

Comparaison n'est pas raison, mais quand même...

Comparison is Usually Misleading, but Sometimes not so Much...

N. Lerolle

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

Il y a des jours comme ça où être responsable de la thématique de recherche sur le « rein aigu » dans un service de réanimation est un peu difficile à porter, surtout quand une des autres thématiques du service est la ventilation artificielle et le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). La comparaison est assez pénible, et l'air narquois de mon chef de service est là pour me le rappeler à chaque séance de bibliographie sur le rein.

La recherche en ventilation artificielle a abouti incontestablement à de réels progrès majeurs, c'est-à-dire pas seulement à la publication d'études dans des journaux à fort *impact factor*, mais à de vraies évolutions des pratiques aux bénéfices démontrés pour les patients. Il y a la ventilation non invasive (VNI), le réglage du volume courant et de la pression expiratoire positive (PEP) dans le SDRA, l'aide inspiratoire pour le sevrage... et la suite se profile : *extra-corporeal membrane oxygenation* (ECMO), épurateur de CO₂, oxygénothérapie nasale à haut débit, *airway pressure release ventilation* (APRV)...

Qu'avons-nous gagné pour le rein dans les dernières décennies ? La définition des stades d'agression rénale (RIFLE, AKIN, KDIGO) est probablement intéressante pour la recherche, mais qu'en est-il pour les patients ? [1]... On pourra remarquer que la première classification RIFLE date de 2001, alors que la première définition consensuelle du SDRA de 1994. Suit une longue liste d'échecs : pas de différence entre hémodialyse et hémofiltration depuis que Frédérique Schortgen nous a appris à adapter les prescriptions d'hémodialyse au patient de réanimation [2,3], pas de différences entre les diverses doses d'épuration extrarénale [4], marqueurs biologiques précoces annoncés révolutionnaires pour le diagnostic et finalement très décevants [5]... Et même si ces mar-

queurs avaient démontré une performance diagnostique intéressante, pour quelle intervention auraient-ils été ensuite d'intérêt ?

Comme dans d'autres champs de la réanimation (ce qui me console un peu), il semble que les progrès ont surtout consisté à définir tout ce qu'il ne fallait pas ou plus faire : pas d'hydroxyéthylamidons [6], pas de diurétiques [7], pas de peptides natriurétiques [8], pas de dopamine à dose rénale [9]... Ce lent et indispensable travail d'apurement des pratiques aboutit donc à de l'eau salée, de la noradrénaline et des appareils d'épuration extrarénale avec des réglages tellement rustiques qu'on pourrait conseiller aux industriels de s'inspirer du minimalisme de Dacia pour construire leurs machines. Ce travail n'est certainement pas terminé, certaines de nos interventions sont probablement encore délétères.

Alors bien sûr, ces différences de progrès entre les différents champs de la réanimation s'expliquent par des différences d'interaction machine/organe, et toutes les interventions hors de ces interactions ont également été des échecs pour le poumon (surfactant inhalé, inhibiteur des élastases, corticoïdes...). Quelques progrès s'annoncent au regard de la liste des études en cours visibles sur Clinicaltrials.gov. Ainsi peut-être saurons-nous bientôt s'il faut commencer « tôt » ou « tard » l'épuration extrarénale.

Mais par pitié, vite un progrès majeur pour la prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë ! Il faut enfin trouver la VNI du rein !

Références

1. Bellomo R, Kellum J, Ronco C (2001) Acute renal failure: time for consensus. *Intensive Care Med* 27:1685-8
2. Schortgen F, Soubrier N, Delclaux C, et al (2000) Hemodynamic tolerance of intermittent hemodialysis in critically ill patients: usefulness of practice guidelines. *Am J Respir Crit Care Med* 162:197-202
3. RENAL Replacement Therapy Study Investigators, Bellomo R, Cass A, et al (2009) Intensity of continuous renal-replacement therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 361:1627-38

N. Lerolle (✉)
CHU d'Angers, 4, rue Larrey,
F-49933 Angers, France
e-mail : NiLerolle@chu-angers.fr

4. Vinsonneau C, Camus C, Combes A, et al (2006) Continuous venovenous haemodiafiltration versus intermittent haemodialysis for acute renal failure in patients with multiple-organ dysfunction syndrome: a multicentre randomised trial. *Lancet* 368:379–85
5. Mårtensson J, Bellomo R (2014) The rise and fall of NGAL in acute kidney injury. *Blood Purif* 37:304–10
6. Myburgh JA, Finfer S, Bellomo R, et al (2012) Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care. *N Engl J Med* 367:1901–11
7. Mehta RL, Pascual MT, Soroko S, et al (2002) Diuretics, mortality and non-recovery of renal function in acute renal failure. *JAMA* 288:2547–53
8. Allgren RL, Marbury TC, Rahman SN, et al (1997) Anaritide in acute tubular necrosis. *N Engl J Med* 336:828–34
9. Bellomo R, Chapman M, Finfer S, et al (2000) Low-dose dopamine in patients with early renal dysfunction: a placebo-controlled randomised trial. Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) Clinical Trials Group. *Lancet* 356:2139–43