



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

décès dans les 30 premiers jours. Parmi les 203 patients survivants après la phase aiguë, le suivi à long terme (médiane 180 jours) était disponible pour 189 (93 %) patients. Des complications majeures (cardiovasculaires, infections sévères ou tout autre événement menant à une hospitalisation) sont survenues chez 30 (16 %) patients au cours du suivi, dont 12 décès (6 %) après une médiane de 78 jours à compter de l'apparition des symptômes. Un âge plus avancé, un taux d'albumine plus faible au moment du diagnostic et des comorbidités cardiovasculaires présentaient des tendances d'association avec le décès à long terme. Dans l'ensemble, les événements cardiovasculaires, les infections et les hémorragies gastro-intestinales ont été les principales complications. Une cachexie post-COVID-19 a été observée chez 25/189 (13 %) patients. Une albuminémie initiale plus faible était significativement associée à ce syndrome. Aucune réinfection par le SARS-CoV-2 n'a été observée sur la période de 6 mois.

**Conclusion** Ce travail montre les conséquences à long terme du COVID-19 chez les patients dialysés, mettant en évidence la sévérité initiale et à long terme de la maladie, associé notamment à une cachexie chez 13 % des patients.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2021.07.273>

## CO-08

### La biofiltration sans acétate (AFB) améliore la tolérance hémodynamique des patients avec hypotensions intra-dialytiques fréquentes : étude monocentrique avant-après

C. Apter\*, O. Cointault, B. Seigneuric, A. Darres, N. Longlune, S. Faguer

CHU Rangueil, Toulouse, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [apter.c@chu-toulouse.fr](mailto:apter.c@chu-toulouse.fr) (C. Apter)

**Introduction** Les hypotensions intra-dialytiques (HID) sont un problème majeur en dialyse malgré l'amélioration continue des pratiques (membranes biocompatibles, profils d'ultrafiltration, hémodiafiltration), et sont un facteur prédictif de morbi-mortalité cardiovasculaire. L'acidification du dialysat pour éviter la carbonatation des filtres en présence de bicarbonate et de calcium s'accompagne d'une charge en CO<sub>2</sub> massive pouvant favoriser les HID. Le recours à un dialysat sans bicarbonate et donc sans acide (avec réinjection post-filtre de bicarbonate ; AFB) pourrait améliorer la tolérance hémodynamique des séances de dialyse.

**Description** Étude monocentrique rétrospective (avril 2019–janvier 2021).

**Méthodes** Recueil des paramètres cliniques et biologiques lors des séances de dialyses sur une période de 6 mois (M – 3 à M0 : dialyses conventionnelles ; M0 à M3 : AFB) soit plus de 1600 séances.

**Résultats** Vingt-trois patients ont été inclus (durée médiane en dialyse de 4 ans [0,5–22], âge médian 68 ans [35–92]), dont 52 % étaient diabétiques et 40 % avaient une cardiopathie connue. Quelle que soit la définition de l'HID utilisée (KDIGO, ERBP, UK), le nombre d'événements était significativement diminué après passage en AFB, sans variation concomitante significative du poids sec. L'amélioration de l'hémodynamique était principalement associée à une augmentation des pressions diastoliques pré- et post-séances ( $p < 0,0001$  et  $p < 0,001$ , respectivement). Le Kt/V diminuait légèrement sous AFB ( $p = 0,01$ ) mais restait supérieur à 1,2 chez tous les patients. Les taux de CRP, hémoglobine et B2m étaient similaires au cours des 2 périodes.

**Conclusion** La biofiltration réduit significativement l'incidence des hypotensions intra-dialytiques, s'accompagne d'une majora-

tion de la pression artérielle diastolique pré- et per-dialyse et améliore la tolérance globale des séances d'HDI.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2021.07.274>

## CO-09

### Évolutions cliniques et diurèse résiduelle à un an chez les patients incidents en hémodialyse incrémentale ou en dialyse péritonéale

P. Saudan\*, D. Jaques, C. Alves, C. Stoermann, A. Dufey, B. Cassagnes, P.Y. Martin

Service de néphrologie, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [patrick.saudan@hcuge.ch](mailto:patrick.saudan@hcuge.ch) (P. Saudan)

**Introduction** Le maintien d'une diurèse résiduelle est associé en dialyse à une meilleure survie et à une qualité de vie augmentée.

**Description** Nous avons comparé un an après le début de la dialyse l'impact des techniques de DP et HD incrémentales sur l'évolution clinique et la diurèse résiduelle.

**Méthodes** L'HD incrémentale est instaurée si les patients ont une diurèse journalière > 600 mL et une clearance de l'urée > 2 mL/min. La DP est débutée également sur un mode incrémental. La diurèse journalière est mesurée chez nos patients trimestriellement en DP et bimestriellement en HD incrémentale.

**Résultats** De janvier 2013 à avril 2020, 295 patients ont débuté la dialyse dont 224 en HD. Soixante-trois patients ont débuté en incrémental. Ceux-ci ne diffèrent pas statistiquement des autres patients incidents en HD en terme d'âge, de TFGe et de comorbidités hormis une prévalence plus faible de diabète. La diurèse résiduelle et le TFGe étaient équivalentes à l'initiation de l'HD incrémentale et de la DP. La durée moyenne d'HD incrémentale jusqu'à la transition à 3 séances d'HD/semaine est de 12 + 12 mois (médiane : 10, IQR : 6–20). Sur les 71 patients en DP, 56 étaient toujours en DP à une année. La survie et les jours sans hospitalisation après une année étaient plus élevés chez les patients ayant débuté en HD incrémentale ou en DP que chez ceux en HD standard. À un an de suivi, la diurèse journalière a baissé en moyenne de 27 % en HD incrémentale et de 15 % en DP ( $p = 0,08$ ).

**Conclusion** L'HD peut être débutée en incrémental pour autant que la fonction rénale résiduelle et l'état clinique soient vérifiés régulièrement. Des études cliniques randomisées comparant les HD incrémentale et trihebdomadaire en termes de survie à long terme et de qualité de vie sont nécessaires avant de généraliser l'HD incrémentale.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2021.07.275>

## CO-10

### Retentissement de la pandémie liée à la COVID-19 sur la prise en charge des patients incidents en hémodialyse

S. Azria\*, S. El Badaoui, H. Fessi, M.A. Lammouchi, P. Michel

Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [siham.azria@aphp.fr](mailto:siham.azria@aphp.fr) (S. Azria)

**Introduction** La pandémie liée à la COVID-19 a eu des conséquences majeures chez les dialysés. Quinze pour cent ont été infectés avec un taux de mortalité de 19 % en France. Le retentissement de la pandémie sur le parcours patients des patients hémodialysés incidents (PPHI) est moins décrit.

**Description** Dans notre hôpital, nous avons un suivi du PPHI depuis plusieurs années. Nous avons comparé différents marqueurs de la prise en charge des patients en 2017–2019 et en 2020 afin d'explorer si la pandémie avait des effets sur le PPHI qui sont associés dans la littérature à la morbidité et à la mortalité des patients.

**Méthodes** Nous avons comparé les données démographiques des patients, leurs comorbidités, l'accès vasculaire au démarrage, le pourcentage de démarrage en urgence, le recours à la consultation infirmière d'annonce (CsIDE) et l'inscription sur liste d'attente de greffe rénale avant le démarrage de la dialyse (ITR) sur la période préalable à la pandémie (2017–2019) par rapport à celle de 2020.

**Résultats** Entre 2017–2019, 366 patients ont initié l'hémodialyse contre 98 en 2020. Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes pour l'âge, le pourcentage de patients diabétiques, hypertendus, le pourcentage de patients suivis et la durée de suivi. On observe par contre un pourcentage plus élevé de démarrage sur cathéter en 2020 (60 %) vs (46 %) en 2017–2019,  $p = 0,04$ . Il y avait également plus de démarrage en urgence (24 % vs 14 %,  $p = 0,03$ ), un pourcentage plus faible de CsIDE (37 % vs 51 %,  $p = 0,03$ ) et d'ITR (17 % vs 28 %,  $p = 0,05$ ) en 2020 vs 2017–2019.

**Conclusion** La pandémie de COVID19 est associée à une dégradation de différents marqueurs du PPHI des patients de notre centre. Les explications sont multiples : moindre accès au bloc opératoire, crainte d'être infecté responsable d'un retard de prise en charge, diminution de l'offre de soin (CsIDE et consultation médicale).

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2021.07.276>

CO-11

**Le temps passé en hémodialyse avant le transfert en dialyse péritonéale impacte le devenir en dialyse péritonéale**



B. Legendre<sup>1,\*</sup>, C. Béchade<sup>2</sup>, A. Boyer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université de Caen Normandie, Caen, France

<sup>2</sup> CHU de Caen, Caen, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [blegendre1@gmail.com](mailto:blegendre1@gmail.com) (B. Legendre)

**Introduction** Les phases de transition entre les modalités de dialyse sont des périodes à risque pour le patient. Les données sur la transition de l'hémodialyse (HD) vers la dialyse péritonéale (DP) sont controversées.

**Description** Nous avons fait l'hypothèse que le temps passé en HD avant le transfert en DP impacte le devenir en DP.

**Méthodes** Cette étude nationale, basée sur un registre, a analysé les patients transférés de l'HD à la DP. Les patients qui ont commencé l'HD entre janvier 2008 et décembre 2016 ont été inclus. Des modèles de Cox et Fine-Gray ont été utilisés pour explorer le lien entre le temps passé en HD avant DP et le devenir en DP : arrêt pour décès ou retransfert en HD (critère composite) ; pour décès (censuré sur le retransfert en HD) ; pour retransfert en HD (censuré sur le décès).

**Résultats** Au cours de la période d'observation, 1985 patients ont commencé l'HD puis ont été transférés en DP. Le temps médian passé en HD avant transfert en DP était de 1,94 mois (Q1–Q3 : 1,02–4,01). La médiane de survie en DP était de 20 mois (Q1–Q3 : 18–21) en considérant le critère composite (décès ou retransfert en HD). Le temps passé en HD avant DP était associé à un risque accru de décès ou retransfert en HD (*cause-specific hazard-ratio* [cs-HR] : 1,01, intervalle de confiance à 95 % [IC95 %] : 1–1,02 pour une augmentation de 1 mois), et un risque accru de décès (cs-HR : 1,02, IC95 % : 1,01–1,03). Il n'y avait pas d'association significative avec le retransfert en HD. Le modèle de Fine-Gray était similaire. Le temps passé en HD avant DP était modélisé comme une variable linéaire (Fig. 1).

**Conclusion** Le temps passé en HD avant DP est associé à une surmortalité mais pas au retransfert en HD. Plus le temps passé en HD augmente, plus il impacte le devenir en DP.

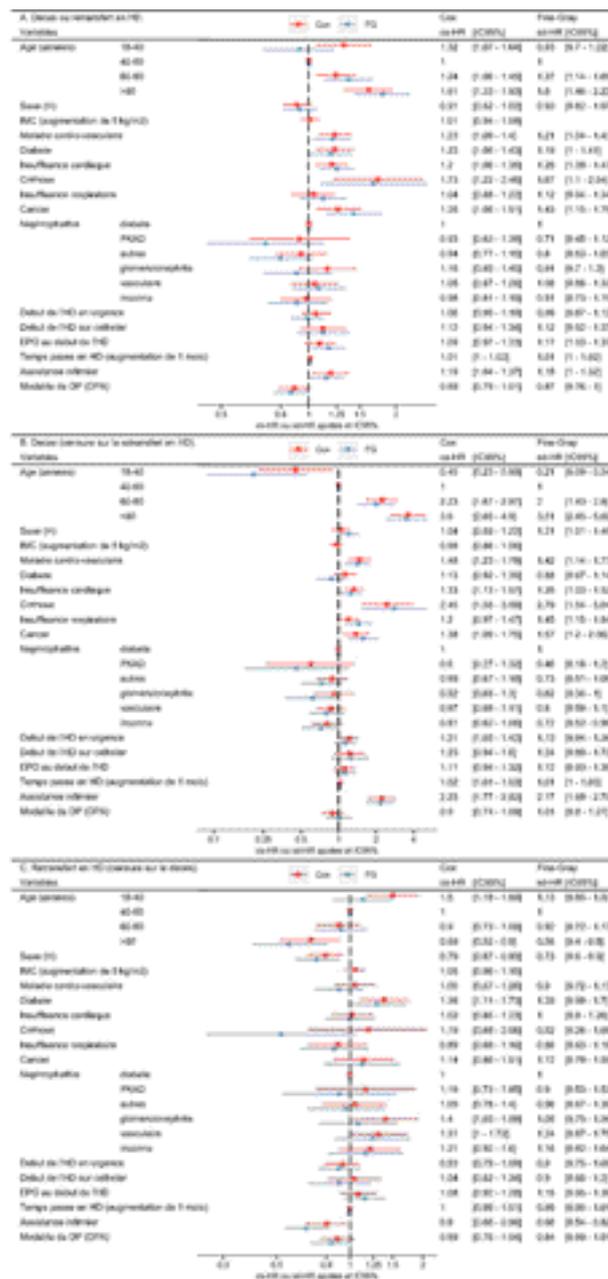


Fig. 1 Forestplots, Cox et Fine-Gray, multivarié.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2021.07.277>