

## Insuffisance rénale chronique : quand en référer au néphrologue ?

Mots clés :  
Insuffisance  
rénale  
Créatinine  
Néphrolo-  
goue

En 2003, au moins le tiers des patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) ne voyaient un néphrologue que dans les 6 derniers mois avant traitement de suppléance. La plupart des données disponibles en 2002 venaient de petites séries rétrospectives, le suivi prospectif d'une cohorte américaine (près de 1000 patients suivis plus de 2 ans dans 81 centres de dialyse) publié à ce moment confirmant de manière plus probante qu'une évaluation néphrologique précoce diminuait le risque de décès, plus encore dans le sous-groupe des diabétiques (*Bibliomed* 325). Plusieurs recommandations (*NICE* 2008<sup>1</sup>, Canada 2008<sup>2</sup> et 2010<sup>3</sup>) et des revues systématiques britanniques<sup>4,5</sup> apportent des données nouvelles insistant sur l'importance d'une évaluation multidisciplinaire des patients en IRC bien avant la mise en œuvre des mesures de suppléance rénale.

### Stratégie avis précoce vs avis tardif

La revue systématique du *HTA* britannique<sup>5</sup> a analysé les résultats rapportés dans 17 études (16 600 patients) sur ce sujet (Europe, USA, Asie, Australie et Brésil) dont 6 dépassant les 1000 participants. Le caractère « tardif » de l'avis néphrologique était défini par la durée (1 à 6 mois) ou un taux de filtration glomérulaire <20.

La mortalité à 1 an après le début de la dialyse allait de 2,8 à 27,5% dans les groupes « avis précoce » vs 7,4 à 39,5% dans les groupes « avis tardif » ; à 5 ans de 27,6 à 51,5 vs 36,1 à 83,3%. Les autres résultats sont assez prévisibles : plus de consultations néphrologiques dans le groupe « précoce », une meilleure préparation à la dialyse, moins de journées d'hospitalisation, un traitement souvent mieux adapté (par exemple l'utilisation de l'érythropoïétine)...

### Quels sont les freins à un avis précoce ?

Le *HTA*<sup>5</sup> en identifie 4 :

- **La maladie** elle-même, du fait d'une décompensation aiguë, *de novo* ou après une longue évolution silencieuse (au total 15 à 20% des avis tardifs)
- **Le patient** : *âge* (avis sollicité tardivement pour 3 patients sur 4 âgés de 75 à 84 ans aux USA, mais pas en Europe) ; *catégorie socio-économique* défavorisée ; *étiologie* (les diabétiques et les patients ayant une anomalie congénitale rénale consultent plus précocement) ; *comorbidités* (données contradictoires) ; mauvaise *compliance* du patient aux traitements.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le caractère encore tardif de l'actuelle prise en charge de l'IRC a de nombreuses explications.** Certaines sont relationnelles (médecin-patient, professionnels entre eux), d'autres relèvent de l'organisation du système de soins, sans préjuger de l'importance de la qualité de prise en charge initiale. L'IRC est une maladie complexe où les facteurs de risque cardiovasculaire jouent un rôle prépondérant. Les difficultés concrètes d'une telle prise en charge sont majeures.

**Au delà de l'importance de la première consultation spécialisée, c'est d'éducation thérapeutique qu'il est question :** elle doit préparer le patient au passage inéluctable aux traitements de suppléance. Tout reste à construire dans ce domaine, y compris la démonstration irréfutable de son efficacité en termes de pronostic et de coûts, même si des avancées indéniables ont pu être constatées ces dernières années...

- **Le système de santé** : avis plus souvent tardifs dans les grands centres que dans les petites structures ou pour les patients éloignés de toute structure.

- **Les médecins** (généralistes ou hospitaliers non néphrologues) retardent la demande d'avis pour diverses raisons : avis négatif sur les néphrologues, manque de communication, incertitude des critères décisionnels, impression de formation insuffisante.

### Quand demander avis ?

Les recommandations concordent<sup>1-3</sup>, bien que les preuves de l'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire précoce soient encore insuffisantes. L'avis néphrologique est recommandé dans les cas suivants : insuffisance rénale aiguë ; taux de filtration glomérulaire <30, ou diminuant régulièrement (>5/ an) ; protéinurie significative persistante (>1g/24h) - tout examen anormal (hors situations aiguës) doit être contrôlé dans les 1 à 3 mois - ; impossibilité d'atteindre les objectifs notamment tensionnels ou glycémiques chez un diabétique ; suspicion de cause rare génétique ou de sténose artérielle rénale ; problèmes thérapeutiques spécifiques comme l'apparition d'une anémie. L'éducation thérapeutique de ces patients et de leurs proches peut faciliter les soins, les impliquer davantage dans le choix du mode de la dialyse, réduire la nécessité de « commencer d'urgence » la dialyse et améliorer leur qualité de vie et leur survie à court terme après le début de la dialyse<sup>6</sup>.

### Références

- 1- Crowe E et al. Early identification and management of chronic kidney disease: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008;337:a1530.
- 2- Levin A et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ*. 2008;179:1154-62.
- 3- Canadian Society of Nephrology. Care and referral of adult patients with reduced function. Sur [www.csnscn.ca](http://www.csnscn.ca)
- 4- James MT et al. Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet*. 2010;375:1296-1309.
- 5- BlackC et al. Early referral strategies for management of people with markers of renal disease: a systematic review of the evidence of clinical effectiveness, cost-effectiveness and economic analysis. *Health Technology Assessment* 2010; Vol. 14: No. 21.
- 6- Heatley SA. Optimal referral is early referral. *Perit Dial Int*. 2009;29 (Suppl 2):S128-S131.