patiente ayant une insuffisance rénale pré-existante (augmentation de la créatininémie de 360 à 673 micromol/l) suite à l'application locale du kétoprofène deux fois par jour pendant 5 jours. Des concentrations plasmatiques très significatives de kétoprofène ont été retrouvées dans cette observation. Il existe donc un passage systémique qui peut être important lors de l'application locale du médicament et pouvant être responsable d'une atteinte rénale.

Les effets secondaires « rénaux » des AINS ne doivent pas faire oublier les événements indésirables cardiovasculaires. En effet, à la faveur du déséquilibre tensionnel favorisé par les AINS chez l'hypertendu (+3 à +5 mmHg), le risque de survenue d'un accident cardiovasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque) est significativement associé à la prise d'AINS avec une augmentation des hospitalisations et une morbi-mortalité non négligeables.

Dr Corinne ISNARD BAGNIS