

L'insuffisance rénale chronique en 2010

Mots clés :
Créatinine
Diabète
HTA
Insuffisance
rénale
Personne
âgée

L'insuffisance rénale chronique (IRC) regroupe des pathologies très hétérogènes dont les manifestations cliniques et l'histoire naturelle dépendent autant des causes du dysfonctionnement rénal que des comorbidités associées. Chez les patients dialysés, les registres tenus depuis les années 90 montrent que l'IRC des pathologies rénales classiques (pyélonéphrite, glomérulonéphrite, néphrite lupique...), très minoritaire, décroît alors que l'IRC de l'hypertension ou du diabète, très largement dominante, croît, notamment chez les personnes âgées¹. Dans la plupart des cas, l'IRC reste asymptomatique. Le diagnostic est posé lors de la survenue d'une complication, par exemple l'accident iatrogène d'une prescription à risque ou d'une polyprescription chez la personne âgée. L'IRC pose donc au praticien, notamment de soins primaires, des questions nouvelles sur sa définition et son évolution. Des publications récentes apportent sur ces deux points de nouvelles données utiles à la pratique¹⁻⁴.

Comment définit-on aujourd'hui l'IRC ?

L'IRC, selon la classification américaine K/DOQI de 2002, adoptée dans les publications actuelles (bien que restant débattue), traduit la présence d'un dommage rénal durant plus de 3 mois^{2,3}. La fonction rénale est évaluée par le taux de filtration glomérulaire (TFG) estimé à partir du dosage de la créatinine plasmatique. En cas de lésions rénales connues (protéinurie ou hématurie, données d'imagerie ou de biopsie), on parle d'IRC de stade 1 (TFG normal ≥ 90) ou 2 (TFG entre 60 et 90) ; le stade 3 correspond à une baisse modérée du TFG (30-59), le stade 4 à une baisse sévère (15-29), le stade 5 à l'insuffisance rénale terminale (TFG < 15 ou dialyse)^{2,3}.

Comme estimer la filtration glomérulaire ?

L'équation de *Cockcroft-Gault* (1976), la plus fréquemment utilisée pour calculer la clearance de la créatinine, surestime le TFG⁵ et majore la prévalence de l'IRC, notamment après 70 ans⁴. Son intérêt chez les plus âgés est surtout d'indiquer dans quelle mesure on doit diminuer les doses de médicaments à élimination rénale afin d'éviter les accidents de surdosage. L'équation de la *MDRD* (*Modification of Diet in Renal Disease*, 1999), moins précise en population saine ou pour un TFG > 60, a l'avantage de tenir compte du sexe, de l'âge et de l'ethnie ; Cependant, la proportion des vrais et faux positifs est mal connue². La *protéinurie* est un marqueur du risque cardiovasculaire et de la perte de la fonction rénale non seulement chez les diabétiques et les hypertendus mais aussi en population générale². Les auteurs

américains regrettent que ce marqueur n'ait pas été pris en compte dans les études populationnelles⁴, ce qui entraîne probablement une sous-estimation de la prévalence de l'IRC.

Prévalence mal connue, en augmentation

Les seules données françaises de prévalence concernent l'IRC de stade 5 (données ANAES 2004 et chez les diabétiques ENTRED 2007). La prévalence semble varier considérablement selon les populations étudiées et le stade considéré. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, chez les caucasiens et les asiatiques que chez les africains, augmente avec l'âge (2% entre 40 et 50 ans, 25% après 70 ans), atteint 30% chez les hypertendus et 40% chez les diabétiques^{2,4}. Les chiffres varient surtout d'une étude à l'autre selon l'équation utilisée pour définir l'IRC.

Populations « à risque »

Le vieillissement de la population explique en partie de l'augmentation de prévalence de l'IRC (le TFG diminue « naturellement » de 1 par an après 40 ans). L'HTA est cause et conséquence de l'IRC, présente chez plus de 75% de ces patients³. Le diabète est le troisième pourvoyeur important. Des études récentesⁱⁿ² suggèrent que le pré-diabète ou une pression artérielle normale/haute augmente déjà le risque d'IRC. Les dyslipidémies ont une forte prévalence chez les patients en IRC³. A ce jour, les données les plus probantes concernant notre efficacité thérapeutique concernent les contrôles glycémique et tensionnel³.

Que retenir pour notre pratique ?

L'IRC est une pathologie fréquente, dont l'histoire naturelle est encore assez mal connue. Elle ne devient généralement symptomatique qu'à un stade avancé. La plupart des patients atteints d'IRC mourront de complications cardiovasculaires avant d'en arriver au stade d'insuffisance rénale terminale. Deux pathologies – causales et/ou associées - apparaissent au premier plan : diabète et HTA. Les interventions les plus efficaces en terme d'évolution de l'IRC concernent ces deux pathologies.

De nombreuses questions restent posées, notamment en soins primaires (population générale) : sur l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce, sur le risque de progression de l'IRC (pouvons-nous la ralentir ?), sur l'efficacité thérapeutique (notamment la prévention des risques associés). Nous y reviendrons.

Références

- 1- Eknoyan G. Progress and promise in the management of chronic kidney disease. *CMAJ*. 2008; 179: 1107-8.
- 2- Ponte B et al. Insuffisance rénale chronique : attitudes et pratiques de dépistage en l'absence d'études randomisées. *Rev Med Suisse*. 2010; 3256.
- 3- Levin A et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ*. 2008; 179: 1154-62.
- 4- Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: Systematic review. *BMC Public Health* 2008, 8: 117-30.
- 5- Levey AS et al. A More Accurate Method To Estimate Glomerular Filtration Rate from Serum Creatinine: A New Prediction Equation *Ann Intern Med*. 1999; 130: 461-70.