



## Insuffisance rénale chronique :

### à quel moment l'évaluation par le néphrologue est-elle nécessaire ?

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un problème majeur de santé publique en France comme dans tous les pays industrialisés. On en connaît assez mal les chiffres réels. Selon les données de l'ANAES<sup>1</sup>, entre 1,7 et 2,5 millions de français sont atteints d'une IRC non terminale, 45 000 d'une IRC terminale, sous traitement de suppléance : dialyse ou greffon rénal fonctionnel. L'incidence et la prévalence de l'IRC terminale augmentent régulièrement, en même temps que celles des néphropathies vasculaires et diabétiques responsables de 40% des IRC terminales. Au moins le tiers de ces patients ne voient un néphrologue que dans les 6 derniers mois avant traitement de suppléance. La vraie question est d'évaluer dans quelle mesure cette prise en charge spécialisée tardive est dommageable. Il existe peu d'études dans ce domaine, pour la plupart de petites séries rétrospectives<sup>1</sup>. Le suivi prospectif d'une cohorte américaine de patients débutant une IRC terminale a confirmé l'intérêt d'une évaluation néphrologique précoce<sup>2</sup>.

Dans cette étude multicentrique (81 centres de dialyse des USA), les auteurs ont suivi une cohorte de 828 nouveaux patients parvenant au stade d'IRC terminale. Ils ont pris en compte **le moment de la première consultation par le néphrologue avant l'entrée en dialyse** : précoce (plus de 12 mois auparavant, intermédiaire (4 à 12 mois) et tardive (moins de 4 mois). Ils ont analysé les caractéristiques démographiques, cliniques et biologiques de cette cohorte, et son devenir (critère d'évaluation : mortalité). La durée moyenne de suivi a été de 2,2 années.

Sur les 828 patients, 48% étaient vus en consultation spécialisée plus de 12 mois avant la dialyse (346 jours en moyenne pour l'ensemble de la cohorte), 22% entre 4 et 12 mois, 35% moins de 4 mois. L'évaluation la plus tardive concernait surtout les patients noirs (42,4% vs 27,7%,  $p < 0,001$ ), les patients sans assurance maladie (56,7% vs 29%,  $p < 0,05$ ), et ceux qui avaient des comorbidités sévères associées (33,5% vs 29%,  $p < 0,05$ ).

Durant la période de suivi, 201 patients sont décédés. Après ajustement selon la méthode de dialyse utilisée, les caractéristiques démographiques et le statut socio-économique, les auteurs ont gradé le risque de décès selon le moment de l'évaluation du patient par le néphrologue, en prenant pour risque 1 celui correspondant à une évaluation précoce. Le risque de décès était de 1,8 dans le groupe tardif pour seulement 1,3 dans le groupe

intermédiaire. Même en tenant compte des comorbidités, telles que diabète, arythmie, BPCO, maladie cardiovasculaire, insuffisance cardiaque, cancer...), le risque de décès restait plus élevé dans le groupe tardif (1,6) que dans le groupe intermédiaire (1,2). C'était plus marqué encore dans le sous-groupe des diabétiques.

L'étude ne permet pas de connaître les causes du caractère tardif de la consultation spécialisée. Les auteurs soulignent qu'aucune donnée ne permet de mettre en cause les médecins généralistes. Selon des études antérieures (Kinchen et al.), il y a probablement défaut de communication entre généralistes et néphrologues, notamment quant au moment pour le généraliste de « passer la main ». Les auteurs recommandent, selon la *National kidney foundation*, une consultation spécialisée dès que le débit de filtration glomérulaire (DFG) est abaissé à  $0,3 \text{ ml/s}^2/\text{m}^2$ , **ce qui correspond à une clairance d'environ 30 ml/mn, considérée comme seuil de l'IRC sévère** (2 déviations standard au dessous de la normale).

Cette étude a des limites, que soulignent ses auteurs. Parmi celles-ci, la plus importante est qu'elle ne permet pas de savoir si la prise en charge de l'IRC est différente selon qu'elle est faite par un néphrologue ou un non-néphrologue, dès lors que le diagnostic est affirmé. Il est seulement confirmé qu'une prise en charge spécifique de l'IRC retarde le moment où la dialyse devient nécessaire.

Que peut-on en conclure pour notre pratique ? Bien que les données socio-économiques de cette étude américaine ne soient évidemment pas transposables en l'état, on peut souligner deux points importants :

- **A quel moment situer le premier contact avec le néphrologue ?** Les auteurs américains, comme le groupe de travail de l'ANAES, soulignent que le caractère tardif de l'actuelle prise en charge a de nombreuses explications : caractère asymptotique de l'IRC, comorbidités, crainte de la dialyse, etc. La coordination entre médecin traitant et néphrologue doit s'instaurer au plus tôt, et en tous cas dès que s'aggrave une IRC modérée, lorsque la clairance de la créatinine (CC) est chiffrée à plusieurs reprises au dessous de 60. Cela ne préjuge pas de l'importance d'une prise en charge de qualité avant cette première prise de contact, et donc de l'importance de la mesure de la CC en pratique courante.

- **Au delà de l'importance de cette première consultation spécialisée, c'est avec un patient informé que doit être préparé le passage inéluctable aux traitements de suppléance.** La CC, calculée selon la formule de Cockcroft, est le meilleur marqueur de l'IRC, débutante dès qu'elle s'abaisse au dessous de 60 ml/mn, modérée entre 59 et 30, sévère entre 29 et 15, terminale au dessous de 15<sup>1</sup>. La prise en charge a pour objectif de ralentir la progression vers l'IRC terminale : traitement étiologique des pathologies rénales quand il y a lieu, prise en charge des pathologies associées, diététique adaptée<sup>3</sup>, éviction des produits néphrotoxiques, préservation du capital veineux, vaccination contre l'hépatite B.

1 - ANAES. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Septembre 2002. Téléchargeable sur [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

2 - Kinchen KS. Et al. The timing of specialist evaluation in chronic kidney disease and mortality. *Ann Intern Med* 2002 ; 137 : 479-486.

3 - Sage MC. Prise en charge diététique de l'insuffisant rénal chronique. *PMT* 2001 ; 17 : 8-10.

**Mots-clé :** insuffisance rénale, clairance, créatinine, néphrologue.

**Numéro 325 du 4 décembre 2003**