

A Conservative Dialysis Strategy and Kidney Function Recovery in Dialysis- Requiring Acute Kidney Injury: The Liberation From Acute Dialysis (LIBERATE-D) Randomized Clinical Trial

Kathleen D Liu, Edward D Siew, Delphine S Tuot, Anitha Vijayan, Gonzalo Matzumura Umemoto, Bethany C Birkelo, Benjamin J Lee, Y Diana Kwong, Ian E McCoy, Kevin Delucchi, Hanjing Zhuo, Chi-Yuan Hsu

Publication JAMA. 2026 Jan 27; [10.1001/jama.2025.21530](https://doi.org/10.1001/jama.2025.21530)

Mots clés Insuffisance rénale aigüe, dialyse, stratégie conservative, essai randomisé

Introduction

L'insuffisance rénale aiguë nécessitant le recours à l'épuration extrarénale (IRA-D) est associé à une morbi-mortalité élevée. L'approche conventionnelle, qui repose souvent sur une hémodialyse intermittente trihebdomadaire (KDIGO 2012), pourrait masquer les signes de récupération et potentiellement la retarder via des mécanismes d'hypoperfusion rénale répétée ou d'activation inflammatoire liée au circuit extracorporel. L'essai LIBERATE-D évalue si une stratégie conservative d'épuration extrarénale favorise cette récupération.

Méthodes

Il s'agit d'un essai clinique randomisé multicentrique, en ouvert, de supériorité, mené dans quatre centres hospitalo-universitaires aux États-Unis. L'étude a inclus 221 patients adultes atteints d'IRA-D, hémodynamiquement stables, avec un DFGe de base ≥ 15 mL/min/1.73 m².

Groupe stratégie conservative (n=111) : Les séances d'hémodialyse ou d'ultrafiltration pure n'étaient initiées que sur des critères clinico-biologiques stricts (urée sanguine > 40 mmol/L, kaliémie > 6 mmol/L, acidose métabolique sévère avec pH < 7,15, OAP) ou sur jugement clinique.

Groupe stratégie conventionnelle (n=110) : Les patients bénéficiaient d'une hémodialyse trihebdomadaire jusqu'à l'atteinte de critères objectifs de sevrage (diurèse > 1 L/j sans diurétiques ou clairance urinaire de la créatinine > 20 mL/min, ou baisse spontanée de la créatininémie).

Critère de jugement principal : La récupération de la fonction rénale à la sortie de l'hôpital (sevrage de l'EER ≥ 14 jours consécutifs chez un patient vivant).

Résultats

Critère principal : La récupération de la fonction rénale à la sortie a été atteinte par 64 % des patients (70/109) dans le groupe conservateur contre 50 % (55/109) dans le groupe conventionnel (différence absolue +13,8 % ; p = 0,04 ; OR non ajusté 1,76). Après ajustement pré-spécifié sur les caractéristiques démographiques et le DFGe de base, la différence n'était plus statistiquement significative (OR de 1,56 ; p = 0,15).

Critères secondaires : L'intensité de l'EER a été significativement réduite dans le bras conservateur (médiane de 1,8 séance/semaine vs 3,1). La récupération a été plus rapide (médiane de 21 jours consécutifs sans dialyse à J28 vs 5 jours). Les épisodes d'hypotension intradialytique étaient moins fréquents dans le groupe conservateur (69 vs 97 événements).

La mortalité et la durée de séjour étaient similaires entre les groupes.

Points forts

Caractère innovant : Premier essai à démontrer l'intérêt de la stratégie conservatrice.

Essai randomisé multicentrique.

Equivoque clinique : L'étude cible précisément les patients en "zone grise" en exigeant une réelle incertitude décisionnelle des équipes pour l'inclusion.

Distinction marquée entre les deux bras de l'étude concernant l'intensité de la dialyse.

Points faibles

Étude en ouvert avec une part de subjectivité dans l'intervention : le jugement du clinicien était le principal déclencheur de dialyse (45,5 % des séances) dans le bras conservateur.

L'ajustement sur de légères différences de caractéristiques à l'inclusion, inhérentes au relativement faible effectif, annule la significativité du critère principal.

Gravité initiale des patients : Plus de 80 % des patients avaient été admis en réanimation avant la randomisation et avaient reçu des vasopresseurs.

Délai d'intervention tardif : L'inclusion s'est faite en médiane 9 jours après l'initiation de l'EER.

Conclusion et perspectives

La stratégie d'EER conservatrice présente des avantages clairs : elle réduit l'intensité des soins, limite les épisodes d'hypotension intra dialytique et semble favoriser la récupération rénale en analyse non ajustée. Toutefois, la transposition de ces résultats à la pratique courante en néphrologie est freinée par le profil de la cohorte, issue majoritairement de la réanimation. Par ailleurs, le délai tardif de randomisation souligne une intervention focalisée sur une phase déjà avancée de l'IRA. De futurs essais devront donc évaluer cette approche en secteur de néphrologie conventionnelle et explorer l'impact d'une stratégie conservatrice initiée plus précocement.

Dimitri Titeca-Beauport pour la commission Néphrologie Clinique