

Insuffisance rénale aiguë chez les patients d'hématologie : prévalence et impact pronostic

Michael Darmon, Emmanuel Canet, François Vincent, Virginie Lemiale, Frédéric Pène, Achille Kouatchet, Julien Mayaux, Martine N'Yunga, Fabrice Bruneel, Sylvie Chevret, Djamel Mokart, Elie Azoulay

Introduction

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) concernerait jusqu'à deux tiers des patients d'onco-hématologie admis en réanimation. Les données actuelles proviennent cependant le plus souvent d'études monocentriques ou rétrospectives. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence de l'IRA dans l'étude prospective multicentrique TRIAL-OH, rapportant le devenir de 1011 patients avec hémopathie maligne admis en réanimation et inclus prospectivement dans 17 services en France et en Belgique [1].

Patients et Méthodes

Analyse ancillaire d'une cohorte prospective multicentrique réalisée de janvier 2010 à mai 2011. L'IRA était définie selon les critères de l'AKIN [2]. Les facteurs de risque d'IRA étaient analysés par régression logistique « en arrière » pas à pas conditionnelle. Les données sont rapportées en nombre (%) ou médiane (IQR).

Résultats

1009 patients (612H/397F) étaient analysables et inclus dans cette étude.

L'âge médian était de 60 ans [49-70], le score de comorbidités de Charlson à 4 [3-6] et le performans status était à 3 ou 4 chez 198 patients (19,6%). La maladie sous-jacente était dans 275 cas une leucémie aiguë myéloblastique (27,2%), dans 72 cas une LAL (7,1%), dans 242 cas un LNH de haut grade (23,9%), et dans 126 cas un myélome (12,5%). Le score SOFA à l'admission était de 6 [3-9]. Un sepsis était présent chez 652 patients (64,5%) et 94 avaient un syndrome de lyse tumorale (9,3%). 129 patients (12,8%) avaient reçu des produits considérés comme néphrotoxiques (glycopeptides, IEC, ARAII, produits de contraste iodés ou aminosides) et 97 avaient reçu des colloïdes (9,6%).

671 patients (66,5%) ont présenté une IRA au cours de leur séjour. L'IRA survenait dans les 48 premières heures chez 651 patients (97%). Le stade maximum de l'IRA selon la classification AKIN était un stade 1 chez 258 (38%), un stade 2 chez 75 (11,1%) et un stade 3 chez 338 (50,3%).

En analyse multivariée, 6 facteurs étaient associés à la survenue d'une IRA : l'âge [OR 1,017 par an ; IC95% 1,006-1,027], un antécédent d'HTA [OR 1,65 ; IC95% 1,11-2,44], la présence d'un syndrome de lyse tumorale [OR 4,18 ; IC95% 2,12-8,29], l'utilisation de néphrotoxique [OR 5,25 ; IC95% 2,46-11,20], un myélome comme hémopathie sous-jacente [OR 1,89 ; IC95% 1,10-2,20] et la sévérité évaluée par le score SOFA [OR 1,16 par point ; IC95% 1,12-1,21].

Au total, 280 patients sont décédés en réanimation (27,7%) et 385 à l'hôpital [38,5%]. Après ajustement l'IRA restait associée à la mortalité hospitalière (tableau).

Variable	OR	IC95%	P
Myélome	0,59	0,37-0,93	0,02
IRA	2,03	1,47-2,80	<0,0001
VM	2,42	1,72-3,42	<0,0001
PS (/point)	1,51	1,32-1,72	<0,0001
CGS(/point)	0,93	0,88-0,99	0,01

Allogreffe	1,93	1,88-1,98	0,01
------------	------	-----------	------

Conclusion

Cette étude est la plus large à ce jour à décrire les caractéristiques épidémiologiques et l'impact pronostic de l'IRA dans cette population de patients. Elle confirme la prévalence élevée de l'IRA chez les patients d'hématologie admis en réanimation et en précise les facteurs de risques. Bien que l'IRA ou son stade soient associés dans cette étude à un risque accru de décès en réanimation et à moyen terme, la mortalité est nettement inférieure à celle suggérée par les études antérieures.

1. Azoulay E, Mokart D, Pène F, et al. (2013) Outcomes of critically ill patients with hematologic malignancies: prospective multicenter data from france and belgium--a groupe de recherche respiratoire en reanimation onco-hematologique study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 31:2810–2818.
2. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, et al. (2007) Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. *Crit Care Lond Engl* 11:R31.