

Dialyse péritonéale (DP) : revue des dispositifs médicaux

Peritoneal dialysis (PD): a review of medical devices

BABIN Marie¹, MOULUN Baptiste², BRISCHOUX Sonia², PETIT Abir¹

Auteur correspondant : Marie BABIN, Interne en Pharmacie, CHU Amiens-Picardie, Pharmacie à Usage Intérieur, 1 rond-point du Professeur Christian Cabrol 80054 Amiens Cedex babin.marie@chu-amiens.fr

Résumé

La dialyse péritonéale (DP) est une technique d'épuration extra-rénale qui utilise le péritoine comme membrane d'échange. Deux techniques sont couramment employées : la Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA), où le patient réalise manuellement plusieurs échanges quotidiens, et la Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA) effectuée par un cycleur. La voie d'abord nécessite l'implantation chirurgicale d'un cathéter dans la cavité abdominale et l'utilisation d'accessoires à connecter à la ligne de dialyse.

Cet article présente dans une première partie les principes fondamentaux de la DP, incluant les mécanismes physiologiques impliqués ainsi que les avantages et les limites de cette technique par rapport à l'hémodialyse (HD). La seconde est dédiée à une revue de l'ensemble des dispositifs médicaux utilisés au cours de la DP, en décrivant leurs caractéristiques techniques et les critères de choix nécessaires pour leur référencement au sein d'un établissement de santé.

Mots-clés :

épuration extra-rénale, dialyse péritonéale, dispositifs médicaux

Abstract

Peritoneal dialysis (PD) is an extracorporeal renal purification technique that uses the peritoneum as an exchange membrane. Two techniques are commonly used: Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), where the patient manually performs multiple daily exchanges, and Automated Peritoneal Dialysis (APD), carried out using a cycler. The access route requires the surgical implantation of a catheter in the abdominal cavity and the use of accessories connected to the dialysis line.

This article presents, in the first part, the fundamental principles of PD, including the physiological mechanisms involved as well as the advantages and limits of this technique compared to hemodialysis (HD). The second part is dedicated to a review of all medical devices used during PD, describing their technical

¹ Pharmacie à Usage Intérieur – Secteur Dispositifs Médicaux, CHU Amiens-Picardie, 1 rond-point du Professeur Christian Cabrol, 80054 Amiens Cedex

² Pharmacie à Usage Intérieur – Secteur Dispositifs Médicaux, CHU Dupuytren, 2 avenue Martin Luther King, 87000 Limoges

characteristics and the selection criteria necessary for their procurement within a healthcare facility.

Keywords :

extracorporeal dialyses, peritoneal dialysis, medical devices

I. Introduction

La dialyse péritonéale (DP) constitue aujourd'hui une modalité incontournable de suppléance rénale dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, notamment grâce à sa capacité à concilier efficacité clinique, autonomie du patient et maintien de la qualité de vie. Cette technique repose sur l'utilisation du péritoine comme membrane d'échange semi-perméable, permettant l'épuration des toxines ainsi que le maintien de l'équilibre hydrosodé et acidobasique. L'indication de la DP repose avant tout sur un choix éclairé du patient, en l'absence de contre-indication médicale formelle.

Deux techniques de DP coexistent : la Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA) et la Dialyse Péritonéale automatisée (DPA). Ces deux modalités partagent un objectif commun : permettre un traitement à domicile, moins intrusif dans la vie quotidienne. Cette approche est particulièrement appréciée des patients recherchant autonomie, flexibilité et moindre dépendance à l'hôpital. En effet, selon plusieurs études publiées, les patients traités par DP présenteraient une meilleure qualité de vie et un niveau supérieur de satisfaction, pour une survie équivalente voire supérieure à celle observée sous hémodialyse (HD), en particulier durant les deux premières années de traitement ^[1]. Parmi les autres avantages majeurs de la DP, on peut citer : l'épargne du capital vasculaire et l'excellente tolérance hémodynamique. Pourtant, malgré ces atouts, la DP reste encore sous-utilisée à l'échelle nationale ^[2].

Dans un paysage thérapeutique en constante évolution, le choix et l'utilisation des dispositifs médicaux associés à la DP jouent un rôle central dans l'efficacité, la sécurité et la tolérance du traitement. Du cathéter péritonéal aux cycleurs automatisés, en passant par les prolongateurs de cathéter, chaque dispositif nécessite une sélection

rigoureuse afin d'optimiser la qualité des soins et de prévenir les complications, notamment infectieuses. Cet article propose une revue complète et actualisée des dispositifs médicaux utilisés en DP. Après un rappel des principes fondamentaux de la technique, nous décrirons de manière détaillée les caractéristiques de chaque dispositif, en nous appuyant sur les recommandations professionnelles et les pratiques actuelles en établissement de santé.

II. Principes fondamentaux de la dialyse péritonéale

1. Généralités

En France, 6 % des patients nécessitant une suppléance rénale par dialyse choisissent la DP ^[2]. Cette technique de suppléance de la maladie rénale chronique consiste à introduire une solution de dialyse, appelée dialysat, dans la cavité péritonéale via un cathéter. Après une phase de stase, durant laquelle les échanges s'effectuent à travers la membrane péritonéale, cette solution est ensuite drainée, complétant ainsi un cycle d'échange (Figure 1). Un nouveau dialysat est ensuite injecté.

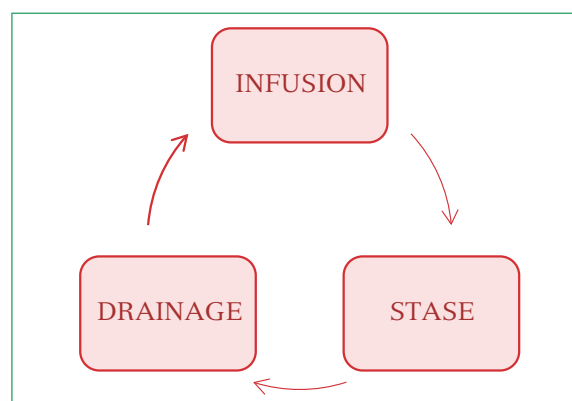


Figure 1 – Principe de la Dialyse Péritonéale (DP).

Cette méthode utilise les propriétés du péritoine, une membrane naturelle semi-perméable, pour assurer l'épuration extra-rénale quotidienne. Ces échanges permettent non seulement l'élimination des toxines, mais aussi le maintien de l'équilibre hydrosodé et acidobasique. Ils reposent sur deux principes fondamentaux : la diffusion et la convection

(ultrafiltration), ainsi que sur le modèle des trois pores^[3]. Celui-ci décrit trois types de pores au niveau de l'endothélium des capillaires péritonéaux : les petits pores pour le passage de l'eau et des petites molécules, les ultrapetits pores (aquaporines) pour le transport exclusif de l'eau libre, et les grands pores, rares, permettant le passage de macromolécules. Ce modèle explique les transferts péritonéaux par convection selon les pressions hydrostatiques et par diffusion selon les pressions osmotiques.

Deux modalités de DP existent : la Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA) et la Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA). Le traitement de base est identique pour les deux techniques, mais le principe de la méthode d'échange et le nombre d'échanges nécessaires diffèrent.

2. Place de la DP dans la stratégie thérapeutique

Les recommandations françaises concernant les indications et les non-indications de la DP ont été publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008^[4]. Elles précisent les avantages et les inconvénients de la DP par rapport à l'HD, en abordant principalement le choix entre ces deux techniques et, secondairement, leur complémentarité^[5].

L'indication de la DP repose avant tout sur le choix éclairé du patient, en l'absence de contre-indication médicale formelle. Ce choix constitue le principal facteur d'orientation vers une technique de dialyse, bien qu'il soit influencé par divers éléments médicaux et psychosociaux, tels que les comorbidités, le niveau d'autonomie du patient et son environnement de vie. Parmi ces critères, la fonction rénale résiduelle occupe une place centrale : la DP permet en effet de mieux la préserver que l'HD. À l'inverse, une diurèse résiduelle suffisante est une condition souvent nécessaire au bon fonctionnement de la DP.

La DP est particulièrement indiquée en cas de difficultés d'abord vasculaire pour HD, de cirrhose décompensée avec ascite ou de néphropathie associée à des embols de cholestérol.

Cependant, elle présente des contre-indications, notamment en cas d'obésité morbide ou de délabrements abdominaux irréparables, et peut être limitée par des facteurs externes comme un

environnement insalubre ou l'absence de soutien infirmier. Par ailleurs, les recommandations définissent des critères permettant de transférer un patient d'une méthode à l'autre, en fonction de complications ou de situations spécifiques.

3. Voie d'abord

Un accès fonctionnel à la cavité péritonéale constitue la première et principale exigence pour débiter une DP. Cet accès est assuré par un cathéter souple, implanté de manière étanche et conçu de manière à être bien toléré au long cours, dont les caractéristiques seront détaillées par la suite.

Le cathéter peut être placé selon différentes techniques chirurgicales et percutanées, avec des stratégies qui varient en termes de complexité technique et de ressources requises^[6]. Le choix de la technique dépend du terrain du patient (antécédents chirurgicaux, possibilité d'anesthésie générale) et des habitudes et préférences de l'équipe chirurgicale^[7]. En cas de contre-indication formelle à la coelioscopie sous anesthésie générale (technique d'implantation de référence), certains centres privilégient une approche percutanée « à l'aveugle », sous anesthésie locale et sédation, en utilisant un mandrin spécifique ou un stylet raidisseur pour guider l'insertion du cathéter^[8].

III. Revue des dispositifs médicaux de la DP

La Figure 2 illustre les différents dispositifs médicaux nécessaires à la réalisation de la DP, qui sont détaillés dans la suite de l'article.

1. Cathéter de DP

Il s'agit d'un tube souple en silicone majoritairement, ou en polyuréthane, inséré chirurgicalement dans la paroi abdominale du patient. Son extrémité distale est positionnée dans le cul-de-sac de Douglas, qui représente la zone la plus déclive de la cavité péritonéale, et comporte plusieurs perforations. Ce positionnement permet une vidange optimale de la solution de dialyse.

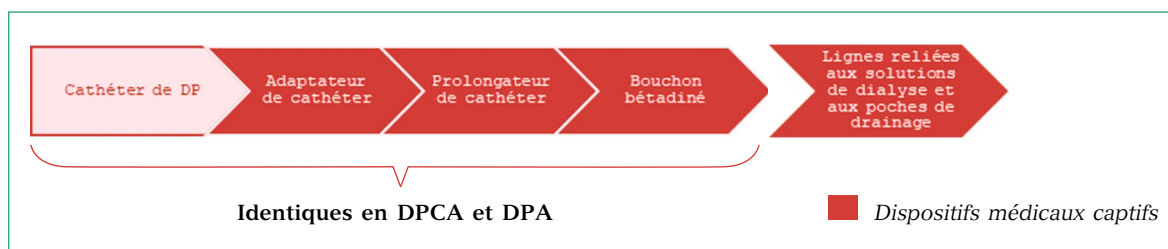


Figure 2 – Schéma d'un montage d'une ligne de dialyse en DP.

Les cathéters les plus couramment utilisés possèdent une bande blanche radio-opaque, facilitant leur visualisation radiographique. Le diamètre interne des cathéters pour adultes est généralement de 2,6 mm, avec un diamètre externe d'environ 5 mm. Un fournisseur propose un modèle avec un diamètre interne plus large de 3,5 mm, censé offrir un meilleur débit, bien qu'aucun avantage thérapeutique n'ait été démontré *in vivo* ^[7]. Différentes longueurs de cathéter, sont disponibles pour s'adapter à chaque taille de patient (de 40 à 60 cm).

Certains cathéters, dits à auto-positionnement, sont lestés. Ils sont conçus pour limiter la migration dans la cavité péritonéale grâce à un ballast en tungstène siliconé, spécialement intégré à la pointe du cathéter. Le cathéter péritonéal comprend une partie intra- et une partie extrapéritonéale (Figure 3). Le segment intrapéritonéal peut être droit, spiralé, dit « en queue de cochon » ou en T. Le segment extrapéritonéal, quant à lui, se compose d'une portion sous-cutanée, qui peut être droite ou

courbée, dite « en col de cygne » ou *swanneck*, et est dotée d'un dispositif d'ancrage, appelé « cuff » ou manchon (1 ou 2). Enfin, il comporte une partie externe, située au-delà du site de sortie, qui est identique pour tous les cathéters.

Les manchons en Dacron® assurent un amarrage solide à la paroi abdominale. Le manchon profond est amarré à l'aponévrose des muscles grands droits. Le manchon superficiel est sous-cutané et proche de l'orifice cutané de sortie, ce qui permet la formation d'un tissu fibreux qui va maintenir le cathéter et limiter la migration bactérienne vers la cavité péritonéale.

Le tableau suivant (Tableau I) présente les principales caractéristiques des différents types de cathéters péritonéaux disponibles sur le marché, en détaillant leurs matériaux, le nombre de manchons, ainsi que les formes de leurs segments intra-péritonéal et sous-cutané, et leurs spécificités ^[9]. À noter que les principaux fournisseurs de cathéters de DP présents sur le marché français sont Vantive et Fresenius.

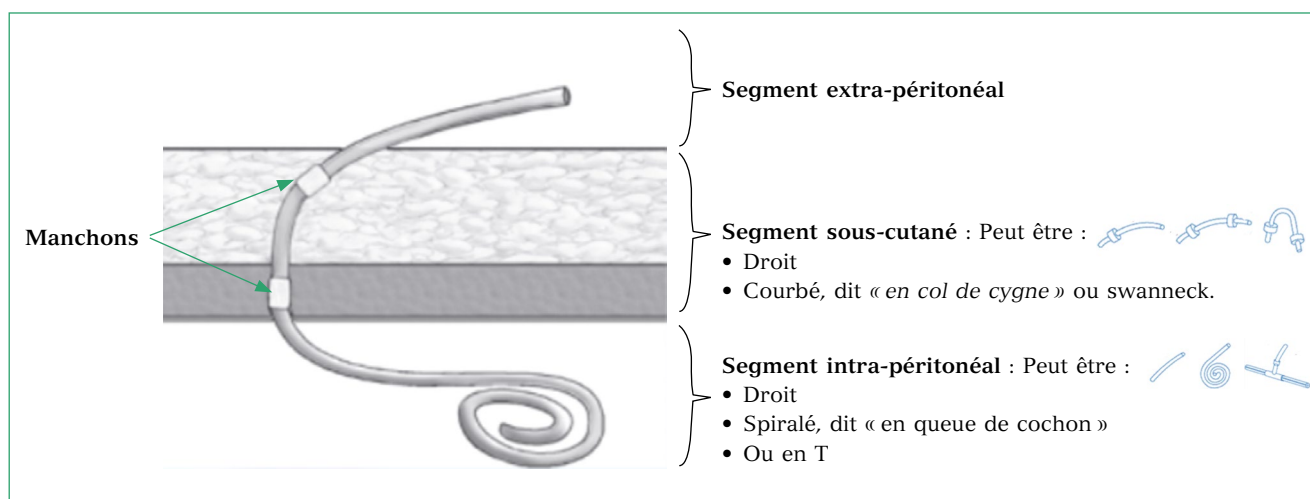


Figure 3 – Schéma d'insertion du cathéter péritonéal.

Tableau I : Cathéters péritonéaux : combinaisons de conceptions intrapéritonéales et extrapéritonéales.

TYPE DE CATHÉTER	MATÉRIAUX	NOMBRE DE MANCHON	FORME DU SEGMENT INTRA-PÉRITONÉAL	FORME DU SEGMENT SOUS-CUTANÉ	CARACTÉRISTIQUES
Cathéter de Tenkhoff	Silicone	1 – 2	Droit/Spiralé	Droit/Col de cygne	Le plus couramment utilisé
Cathéter TWH ou Oreopoulos-Zellerman	Silicone	2	Droit	Droit	Deux types de cathéters : le TWH1 et le TWH2. Comprend l'ajout de deux disques en silicone à l'extrémité distale du cathéter. Le TWH2 présente une modification supplémentaire comprenant un disque en Dacron® et une bille en silicone en position distale du premier manchon.
Cathéter Missouri	Silicone	1 – 2	Droit/Spiralé	Col de cygne	Présence d'un disque en Dacron® et une bille en silicone en position distale du premier manchon.
Cathéter péritonéal pré-sternal	Silicone	1 – 2	Droit/Spiralé	Col de cygne	Connecteur en titane (entre l'extrémité proximale et l'extrémité distale)
Cathéter Moncrief-Papovich	Silicone	2	Spiralé	Col de cygne	Manchon superficiel plus grand (2,5 cm)
Cathéter de Cruz (Pail-Handle)	Polyuréthane	2	Spiralé	Deux courbures à angle droit	
Cathéter T-fluted (Ash advantage)	Silicone	2	Droit		En forme de "T"

NB : Aucune différence de fonctionnalité n'a été démontrée entre les cathéters à extrémité droite ou spiralée avec ou sans courbure préformée (NDLR : col de cygne) [10].

Selon la Société Internationale de Dialyse Péritonéale (ISPD) [10], il est recommandé d'utiliser des cathéters en silicone (Grade 1B). Il est également conseillé que les cathéters standards soient équipés de deux manchons en Dacron® (Grade 1C). De plus, l'utilisation de cathéters avec une extrémité droite ou spiralée, incluant un segment droit ou une courbure en arc préformé

dans la partie intercalaire, appelée « col de cygne », est préconisée (Grade 1C).

Le cathéter le plus approprié est celui qui produit le meilleur compromis entre l'emplacement pelvien de l'extrémité du cathéter, le site de sortie dans une zone à faible risque d'infection, facilement visible et accessible au patient, et permettant l'insertion à travers la paroi abdominale avec le moins

possible de traumatisme du cathéter. Ce choix doit non seulement tenir compte de l'habitus et des conditions cliniques du patient, mais également des dimensions du cathéter.

2. Adaptateur de cathéter de DP

L'adaptateur de cathéter permet de connecter le cathéter de DP à la ligne de dialyse. Bien que les fabricants joignent un adaptateur en plastique (*polyfluorure de vinylidène (PVDF)*, *Pebax*) au cathéter (Figure 4), certains centres préfèrent le recours à un adaptateur en titane fourni séparément ^[10].

Certains adaptateurs sont dotés d'une bague de serrage (Figure 5), offrant une sécurité renforcée et réduisant le risque de déconnexion accidentelle.



Figure 4 – Adaptateur BETA-CAP™, Quinton.



Figure 5 – Adaptateur en titane avec bague de serrage, Vantive.

La connexion de l'adaptateur au cathéter s'effectue par emboîtement, tandis qu'une extrémité *Luer Lock* assure le raccordement sécurisé à la ligne de dialyse.

3. Prolongateur de cathéter de DP

Le prolongateur de cathéter (Figures 6-7), ou ligne d'extension de cathéter, est connecté à l'extrémité proximale du cathéter au moyen d'un adaptateur (II. 2.), auquel il est captif, via une connexion *Luer Lock*.

Il est constitué d'une tubulure en silicone ou en PU, d'une longueur variant entre 15 et 30 cm, et équipé d'un système de clampage.



Figure 6 – Prolongateur de cathéter avec clamp intégré MINISSET®, Vantive.

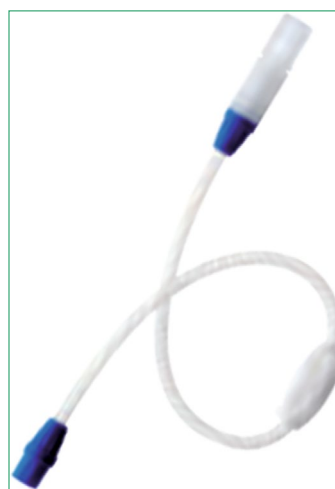


Figure 7 – Prolongateur de cathéter, Fresenius.

Le prolongateur de cathéter doit être remplacé systématiquement tous les 6 mois ou lors de situations particulières, telles qu'un traitement de désobstruction du cathéter, un dommage constaté, une déconnexion accidentelle ou à la suite d'un épisode de péritonite.

Les deux fournisseurs, Vantive et Fresenius, couvrent l'ensemble du marché en ce qui concerne les prolongateurs de cathéter de DP.

4. Bouchon bétadiné

Il s'agit d'un bouchon de déconnexion en plastique (*polypropylène*), imprégnés d'une solution de povidone iodée, conçu pour protéger et éviter toute contamination par l'embout du prolongateur de cathéter, dont il est captif. Il est à usage unique et remplacé à chaque échange de dialysat par un nouveau bouchon bétadiné (Figures 8-9).

Des photos du système de montage en situation réelle sont présentées ci-dessous (Figure 10) :



Figure 8 – Bouchon bétadiné MINICAP®, Vantive.



Figure 9 – Bouchon bétadiné, Fresenius.

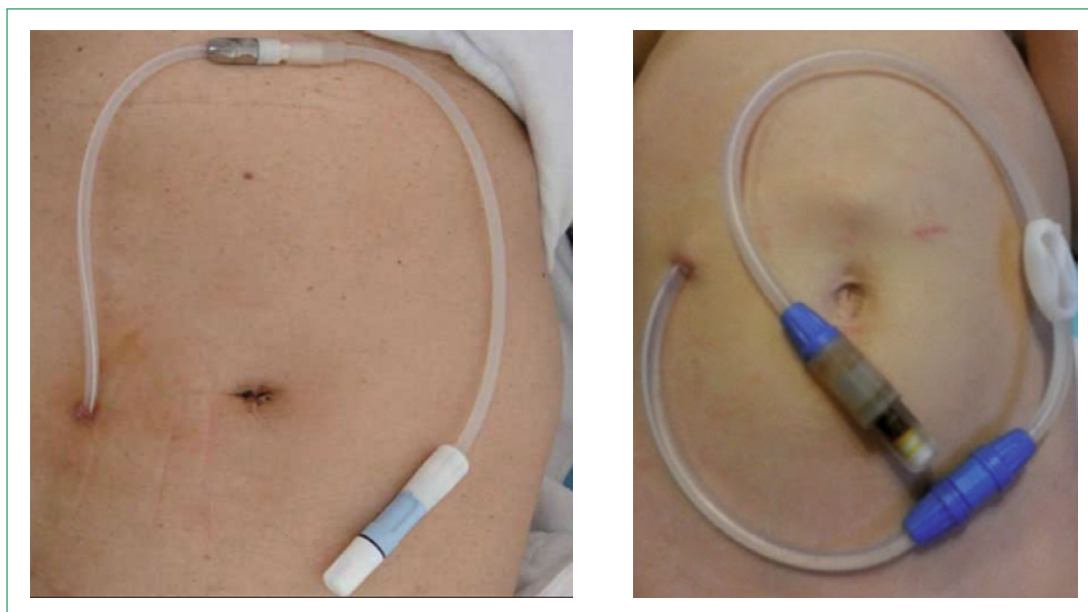


Figure 10 – Système de montage en situation réelle.

5. Lignes reliées aux solutions de dialyse et aux poches de drainage

Pour la DPCA comme pour la DPA, les manipulations de connexion et de déconnexion des poches doivent être réalisées avec une asepsie rigoureuse, après un lavage prolongé et soigneux des mains. Différents dispositifs ont été développés pour éviter toute souillure lors de la manipulation de la pièce de connexion :

- **Coquille de protection bétadinée** (polypropylène et PU) à usage unique (Figure 11) ; spécifique au procédé Vantive, elle est placée sur la connexion et doit être pivotée trois fois afin d'assurer une désinfection optimale.
- **Système de fermeture avec introduction automatique d'un obturateur PIN** dans l'ouverture du prolongateur de cathéter du patient ; spécifique au procédé Fresenius, il minimise efficacement le risque de contamination (Figure 12).

A) DPCA

Les échanges de dialysat sont réalisés grâce à un **système à double poche** : une poche contenant la solution de dialyse et une poche de drainage, connectées en Y (Figure 13). Ce système permet le rinçage du point de connexion avec le dialysat effluent avant l'infusion du dialysat frais. Il s'agit d'une méthode d'échange par gravité. En effet, la poche contenant la solution de dialyse est suspendue à un support placé à 1 mètre au-dessus du niveau de l'abdomen du patient, tandis que la poche de drainage est placée au niveau du sol. Le système à double poche est relié au prolongateur de cathéter, dont il est captif, par une connexion Luer Lock.

Composées de PVC ou de Biofine® (sans PVC), ces poches nécessitent d'être réchauffées à température corporelle (37 °C) à l'aide d'un réchauffeur de poche afin d'éviter des sensations de froid ou d'inconfort. Ces appareils maintiennent la poche à une température contrôlée, sans risque de surchauffe. À ce jour, Vantive et Fresenius se positionnent comme les principaux fournisseurs,



Figure 11 – Coquille de protection bétadinée, Vantive.

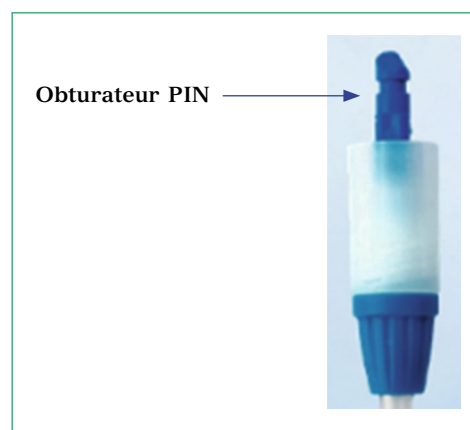


Figure 12 – Système de fermeture avec introduction automatique d'un obturateur PIN, Fresenius®.

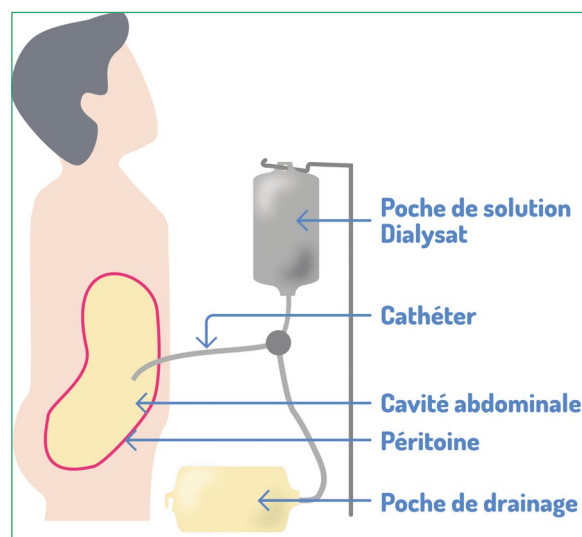


Figure 13 – Schéma d'un montage de DPCA.

assurant une couverture exhaustive du marché des solutés de dialysat.

Deux procédés se distinguent sur le marché, chacun est spécifique à un fournisseur :

- **Procédé avec clampage manuel des lignes de drainage et d'infusion** (*Vantive*) ; un clamp pour poche réutilisable (Figure 14) est utilisé pour bloquer la ligne appropriée selon la phase de manipulation (drainage ou infusion).
- **Procédé sans clampage manuel des lignes de drainage et d'infusion** (*Fresenius* ^[11]) ; le système de DPCA *stay•safe*® (Figure 15)



Figure 14 – Clamp pour poche, Vantive.

intègre les fonctionnalités de sécurité DISC et PIN, reliées aux solutions de dialyse.

Le disque fonctionne par simple rotation et guide les patients tout au long des étapes essentielles de la procédure.

B) DPA

a) Le cycleur

Les échanges de dialysat sont réalisés à l'aide d'une machine automatisée appelée cycleur, qui contrôle pendant la nuit le volume, le temps de stase et le drainage de la solution (Figure 16).

Programmable, cet appareil permet une personnalisation précise des cycles de traitement afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque patient. Alimenté par une source électrique fiable et équipé d'une batterie de secours, le cycleur dispose d'une interface utilisateur intuitive et d'alertes sonores pour guider le patient. Sa conception compacte et portable facilite son utilisation à domicile. De plus, ces dispositifs incluent un système de chauffage pour les poches de solution de dialyse, permettant un réchauffement optimal soit par plateau intégré, soit directement lors de l'infusion via un système intégré au circuit de la machine. Cette fonctionnalité garantit une température adéquate du dialysat, améliorant

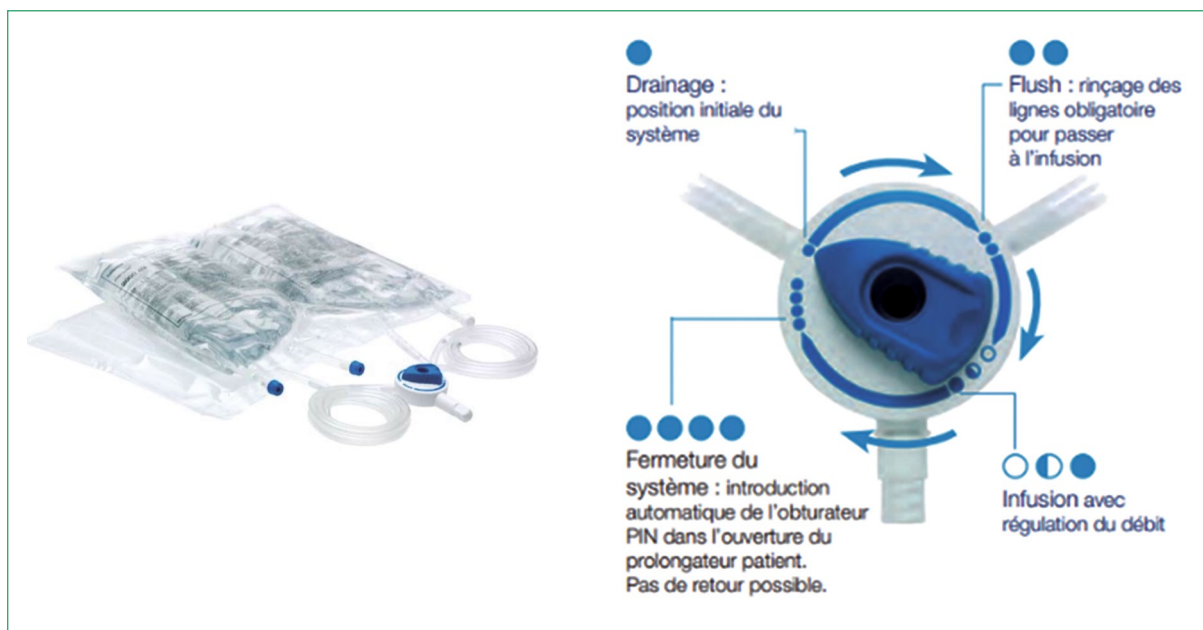


Figure 15 – Système de DPCA *stay.safe*®, Fresenius.

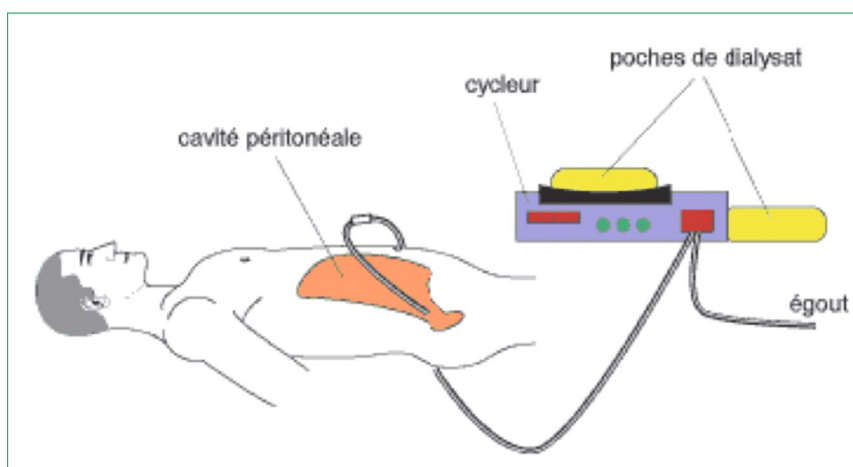


Figure 16 – Schéma d'un montage de DPA.

ainsi le confort et la sécurité du patient pendant le traitement.

Certains modèles intègrent des fonctionnalités avancées de télémédecine, permettant aux professionnels de santé de surveiller les traitements à distance et d'ajuster les prescriptions de manière proactive. D'autres nécessitent des consultations en personne pour tout ajustement. Les critères de sélection incluent la facilité d'utilisation, la fiabilité, la sécurité – notamment grâce aux systèmes d'alarme pour la détection des fuites ou des erreurs – ainsi que la disponibilité d'un support technique et de maintenance réactif.

Ces dispositifs représentent une avancée significative dans la gestion de la DP, offrant autonomie, sécurité et efficacité aux patients tout en facilitant le suivi médical.

Deux fournisseurs dominent le marché français : Vantive, avec le modèle HomeChoice Claria® (Figure 17), et Fresenius, avec le modèle sleep.safe harmony® (Figure 18). Le tableau ci-dessous présente en détail les caractéristiques spécifiques de chaque appareil (Tableau II).

b) Ligne de branchement avec cassette

La ligne de branchement avec cassette s'intègre au cœur du cycleur. Cette cassette est un dispositif captif à usage unique, dotée de plusieurs canaux internes, insérée directement dans le cycleur pour une gestion automatisée des échanges. Elle est équipée de plusieurs lignes de branchement (PVC, Biofine®) qui se connectent aux poches de solution de dialyse (1 à 8 poches), à la poche de drainage et au prolongateur de cathéter via une connexion Luer Lock.



Figure 17 – Cycleur HomeChoice Claria®, Vantive.



Figure 18 – Cycleur sleep.safe harmony®, Fresenius.

Tableau II : Comparaison des modèles HomeChoice Claria®, Vantive vs Sleep.safe harmony®, Fresenius.

	HOMECHOICE CLARIA®, VANTIVE ^[12]	SLEEP.SAFE HARMONY®, FRESENIUS ^[13]
Interface utilisateur	Boutons intuitifs, écran OLED 2 lignes	Écran tactile couleur 8,4 po, clavier virtuel Animations détaillées étapes par étapes
Plateforme de connectivité	Connectivité Sheresource – Gestion à distance basée sur le cloud	/
Stockage des données	– Communication bidirectionnelle permettant de surveiller les données de traitement et d'ajuster les programmes à distance – Stockage jusqu'à 4 programmes qui peuvent être téléchargés sur le cycleur	Carte PatientCard^{Plus} : conserve en mémoire jusqu'à 9 prescriptions et plus de 12 mois de données de traitement
Gestion des données	– Accès jusqu'à 30 jours de données de traitement via le tableau de bord – Accès illimité aux données de traitement du patient avec des rapports historiques	Communique avec PatientOnLine : progiciel sophistiqué qui permet à l'équipe soignante d'emmagasiner, d'analyser et de traiter les données
Système de chauffage	Par plateau intégré	Directement via un système intégré au circuit de la machine
Poids	13,5 kg	Environ 20 kg
Dimensions	• Largeur : 46,7 cm • Hauteur : 19,4 cm • Profondeur : 38,7 cm	• Largeur : 45 cm • Hauteur : 28 cm • Profondeur : 40 cm
Consommables captifs	Oui	Oui <i>Remarque : connexion automatique et reconnaissance par scannage des codes-barres des poches de solution de dialyse</i>

Concernant la connexion aux poches de solutions de dialyse, selon le fournisseur, les lignes peuvent être directement reliées à la cassette (Figure 19) ou intégrées aux poches (Figure 20). Par conséquent, avec ce système, contrairement aux autres, l'utilisation de clamps n'est pas nécessaire. Dans ce dernier cas, la connexion automatique des poches de solution s'effectue par le scannage d'un code-barres, garantissant ainsi une sécurité renforcée.

c) Poches de drainage

Les **poches de drainage**, fabriquées en PVC et d'une capacité variant entre 10 et 15 litres, collectent le liquide drainé de la cavité péritonéale après chaque cycle.

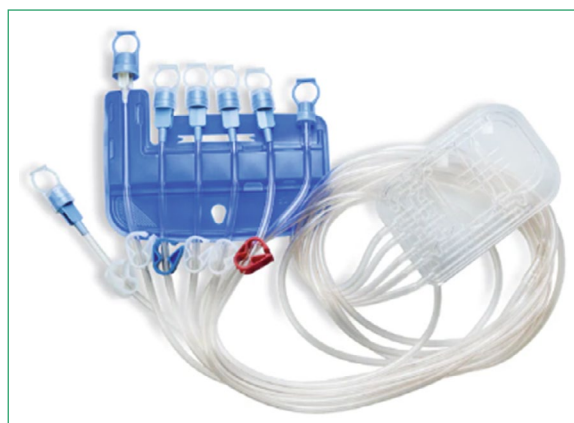


Figure 19 – Ligne de branchement avec cassette HomeChoice®, Vantive.



Figure 20 – Ligne de branchement avec cassette sleep.safe®, Fresenius.

IV. Conclusion

La DP représente, parmi l'HD et la transplantation rénale, une option de suppléance rénale essentielle dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Grâce à ses modalités flexibles, cette méthode permet une personnalisation des traitements, pouvant améliorer la qualité de vie des patients. Toutefois, le succès de cette prise en charge repose sur une sélection rigoureuse des patients, une formation adéquate et un suivi régulier pour prévenir et gérer les complications potentielles. En adoptant une approche multidisciplinaire et en intégrant les avancées technologiques disponibles, la DP continuera de jouer un rôle clé dans l'arsenal thérapeutique de la néphrologie moderne, tout en plaçant le patient au centre des décisions médicales.

La réalisation des séances de DP au domicile permet une flexibilité dans l'organisation de la vie quotidienne, un maintien des activités professionnelles et sociales, ainsi qu'une réduction de la dépendance aux structures hospitalières.

V. Liens d'intérêt

Les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt à déclarer en lien avec le sujet présenté dans cet article.

Références

1. Habib A, Durand AC, Brunet P, Duval-Sabatier A, Moranne O, Bataille S, et al. Facteurs influençant le choix de la dialyse péritonéale : le point de vue des patients et des néphrologues. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 avr 2017;13(2):93-102.
2. Les chiffres du R.E.I.N. – Agence de la biomédecine [Internet]. 2025 [cité 5 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/Les-chiffres-du-R-E-I-N>
3. Ryckelynck JP, Lobbedez T, Hurault de Ligny B. Dialyse péritonéale. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 oct 2005;1(4):252-63.
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 6 janv 2025]. Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/c_702927/fr/indications-et-non-indications-de-la-dialyse-peritoneale-chronique-chez-l-adulte
5. Durand PY, Rusterholz T. Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte. *Recommandations françaises en 2008*. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 juin 2009;5:S281-5.
6. Francois K, De Clerck D, Robberechts T, Van Hulle F, Van Cauwelaert S, Luyten I, et al. Percutaneous insertion of peritoneal dialysis catheters by the nephrologist (modified Seldinger technique). *Bull Dial À Domic*. 15 déc 2021;4(4):277-88.
7. Aoun R, Hermieu JF. Les enjeux de la pose du cathéter de dialyse péritonéale : trucs et astuces pour optimiser le succès. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 févr 2022;206(2):195-9.
8. Yip T, Lui SL, Lo WK. The choice of peritoneal dialysis catheter implantation technique by nephrologists. *Int J Nephrol*. 2013;2013:940106.
9. Themes UFO. Overview of Catheter Choices and Implantation Techniques [Internet]. Thoracic Key. 2017 [cité 29 déc 2024]. Disponible sur: <https://thoracickey.com/overview-of-catheter-choices-and-implantation-techniques/>
10. Crabtree JH, Shrestha BM, Chow KM, Figueiredo AE, Povlsen JV, Wilkie M, et al. Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. *Perit Dial Int J Int Soc Perit Dial*. sept 2019;39(5):414-36.
11. Fresenius Medical Care [Internet]. [cité 6 janv 2025]. DPCA. Disponible sur: <https://www.freseniusmedicalcare.fr/fr/dialyse-peritoneale/dpca>
12. Claria H. Delivering the clinic to your patients.
13. PDM0815026F-0815-SSHBrochure.pdf [Internet]. [cité 6 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.jgheducation.ca/sponsorsSQN/05/PDM0815026F-0815-SSHBrochure.pdf>