

> [Nephrol Dial Transplant](#). 2022 Jun 22;gfac205. doi: 10.1093/ndt/gfac205. Online ahead of print.

Outcomes of incident patients treated with incremental haemodialysis as compared to standard haemodialysis and peritoneal dialysis

David A Jaques¹, Belen Ponte¹, Fadi Haidar¹, Anne Dufey¹, Sebastian Carballo²,
Sophie De Seigneux¹, Patrick Saudan¹

Publication : Outcomes of incident patients treated with incremental haemodialysis as compared to standard haemodialysis and peritoneal dialysis
NDT 2022 Jun 22; doi: 10.1093/ndt/gfac205. Online ahead of print

Mots-clés : Hémodialyse incrémentale, Fonction rénale résiduelle, survie

Introduction

La fonction rénale résiduelle (FRR) est associée à une meilleure survie des patients soumis à un traitement dialytique. Elle semble être mieux préservée par les techniques de dialyse péritonéale (DP) et d'hémodialyse incrémentale (I-HD) comparativement à la technique d'hémodialyse conventionnelle de 3 séances par semaine (TW-HD). En dépit de recommandations actuelles suggérant d'initier un programme d'I-HD, une grande majorité de patients démarrent leur programme dialytique en TW-HD, y compris dans les pays industrialisés.

Cette étude s'intéresse à l'impact de l'initiation de différentes modalités de traitement dialytique (I-HD, TW-HD, DP) sur la survie globale et le taux d'hospitalisation des patients dialysés.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique Suisse issue des hôpitaux universitaires de Genève incluant tous les patients incidents, entrant en dialyse entre 2013 et 2020 avec un suivi jusqu'en décembre 2021. Le critère primaire est défini par la survie globale selon la modalité initiale de dialyse. Les critères secondaires sont : 1- le nombre de jours d'hospitalisation à 1 an, 2- le déclin de débit urinaire à 1 an, 3- les facteurs retrouvés associés au transfert I-HD vers TW-HD.

Tous les patients ont été inclus dans un programme d'éducation thérapeutique concernant les différentes modalités, avec proposition d'I-HD lorsque l'HD était retenue et possible selon les critères suivants : débit urinaire > 500 ml/24h, clairance résiduelle de l'urée (KRU) > 2ml/min, delta-poids inter dialytique (IDWG) \leq 2.5 kg, selon 2 séances de 3h/semaine (sous réserve que l'ultrafiltration -UF- ne dépasse pas 10ml/kg/h). La diurèse des 24h était récoltée tous les 2 mois.

Résultats

313 patients ont été inclus : 234 en HD dont 166 en TW-HD et 68 en I-HD, et 79 en DP. L'âge moyen est de 62 ans +/- 16.2 (pas de différence significative selon les modalités). Les patients en TW-HD sont significativement plus diabétiques. La prévalence dans ce même groupe des glomérulopathies, des fistules artério-veineuses, de l'albumine, du KRU et du débit urinaire, est plus faible. Le score de Charlson est plus élevé. Le groupe DP se caractérise par plus de syndrome cardiorénal, moins de références tardives ou d'initiation urgente ainsi qu'un meilleur bilan métabolique. Une greffe est réalisée chez 78 patients : 39 (23.4%) en TW-HD, 17 (25.0%) en I-HD et 22 (27.8%) en DP ($p=0.762$).

Au cours de l'étude, 4 patients ont récupéré une FRR permettant le sevrage de la dialyse après une durée moyenne de 7 +/- 3.5 mois dans le groupe I-HD exclusivement. Parmi les 64 patients restants, 45 ont été transférés en TW-HD après une durée moyenne de 9 +/- 9.1 mois si bien qu'il en reste 28% en I-HD à un an. Dans ce sous-groupe, la prévalence de diabète était significativement plus faible de même qu'il existait une tendance (non significative) à moins d'HTA.

Le suivi moyen est de 33.1 +/- 30.8 mois au cours duquel est constaté 124 (39.6%) décès.

Le critère primaire, la survie, est significativement supérieure dans le groupe I-HD versus TW-HD en analyse uni ou multivariée, y compris après ajustement sur les facteurs de risque cardiovasculaires ainsi que le score de Charlson, suggérant un effet indépendant de la modalité de dialyse. Celle des patients en DP est similaire à celle des patients en TW-HD. Concernant les critères secondaires, le taux d'hospitalisation est significativement supérieur dans le groupe TW-HD de façon corrélée au score de Charlson initial comparativement aux 2 groupes I-HD et DP. Concernant le débit urinaire, il est similaire à 1 an entre les 2 groupes I-HD et DP mais la réduction au cours du temps est significativement plus importante dans le groupe I-HD.

Points forts

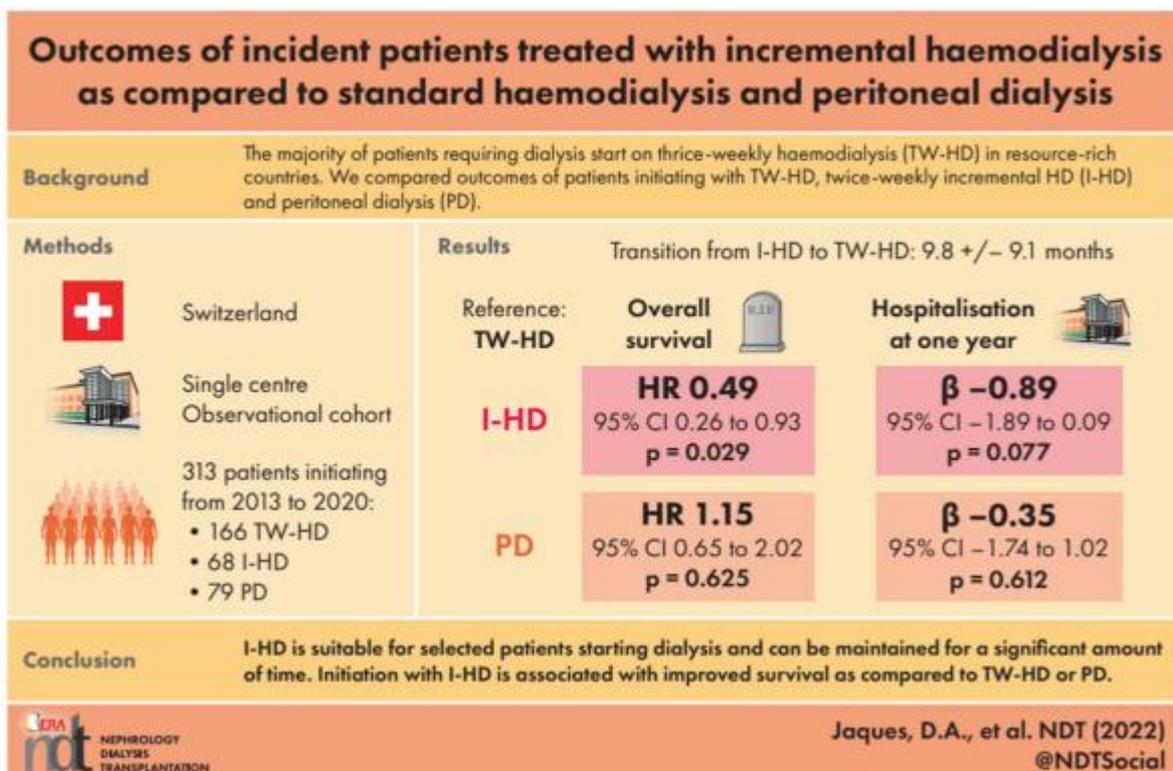
Cette étude observationnelle confirme un certain nombre de travaux antérieurs en constatant une amélioration de la survie globale chez des patients commençant la dialyse par un programme incrémental comparativement aux programmes conventionnels de DP et d'HD tri-hebdomadaire. Elle suggère en plus qu'il s'agit là d'un effet indépendant et propre à la technique après ajustement des variables, et non lié à un démarrage plus précoce de la dialyse en I-HD puisque le DFG initial était légèrement mais significativement inférieur en I-HD.

Ces résultats sont sous-tendus par une sélection méticuleuse des patients à l'initiation de la dialyse en intégrant dans l'analyse notamment l'état général (score de Charlson) fortement corrélé à la mortalité, la prévalence du diabète fortement corrélée au risque de transfert de méthode en plus de la caractérisation indispensable de la FRR initiale.

Points faibles

Il manque dans l'analyse les données de FFR du groupe TW-HD qui n'étaient pas obligatoires à l'inclusion de même que l'ensemble des motivations des transferts I-HD vers TW-HD.

Il s'agit d'une nouvelle étude observationnelle qui ne peut que suggérer à nouveau les bienfaits de la dialyse incrémentale sans toutefois pouvoir émettre de recommandations et qui appelle à la réalisation d'essais contrôlés randomisés.



Dr Laurence Vrigneaud pour la *commission Néphrologie clinique* de la SFNDT

10/07/2022