Avertissement: notes prises au vol… erreurs possibles… prudence!

HUG: Hôpital cantonal de Genève mardi 11 Février 2025

Vers une dialyse personnalisée et de précision

Pr Patrick Saudan, Dr David Jaques, Néphrologie

Le mode de dialyse doit être adapté aux spécificités du patient. Par exemple, chez un jeune, privilégier l'espérance de vie, et chez une personne âgée, plutôt la qualité de vie.

Il existe deux méthodes pour une dialyse à domicile, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. Cette dernière est utilisée par 10% des patients en Europe, 13% en Suisse. En centre, c'est l'hémodialyse ou l'hémofiltration qui sont utilisées.

Les recommandations de bonne pratique en europe (2007), pour un traitement standard d'hémodialyse en centre, sont de 3x4h par semaine. A moduler selon la fonction rénale.
En Suisse, 93% des patients qui font une hémodialyse en centre le font 3x/sem.

Cette étude sur les choix des personnes âgées en matière de traitements de l'insuffisance rénale, incluant 327 patients ambulatoires d'âge médian de 77 ans, leur propose de choisir entre différents scénarios.

La plupart acceptent la dialyse si la survie est augmentée, et favorisent en moyenne une dialyse à domicile et le moins de séances/sem possible. 3 groupes se différencient:

- 55% privilégient la survie (ok pour plus de séances, à l'hôpital)
- 25% veulent surtout éviter la dialyse à l'hôpital
- 20% veulent surtout éviter de ramener leur maladie à domicile

Une étude du service, en cours de publication, montre que chez les patients > 75 ans, la survie ↓↓ et les jours d'hospitalisations ↑ si la dialyse est placée en urgence (pas de consultation préalable, référés il y a <1 mois), comparé à celle qui est placée après une consultation préalable (référés ≥ 1 mois avant).

L'éducation thérapeutique joue donc un rôle primordial et doit se faire idéalement en prédialyse pour permettre un choix éclairé du patient. Des séances individuelles et collectives ayant lieu chaque mois, permettent dans 40% des cas le changement du choix initial ou le passage de l'incertitude à une décision plus claire. (~60 patients / an)

Une étude aux USA montre que 21% des patients regrettent la mise sous dialyse, regret qui est atténué lorsqu'une discussion préalable avec le néphrologue à eu lieu et que leurs aspirations personnelles par rapport au traitement sont respectées. (vs pour faire plaisir à X)

Dialyse à domicile

Ce choix dépend des politiques du système de santé, des neurologues et du patient.

Par exemple, les machines transportables à bas volume de dialysat ont révolutionné le traitement aux USA depuis 15 ans, mais n'existent en Suisse que depuis… la fin 2024!
(eh oui, vous avez bien deviné, "pour raisons bêtement assécurologiques")

La formation et l'expertise des néphrologues influencent également fortement cette option, entre autres…Chez les patients, la plus grande barrière est le manque de place, car c'est une palette de consommables qui arrive tous les 15j. Une autre barrière peut être la peur du proche-aidant à participer à la dialyse à domicile.

L'hémodialyse à domicile prend de l'ampleur depuis 2017, avec un gain d'intérêt après un an d'hémodialyse en centre, atteignant aujourd'hui 2,5% des patients aux US. En France, cette donnée passe de 0,5% en 2015 à 1,5% en 2022.

Deux méta-analyses de 2024 évaluent l'efficacité de la dialyse à domicile:

- Ethier et al: 153 études, 2 RCT, patients naifs→ ø évidence nette de supériorité entre dialyse péritonéale à domicile et hémodialyse en-centre (⇌)
- Cheetham et al: 39 études, 1 RCT → ø évidence nette de supériorité de l'hémodialyse à domicile vs en centre, association possible avec ↑ qualité de vie et ↓ morbi-mortalité

Globalement, les études incluses sont de trop mauvaise qualité (biais ++) pour pouvoir tirer des conclusions claires. C'est le cas également pour l'analyse de coût-efficacité.

A tenir en compte à domicile: demande l'investissement actif du patient, une gestion de logistique et un risque de burn-out du proche aidant.

Préservation de la fonction rénale résiduelle // Dr Jaques

La fonction rénale résiduelle, c'est une production d'une quantité significative d'urine, soit ~200ml. Sa préservation permet un contrôle de la volémie et une excrétion des toxines urémiques

La préservation a également des bénéfices secondaires, comme le maintien d'une bonne perfusion sanguine des organes durant les séances d'hémodialyse, qui est connue pour causer des atteintes d'organe ainsi (myocarde, cerveau…).

Cette étude de cohorte (n~500) montre qu'à un an, les patients sous hémodialyse avec une production urinaire préservée ont une meilleure survie (HR 0.7).

Dialyse incrémentale

L'hémodialyse en 3x4h/sem est historiquement considérée comme un standard de soin, un traitement de choix dans la plupart des pays, et soutenu par les recommandations internationales. Il n'y a pas d'étude randomisée contrôlée pour une dose inférieure.

L'hémodialyse incrémentale est une adaptation de la dialyse à la fonction résiduelle du patient et à son status clinique. Passer de 1-2 séances, vers 3-4 lors de l'aggravation et diminuer à nouveau en situation palliative, est une option.
La dose de dialyse est incrémentée selon la perte d'eGFR: 1 séance longue, 2 plus courtes…

Ce type d'approche permet de traiter un plus grand nombre de patients, avec les mêmes ressources.

Cette étude italienne, dans les Pouilles friandes de cette modalité, observe 200 patients sur 20 ans, et montre une majorité d'initiation à 1-2x/sem.

- A 2 ans, plus de la moitié continuent à recevoir 1-2 séances/sem.
- L'étude ne montre pas de différence de mortalité (pas le but de l'étude!)
- Les auteurs notent une économie de 22'000 séances de dialyse sur 20 ans.

A Genève, l'étude du Dr Jaques montre une augmentation de la dialyse incrémentale dès 2016, qui passe à présent au-dessus des 50% des patients incidents, avec un petit creux en 2020… Le temps de transition moyen entre 2 et 3 séances/sem est de 10 mois.

Les patients initiant à 2x/sem on une meilleure survie que ceux qui initient d'emblée à 3x/sem et que ceux qui initient en dialyse péritonéale.

Deux essais randomisés contrôlé, mais pilotes, de faisabilité:

- UK: inclusion de 17% des patients incidents pour une dialyse incrémentale à 2x/sem
- US: inclusion de 26% des patients incidents " "

Pas de différence de mortalité, même si ce n'est pas l'objectif. D'autres signaux bénéfiques, comme une baisse du nombre d'hospitalisations, sont observés.

L'étude REAL-LIFE est en cours, randomisée et contrôlée, elle comprend des patients genevois → après inclusion, randomisation entre contrôle (3x/sem) et intervention (incrémentale dès 1x/sem).

Epuration des moyennes molécules

L'hémodialyse "simple" se contente de filtrer les molécules de petites tailles. Pour filtrer des moyenne molécules, un système de convection est ajouté, c'est l'hémodiafiltration.

L'hémodiafiltration est éprouvée par RCTs, et 3-4 ont trouvé des résultats globalement négatifs hormis pour certains sous-groupes. Le bénéfice reste incertain…raison de l'étude CONVINCE qui compare hémodialyse à hémodiafiltration:

Celle-ci montre une réduction nette de la mortalité, avec toutefois des limitations: Pas de bénéfice sur la mortalité cardiovasculaire (!?), présélection de patients favorables.
Une observation intéressante: les questionnaires de qualité de vie, sur la santé physique et la fonction cognitive, déclinent plus lentement dans le bras hémodiafiltration.

A Genève

La dialyse incrémentale est pratiquée tant que les critères d'inclusions sont atteints. Dès 3 séances/sem., le patient passe en hémodiafiltration.

Début février, 16 patients sont en dialyse péritonéale (+4 en prépa), 1 en hémodialyse à domicile (+ 2 en prépa) et 53 sont en centre ambulatoire, dont 16 avec <3 séances/sem.

A retenir

- Le choix d'une méthode de dialyse dépend avant tout d'un processus de décision partagée qui doit être centrée sur le patient
- La dialyse à domicile est une alternative possible à la dialyse en centre.
- La prise en compte de la fonction rénale résiduelle dans la prescription de dialyse apporte des bénéfices potentiels qui devraient être confirmés par les études en cours.

Perspectives

L'avenir de la dialyse est questionnable, entre les nouvelles molécules de néphroprotection, comme les iSGLT2, les agonistes GLP-1 et les nouveaux antagonistes aux minéralocorticoïdes, qui ont permis de stabiliser les patients de grade 4, et l'apparition de la xénotransplantation…

En mars 2024 a eu lieu la première transplantation de rein de cochon sur un receveur vivant de 62 ans (article). Deux ou trois autres patients l'ont reçue depuis à titre compassionnel, dont une femme qui vit maitenant depuis plus de deux mois.
Le 4 février, une étude avec 6 patients inclus a été autorisée. Cela va donc très vite.

Qui sait ce qu'il en serait dans 10-15ans, peut-être que cela deviendra une option courante.

Il faut garder en tête que la dialyse est extrêmement énergivore, et une adaptation vers une dialyse plus "verte" est inéluctable.

Questions/réponses

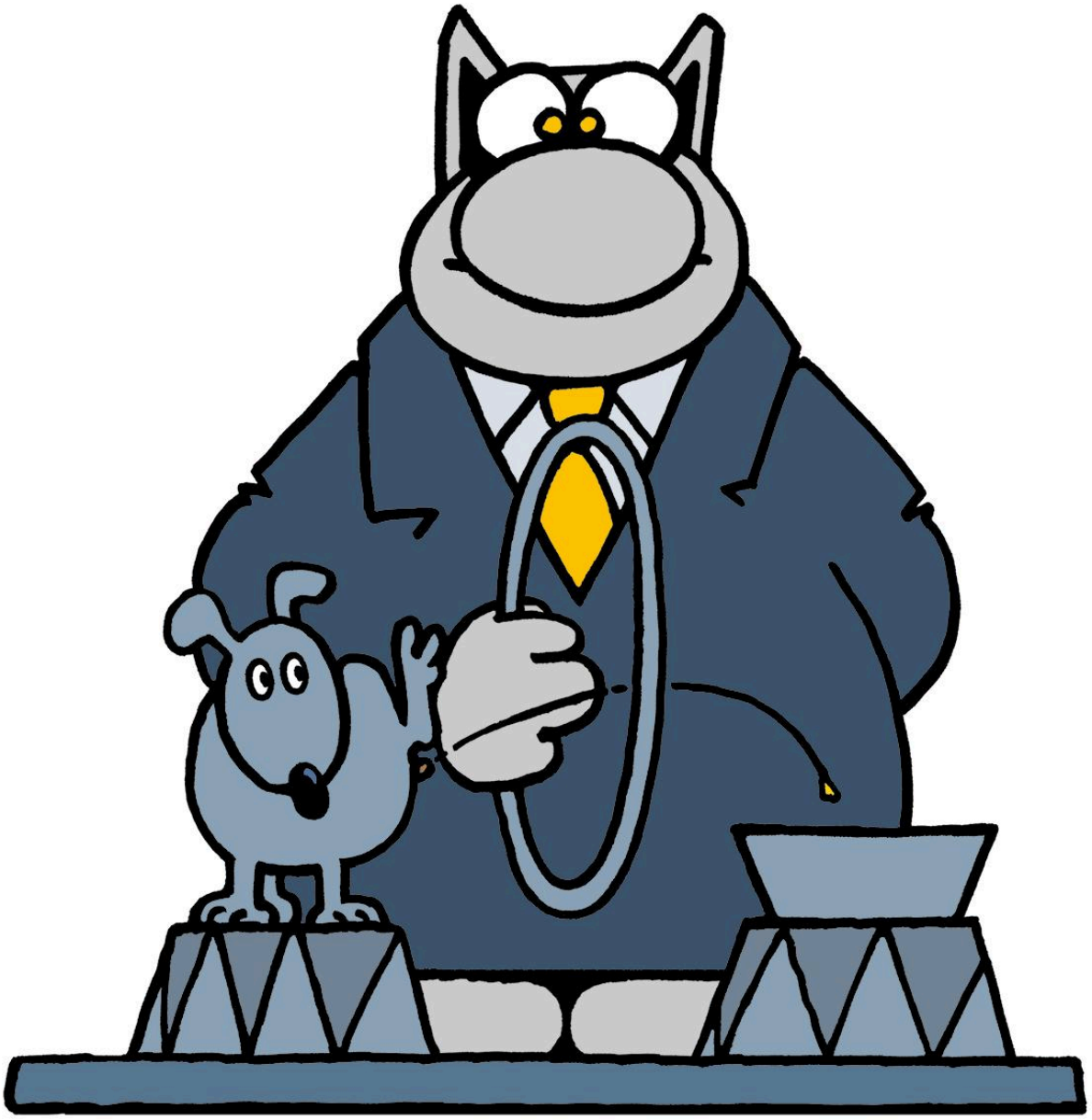
Q: dialyse incrémentale à domicile? inclusion de l'IA pour aider à cela?
R: C'est possible et cela a déjà été fait, mais encore peu utilisé. Les résultats en centre se font encore attendre et les questions de remboursement sont à résoudre.
NB: La dialyse péritonéale a toujours été incrémentale et adaptée au patient.

R: La phosphorémie est un critère qui pousse à augmenter la dose de dialyse, pas seulement la clairance du patient, mais aussi le tableau clinique, l'état général…

Q: Quel profil pour la dialyse à domicile? Quelle place pour le patient âgé?
R: Profil = personne très demandeuse pour une dialyse à domicile. Aujourd'hui, ⅔ des patients en hémodialyse à domicile ont > 75 ans. (Iels sont 3)

Q: SVP rappel sur l'indication aux iSGLT2 pour freiner la progression?
R: les iSGLT2 sont indiqués dès lors que la protéinurie ≥ 200 mg/j **ou** protéinurie + <60mL/min **ou** en l'absence de protéinurie, si l'eGFR est <45mL/min

Q: Quelles conséquences financières et assécurologiques pour la dialyse à domicile?
R: Les données pour l'hémodialyse sont peu claires (p2). Il est possible d'imaginer que la dialyse à domicile coûte moins, autant économiquement que écologiquement….Pour la première année, avec beaucoup d'éducation thérapeutique et plusieurs visites hospitalières, les coûts sont ± égaux.
La dialyse péritonéale est 20% moins coûteuse que la dialyse en centre.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch