



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte

Consensus formalisé

Recommandations

Juin 2007

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Recommandations	2
1 Introduction	2
1.1 Thème des recommandations	2
1.2 Origine de la demande - Professionnels et patients concernés par les recommandations	2
1.3 Aspects méthodologiques	3
2 Choix initial de la technique d'épuration extra-rénale	4
2.1 Fonction rénale résiduelle	4
2.2 Corpulence du patient	4
2.3 Facteurs psychosociaux	5
2.4 Néphropathie causale	5
2.5 Comorbidités (en dehors du diabète)	6
2.6 Dialyse péritonéale chez les diabétiques	8
2.7 Personnes âgées	8
2.8 Incapacités et handicaps	9
3 Critères de transfert de la dialyse péritonéale vers l'hémodialyse	9
3.1 Dialyse inadéquate	9
3.2 Infections péritonéales	9
3.3 Problèmes pariétaux	10
3.4 Problèmes mécaniques dus au cathéter	10
3.5 Complications métaboliques	10
3.6 Situations diverses	10
3.7 Durée du traitement par dialyse péritonéale	10
4 Critères de transfert de l'hémodialyse vers la dialyse péritonéale	11
5 Transplantation rénale	11
5.1 En cas de dialyse péritonéale avant transplantation rénale	11
5.2 La dialyse péritonéale en cas de retour en dialyse après échec de la transplantation	12
Méthode de travail	13
Participants	16
Fiche descriptive	17

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

Ces recommandations concernent les indications et les non-indications de la dialyse péritonéale (DP) chronique chez l'adulte (enfants exclus). Déterminer les indications et les non-indications de la DP consiste à en préciser les avantages et les inconvénients comparativement à l'hémodialyse (HD), première technique d'épuration extra-rénale (EER) considérée par les néphrologues comme la technique de référence, qu'elle se déroule dans un centre de santé (hôpital, clinique, autre) ou à domicile. Ces recommandations concernent donc principalement les critères de choix entre la DP et l'HD.

La DP est une technique en pleine évolution, à l'origine de recommandations quant à ses modalités d'application, de fonctionnement et de prescription, mais qui ne sont pas l'objet de ce travail. Seules les indications et les non-indications de la DP sont traitées ici, sans détailler les modalités de sa réalisation.

Par choix délibéré, les indications de la DP sont abordées ici sous un angle strictement médical. Les aspects organisationnels et économiques et les autres causes possibles de la sous-utilisation de la DP en France (8 à 10 % des dialysés chroniques) par rapport aux autres pays européens (en moyenne 15 %) ne sont pas traités.

Ces recommandations entrent dans le cadre d'une réactualisation des recommandations sur les indications et contre-indications de la DP établies en 1994 à l'issue d'une conférence de consensus¹. Les conclusions de cette conférence étaient fondées sur l'analyse exhaustive de la littérature publiée avant 1994. En conséquence, la littérature analysée pour élaborer ces recommandations est postérieure à 1994.

1.2 Origine de la demande - Professionnels et patients concernés par les recommandations

La demande émane de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Les recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé impliqués dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale chez un patient adulte, mais avant tout aux néphrologues qui ont la responsabilité de proposer aux patients une des techniques d'EER aujourd'hui disponibles.

Les patients concernés sont exclusivement les adultes ayant une insuffisance rénale chronique nécessitant à court ou moyen terme la mise en route d'une EER chronique.

¹ La dialyse péritonéale, méthode de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Conférence de consensus. Institut du monde arabe, Paris, 3-4 décembre 1994.

1.3 Aspects méthodologiques

► Méthode de travail

Ces recommandations ont été élaborées selon la méthode *consensus formalisé*². Cette méthode consiste à rédiger des recommandations à partir de l'avis et de l'expérience pratique d'un groupe de professionnels, experts du sujet ou ayant une pratique régulière dans le domaine concerné, qui se prononcent sur la conduite à tenir dans un ensemble de situations cliniques élémentaires et concrètes. Cette méthode est employée quand les conclusions de l'analyse de la littérature³ sont insuffisantes en elles-mêmes et à l'origine d'une controverse ou d'une hétérogénéité des pratiques. Les propositions de recommandations sont préalablement rédigées sous forme d'une liste de questions par un groupe de pilotage. L'avis du groupe de professionnels, dit groupe de cotation, est formalisé en utilisant une échelle visuelle numérique discontinue, graduée de 1 à 9, et le degré d'accord ou de désaccord entre les professionnels est mesuré. Les règles de conservation des recommandations et de force de l'accord professionnel sont fixées *a priori*. Le recours à un groupe de relecture externe aux groupes de pilotage et de cotation est optionnel et n'a pas eu lieu dans le cas présent.

Selon la méthode *consensus formalisé*, les réponses du groupe de cotation à ces questions sont directement à l'origine des présentes recommandations, qui font l'état des lieux des accords et désaccords observés.

► L'argumentaire

Un argumentaire a été rédigé en analysant les données disponibles dans les banques de données depuis 1994. Sur les 1 810 références obtenues, 597 articles ont été analysés et 270 ont été retenus.

L'évaluation des indications de la DP par rapport à l'HD se heurte à une difficulté majeure tenant à la qualité de la littérature analysée. En dehors d'une étude randomisée portant sur de faibles effectifs et interrompue par manque d'inclusions⁴, il n'existe aucune étude randomisée comparant les survies ou les facteurs de risque d'échec entre ces deux techniques d'EER. Les autres études disponibles sont de niveau de preuve faible et certaines indications envisagées ne sont renseignées par aucune étude publiée. C'est la raison pour laquelle la méthode choisie pour élaborer ces recommandations a été le *consensus formalisé*. La plupart des recommandations ci-dessous reposent donc sur un accord professionnel au sein du groupe de cotation.

► Le questionnaire

Comportant 248 questions, le questionnaire final soumis au groupe de cotation concerne quatre situations dans lesquelles le choix de la technique d'EER est discuté :

- le choix initial de la technique d'EER ;
- le transfert de la DP vers l'HD ;
- le transfert de l'HD vers la DP ;
- la réalisation de la DP avant ou après transplantation rénale.

²Cf. guide « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé ». HAS, janvier 2006. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272505/bases-methodologiques-pour-l-elaboration-de-recommandations-professionnelles-par-consensus-formalise

³Cf. argumentaire des recommandations, disponible sur www.has-sante.fr.

⁴ Korevaar JC, Feith GW, Dekker FW, van Manen JG, Boeschoten EW, Bossuyt PMM, *et al.* Effect of starting with hemodialysis compared with peritoneal dialysis in patients new on dialysis treatment: a randomized controlled trial. *Kidney Int* 2003;64(6):2222-8.

2 Choix initial de la technique d'épuration extra-rénale

Un certain nombre de critères sont jugés essentiels dans le choix de la technique d'EER. En fonction du niveau d'atteinte de ces critères, des indications de DP initiale sont proposées.

2.1 Fonction rénale résiduelle

La fonction rénale résiduelle (FRR) est définie comme le débit de filtration glomérulaire (DFG) persistant chez un patient dialysé. Le DFG est estimé par la moyenne des clairances rénales de la créatinine et de l'urée, rapportées à la surface corporelle. Il est exprimé en ml/min pour 1,73 m². La littérature considère habituellement qu'il existe une FRR lorsque la valeur estimée du DFG est supérieure à 2 ml/min pour 1,73 m².

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que :

- la préservation de la FRR est un objectif de traitement, sans pour autant en être le premier ;
- le maintien de la FRR contribue à maintenir l'équilibre hydrosodé et nutritionnel ;
- l'existence d'une FRR est à prendre en compte pour le choix de la technique d'EER ;
- la DP permet plus que l'HD de maintenir la FRR ;
- les objectifs de dialyse adéquate sont difficiles à atteindre en l'absence de FRR quelle que soit la technique ;
- en l'absence de FRR, les objectifs de dialyse adéquate sont plus difficiles à atteindre en DP qu'en HD, et le choix de la DP impose alors une surveillance clinique et paraclinique renforcée ;
- l'absence de FRR n'est pas une contre-indication absolue à la DP.

Il existe un accord (accord faible) pour considérer que c'est le caractère quotidien, voire continu, de la DP qui contribue au maintien de la FRR, et non la technique utilisée, dialyse péritonéale automatisée (DPA) ou dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA). En accord avec la littérature, il n'est pas possible de déterminer si la technique de DP influence ou non la vitesse de dégradation de la FRR.

2.2 Corpulence du patient

► Estimation de la corpulence

Il n'y a pas d'accord pour déterminer si la surface corporelle (SC) ou bien l'indice de masse corporelle (IMC) ou bien le poids ou si la combinaison de ces mesures est à utiliser pour évaluer la corpulence.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que :

- l'évaluation de la corpulence chez le patient insuffisant rénal chronique est réalisée en pratique clinique de manière subjective ;
- la prise en compte de ces indices, utilisés dans la littérature, et de leur valeur seuil est à pondérer en fonction de la masse grasse et de la masse maigre ;
- la masse maigre est estimée cliniquement.

► Corpulence et choix de la technique d'EER

Il existe un accord pour considérer que :

- la corpulence est toujours à prendre en compte dans le choix de la technique d'EER, que le patient soit anurique ou qu'il ait une FRR préservée (accord fort) ;
- la DP est plus difficile à réaliser chez un patient corpulent, notamment en cas de masse maigre prédominante (accord fort) ;
- la DP favorise la prise de poids au bénéfice de la masse grasse (accord fort) ;

- une SC > 1,8 ou 2 m², un IMC > 30 kg/m² ou un poids > 90 kg ne sont pas des contre-indications absolues à la DP (accord fort), mais des contre-indications relatives (accord faible) ;
- la DP est contre-indiquée en cas d'obésité morbide (IMC > 45 kg/m²) (accord fort).

2.3 Facteurs psychosociaux

Ces éléments ne sont pas étudiés dans la littérature.

Un certain nombre de facteurs psychosociaux sont à prendre en compte dans le choix de la DP.

Il existe un accord pour considérer que :

- sont des contre-indications à la DP (accord fort) :
 - l'habitat insalubre,
 - la non-disponibilité d'un infirmier libéral si le patient n'est pas autonome,
 - le refus du patient de recourir à un infirmier libéral jugé indispensable par l'équipe soignante ;
- sont des contre-indications à la DP (accord faible) :
 - l'avis négatif de l'institution médico-sociale de résidence,
 - une hygiène insuffisante.

Il n'existe pas d'accord pour considérer comme contre-indications :

- l'opposition de l'entourage à la réalisation de la DP ;
- l'isolement social et familial ;
- l'avis négatif du médecin traitant sur la faisabilité de la DP par le patient ;
- le refus du médecin traitant de participer au suivi du patient ;
- l'existence de conduites addictives.

Pour l'ensemble de ces critères, l'orientation vers la DP ou l'HD apparaît comme une question de « cas par cas », qui ne peut donner lieu à des règles générales d'autant que certains éléments à prendre en compte peuvent évoluer soit spontanément, soit après éducation.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que la visite d'un membre de l'équipe soignante du centre de dialyse de référence au domicile du patient est indispensable.

2.4 Néphropathie causale

Il existe un accord (accord faible) pour considérer que :

- la néphropathie initiale est un élément du choix de la technique d'EER ;
- la DP est réalisable quelle que soit la néphropathie initiale.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que la DP est possible en cas de :

- néphropathies glomérulaires ;
- néphroangiosclérose ;
- néphropathies du diabète de type 1 et 2 ;
- polykystose rénale ;
- néphropathies interstitielles chroniques.

Il n'existe pas d'accord pour considérer que la DP est possible ou non en cas de :

- néphropathies glomérulaires avec syndrome néphrotique ;
- maladies de système immunologiquement actives ;
- amylose.

2.5 Comorbidités (en dehors du diabète)

La pertinence de la technique de DP est confortée dans certaines situations par les données de la littérature (séries de cas publiées), par exemple DP chez les patients traités par immunosuppresseurs, cirrhotiques, insuffisants cardiaques, etc.

Dans sa première partie, ce paragraphe précise si la technique de DP est possible en fonction de telle ou telle comorbidité ; la seconde partie traite des indications de la DP en première intention par rapport à l'HD en fonction de ces comorbidités. La liste des comorbidités considérées n'est pas exhaustive.

► Faisabilité de la DP en fonction de diverses comorbidités

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que la DP est possible en cas :

- de séropositivité pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB) ou de l'hépatite C (VHC) ;
- d'immunosuppression thérapeutique ;
- de chimiothérapie non aplasante ;
- de thrombopénie aux héparines ;
- de présence d'un anticoagulant circulant ;
- d'antécédent de phlébite ;
- de cirrhose, décompensée ou non ;
- d'insuffisance coronarienne, même non stabilisée ;
- d'insuffisance cardiaque chronique ;
- d'artérite des membres inférieurs, symptomatique ou non ;
- d'anévrisme de l'aorte abdominale non opéré ;
- d'éventration ou d'une hernie, opérée ou opérable ;
- d'embols de cholestérol ;
- d'antécédent de chirurgie vésiculaire, de chirurgie vésicale, de néphrectomie, de prothèse ilio-fémorale (même depuis moins de 3 mois), de césarienne ;
- de dépression chronique ;
- d'espérance de vie de moins de 1 an.

Il n'existe pas d'accord pour considérer que la DP est possible ou non en cas :

- de chimiothérapie aplasante (risque de chute des neutrophiles $< 500/\text{mm}^3$, des plaquettes $< 20\,000/\text{mm}^3$ et de l'Hb $< 8\text{ g/dl}$) ;
- de diverticulose colique ;
- d'antécédent de sigmoïdite diverticulaire ;
- de maladie inflammatoire chronique de l'intestin ;
- de stomie urinaire ;
- de stomie digestive ;
- d'éventration ou hernie non opérable ;
- de prolapsus utérin ;
- de grossesse en cours ;
- de prothèse aorto-iliaque depuis moins de 3 mois ;
- d'antécédent de pancréatectomie ;
- d'antécédent de radiothérapie pelvienne ;
- d'insuffisance respiratoire chronique ;
- d'antécédent de péritonite de la grande cavité ;
- d'antécédent de péritonite localisée ;
- d'antécédent de colectomie ;
- d'antécédent de gastrectomie ;
- de hernie diaphragmatique.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que la DP n'est pas possible en cas :

- d'éventration non opérable ;
- de délabrement irréparable de la paroi abdominale.

► **Indications de la DP en première intention par rapport à l'HD, en fonction des comorbidités**

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que la DP est indiquée en première intention en cas :

- de difficultés à créer un abord vasculaire pour hémodialyse ;
- de cirrhose décompensée avec ascite ;
- d'embols de cholestérol.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que la DP n'est pas indiquée en première intention en cas :

- de dénutrition avec hypoalbuminémie sévère ;
- d'insuffisance respiratoire chronique ;
- de stomie digestive ;
- d'antécédent de sigmoïdite diverticulaire ;
- de maladie inflammatoire chronique de l'intestin ;
- de hernie ou d'éventration non opérable ;
- d'antécédent de pancréatectomie ;
- de prothèse aorto-iliaque depuis moins de 3 mois.

Il n'existe pas d'accord pour considérer que la DP est indiquée ou non en première intention en cas :

- de séropositivité pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), pour le virus de l'hépatite B (VHB) et pour le virus de l'hépatite C (VHC) ;
- d'immunosuppression thérapeutique ;
- de chimiothérapie, y compris les chimiothérapies aplasiantes avec risque de chute des neutrophiles $< 500/\text{mm}^3$, des plaquettes $< 20\,000/\text{mm}^3$ et de l'Hb $< 8\text{ g/dl}$;
- de thrombopénie aux héparines ;
- d'anticoagulant circulant ;
- d'antécédent de phlébite ;
- de cirrhose non décompensée ;
- d'insuffisance coronarienne non stabilisée ;
- d'insuffisance cardiaque chronique ;
- de stomie urinaire ;
- de prolapsus utérin ;
- d'antécédent de péritonite de la grande cavité ;
- d'antécédent de colectomie ;
- d'artérite des membres inférieurs, symptomatique ou non ;
- d'anévrisme de l'aorte abdominale non opéré ;
- de prothèse ilio-fémorale depuis moins de 3 mois ;
- de diverticulose colique ;
- d'éventration ou d'une hernie, opérée ou opérable ;
- d'antécédent de péritonite localisée ;
- d'antécédent de chirurgie vésiculaire ;
- d'antécédent de néphrectomie ;
- d'antécédent de chirurgie vésicale ;
- d'antécédent de gastrectomie ;
- d'antécédent de césarienne ;
- de grossesse en cours ;
- de dépression chronique ;
- d'espérance de vie de moins de 1 an.

2.6 Dialyse péritonéale chez les diabétiques

► Généralités

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que chez les patients diabétiques, il n'y a pas de supériorité prouvée de l'une ou de l'autre méthode (HD ou DP) en première intention, quels que soient l'âge et le sexe des patients.

Il n'existe pas d'accord pour considérer qu'il est plus facile de contrôler chez les diabétiques l'équilibre glycémique par DP plutôt que par HD.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que chez les diabétiques il n'est pas plus facile de contrôler par DP plutôt que par HD :

- la dyslipidémie ;
- le poids.

Il existe un accord (accord faible) pour considérer qu'il est plus facile de contrôler chez les diabétiques l'équilibre hémodynamique par DP plutôt que par HD.

► Complications

Il existe un accord (accord fort) pour considérer qu'en DP, comparativement à l'HD, chez les diabétiques on ne sait pas s'il y a moins de risques :

- d'accidents coronariens ;
- d'accidents vasculaires cérébraux ;
- de complications de l'artérite des membres inférieurs ;
- d'aggravation d'une rétinopathie diabétique.

Il existe un accord (accord faible) pour considérer que chez les diabétiques en DP, comparativement aux non-diabétiques en DP, il y a plus d'infections de l'orifice de sortie du cathéter.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que chez les diabétiques en DP, comparativement aux non-diabétiques en DP, il n'y a pas plus d'infections péritonéales.

► Insulinothérapie

Il existe un accord pour considérer que la prescription intrapéritonéale d'insuline :

- permet un meilleur équilibre du diabète (accord faible) ;
- ne favorise pas la survenue des infections péritonéales (accord fort) ;
- ne doit pas être utilisée systématiquement en première intention (accord fort).

Il n'existe pas d'accord pour recommander la voie intrapéritonéale en première intention.

► Greffe combinée rein-pancréas

Il existe un accord (accord fort) pour considérer qu'en prévision d'une greffe rein-pancréas la DP :

- ne doit pas être systématiquement contre-indiquée ;
- est possible même si l'implantation du greffon pancréatique est prévue par voie intrapéritonéale.

2.7 Personnes âgées

Il existe un accord (accord faible) pour considérer que chez les personnes âgées de plus de 75 ans, les résultats de la DP sont supérieurs à ceux de l'HD en termes de stabilité hémodynamique.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer qu'on ne sait pas si les résultats de la DP chez les personnes âgées de plus de 75 ans sont meilleurs ou moins bons que ceux de l'HD en termes :

- de survie ;
- de qualité de vie ;
- d'équilibre nutritionnel ;
- de complications infectieuses ;
- de complications « en général » ;
- de journées d'hospitalisation.

2.8 Incapacités et handicaps

La DP, avec assistance si besoin, est réalisable (accord fort) en cas de :

- cécité ;
- surdité ;
- handicap mental ;
- handicap moteur.

3 Critères de transfert de la dialyse péritonéale vers l'hémodialyse

3.1 Dialyse inadéquate

Il existe un accord (accord fort) pour recommander :

- de suspendre la DP, avec un transfert temporaire mais non définitif en HD, en cas de perte de l'efficacité péritonéale responsable d'une surcharge hydrosodée permanente du fait d'une perte de capacité d'ultrafiltration (UF) ;
- de suspendre de manière définitive la DP en cas de perte de la FRR avec adaptation de la prescription péritonéale se révélant insuffisante et responsable de surcharge hydrosodée et de syndrome urémique, $KT/V < 1,7$, clairance de créatinine < 50 l/sem/ $1,73$ m² et pertes liquidiennes (UF + urines) < 750 ml/j.

3.2 Infections péritonéales

Il existe un accord (accord fort) pour recommander, en cas d'infection péritonéale résistant à un traitement médical, de recourir à l'HD de manière transitoire, mais non définitive.

Il existe un accord pour recommander de transférer définitivement en HD un patient :

- qui a fait plus de trois infections péritonéales dans l'année à des germes d'origine digestive (accord fort) ;
- qui continue à faire des infections péritonéales à répétition après un changement de cathéter et une reprise de l'éducation (accord fort) ;
- lorsque la cause est non connue ou non corrigeable (accord faible).

En revanche, il existe un accord (accord fort) pour ne pas recommander le transfert de la DP vers l'HD :

- si les germes responsables sont des staphylocoques manuportés ;
- dans toute autre circonstance d'infection.

3.3 Problèmes pariétaux

Il existe un accord (accord fort) pour recommander de transférer définitivement en HD un patient présentant :

- des brèches péritonéo-pleurales récidivantes ;
- des hernies ombilicales, inguinales ou crurales récidivantes ;
- des hernies hiatales symptomatiques ;
- un prolapsus génital symptomatique inopérable.

3.4 Problèmes mécaniques dus au cathéter

Il existe un accord (accord faible) pour recommander de transférer définitivement en HD un patient ayant une perforation digestive due au cathéter.

Il existe un accord (accord fort) pour considérer qu'il n'est pas nécessaire de transférer définitivement en HD un patient présentant des déplacements du cathéter intrapéritonéal avec mauvais drainage.

3.5 Complications métaboliques

Il existe un accord (accord fort) pour recommander de transférer définitivement en HD un patient présentant :

- une prise de poids rapide et massive (> 15 % du poids en 1 an) avec apport minimum de glucose ;
- une hypertriglycémie > 10 g/l incontrôlable ;
- une dénutrition récente inexplicite par ailleurs.

Il n'existe pas d'accord pour transférer définitivement en HD un patient présentant :

- un diabète induit ;
- une hypercholestérolémie incontrôlable.

3.6 Situations diverses

Il existe un accord (accord fort) pour recommander de répondre à la demande du patient :

- si celui-ci désire passer à l'HD ;
- en cas de lassitude de sa part ou de son entourage.

Il existe un accord (accord fort) pour recommander de passer à l'HD en cas de surcharge hydrosodée incontrôlable avec retentissement cardiaque.

Il existe un accord pour ne pas recommander de passer à l'HD en cas de :

- chirurgie abdominale sans rapport avec le cathéter (accord fort) ;
- chirurgie pelvienne (accord faible).

3.7 Durée du traitement par dialyse péritonéale

Il existe un accord (accord faible) pour considérer que la DP est réalisable pendant plus de 2 ans.

Il n'existe pas d'accord pour considérer que la DP est réalisable pendant :

- 5 ans ;
- 10 ans au plus.

Il existe un accord pour considérer que, quelles que soient l'efficacité et la tolérance de la DP, il n'est pas préférable d'arrêter la DP pour transférer définitivement le patient en HD au bout de :

- 2 ans (accord fort) ;
- 5 ans (accord fort) ;
- 10 ans (accord faible).

Il existe un accord (accord fort) pour considérer que, quelles que soient l'efficacité et la tolérance de la DP, il n'est pas indispensable d'arrêter la DP pour transférer le patient en HD au bout de :

- 2 ans ;
- 5 ans ;
- 10 ans.

4 Critères de transfert de l'hémodialyse vers la dialyse péritonéale

S'il existe des difficultés majeures d'utilisation des anticoagulants ou une grande instabilité hémodynamique lors des séances d'HD, il est recommandé de transférer le patient définitivement en DP (accord faible). Cela n'est pas nécessaire en cas d'insuffisance respiratoire chronique sévère (accord fort).

Il n'y a pas d'accord pour transférer définitivement en DP dans les situations suivantes :

- demande du patient ;
- difficultés majeures à créer un nouvel abord vasculaire ;
- grande instabilité hémodynamique interdialytique ;
- angor instable ;
- cardiomyopathie hypertrophique sévère.

5 Transplantation rénale

5.1 En cas de dialyse péritonéale avant transplantation rénale

Il existe un accord pour considérer que :

- la survie du greffon est identique que le patient ait été traité par DP ou par HD avant transplantation (accord fort) ;
- le risque infectieux est identique si le patient a été traité par DP plutôt que par HD, avant la transplantation (accord faible).

Il n'y a pas d'accord pour considérer que :

- la dialyse préalable (DP ou HD) a un impact sur le délai de reprise de la fonction rénale ;
- la fréquence de thrombose du greffon est identique si le patient a été traité par DP plutôt que par HD, avant la transplantation.

Il existe un accord (accord faible) pour considérer que la DP préalable ne permet pas plus facilement :

- la réalisation de la transplantation rénale ;
- la réalisation d'une épuration extra-rénale en post-transplantation en cas de non-reprise immédiate de la fonction rénale ;
- la reprise de la dialyse en cas de non-fonctionnement du greffon.

Il n'est pas recommandé (accord fort), en cas de DP, de réaliser une fistule artériovoineuse si le patient est en attente de greffe.

5.2 La dialyse péritonéale en cas de retour en dialyse après échec de la transplantation

Il existe un accord (accord fort) pour considérer :

- qu'après échec de la transplantation, il est possible d'utiliser aussi bien la DP que l'HD ;
- que la poursuite du traitement immunosuppresseur permet de maintenir la FRR.

Il n'existe pas d'accord pour affirmer, si le traitement immunosuppresseur est maintenu :

- que la DP est recommandée ou non ;
- qu'il existe un risque accru de péritonite.

Méthode de travail

► Méthode *consensus formalisé*

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *consensus formalisé* (CF) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Comité d'organisation (optionnel)

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, le cas échéant, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de pilotage, de cotation et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture, le cas échéant.

► Groupe de pilotage

Un groupe de pilotage est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe, en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations, en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président. Le groupe de pilotage rédige ensuite une liste de propositions destinée à être soumise au groupe de cotation.

► Groupe de cotation

Un groupe de cotation est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels impliqués au quotidien dans la situation clinique étudiée, sélectionnés selon les mêmes critères que le groupe de pilotage. Les membres du groupe de cotation reçoivent un questionnaire dans lequel ils cotent individuellement chaque proposition émise par le groupe de pilotage, à l'aide d'une échelle numérique discontinue, en tenant compte du niveau de preuve disponible et de leur expérience pratique (1^{re} cotation individuelle). Une réunion du groupe de cotation est

organisée sous la direction du chef de projet de la HAS pour présenter et discuter les résultats de cette 1^{re} cotation, et pour confronter les expériences professionnelles des participants et les données de la littérature. En fonction des résultats, des modifications ou des précisions peuvent être apportées aux propositions. Aussitôt après cette réunion, il est demandé aux membres du groupe de cotation de coter individuellement les propositions issues de la réunion (2^e cotation individuelle). Les membres du groupe de cotation qui ne retournent pas leurs cotations individuelles ou qui ne participent pas à la réunion sont exclus du groupe de cotation. Les propositions cotées, les règles de cotation et l'analyse des réponses sont présentées en annexe, ainsi que les résultats des cotations individuelles.

► Rédaction de la première version des recommandations

Au terme du processus de cotation, une première version du texte des recommandations est rédigée par le chef de projet de la HAS à partir des consensus identifiés. Elle est soumise au groupe de pilotage qui en vérifie la cohérence, avant envoi en groupe de lecture.

► Groupe de lecture (optionnel)

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de cotation. Il est consulté par courrier, et donne un avis consultatif sur le fond et la forme du document, en particulier sur la lisibilité, l'applicabilité et l'acceptabilité des recommandations. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Évaluation des stratégies de santé*).

► Version finale des recommandations

L'argumentaire est modifié ou complété, s'il y a lieu, après analyse critique des articles adressés par le groupe de lecture. Après analyse des commentaires du groupe de lecture, les groupes de pilotage et de cotation rédigent ensemble la version finale des recommandations grâce à des échanges par courriel ou au cours d'une réunion commune, sous la direction du chef de projet de la HAS et du président du groupe de pilotage. Si des recommandations sont modifiées sur le fond, une troisième cotation en réunion est réalisée par le groupe de cotation.

La méthode décrite par la HAS permet, le cas échéant, de ne pas recourir à un groupe de lecture. Les recommandations sont alors rédigées par le chef de projet de la HAS après la seconde cotation du groupe de cotation. Elles sont soumises au groupe de pilotage qui en vérifie la cohérence.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *Évaluation des stratégies de santé*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la commission *Évaluation des stratégies de santé*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques, sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'informations. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Les articles retenus sont détaillés dans l'argumentaire. Lorsque la littérature identifiée ne permet pas de répondre aux questions posées, la méthode *consensus formalisé* est pleinement justifiée pour rédiger des recommandations. Les recommandations produites reposent sur le consensus issu du groupe de cotation au terme du processus et font état des accords et désaccords observés.

Participants

Groupe de pilotage

Dr Pierre-Yves Durand, néphrologue, Vandœuvre-lès-Nancy, chargé de projet

Dr Patrice Dosquet, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Thierry Rusterholtz, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Serge Baudin, néphrologue, Blois

Dr Agnès Caillette-Beaudoin, néphrologue,
Vienne

Dr Bernadette Faller, néphrologue, Colmar

Dr Dominique Pagniez, néphrologue, Lille

Pr Jean-Philippe Ryckelynck, néphrologue,
Caen

Dr Christian Verger, néphrologue, Pontoise

Groupe de cotation

Dr Catherine Albert, néphrologue, Chartres

Dr Christian d'Auzac de Lamartinie,
néphrologue, Paris

Dr José Brasseur, néphrologue, Rouvroy

Dr Charles Chazot, néphrologue, Tassin

Dr Pascal Cluzel, néphrologue, Clermont-
Ferrand

M. Olivier Coustere, directeur Trans-Forme,
Courbevoie

Dr François de Cornelissen, néphrologue,
Narbonne

Dr Nicole Larroumet-Sornay, néphrologue,
Gradignan

Dr François Malvy, néphrologue, Albi

Dr Lise Mandart, néphrologue, Vannes

Dr Jean-François Marichal, néphrologue,
Strasbourg

M. Raymond Merle, représentant d'usagers, Le
Sappey-en-Chartreuse

Dr Catherine Michel, néphrologue, Paris

Dr Estelle Ricard-Sutra, néphrologue,
Montpellier

Fiche descriptive

TITRE	Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte
Méthode de travail	Consensus formalisé
Date d'édition par la HAS	Document uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Définir les indications et les non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte, sans détailler les modalités de sa réalisation.
Professionnel(s) concerné(s)	Néphrologues
Demandeur	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Patrice Dosquet, chef du service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS et Dr Thierry Rusterholtz, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS. Secrétariat : Mlle Marie-Laure Turlet. Recherche documentaire : Mlle Mireille Cecchin, avec l'aide de Mme Renée Cardoso, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Groupe de pilotage et groupe de cotation : cf. liste des participants Les participants au groupe de pilotage et au groupe de cotation ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	Janvier 1994 – Décembre 2006
Auteurs de l'argumentaire	Dr Pierre-Yves Durand, néphrologue.
Validation	Avis de la commission <i>Évaluation des stratégies de santé</i> Validation par le Collège de la HAS en juin 2007
Autres formats	Argumentaire scientifique téléchargeable gratuitement sur www.has-sante.fr