



Articles publiés
sous la direction de

**SOPHIE DE
SEIGNEUX**

Cheffe de service

Service de
néphrologie et
hypertension
HUG, Genève

FADI FAKHOURI

Chef de service

Service de
néphrologie et
d'hypertension
CHUV, Lausanne

Vingt ans de néphrologie à Genève

Pr **PIERRE-YVES MARTIN** et Pre **SOPHIE DE SEIGNEUX**

Rev Med Suisse 2022; 18: 355-6 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.771.355

Après le départ de Michel Burnier en 2018 du Service de néphrologie du CHUV, c'est au tour de Pierre-Yves Martin de prendre sa retraite après 21 ans comme chef du Service de néphrologie des HUG. La néphrologie étant une discipline relativement jeune, il s'agit de la fin de la 2^e génération des chefs de service de néphrologie de la Suisse Romande. La première génération (Michel Leski/Hervé Favre et Jean-Pierre Wauters) a inauguré la néphrologie clinique, nouvelle discipline qui s'est développée avec l'essor de la dialyse et la transplantation rénale. Genève a joué un grand rôle dans la fondation de cette discipline, organisant en 1960 le premier congrès mondial de Néphrologie sous l'égide commune des Professeurs René Mach et Jean Hamburger. Aux HUG, les premières dialyses (hémodialyses) se feront à la fin des années 60 et, en 1970, la première greffe rénale sera effectuée (cf: témoignage du Pr Luc Humair dans un récent numéro de la *Revue Médicale Suisse*¹). Le Service de néphrologie des HUG naîtra en 1972 avec la venue du Professeur Michel Leski. À son départ en 1999, son successeur Hervé Favre, plus jeune de quatre ans, prend le relais mais il décède malheureusement quelques semaines après. Pierre-Yves Martin, alors médecin adjoint, prendra la direction par intérim du service avant d'être nommé en 2003. Avec le départ du Professeur Pierre-Yves Martin, il nous paraissait important de faire le bilan de ces vingt ans de néphrologie à Genève.

Il y a vingt ans, le service se concentrait majoritairement sur le centre de dialyse, réparti sur trois sites. Le choix durant ces deux décennies a été de garder un centre de dialyse unique, se concentrant sur les mises en dialyse (fréquemment en urgence), souvent associées avec une hospitalisation, ainsi que sur les

patients complexes que ce soit par leurs comorbidités, leurs problèmes psychosociaux ou leur besoin d'une prise en charge multidisciplinaire. En parallèle, les centres d'hémodialyse privés se sont développés, avec une bonne répartition géographique dans le canton, permettant à tous les patients d'être dialysés à proximité de leur domicile. Ce développement s'est accompli dans un esprit de collaboration entre les centres, l'unité de dialyse des HUG accueillant régulièrement les patients nécessitant des hospitalisations ou qui présentaient des problèmes d'abord vasculaires.

**LA MOYENNE
D'ÂGE DES
DONNEURS A
AUGMENTÉ DE
20 ANS ET NOUS
A POUSSÉ À
DÉVELOPPER
LE DON VIVANT**

Le service de néphrologie a également fortement développé la technique de dialyse péritonéale afin d'encourager le traitement à domicile. Ceci a modifié la manière de travailler, car le type de suivi est bien différent que celui des patients hémodialysés en centre, avec notamment les problèmes de sécurité informatique à domicile. Cette tendance va dans la mouvance de l'individualisation de la dialyse, regroupant d'autres méthodes utilisées, actuellement ou à venir, telles que l'hémodialyse incrémentale et l'hémodialyse à domicile, incrémentale ou stable. Ces adaptations actuelles et futures sont essentielles au bien-être individuel des patients dialysés.

L'activité de transplantation rénale, déjà un fleuron du service sous l'égide du Professeur Leski, s'est bien développée. Ces vingt ans ont vu le nombre de donneurs décédés diminuer avec un changement de leur profil. Ces changements sont le reflet de l'amélioration de la sécurité, notamment routière, ainsi que les progrès en réanimation et en neurochirurgie entraînant heureusement une diminution des jeunes donneurs. En effet, la moyenne d'âge des donneurs a augmenté de 20 ans (de

Bibliographie

1
Humair L, Saudan P, Berney T, Martin P-Y. Récit de la première transplantation rénale en Suisse romande. Rev Med Suisse 2021;17:1952-3.

43 ans à 63 ans environ) avec une prédominance de donneurs âgés de plus de 60 ans ayant souffert d'un accident cardiovasculaire mortel. Ceci nous a poussé à développer le don vivant en collaboration avec les autres centres de Suisse. Ces dernières années, le pourcentage de greffes rénales à partir de donneurs vivants a été souvent supérieur à 40%. Le don vivant a également l'avantage de pouvoir contourner le problème de l'incompatibilité des groupes sanguins (greffe ABO incompatible) en déplantant par aphèreses spécifiques les anticorps du futur receveur contre le groupe sanguin différent du donneur et en adaptant son traitement immunosuppresseur, permettant la tolérance de l'organe au long cours. Le don vivant permet aussi de contourner les incompatibilités de groupe sanguin ou de HLA, en combinant la paire donneur-receveur la plus compatible parmi plusieurs couples donneur-receveur, échanges que l'on nomme greffes croisées. À Genève, ce travail a été facilité par l'arrivée de l'unité d'immunologie de transplantation dans le service en 2015. En Suisse, la plupart des greffes croisées ont lieu entre deux couples, mais les greffes croisées peuvent donner lieu à des chaînes avec beaucoup plus de couples et la Suisse s'est organisée pour développer ces greffes.

Le principal développement, conséquence aussi des évolutions évoquées ci-dessus, est l'activité des consultations ambulatoires du service. Se pratiquant dans les coulisses de l'activité hospitalière il y a vingt ans, la consultation ambulatoire est devenue une activité majeure de la néphrologie. En dehors du suivi des transplantés rénaux, l'activité concerne principalement le suivi des personnes avec une glomérulonéphrite aiguë ou chronique, ou une insuffisance rénale de stade G3, 4 ou 5. En effet, il y a vingt ans, le rôle du néphrologue pour freiner la progression de la maladie rénale s'est établi grâce à l'arrivée des bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone. Durant ces deux décennies, ce rôle s'est renforcé grâce aux données rapportées dans la littérature, notamment l'importance d'un traitement antihypertenseur bien établi, l'arrivée des érythropoïétines de synthèse,

les nouveaux chélateurs du phosphate, le traitement de l'acidose, les adaptations hygiéno-diététiques et finalement, depuis cinq ans, l'avènement des gliflozines dans toutes les néphropathies, ainsi que celle des analogues GLP1 et des inhibiteurs non stéroïdiens du récepteur des minéralocorticoïdes en cas de diabète. À cela s'ajoutent des traitements spécifiques par les antagonistes du récepteur de la vasopressine pour la polykystose autosomale dominante, la maladie héréditaire la plus fréquente et qui est responsable de 8 à 10% des insuffisances rénales terminales. Enfin, dans les maladies rénales glomérulaires, de nouveaux traitements tels que le rituximab, le bélimumab ou les nouveaux inhibiteurs du complément, par exemple, permettront de moins utiliser les «éternels» corticostéroïdes et le cyclophosphamide. Tous ces éléments expliquent l'explosion de l'activité ambulatoire. L'adjonction de l'unité d'hypertension dans le service, depuis 2018, est tout à fait en phase avec cette logique de développement de l'activité ambulatoire et permettra de renforcer la prévention de la maladie rénale chronique.

Ces vingt ans de néphrologie ont jeté les bases d'une nouvelle phase de la néphrologie clinique qui va être le grand défi de la prochaine génération. Après avoir développé et amélioré les traitements substitutifs de la fonction rénale, la néphrologie peut entrer dans la phase d'individualisation de la substitution et instaurer des traitements efficaces pour prévenir, freiner, voire guérir les maladies rénales. Encore en retard par rapport à certaines disciplines médicales, la néphrologie voit arriver des nouveaux traitements enfin démontrés dans les populations souffrant d'insuffisance rénale. Ces progrès sont soutenus par une recherche clinique qui a trouvé un second souffle (illustré par les dernières grandes études de ces dernières années) et qui va ouvrir des nouveaux horizons à la néphrologie pour les prochains vingt ans et laisse entrevoir de gros progrès, dont nous nous réjouissons tous.

**LES NOUVEUX
TRAITEMENTS
PERMETTRONT DE
MOINS UTILISER
LES CORTICO-
STÉROÏDES**