

# Données de l'étude IDEAL Quand faut-il commencer la dialyse ?

**On considère habituellement que la dialyse doit être débutée de façon précoce pour éviter les complications de l'insuffisance rénale terminale. Pourtant l'étude IDEAL, qui a eu pour objectif de comparer l'impact sur la survie de la mise en dialyse précoce ou tardive, n'a mis en évidence aucune différence. Comment doit-on interpréter ce résultat ? Y a-t-il vraiment une discordance ?**

PAR LE Pr PHILIPPE BRUNET\*

FAUT-IL remettre en question les recommandations sur la dialyse dans l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) ? Il est possible de se le demander après la publication dans le « New England Journal of Medicine » d'août 2010 de l'étude IDEAL (Initiating Dialysis Early and Late). Il s'agit de la première étude randomisée analysant l'impact de la mise en dialyse précoce ou tardive sur la survie. Les résultats sont très surprenants car ils ne montrent pas de différence entre les deux types de prise en charge. L'opinion générale était jusqu'ici que la dialyse devait être débutée de façon précoce pour éviter les complications de l'IRCT. Cette idée qui s'appuie sur le bon sens clinique doit-elle être abandonnée ? Il faut regarder précisément ce qui a été comparé dans IDEAL. L'étude a inclus des patients avec débit de filtration glomérulaire estimé par la formule de Cockcroft entre 15 et 10 ml/min. Il s'agissait donc de patients pris en charge assez tôt par leur médecin. Ces patients ont été tirés au sort. La mise en dialyse devait être faite dans le groupe « précoce » pour un Cockcroft entre 14 et 10 ml/min, et dans le groupe « tardif » pour un Cockcroft entre 7 et 5 ml/min. Point important, le protocole autorisait également à débiter la dialyse en cas de signes cliniques d'IRCT.

**Le taux de filtration glomérulaire ne suffit pas pour indiquer la dialyse.** Les résultats montrent que les patients ont été mis en dialyse avec une valeur moyenne de Cockcroft de 12 ml/min dans le groupe « précoce » et de 9,8 ml/min dans le groupe « tardif ». Que s'est-il passé dans le groupe « tardif » ? Pourquoi le protocole n'a-t-il pas été respecté ? Les auteurs de l'article expliquent que sur les 386 patients du groupe « tardif » 299, soit 77 %, ont été mis en dialyse avant d'atteindre un Cockcroft inférieur à 7 ml/min en raison de l'apparition de symptômes cliniques d'IRCT. Ainsi, l'étude IDEAL souligne que les chiffres de débit de filtration glomérulaire ne suffisent pas pour décider la mise en dialyse. Les signes cliniques sont déterminants. En réalité, cette étude a comparé une mise en dialyse précoce, en l'absence de signes cliniques et une mise en dialyse tardive, en présence de symptômes. Il n'y a pas de différence de survie entre ces deux types de prise en charge. Comme l'ont dit certains commentateurs, la dialyse préemptive ne fait pas mieux que la dialyse *wait and see*. Ces résultats remettent-ils en cause les recommandations ? En



Détecter le moment où le traitement de suppléance doit débiter

1996, les experts français de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) écrivaient : « Chez

l'adulte, le traitement par dialyse doit être débuté lorsqu'apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome d'IRCT,

soit, habituellement, lorsque la clairance de la créatinine devient inférieure à 10 ml/min. Il s'agit de manifestations telles qu'anorexie, nausées, troubles du sommeil et de la vigilance, jambes sans repos, prurit, tendance hémorragique, rétention hydrosodée, hypertension artérielle non contrôlable par un traitement médicamenteux, altération de l'état général, perte de poids, et diminution de la masse musculaire. Dans tous les cas où la clairance de la créatinine atteint 5 ml/min, le traitement doit être débuté. »

## Une prise en charge précoce pour mieux suivre les patients.

Comme on le voit, ces recommandations faisaient une part prépondérante à la clinique. Aujourd'hui, les résultats de l'étude IDEAL nous disent la même chose.

Les résultats d'IDEAL s'appliquent-ils à l'ensemble des patients avec IRCT ? La réponse est non. Les patients inclus dans

cette étude ont tous été pris en charge de façon précoce pour leur IRCT. Or nous savons que 30 % des patients en IRCT le sont tardivement et que le pourcentage atteint même 60 % pour les sujets de plus de 75 ans. Le message d'IDEAL n'en est pas pour autant moins fort. La prise en charge précoce des patients avec IRCT permet de les suivre soigneusement sur le plan clinique pour détecter le moment où le traitement de suppléance doit être débuté. IDEAL incite fortement à informer ces patients sur les symptômes de l'IRCT qui, lorsqu'ils vont apparaître, justifieront de débiter la dialyse. Une décision de traitement fondée sur les symptômes devrait finalement améliorer la compréhension et l'adhésion des patients à la dialyse.

\* Université Aix-Marseille, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, hôpital de la Conception, Marseille.

## Programmes de dialyse chronique Une nouvelle modalité : l'hémodialyse quotidienne

**Lorsqu'un patient parvient au stade ultime de son insuffisance rénale et que doit être mis en place un programme de dialyse chronique, soit de manière définitive, soit dans l'attente d'une transplantation rénale, deux modalités doivent lui être proposées : la dialyse péritonéale à domicile et l'hémodialyse. Si le patient ne présente aucune contre-indication médicale à l'une des deux techniques (ce qui est le plus souvent le cas) et qu'il a réellement la possibilité d'un choix éclairé après que lui a été donnée une information objective, il hésite rarement entre les deux méthodes, tant elles diffèrent lorsqu'il s'agit de réorganiser sa vie de manière à y faire entrer un programme de dialyse chronique. L'hémodialyse quotidienne est une nouvelle procédure qui devrait lui permettre d'élargir son choix.**

PAR LE Pr THIERRY PETITCLERC\*

L'HÉMODIALYSE quotidienne consiste, par rapport à un programme classique, à multiplier par deux le nombre de séances (soit six par semaine) et à diviser par deux leur durée (soit de 2 heures à 2 h 30). Elle peut être envisagée selon deux modalités très différentes.

- L'hémodialyse quotidienne à haut débit de dialysat ( $\geq 500$  ml/min) est la procédure généralement pratiquée. Elle consiste à laisser inchangés, d'une part, le matériel, consommable (lignes, dialyseur, concentrés de dialyse) ou non (moniteur de dialyse, traitement de l'eau) et, d'autre part, les paramètres de la séance (débits de sang et de dialysat). L'accueil des patients en hémodialyse quotidienne dans les unités d'hémodialyse existantes est ainsi grandement facilité. En revanche, cette

procédure reste, comme l'hémodialyse trihebdomadaire, de plus en plus difficile à mettre en place au domicile du patient, en raison des normes sécuritaires nécessaires en ce qui concerne l'eau de dialyse (installation et entretien d'un appareil d'osmose, contrôle systématique avec déplacement d'un technicien dès qu'il y a eu absence du domicile, etc.).

- L'hémodialyse quotidienne à bas débit de dialysat (de l'ordre de 150 à 200 ml/min) s'appuie sur un concept analogue à celui de la dialyse péritonéale : échanges quasi quotidiens, effectués au domicile à l'aide d'une machine spécifique de taille comparable aux moniteurs de dialyse péritonéale automatisée, d'une vingtaine de litres par jour de liquide de dialyse stérile et apyrogène livré en poches d'environ 5 l, ce qui évite la nécessité d'un traitement d'eau. Elle est à ce jour peu répandue (seuls quelques abstracts à l'occasion de congrès sont disponibles dans la littérature) et non pratiquée en France.

**Peut-elle être choisie par le patient ?** Beaucoup de néphrologues pensent que, de manière logique, les patients n'auront pas tendance à opter pour six séances d'hémodialyse par semaine au lieu de trois lorsque leur sera donnée l'information sur les différentes modalités de dialyse. Il n'en reste pas moins que six séances de deux heures, surtout si elles sont pratiquées à domicile (ce qui évite les temps de transport), peuvent parfois être plus faciles à « caser » dans la vie professionnelle que trois séances de quatre heures, et plus faciles à accepter par l'entourage proche que sept nuits avec la machine de dialyse péritonéale automatisée ! Par ailleurs, l'hémodialyse quotidienne à bas débit pourrait être choisie par le patient autonome, traité jusqu'alors par dialyse péritonéale automatisée la nuit et obligé de changer de technique en



Six séances de deux heures sont parfois plus compatibles avec la vie professionnelle

raison d'un mauvais fonctionnement de son péritoine, parce qu'il retrouverait alors de nombreux points communs : procédure quotidienne à domicile, autonomie, livraison de poches de dialysat, machine utilisant une cassette et des lignes stériles et à usage unique de montage extrêmement facile et rapide, etc.

**Peut-elle être proposée au patient ?** La réponse ne peut être donnée que par les autorités de tutelle qui doivent fixer clairement un tarif de remboursement de l'hémodialyse quotidienne et ainsi favoriser ou freiner son essor.

L'hémodialyse quotidienne à haut débit présente à l'évidence un surcoût non négligeable par rapport à l'hémodialyse trihebdomadaire. Ce surcoût doit cependant être mis en balance, d'une part, avec les économies liées aux bénéfices apportés (diminution du nombre de médicaments, spécialement antihypertenseurs et érythropoïétine, et du nombre de journées d'hospitalisation), d'autre part, avec le service rendu aux patients (en particulier disparition de la fatigue postdialytique, liberté du régime alimentaire et des apports liquidiens) : après

qu'ils ont expérimenté l'hémodialyse quotidienne, souvent en raison d'une mauvaise tolérance à l'hémodialyse trihebdomadaire, les patients, dans leur grande majorité, ne souhaitent pas revenir à un mode trihebdomadaire tant ils ont l'impression de ne plus être malades !

L'hémodialyse quotidienne à bas débit devrait permettre l'essor de l'hémodialyse à domicile. Cependant, son développement nécessite, non seulement la réalisation préalable d'un protocole multicentrique (actuellement en projet) afin de démontrer sa bonne tolérance au long cours, mais aussi le développement d'un matériel spécifique. Ses capacités d'épuration, son coût et la qualité de vie ressentie par le patient devront être comparés à ceux de la dialyse péritonéale. Il semblerait également logique que, à l'instar de la dialyse péritonéale, sa tarification soit du même type (forfait hebdomadaire) et que le patient non autonome puisse bénéficier de l'aide à domicile d'une infirmière libérale.

\* Directeur médical à l'AURA-Paris (Association pour l'utilisation du rein artificiel).