

Epidémiologie de l'insuffisance rénale chronique Plaidoyer pour un meilleur dépistage

Les études épidémiologiques ont soulevé le problème de la méconnaissance de la maladie rénale chronique et de l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement précoces afin de ralentir la progression et d'éviter l'apparition de complications. Le point avec le Dr Bénédicte Stengel.

EN FRANCE, plus de cinquante mille personnes sont traitées par dialyse ou greffe rénale pour une insuffisance rénale chronique (IRC) terminale. Pendant longtemps, on a pensé que l'insuffisance rénale augmentait très rapidement car on l'observait lors du passage en dialyse, lequel dépendait des conditions économiques et du développement de la technique. Découverte dans les années 1960, la dialyse était alors réservée à un petit nombre de patients (jeunes, non-diabétiques...). Par la suite, les contre-indications à cette technique étant exceptionnelles, pratiquement tous les patients en IRC au stade terminal ont pu en bénéficier, quels que soient leur âge et leur pathologie. Jusqu'à la fin des années 1990, la croissance apparemment rapide de l'IRC terminale reflétait donc pour une large part le développement des traitements de suppléance. Aujourd'hui, il persiste une faible augmentation de l'IRC terminale essentiellement liée au vieillissement de la population et à l'aug-

mentation du diabète, sa principale cause. Parallèlement, le développement important des médicaments néphroprotecteurs a eu pour conséquence de retarder l'heure de la dialyse. D'où l'intérêt du dépistage de la maladie rénale chronique et de sa prise en charge à un stade précoce. C'est aussi tout l'intérêt d'une classification simple de cette maladie en stades de gravité qui permet l'application de mesures thérapeutiques et préventives visant à ralentir la progression vers le stade terminal et à réduire les complications, en particulier cardio-vasculaires.

Classifications. Deux guides de recommandations pour la pratique clinique ont été publiés sur la maladie rénale chronique, l'un en France par l'ANAES (1), l'autre aux Etats-Unis par la National Kidney Foundation (2). Les deux groupes d'experts définissent la maladie rénale chronique par la persistance pendant plus de trois mois d'une atteinte rénale telle qu'une protéinurie ou d'une baisse du débit de la filtration glomérulaire (DFG) < 60 ml/min pour 1,73 m² de surface corporelle. « Les deux classifications sont comparables, mais comportent certaines différences », souligne le Dr Bénédicte Stengel. Ainsi, le nombre de stades est de quatre pour l'ANAES et de cinq pour la National Kidney Foundation. En outre, poursuit-elle, les équations d'estima-

tion du DFG ne sont pas les mêmes pour les deux groupes d'experts. La formule de Cockcroft et Gault recommandée par l'ANAES tend à sous-estimer le DFG chez les patients âgés de plus de 65 ans, ce qui amène parfois à étiqueter comme malades des personnes dont la fonction rénale est en réalité normale. »

4 % d'IRC (DFG < 60 ml/min). L'épidémiologie de l'insuffisance rénale terminale au sens strict, telle qu'elle est définie par le stade 4 de la classification de l'ANAES (DFG < 15 ml/min ou dialyse), est en fait inconnue. On ne connaît de façon exacte que celui des personnes dialysées ou greffées, soit cinquante mille environ. Dans la mesure où il existe peu de contre-indications à l'épuration extra-rénale, on peut estimer que ce chiffre est un bon reflet de la maladie elle-même à ce stade chez les plus jeunes, mais certainement pas chez le sujet âgé. L'épidémiologie de la maladie rénale chronique est aussi très mal connue en France. Prochaine-ment, les résultats préliminaires de l'étude menée à Nancy par le Pr Kessler devraient être connus. Nous disposons cependant de données sur la prévalence qui proviennent essentiellement des Etats-Unis, avec des chiffres alarmants : 11,7 % pour la maladie rénale, tous stades confondus, et 3,8 % pour l'IRC chez l'adulte de

plus de 20 ans en 1999-2000 (3). Une étude récente menée en Norvège (4) rapporte une prévalence globale très proche de 10,2 %, avec 4,4 % de patients en IRC en 1995-1997. « Ce qui est intéressant », souligne B. Stengel, c'est que les rares études disponibles, qu'elles soient menées en Europe ou aux Etats-Unis, semblent rapporter des fréquences comparables d'IRC (DFG < 60 ml/min) entre pays de l'ordre de 4 %. Il est cependant difficile d'extrapoler ces chiffres de façon brute à la France. » En revanche, l'IRC a été évaluée chez les sujets âgés de plus de 70 ans à partir d'un sous-échantillon de l'étude des 3 cités (5), constitué de 1 300 habitants de Bordeaux ayant eu un dosage de créatinine sérique et d'albuminurie en 2004-2005. Une maladie rénale chronique de stade 1-4 de l'ANAES était présente chez une personne sur trois, en estimant la fonction rénale avec l'équation américaine, et, dans deux cas sur trois, avec l'équation de Cockcroft et Gault. La maladie rénale chronique est donc encore méconnue, les études épidémiologiques le prouvent. Il est donc nécessaire d'identifier les sujets à risque rénal pouvant bénéficier d'un dépistage. L'âge est le principal facteur de risque. Le facteur ethnique est également à considérer, les personnes d'origine africaine semblant en effet plus atteintes. « Un facteur de risque très

important », souligne B. Stengel, est représenté par les antécédents familiaux : quand on a dans sa famille quelqu'un qui a été dialysé, on multiplie par dix son risque d'être dialysé ». Parmi les autres facteurs de risque, on trouve aussi en bonne place le diabète, l'hypertension artérielle, les médicaments néphrotoxiques... « Quand on diagnostique une maladie rénale aujourd'hui », conclut B. Stengel, il faut savoir que le risque de mourir d'une autre maladie, notamment cardio-vasculaire, est plus important que celui de progresser jusqu'à la dialyse et que la prise en charge précoce vise à réduire l'ensemble de ces risques... »

> Dr BRIGITTE MARTIN

D'après un entretien avec le Dr Bénédicte Stengel, INSERM U780, Villejuif.
(1) ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique de l'adulte. Septembre 2002.
(2) National Kidney Foundation. Guidelines for Chronic Kidney Disease. Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis. 2002; 39: S1-S266.
(3) Coresh J and al. Chronic kidney disease awareness, prevalence and trends among US adult, 1999 to 2000. J Am Soc Nephrol. 2005; 16: 180-8.
(4) Hallan SI and al. International Comparison of the Relationship of Chronic Kidney Disease Prevalence and ESRD Risk. J Am Soc Nephrol. 2006; 17: 2275-2284.
(5) Stengel B, Couchoud C, Loos-Ayav, Kessler M. Epidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France. Presse médicale 2007 Aug 9 (Epub ahead of print)

Insuffisance rénale chronique terminale La dialyse péritonéale fait l'objet de nouvelles recommandations

A l'issue de quatre années de travaux, les indications et contre-indications de la dialyse péritonéale viennent d'être réactualisées dans le cadre d'une procédure de consensus formalisé menée à l'instigation de la Haute Autorité de santé (HAS). Bien que ces nouvelles recommandations ne soient pas encore officiellement publiées, le Dr Pierre-Yves Durand*, qui était le responsable du projet, a bien voulu nous expliquer en quoi elles devraient favoriser une plus large utilisation.

LE QUOTIDIEN - Pourquoi la HAS a-t-elle jugé nécessaire de réunir un comité d'experts pour formuler de nouvelles recommandations sur la dialyse péritonéale (DP) ?

Dr PIERRE-YVES DURAND - C'est la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui, à l'origine, en avait fait la demande auprès de l'ANAES en 2003. Il était, en effet, indispensable de réactualiser les indications de la DP pour deux raisons essentielles. La première tient au fait que les précédentes recommandations avaient été élaborées en 1994 à la suite d'une conférence de consensus qui avait porté sur les données de la littérature alors disponibles, lesquelles étaient relativement limitées. Or la littérature qui a été publiée depuis est beaucoup plus dense et documentée ; cela justi-

fiait pleinement une réactualisation. La seconde raison ayant motivé la démarche de la DHOS est que la DP est une technique qui, en France, demeure largement sous-utilisée comparativement à l'hémodialyse : à l'heure actuelle, environ 9 % seulement des patients nécessitant une épuration extrarénale sont traités par DP.

Quelle a été l'approche retenue pour élaborer ces recommandations ?

L'approche choisie a été celle d'un consensus formalisé avec sélection et analyse de la littérature. Nous avons sélectionné 1 000 publications dans lesquelles la DP avait été comparée à l'hémodialyse, dont 597 ont été analysées. Au final, 270 articles ont été retenus parce qu'ils présentaient des niveaux de preuves suffisants. Il est important de souligner que, dans notre analyse, nous avons délibérément écarté les aspects organisationnels de la dialyse pour ne nous attacher qu'aux seuls aspects médicaux. Ce travail a débuté en 2003 et s'est achevé en 2007.

En quoi les nouvelles recommandations constituent-elles une avancée par rapport aux précédentes ?

Ces nouvelles recommandations définissent beaucoup plus précisément les indications et les contre-indications de la DP. Les données de la littérature montrent en effet que, si l'on s'en tenait aux seuls critères médicaux, la DP

pourrait être davantage utilisée. De fait, les études démontrent clairement que, au moins pendant les premières années, la survie des patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale est aussi bonne sous DP que sous hémodialyse. De plus, lorsque les patients sont bien informés et ont le libre choix de la technique, entre 35 % et 45 % d'entre eux choisissent la DP.

Dans ce travail, les critères de choix de la technique d'épuration initiale (hémodialyse ou DP) ont été définis : la fonction rénale résiduelle, dont l'absence n'est pas une contre-indication à la DP, mais la rend plus délicate à prescrire ; la corpulence du patient, qui oriente plutôt vers l'hémodialyse en cas d'obésité morbide ; les facteurs psychosociaux, la néphropathie causale, les comorbidités. Tous ces facteurs ont été précisés pour guider le choix de la technique de dialyse chez un nouveau patient.

Une analyse approfondie a été menée sur la transplantation combinée rein-pancréas. Les données disponibles à ce jour montrent, en effet, que la DP constitue une aussi bonne indication que l'hémodialyse, y compris lorsque l'implantation du greffon pancréatique est prévue par voie intrapéritonéale (ce que certains centres considéraient auparavant comme une contre-indication de la DP). De même, certains contextes qui, jusqu'alors, étaient considérés comme relevant de l'hémodialyse sont désormais devenus des indi-

cations électives de la DP. Il en va notamment ainsi de l'ascite cirrhotique et de la néphropathie des embolies de cholestérol.

Cela signifie-t-il que les contre-indications de la DP sont devenues moins nombreuses ?

Dans une certaine mesure, oui. La situation a notamment été éclaircie en ce qui concerne les diabétiques, car la littérature dans ce domaine est aujourd'hui relativement dense. Les données montrent que, chez ces patients, il n'y a pas de raison particulière de préférer l'hémodialyse à la DP, car il n'existe pas de différence de survie entre ces deux approches. L'un des changements importants est que, dans ces nouvelles recommandations, les contre-indications de la DP sont mieux définies. En particulier, l'obésité morbide est désormais considérée comme une contre-indication formelle à la mise en œuvre de cette technique. La notion n'est pas nouvelle, mais elle est validée par la littérature récente. D'autres, telles les éventrations non opérables, ont également été formalisées, mais, finalement, la liste des contre-indications réelles n'est pas très longue. Une autre évolution importante concerne les critères de passage de la DP à l'hémodialyse et inversement, qui sont définis avec davantage de précision. Nous avons également cherché à affiner le lien entre DP et transplantation rénale (DP avant transplantation et DP après échec de



Une technique encore sous-utilisée

greffe). Les deux approches sont utilisables, mais la DP après échec de greffe et arrêt des immunosuppresseurs doit prendre en compte le risque de perte rapide de la fonction rénale résiduelle.

Pourquoi, selon vous, la DP est-elle si peu utilisée en France ?

Il existe de grandes disparités d'utilisation de la DP sur le territoire national, qui pourraient s'expliquer à la fois par des raisons d'ordre logistique et par une absence d'harmonisation des critères médicaux. A cela s'ajoute le manque d'information des patients, mais aussi des praticiens. Le médecin généraliste méconnaît la DP car personne ne l'informe ! Au cours des études de médecine, le temps imparti à la DP représente moins de 10 % de celui consacré à l'hémodialyse et ce, y compris dans le cadre de la préparation au diplôme de néphrologue.

> PROPOS RECUEILLIS PAR LE Dr BERNARD OLLIVIER

* Service de néphrologie, CHU de Nancy.