

available at www.sciencedirect.comjournal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/nephro>

ÉDITORIAL

Dialyse péritonéale, hémodialyse, le débat n'est pas clos ! « Ma part de vérité »

Peritoneal dialysis, hemodialysis, the debate is not closed! "My share of truth"

L'éditorial de Issad B. et al. concernant la place de la dialyse péritonéale en France à l'horizon 2010 au sein des modalités de suppléance rénale et à la lumière des récents décrets, soulève un vrai problème. Quinze pour cent de patients dialysés et traités par dialyse péritonéale en 2010 : mythe ou réalité ?

Le débat reste ouvert. La question soulevée, par Issad B. et al., est réellement d'actualité. L'argumentaire, pour être recevable, se doit cependant d'être complet, impartial et non erroné.

Que la dialyse péritonéale soit une méthode sous-utilisée en France est certainement vrai ! Que la dialyse péritonéale apporte une réponse thérapeutique adaptée à certains patients est aussi exact ! Que les progrès techniques accomplis (en matière de cathéters, de solution péritonéale, de système de transfert, de distributeur...) ait rendu cette méthode plus simple, plus sûre et finalement plus accessible est également exact. Que la survie des patients en dialyse péritonéale soit équivalente à celle des patients hémodialysés dans les deux premières années de traitement est également vrai !

En revanche, affirmer que la dialyse péritonéale est sous-utilisée en France, en prétextant que les Sociétés savantes ne croient pas en la méthode et la considèrent comme une thérapeutique de seconde catégorie, que les universitaires n'enseignent pas de façon correcte cette méthode, que les néphrologues de centre n'offrent pas cette modalité pour des raisons basement matérielles, que la dialyse péritonéale soit désavantagée en termes de remboursement, tout cela est en grande partie faux. En effet, le modèle de l'Île-de-France tel qu'il est décrit ne reflète heureusement pas la réalité hexagonale. Il s'agit là

d'un modèle jacobin totalement dépassé à l'heure de la régionalisation.

Ma part de vérité dans ce débat est sensiblement différente. Vouloir redonner sa place à la dialyse péritonéale dans le cadre des modalités thérapeutiques de l'insuffisance rénale relève d'un programme plus ambitieux que l'on pourrait résumer de la façon suivante :

- *éviter la sectorisation et le cloisonnement des néphrologues* impliqués dans le traitement de l'insuffisance rénale, que ce soit par dialyse péritonéale, hémodialyse ou transplantation rénale. Cette sectorisation apporte une vue avec œillères extrêmement biaisée qui ne permet plus d'analyser objectivement les avantages ou les risques d'une méthode thérapeutique par rapport aux autres. De plus, elle engendre un sentiment de frustration individuelle en situation d'échec. Il s'agit là d'un problème « d'EGO » personnel plus que d'échec proprement dit de la méthode thérapeutique ;
- *reconnaître et accepter les limites de la dialyse péritonéale*. En effet, il semble actuellement bien établi que l'efficacité de la méthode s'appuie sur la préservation prolongée d'une fonction rénale résiduelle. Il est également reconnu que la perméabilité de la membrane péritonéale est limitée dans le temps. Enfin, il est accepté que cette méthode s'applique difficilement à des patients dont l'anthropométrie ou les besoins métaboliques dépasseraient les capacités de la méthode ;
- *faciliter les transferts d'une méthode à l'autre*. Cela sous-entend un transfert précoce notamment lorsque l'état général du patient se dégrade, la lassitude vis-à-

vis de la méthode s'installe et que les paramètres biologiques a fortiori se dégradent ;

- *replacer la dialyse péritonéale dans le cadre des méthodes thérapeutiques autonomes et de domicile.* En effet, l'hémodialyse à domicile est une alternative tout à fait intéressante. Cette méthode est également sous-utilisée bien que les résultats soient excellents. Son faible développement en France relève des mêmes obstacles que ceux rapportés pour la dialyse péritonéale. Cela dit, le rapport coût/efficacité est nettement en faveur de l'hémodialyse à domicile ;
- *favoriser le fonctionnement en réseau des néphrologues* (public, privé et associatif) et permettre ainsi une prise en charge optimale et graduée des patients tenant compte de leur profil médical, des facteurs de risques et de handicap, ainsi que de leur qualité de vie. Développer l'information précoce des patients et de leur famille dans le cadre du suivi néphrologique est également un élément très intéressant réduisant l'angoisse et facilitant l'orientation secondaire des patients vers des méthodes autonomes ;
- *accepter de confronter les résultats des différentes méthodes thérapeutiques* (dialyse péritonéale, hémodialyse et transplantation rénale) en évitant d'opposer les méthodes, mais plutôt en soulignant leur complé-

mentarité pour une prise en charge optimale de l'insuffisance rénale chronique.

En définitive, la mission essentielle d'un néphrologue est d'apporter au patient insuffisant rénal une thérapeutique adaptée et personnelle, capable de lui offrir les meilleures chances de survie et de préserver l'intégrité de sa qualité de vie. Il s'agit là des bases de la médecine humaniste et non égocentriste que chaque néphrologue doit s'imposer. Cela relève d'une écoute attentive et permanente des plaintes du patient, d'une analyse objective de la situation clinique en évitant de transposer ses sentiments personnels à ceux d'une méthode. C'est ce que l'on pourrait appeler une médecine orientée vers le patient et non pas vers le traitant.

Bernard Canaud
Service de néphrologie-dialyse-soins intensifs,
hôpital Lapeyronie,
CHU de Montpellier,
371, avenue du Doyen-Giraud,
35295 Montpellier cedex 05, France
Adresse e-mail : b-canaud@chu-montpellier.fr (B. Canaud).