

## Faut-il dépister l'insuffisance rénale chronique ?

Mots clés :  
Créatinine  
Diabète  
HTA  
Insuffisance  
rénale  
Personne  
âgée

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est relativement fréquente (*Bibliomed* 593), associée à de multiples complications, avec une mortalité importante. Son stade terminal - dialyse et greffe rénale – n'est que la fraction émergée de l'iceberg. Ainsi, l'enquête épidémiologique américaine NHANES III<sup>in 1</sup> évalue à moins de 2% le taux de patients en IRC qui progressent jusqu'au stade 5 de la maladie. Mais on sait peu de choses des 98% restants... L'intérêt d'une détection précoce, dans une maladie quasi silencieuse durant la majorité de son évolution, soulève de nombreuses questions : améliore t-elle le pronostic (efficacité), permet-elle d'éviter des risques lors de prescriptions ou de gestes chirurgicaux, a t-elle des inconvénients (rapport bénéfice/risque), est-elle faisable (par exemple, quel suivi des vrais et faux positifs), quel est le « bon » test ? En l'absence d'études randomisées, des études de cohorte<sup>1-3</sup> et propositions d'experts<sup>4-6</sup> apportent des éléments de réponse.

### Histoire naturelle et évolution

Il y a tant de paramètres en jeu dans l'évolution de l'IRC (âge, corpulence, ethnologie, tabagisme, PA systolique, pathologies associées, utilisation d'AINS, antécédents familiaux...) qu'il est impossible de faire une revue exhaustive de l'histoire naturelle de l'IRC. Des modèles de calcul de risque évolutif ont été développés à partir de ces paramètres (voir par exemple le *Gkidney score*, sur [www.gkidney.org](http://www.gkidney.org)). La mortalité s'élève avec la progression de l'IRC mais la plupart des patients décèdent avant le stade 5. Ainsi, dans une étude longitudinale (plus de 5 ans et 30 000 patients de la *HMO Kaiser* aux USA), le risque de dialyse était de 1% pour les malades diagnostiqués aux stades 2 et 3 et 20% au stade 4, pour une mortalité de 20% au stade 2, 24 au 3 et 46 au 4. La mort, plus habituelle que la dialyse à tous les stades, était liée aux comorbidités plus fréquentes (insuffisance cardiaque, coronaropathie, diabète et anémie, l'HTA ayant la même prévalence à tous les stades)<sup>1</sup>. Les données américaines de *NHANES*<sup>2</sup>, norvégiennes de la cohorte *HUNT* (suivie 8 ans)<sup>3</sup> sont analogues.

### Quel dépistage ?

Deux marqueurs sont suffisants et peu onéreux : le dosage de la créatinine plasmatique et la recherche d'une protéinurie (*Bibliomed*...). On ne connaît pas le taux de faux positifs en résultant (il faudrait faire des biopsies rénales systématiques...) ni l'impact psychologique d'une telle découverte. Aucun auteur ne recommande donc de

dépistage en population : 5% des participants de la cohorte *HUNT*<sup>3</sup> avaient une IRC (*Number Need to Screen, NNS, =21*) alors que le *NNS* en cas de dépistage ciblé aux sujets atteints d'HTA, de diabète ou âgés de plus de 55 ans était <9, chiffres analogues à ceux des registres anglais et américains (*NNS* 6 pour les patients atteints d'HTA ou de diabète).

### Quelle(s) intervention(s) après détection ?

Il n'existe pas réellement de données d'efficacité chez des individus asymptomatiques<sup>4</sup> mais celles des cohortes citées<sup>1-3</sup> convergent : le risque d'évolution vers l'insuffisance rénale terminale est très faible chez les sujets asymptomatiques et dépasse à peine 1% chez ceux qui sont diabétiques et/ou hypertendus. La mortalité chez les patients en IRC est essentiellement en rapport avec le risque cardiovasculaire, à tous les stades. C'est donc sur ce point que doivent porter les interventions (qui feront l'objet d'un *Bibliomed* à venir) : elles ont toutes pour objectif prioritaire le contrôle tensionnel et glycémique<sup>5</sup>.

### Quel rapport bénéfice/risque ?

En l'absence d'études randomisées, les données favorables au dépistage ne concernent que les patients diabétiques/hypertendus. Les données de quelques modèles coût-efficacité<sup>3,4</sup> proposent comme stratégie la plus efficiente un dépistage annuel chez les diabétiques, probablement un peu plus espacé chez les hypertendus, tous les 10 ans chez les plus de 50-55 ans.

### Que retenir pour notre pratique ?

**Le dépistage de l'IRC est simple et peu onéreux.** Sur la base des données actuelles, il n'est pas démontré qu'il ait de l'intérêt en population générale. Un **dépistage ciblé** sur des groupes de patients à considérer a priori comme « à risques » devrait maintenant être systématique. Selon la plupart des auteurs, ce dépistage concerne les personnes âgées et celles atteintes par exemple de diabète, d'hypertension ou de maladies cardiovasculaires ou ayant des antécédents familiaux de maladie rénale chronique<sup>5</sup>.

**La plupart des patients en IRC mourront d'accidents cardiovasculaires avant d'en arriver à la dialyse.** L'efficacité des interventions précoces en cas d'IRC repose pour l'essentiel sur la prise en charge des risques et pathologies cardiovasculaires, sur lesquels diverses interventions pharmacologiques ou non ont montré leur efficacité. Nous y reviendrons.

### Références

- 1- Keith DS et al. Longitudinal Follow-up and Outcomes Among a Population With Chronic Kidney Disease in a Large Managed Care Organization. *Arch Intern Med.* 2004; 164: 659-63
- 2- Coresh J. Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States. *JAMA.* 2007; 298: 2038-47.
- 3- Hallan SI et al. Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey. *BMJ.* 2006; 333: 1047.
- 4- Ponte B et al. Insuffisance rénale chronique : attitudes et pratiques de dépistage en l'absence d'études randomisées. *Rev Med Suisse.* 2010; 3256.
- 5- Levin A et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ.* 2008; 179: 1154-62.
- 6- James MT et al. Early recognition and prevention of chronic kidney disease. *Lancet.* 2010; 375: 1296- 1309.