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

HUG: Hôpital cantonal de Genève mardi 12 Décembre 2024

Dialyse chez la personne âgée

Pr Patrick Saudan, Néphrologie

L'article du jour, publié dans *Annals of Internal Medicine,* sur la dialyse chez les personnes âgées, a eu beaucoup d'impact médiatique aux USA.

La dialyse présente un dilemme chez la personne âgée: au vu de l'espérance de vie limitée, faut-il plutôt choisir un traitement médical conservateur ou une dialyse?

Les grands registres aux USA montrent une prévalence qui augmente, avec un tout petit plateau ces deux dernières années. En effet l'incidence s'infléchit depuis 2010, dans toutes les tranches d'âge mais en particulier chez les >75 ans.

Ces tendances sont corroborées dans le grand registre français de biomédecine.

Cependant, en Suisse, la prévalence et l'incidence de la dialyse > 75 ans n'ont pas cessé d'augmenter.

Cette méta-analyse n'inclut que des études (100 % observationnelles) où le choix entre le traitement conservateur et la dialyse est explicite.
Les résultats montrent une survie augmentée, mais sont mitigés car: 12/22 sont rétrospectives et le groupe sous traitement conservateur a 7 ans de plus en moyenne, et plus de comorbidités. Le risque de biais élevé rend la comparaison difficile.

Concernant la qualité de vie, l'étude EQUAL inclut 457 patients, suivis prospectivement entre 1 an avant la mise en dialyse et 1 an après la mise en dialyse. Questionnaire tous les 3 mois.
→ 76 ans moy., débit à la mise en dialyse de 8ml/min, 46% CV, 50% diabète

- Nette diminution de la qualité de vie dans l'année avant la dialyse (SF-36)
- Amélioration et stabilisation 1 an après la mise en dialyse
- Une seconde étude sur cette cohorte montre une amélioration de la fatigue par la dialyse.

L'étude du jour, postule que, chez la personne âgée, l'augmentation de la survie due à la dialyse se fait au détriment du temps passé à domicile, au vu des complications.
L'objectif est de comparer la survie et le temps à la maison entre la dialyse et le traitement conservateur.

Méthode: cohorte observationnelle (vétérans) avec émulation d'essai clinique → imite les conditions et critères d'un RCT, en essayant de diminuer biais et facteurs de confusion.
→ sélection de groupes similaires pour faire la comparaison.

- Population: vétérans < 65ans, sélectionnés entre 2010 et 2018, GFR < 12ml
- Intervention: dialyse dans les 30j après inclusion vs traitement conservateur
- Issues: survie et nombre de jours hors institution de santé

- Sur ~65 000 patients, ~23 000 sont exclus car sur liste de transplantation, et 12 000 sont exclus pour insuffisance rénale aiguë.
- Sur les ~20 500 patients remplissant les critères, 8554 font la dialyse.

Les patients sous traitement conservateur pouvaient être randomisés plusieurs fois, ce qui donne ~97'000 personnes → une émulation d'essai randomisée est réalisée par mois, et chaque mois une personne sous traitement conservateur peut être randomisée à nouveau.

Les méthodes statistiques sont très complexes et prennent 40% de l'article... Elles utilisent des scores de propension, des méthodes de pondération pour tenir compte des différences entre les groupes, des ajustement par régressions pondérées pour calculer la survie et le temps hors institution, ainsi que des analyses en intention de traiter et *per protocol*.

Participants →
85% de suivi néphrologique avant l'inclusion...mais pourcentage d'accès vasculaire préparé à l'avance faible (10%!)

	conservateur	dialyse
Patients	96 881	8554
Age moyen	79 (9)	76 (8)
GFR inclusion (ml/mn)	9.6 (1.9)	8.3 (2.3)
diabète (%)	62	72
Suivi néphrol (%)	80.9	86.8
Accès vasc (%)	10.8	18.7

<u>Résultats</u>
Sur 3 ans de suivi, l'analyse en intention de traiter montre une mortalité de 43,9% (TC) contre 43,6% (dialyse), donc pas d'avantage franc sur la survie.

Cependant, 49% des patients du groupe conservateur (TC) commencent la dialyse, et ce en moyenne 3 ans après l'inclusion. (65-79 ans: 63%, >80 ans: 30%).

Le seul avantage de survie est visible chez les > 80ans.
Le temps passé à la maison (hors institution/soins aigus) est meilleur sous TC.

Les résultats statistiquement significatifs se trouvent principalement dans les analyses *per protocol*, c'est-à-dire en excluant les patients du groupe TC qui ont fini par partir en dialyse.

Ces analyses montrent qu'une mise en dialyse >75 ans, au sein de cette population, augmente la survie de 77 jours en moyenne sur 3 ans, au détriment d'une perte de 2 semaines de temps hors institution.

Ceux qui bénéficient le plus de la dialyse: > 80ans, mis sous dialyse pas pendant une hospitalisation (à supposer: de manière ± élective).

Limitations: un essai émulé ≠ RCT → possibles facteurs confondants car pas d'évaluation des symptômes à l'inclusion. Difficilement généralisable aux femmes et aux non-vétérans.

Conclusions des auteurs: Les patients >75 ans avec un eGFR<12ml/min sans transplantation, sans être référé pour transplantation, le gain d'espérance de vie est modeste au détriment du temps hors institution.

<u>Forces</u>: Conception de l'étude très solide avec de nombreux participants

Limitations:

- Population âgée, nord-américaine, masculine, et en hémodialyse à 95%, alors qu'en Suisse ⅓ voire ¼ est sous dialyse péritonéale.
- Le temps hors institution/à la maison n'est pas équivalent à la qualité de vie.
- L'impact d'une mise sous dialyse *en urgence* semble sous-estimé: beaucoup de suivi néphrologique, mais très peu d'accès vasculaire préparés à temps.

Applicabilité en Suisse

Les patients > 75 ans qui passent sous dialyse décèdent majoritairement dans les 4 premiers mois. (USA, Australie, NZ: surtout causes cardiovasculaires ou arrêt de l'hémodialyse).
Mais si le patient est mis en contact avec un néphrologue dans le mois avant le début de l'hémodialyse, la mortalité diminue de 50% dans les 3 premiers mois. (études DOPPS)

A Genève, sur 907 patients, seuls 27% ont ≥75 ans. Parmi ceux-ci, 162 avaient été référés >1 mois avant la mise en dialyse, et 83 < 1 mois avant.
La médiane de survie pour le 1er groupe est de 34 mois, contre 23 mois dans le 2ème.
Cela se reflète également sur le nombre de jours d'hospitalisation.

Conclusion de l'orateur

Pour les patients > 75 ans en insuffisance rénale terminale il est impératif de discuter l'initiation éventuelle de la dialyse préalablement avec le patient et la famille en tenant compte:

- Comorbidités du patient
- Possibles complications inhérentes aux méthodes de dialyse: ↑ temps en institution
- Si pronostic défavorable, traitement conservateur à prioriser
- Éviter la dialyse en urgence!

Pour finir sur une bonne note. Mr X (1931) a débuté l'hémodialyse en 2012 et a vécu 7 ans sans jamais être hospitalisé. Ce jusqu'en avril 2019 ou il décède suite à un NSTEMI.

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