

sex-ratio: 1/1; âge moyen: $85 \pm 3,8$ ans; IMC: $26,1 \pm 5,2$ kg/m²; diabète: 33,4%; maladie cardiovasculaire: 42%; cancer depuis moins de 5 ans: 13,7%; surcharge hydrosodée pulmonaire: 12,5%, des membres inférieurs 38,2%; créatininémie: $223,5 \pm 67$ µmol/L; stade d'IRC (MDRD): stade 5: 9,9%, stade 4: 67,8%, stade 3b: 22,3%; score résumé physique (SF36): $35,5 \pm 8$; score résumé mental: $45,2 \pm 10$; Mini Mental Test: $26 \pm 4,2$.

Un suivi prospectif a été mené pendant 2 ans. Les risques de démarrage de la dialyse et de décès ont été évalués par un modèle de Cox.

Résultats.– 17 (10,9%) pts ont été mis en dialyse (HD: 12/DP: 5); 35 sont décédés. Trente et un pts ont abandonné le suivi dont 6 sont décédés, soit un total de 41 décès (26,4%).

À l'inclusion, le risque de décès est associé en univarié à *âge, cancer de moins de 5 ans, capacité à la marche, handicap, coronaropathie, artérite, surcharge hydrosodée pulmonaire ou des membres inférieurs, IMC, hémoglobine, score résumé physique*. Les variables indépendamment associées au risque de décès sont: *âge* (hazard ratio [HR]=1,13; 95% IC, 1,03–1,23), *cancer de moins de 5 ans* (HR=7,36; 95% IC, 2,64–20,55), *surcharge hydrosodée pulmonaire* (HR=3,57; 95% IC, 1,35–9,44), *capacité à la marche* (HR=0,25; 95% IC, 0,07–0,86), et *hémoglobine inférieure à 10 g/dL* (HR=3,39; 95% IC, 1,30–8,86).

À l'inclusion, le risque de dialyse est associé en univarié à *DFG et hémoglobine*. L'unique variable indépendamment associée au risque de dialyse est DFG: une augmentation de 1 mL/min/1,73 m² du DFG diminue de 20% le risque de dialyse (HR=0,80; 95% IC, 0,73–0,89).

Discussion.– La surcharge hydrosodée est probablement plus attribuable à une insuffisance cardiaque qu'à l'insuffisance rénale. Un âge élevé, un antécédent récent de cancer, un état général altéré dont témoigne l'intensité de l'anémie sont associés au risque de décès et non à la dialyse. La diminution du DFG, reflet de l'intoxication urémique, est le seul marqueur pour poser l'indication de la dialyse.

Conclusion.– Chez les plus de 80 ans adressés en consultation de néphrologie, le risque de décès est 2,5 fois plus important que le risque de dialyse. La dialyse est débutée en présence d'une intoxication urémique sévère, indépendamment de la présence de maladies associées à un risque de décès élevé.

doi:10.1016/j.nephro.2011.07.054

CD12

Nouveautés sur la stabilité de la parathormone telle que mesurée à l'aide d'un kit de troisième génération : impact sur la pratique quotidienne

E. Cavalier^a, P. Delanaye^b

^a Chimie médicale, CHU Sart-Tilman, université de Liège, Liège, Belgique

^b Néphrologie, dialyse et transplantation rénale, CHU Sart-Tilman, université de Liège, Liège, Belgique

Introduction.– La plus grande rigueur préanalytique est nécessaire afin de garantir la qualité des résultats des dosages de la parathormone (PTH). Malheureusement, la littérature rapporte des résultats conflictuels sur la stabilité à court ou long terme de la PTH telle que dosée avec des kits de 2^e génération (PTH « intacte »). Dans cette étude, nous avons voulu vérifier de façon exhaustive la stabilité de la PTH (1–84), dosée avec une nouvelle trousse de 3^e génération (Liaison, DiaSorin), à différentes températures et prélevée sur différents tubes. Nous avons ainsi voulu fournir des recommandations pratiques notamment aux centres de prélèvement qui ne seraient pas directement couplés à un laboratoire.

Patients et méthodes.– Les échantillons sanguins ont été prélevés chez 14 patients hémodialysés à 8 h, juste avant la session de dialyse sur des tubes EDTA et des tubes secs avec gel. Dans la 1/2 heure, une partie des échantillons a directement été centrifugée et dosée (« point zéro »). Le reste du plasma ou du sérum a ensuite

immédiatement été réparti en 28 paires d'aliquotes EDTA-sérum. Trois paires sont restées à température ambiante (+21 °C) et dosées après 8 h, 1 et 2 jours de conservation. Quatre paires ont été conservées à +4 °C et dosées après 8 h, 1, 2 et 7 jours. Sept paires ont été conservées à –20 °C et –80 °C et dosées après 8 h, 1, 3, 6 et 12 mois de conservation. Le reste des échantillons (6 paires EDTA-sérum) a été conservé non centrifugé à +21 °C et +4 °C. Après 4, 8 et 24 h, une paire d'échantillons a été centrifugée et dosée. Le CV du dosage est inférieur à 8%. Nous considérons que le paramètre n'est plus stable à partir du moment où un des patients présente une chute de plus de 20% par rapport au temps zéro.

Résultats.– Il n'y a pas de différence entre EDTA et sérum au temps 0. Dans le tube sec non centrifugé, la PTH est stable 8 h à +21 °C et 24 h à +4 °C. Dans le tube EDTA, elle est stable 24 h à 21 °C, mais 4 h seulement au frigo. Centrifugée, la PTH est stable 8 h à +21 °C, 24 h à +4 °C et jusqu'à 1 an à –20 ou –80 °C. Dans le plasma, elle est stable 48 h à +21 °C et à 4 °C et jusqu'à 1 an à –20 ou –80 °C.

Discussion.– Nos résultats montrent que la PTH (1–84) dosée avec un kit de 3^e génération est plus stable que les PTH « intactes ». Cette différence peut être expliquée par une différence de stabilité des fragments N-tronqués.

Conclusion.– D'un point de vue préanalytique, le dosage de la PTH avec un kit de 3^e génération offre de meilleures garanties que les kits de PTH « intactes ». Cela peut être particulièrement intéressant pour les centres de dialyse qui ne disposent pas d'un laboratoire à proximité pouvant directement traiter les échantillons.

doi:10.1016/j.nephro.2011.07.055

CD13

Prise en charge de l'anémie par CERA dans la pratique médicale courante : résultats de l'étude non interventionnelle HORTENSIA en hémodialyse

F. Vrtovnik^a, M. Hoffmann^b, P. Landais^c, S. Koné^d,

B. Commenges^d, M. Godin^e, D. Verhelst^f

^a Néphrologie, hôpital Bichat, Paris, France

^b Dialyse, polyclinique de la Louvière, Lille, France

^c Biostatistique, hôpital Necker, Paris, France

^d Département médical, Roche, Neuilly-Sur-Seine, France

^e Néphrologie, CHU de Rouen, Rouen, France

^f Néphrologie, CH d'Avignon, Avignon, France

Introduction.– La correction et la stabilité du taux d'hémoglobine (Hb) est un objectif majeur du traitement de l'anémie. Le méthoxy polyéthylène glycol-epoetin bêta est un activateur continu du récepteur de l'érythropoïétine (CERA) qui corrige l'anémie et maintient le taux d'Hb au rythme d'une injection mensuelle. Cette étude française vise à documenter, en situation réelle, la prise en charge de l'anémie et de la tolérance de CERA en dialyse.

Patients et méthodes.– HORTENSIA est une étude non interventionnelle prospective sur une période de 12 mois conduite entre 2010 et 2011 dans 112 centres de dialyse en France. Les patients éligibles, dialysés depuis plus de 3 mois, naïfs ou non de traitement par agent stimulant l'érythropoïèse (ASE), débutaient CERA à l'inclusion. Le critère principal de jugement était la proportion de patients ayant un taux d'Hb entre 10 et 12 g/dL autour du 6^e mois de traitement par CERA.

Résultats.– 372 patients hémodialysés, dont 59% d'hommes, étaient inclus dans la présente analyse. L'âge moyen était de 66 ± 15 ans et les principaux facteurs de risque cardiovasculaire retrouvés étaient l'HTA (84%), la dyslipidémie (56%) et le diabète (30%). Les principales causes de la maladie rénale chronique étaient d'origine hypertensive (30%) ou diabétique (22%). L'ancienneté médiane (min–max) de la dialyse était de 4,3 ans (0–33). Les patients étaient suivis en centre lourd (63%), en unité de dialyse médicalisée (19%) ou en autodialyse (17%). Un pourcentage de 49 des patients étaient en hémodiafiltration. Le Kt/V moyen était de $1,5 \pm 0,3$. À l'inclusion, 4% des patients étaient naïfs d'ASE et 96% déjà traités: 53% par darbepoetin alfa, 34% par epoetin bêta et 13% par