

Véritable impact de l'IRC en médecine générale : interrogeons les experts

www.medscape.org/interview/ckd-primary-care-french

Dr Peter Lin, MD, CCFP : Bonjour je suis le Dr Peter Lin. Je suis médecin généraliste et directeur de l'Initiative pour la médecine générale (Primary Care Initiative) au Centre Canadien de Recherche Cardiaque (Canadian Heart Research Center) de Toronto, au Canada. Bienvenue dans ce programme intitulé « Véritable impact de l'IRC en médecine générale : interrogeons les experts. » Il va donc y avoir des questions courtes, rapides, accrocheuses et, je l'espère, également des réponses courtes, rapides et accrocheuses. Notre expert du jour est Dave Cherney, un grand expert, de renommée mondiale, et il est également un bon ami. Il est professeur de médecine à l'Université de Toronto, clinicien-chercheur au service de néphrologie du Réseau universitaire de Santé (University Health Network, UNH) de Toronto. Il est également chercheur principal à l'Hôpital général de Toronto et directeur de la recherche au laboratoire de physiologie rénale de l'UHN de Toronto, au Canada. Donc, en principe, tout ce qui a un rapport avec le rein est passé, d'une manière ou d'une autre, entre ses mains, et son nom figure sur de très nombreuses publications. Bienvenue Dave, merci beaucoup d'être avec nous aujourd'hui.

Dr David Cherney, MD, PhD, FRCPC :

Je suis heureux d'être ici avec vous, Peter. Merci beaucoup.

Dr Lin :

Magnifique. Je sais que le rein est un organe génial et ce n'est pas simplement parce que vous êtes assis ici, Dave. C'est un organe génial dans la mesure où il fonctionne sans cesse. Il ne se plaint jamais, il se contente de pomper sans arrêt. Et parce qu'il ne se plaint jamais, je crois que l'insuffisance rénale chronique (IRC) est souvent sous-diagnostiquée, ou elle est diagnostiquée à un stade très avancé. Je pense donc que ce programme est très utile parce que nous recherchons comment identifier les patients puis, surtout, comment les traiter afin de prévenir l'IRC et d'éviter toutes ces complications. Dave, je sais que le rein n'a pas de secret pour vous. Pour nous, ce n'est qu'un organe parmi les autres. Pour commencer, quelle est la prévalence de l'IRC dans le monde ?

Dr Cherney :

Merci beaucoup pour votre question, Peter. L'insuffisance rénale chronique est malheureusement très fréquente et on estime qu'environ 700 millions de personnes en souffrent à travers le monde. Elle est importante en raison de son association avec d'autres maladies, dont nous parlerons aujourd'hui, notamment les maladies cardiovasculaires et un risque accru de décès au fil du temps. Elle est également associée à une dégradation de la qualité de vie ainsi, comme je l'ai dit, qu'à un excès de mortalité et donc à une réduction de l'espérance de vie. Suite à des études de grande ampleur menées auprès de plus de 7 millions de personnes à travers le monde, on estime que, dans le monde, environ 13 % de patients souffrent d'insuffisance rénale chronique, tous stades confondus, à savoir du stade 1 au stade 5. Le stade 1 correspondant bien entendu à la fonction rénale la mieux préservée et le stade 5, à la forme d'insuffisance rénale la plus sévère au vu des besoins en dialyse.

Et environ 10 % des personnes à travers le monde souffrent d'insuffisance rénale chronique de stade 3 à 5. Donc cliniquement significatif, stade 3. Ceci correspond à un DFG de 60 ou moins, ce qui signifie qu'il s'agit d'une pathologie extrêmement fréquente dans le monde.

Dr Lin :

Ce sont des chiffres énormes que vous avancez. Et vous avez commencé à parler de l'impact de l'IRC sur les patients. Donc, quel est le type d'impact de cette maladie sur nos patients ?

Dr Cherney :

L'insuffisance rénale chronique est effectivement une cause majeure de décès dans le monde, et le taux mondial de mortalité associée à l'insuffisance rénale chronique a augmenté au cours des 2 à 3 dernières décennies. Ce problème prend ainsi de l'importance au fil du temps. Et l'une des raisons majeures de l'association de l'insuffisance rénale chronique à un risque accru de pathologie cardiovasculaire et de mortalité est qu'il existe de nombreux mécanismes communs et d'effets nuisibles de l'insuffisance rénale affectant le rein qui affectent également le système cardiovasculaire. Le diabète de type 2 est l'un d'entre eux, et les taux élevés de glycémie associés sont liés à des lésions rénales de même qu'à des pathologies cardiovasculaires. Mais il existe également d'autres facteurs, notamment la rétention de sel et d'eau, l'hypertension ou d'autres facteurs endommageant aussi bien les reins que le cœur et provoquant cette relation et cette association en termes de mortalité et de risque.

Un autre élément important à mentionner est que l'insuffisance rénale n'est pas uniquement associée à la maladie cardiovasculaire mais également à de nombreuses autres pathologies. Elle est associée aux anomalies osseuses, au développement d'une anémie, à des anomalies électrolytiques telles que l'hyperkaliémie, ainsi qu'à d'autres facteurs qui rendent la prise en charge de ces patients extrêmement complexe. Chez les patients souffrant d'insuffisance rénale, il faut donc également penser à rechercher toutes ces complications, en particulier dans cette partie émergée de l'iceberg où les patients ont atteint une insuffisance rénale de stade 5.

Dr Lin :

L'insuffisance rénale en elle-même provoque donc bien des dommages, des personnes en meurent mais en plus d'autres maladies, si vous souffrez d'insuffisance rénale, cela empire les autres maladies. Vous avez parlé du diabète en indiquant qu'il s'agissait de l'une des populations qui devaient être dépistées. À quels autres patients faut-il être vigilant en termes de dépistage d'insuffisance rénale ?

Dr Cherney :

En effet, c'est un point très important. J'ai parlé du diabète de type 2 parce qu'il affecte environ 40 % des patients qui finissent sous dialyse ou ont besoin d'une greffe. Le diabète de type 2 est donc extrêmement important, et il constitue probablement le facteur unique conduisant le plus fréquemment à une insuffisance rénale terminale. Mais il existe bien d'autres facteurs qui sont également importants. Ces autres facteurs de risque comprennent l'hypertension. Le fait de souffrir d'une maladie cardiovasculaire augmente en soi également le risque d'insuffisance rénale parce que si le cœur est malade, il n'envoie pas suffisamment de sang vers les reins, et les reins manquent d'oxygène et de nutriments, ce qui peut également altérer leur fonctionnement au fil du temps. Certaines maladies familiales et héréditaires sont également à l'origine d'une insuffisance rénale chronique. La polykystose rénale, par exemple, ou d'autres insuffisances rénales héréditaires.

Les patients ayant déjà souffert de problèmes rénaux suite à des complications chirurgicales ou à d'autres pathologies présentent également un risque élevé de perte future de fonction rénale au fil du temps. Il existe ensuite d'autres groupes à haut risque. Les maladies rénales inflammatoires sont malheureusement assez fréquentes également. Et dans certaines parties du monde, il y a également des expositions professionnelles à haut risque qu'il est important de prendre en compte. Il ne s'agit donc pas uniquement du diabète, il y a d'autres causes également, en particulier l'hypertension, les pathologies cardiovasculaires et les maladies rénales inflammatoires.

Dr Lin :

Je crois que vous venez de désigner tous les patients que nous voyons normalement dans notre cabinet. Hormis les personnes en très bonne santé qui viennent juste pour leur contrôle annuel ou quelque chose comme ça, vous venez de désigner tous les patients, ce qui veut dire que l'insuffisance rénale doit figurer en bonne place sur notre liste de choses à faire. Et quels examens devons-nous pratiquer afin de dépister une éventuelle insuffisance rénale chronique chez ces patients ? Que pouvons-nous faire en médecine générale, par exemple ?

Dr Cherney : Jusqu'à un niveau de fonction rénale autour de 30 %, les patients ne présentent souvent pas beaucoup de symptômes. Ils peuvent souffrir d'hypertension, présenter un risque cardiovasculaire mais sur le plan clinique, l'insuffisance rénale en elle-même est souvent silencieuse. Il est donc nécessaire de pratiquer certains examens, en particulier des analyses de sang et d'urine, afin d'identifier l'insuffisance rénale ainsi que sa sévérité. Heureusement, ces examens sont assez faciles à réaliser. Il s'agit d'une analyse de sang ou d'une analyse d'urine. L'analyse de sang porte sur le DFG d'un taux de créatinine et avec l'urine, on recherche un rapport albumine/créatinine dans l'urine, ou UACR, qui identifie également les patients à risque.

Chez les personnes atteintes de diabète de type 2, par exemple, ces examens doivent être pratiqués au moins une fois par an afin d'identifier les patients par des mécanismes de dépistage, puis chez les patients présentant un degré de dysfonction rénale plus sévère, ces examens doivent généralement être pratiqués plus souvent en fonction de la sévérité de l'insuffisance rénale, afin de voir la rapidité de sa progression.

Dr Lin : C'est une bonne indication. Vous nous avez parlé du DFGe, puis du rapport albumine/créatinine. Comment rassemble-t-on ceux-ci ?

Dr Cherney : Pour rassembler ces chiffres en termes de score, nous disposons du graphique élaboré à partir des recommandations KDIGO, que j'aime bien parce qu'il indique où il faut s'inquiéter moins et où il faut s'inquiéter plus. Il nous explique également un peu comment surveiller et suivre les patients.

Pour les patients présentant un moindre risque, en vert, il s'agit des patients dont les taux d'albuminurie sont plus faibles et dont le DFG est préservé. Ces patients ont généralement besoin d'être suivis bien moins souvent, ils n'ont généralement pas besoin d'être orientés vers un néphrologue et leur traitement est souvent moins agressif. Au fur et à mesure que l'on passe du vert au jaune puis au jaune moutarde et au rouge, on voit, bien sûr, des patients dont l'état est bien plus préoccupant, qu'il faut surveiller bien plus fréquemment. Ainsi, par exemple, pour les patients figurant dans les carrés rouges, il faudrait les suivre 3, peut-être 4 fois par an, en particulier ceux qui descendent à une IRC de stade 5. Et pour les patients figurant dans les carrés rouges, il faut également rechercher s'ils souffrent d'autres complications dues à leur insuffisance rénale. Souffrent-ils d'anémie que nous devons traiter par du fer ou des agents stimulant l'érythropoïèse ? Présentent-ils une acidose métabolique que nous devons corriger ? Leur phosphate, leur calcium et leur vitamine D sont-ils bons, étant donné les reins, et affectent-ils leur santé osseuse ? Voici donc tous les éléments auxquels il faut réfléchir lorsqu'on regarde ce graphique. Pas uniquement le degré de sévérité mais également comment l'on peut agir afin de réduire le risque et le halo des autres complications pouvant affecter les patients dont l'insuffisance rénale constitue le problème principal lorsqu'ils se présentent.

Dr Lin : En effet, c'est un point très important. Donc, avec ces 2 chiffres, on a les 2 axes, le DFGe et l'albumine dans l'urine. Et heureusement, ils ont mis un code couleur que nous comprenons tous, rouge, c'est mauvais et vert, c'est bon. Vous nous aviez également parlé d'un calculateur de risque ou quelque chose comme ça.

Dr Cherney : Oui, il existe des moyens de calculer le risque futur de progression et le risque futur de dialyse, et on dispose de différents calculateurs, mais l'un des plus courants est l'équation KFRE, développée afin de comprendre le risque d'insuffisance rénale à 1 an, 5 ans et même à plus long terme en ce qui concerne la nécessité d'une dialyse. Vous pouvez donc vous rendre sur le site Internet de l'équation KFRE et entrer les chiffres tels que l'âge, le sexe et le DFG, ainsi que l'excrétion d'albumine dans l'urine, et vous aurez une idée du risque à 1 an et à 5 ans d'insuffisance rénale terminale.

C'est important parce que les patients qui présentent un certain seuil de progression de leur insuffisance rénale, environ 10 %, sont souvent éligibles à d'autres ressources. Ils sont souvent éligibles à une prise en charge dans un service néphrologique multidisciplinaire comportant un médecin, du personnel infirmier, un pharmacien, des assistants sociaux ainsi que d'autres professionnels de santé apparentés, disponibles pour aider à donner des stratégies afin de former nos patients à leur insuffisance rénale, d'expliquer comment l'éviter et de les aider en cas de progression de leur insuffisance rénale pour s'assurer qu'ils soient prêts pour une dialyse ou une greffe. Ces chiffres sont donc importants pour comprendre le risque, mais ils aident également à orienter le traitement et à offrir plus de ressources à nos patients, dans de nombreux endroits à travers le pays.

Dr Lin : C'est effectivement une bonne manière de le formuler. Ensuite, lorsque nous identifions ces personnes, quels sont les traitements que nous pouvons mettre en place ? Je crois que pour la plupart, nous nous sommes concentrés sur la pression artérielle et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou quelque chose comme ça, mais quels sont les nombreux traitements actuellement à disposition pour nos patients souffrant de problèmes rénaux ?

Dr Cherney : Pensez à 2 grandes catégories. L'une consiste en la modification du mode de vie et l'autre comporte les traitements pharmacologiques. Concernant la modification du mode de vie, il s'agit de tout ce que nous recommandons généralement pour une bonne santé cardiovasculaire. Ces recommandations s'étendent également aux reins en raison de l'interaction entre les facteurs se trouvant à l'origine de l'insuffisance rénale et de la maladie cardiovasculaire. Cela inclut l'arrêt du tabac. Il est également important d'adopter un régime alimentaire sain, bon pour les reins, et d'avoir un poids sain. Nous savons que l'obésité est associée à des lésions rénales et à l'albuminurie. Perdre du poids représente donc souvent une stratégie importante afin de réduire la progression d'une insuffisance rénale, notamment par la pratique régulière d'une activité physique. Enfin, éviter certains médicaments ou autres agents néphrotoxiques, tels que les AINS, les anti-inflammatoires, ou les remèdes à base de plantes ou d'autres substances susceptibles d'endommager les reins. Voilà pour le mode de vie. Ensuite, sur le plan pharmacologique médical, nous savons que le contrôle de la pression artérielle est important. Le contrôle du diabète est également absolument essentiel, avec à la fois le mode de vie et les traitements pharmacologiques. Les IEC ou les antagonistes de l'angiotensine (ARA2) sont importants pour le contrôle de la pression artérielle de même que pour réduire la protéinurie et la progression de l'insuffisance rénale.

Plus récemment, nous avons les inhibiteurs du SGLT2 visant à prévenir la progression de l'insuffisance rénale chez des personnes diabétiques ou non. Enfin, nous disposons des antagonistes du récepteur minéralocorticoïde tels que la finérénone qui s'est également avérée bénéfique chez les personnes souffrant de diabète de type 2 atteintes d'insuffisance rénale. Il existe des preuves significatives indiquant une réduction tant du risque cardiovasculaire que rénal. Voici donc quelques-unes des interventions médicales importantes complémentaires au contrôle du risque cardiovasculaire par statines ainsi qu'aux autres traitements que nous pratiquons généralement chez les patients atteints de diabète de type 2.

Dr Cherney : Selon vous, si je peux vous poser une question sur le suivi... de nombreux patients nous sont adressés pour leur suivi, atteints d'insuffisance rénale et présentant différents DFG ou taux d'albuminurie. Comment décidez-vous à quel moment adresser le patient à un néphrologue ?

Dr Lin : Lorsque j'ai épuisé toutes les solutions dont je dispose, j'adresse le patient parce que je ne sais pas quoi faire d'autre. Si je constate avec certitude quelque chose d'anormal qui sort du champ normal de l'insuffisance rénale diabétique, un lent déclin progressif, si je vois une chute soudaine du DFG ou une grande quantité de protéines dans les urines que je ne sais pas expliquer, du sang dans les urines, ou si l'hypertension ne répond pas, est résistante, si l'on parle d'une cause secondaire d'hypertension, quelque chose comme ça. S'il y a une hyperkaliémie, un potassium élevé inexplicé, c'est fatal. Il faut donc adresser ces patients.

Et si une personne présente de nombreux calculs rénaux... il se trouve qu'on a découvert de nombreuses tumeurs parathyroïdiennes après les avoir adressés. Et les insuffisances rénales héréditaires, comme vous l'avez mentionné, affectant plusieurs membres d'une même famille, toutes ces choses qui ne sont pas normales. Donc, pour ceux-là, je me tourne vers Dave et je lui dis, « tiens, prends mon patient ». J'espère que je ne vous surcharge pas, mais au moins, je t'envoie ceux qui ont, selon moi, besoin d'un spécialiste. Ensuite, déroulement normal, insuffisance rénale diabétique, hypertension, ce que nous savons comment prendre en charge, nous pouvons le faire.

Je vois que nous n'avons plus de temps et, Dave, nous pourrions parler encore une heure avec vous de toutes vos connaissances, mais permettez-moi simplement de résumer ce que vous nous avez appris dans ces quelques minutes. L'IRC est fréquente et silencieuse, on doit donc la rechercher. Il faut se concentrer sur le dépistage des patients, comme vous l'avez indiqué, atteints de diabète, d'hypertension ou de maladies cardiovasculaires, présentant des antécédents familiaux d'insuffisance rénale, une insuffisance rénale aiguë ou toute maladie affectant les reins telle que, par exemple, un lupus ou une exposition à des produits chimiques. En d'autres termes, nous devrions penser à évaluer la fonction rénale de nombre de nos patients.

Et nous devrions le faire avec un DFGe permettant d'évaluer la vitesse ainsi qu'un rapport albumine/créatinine permettant d'évaluer la qualité du filtre. Et nous devrions utiliser ce graphique pour savoir où se situe le patient, pas uniquement pour savoir le type d'insuffisance rénale ou le risque qu'il présente, mais également ce que nous devons faire pour lui. En d'autres termes, pour éviter que sa maladie ne progresse. Et ce calculateur de risque est assez utile. J'aime votre façon de dire que l'on peut obtenir d'autres ressources si l'on connaît également le score de risque.

Éviter les AINS, nous avons maintenant à cœur de veiller à ce que nos patients n'en prennent pas. Et vous avez insisté sur la nécessité d'un blocage du SRA, donc les IEC, les ARA2 et bien sûr, les inhibiteurs de SGLT2 et les antagonistes de l'aldostérone sont les nouveaux venus à bord, que nous pouvons utiliser chez nos patients et si nous le faisons tôt, nous pouvons éviter toutes ces complications. Et bien sûr, quand je n'ai plus de solution et que l'état du patient se dégrade, je l'adresse au néphrologue. Il est toujours bon d'adresser le patient si l'on n'est pas sûr de la conduite à tenir.

Dave, merci beaucoup du temps que vous nous avez accordé et de l'expertise que vous avez partagée, ainsi que pour tous vos travaux scientifiques et leur transmission aux patients et, surtout, à nous. Merci à tous nos participants pour le temps qu'ils nous ont accordé. Aidez-nous à améliorer ces programmes en répondant à quelques questions et en remplissant les formulaires d'évaluation. Cela nous est très utile pour améliorer la qualité de ses présentations. Merci encore à tous pour votre participation, merci Dave et à bientôt pour notre prochain événement.

Intervenant 1 : Ce programme vous a été présenté par Medscape Education Global.

Il s'agit d'une transcription qui n'a pas été révisée.

Avis de non-responsabilité

Ce document n'est fourni qu'à titre éducatif. La lecture du contenu de ce document ne permet pas d'obtenir de crédit de formation médicale continue (FMC). Pour participer à cette activité, rendez-vous sur www.medscape.org/viewarticle/982486

Pour toute question concernant le contenu de cette activité, veuillez contacter le prestataire responsable de cette activité éducative à l'adresse CME@medscape.net.

Pour obtenir une assistance technique, envoyez un e-mail à l'adresse CME@medscape.net.

L'activité éducative ci-dessus peut impliquer des scénarios simulant des cas. Les patients représentés dans ces scénarios sont fictifs et aucune association avec un patient réel quel qu'il soit n'est voulue ni ne doit être présumée.

Le contenu présenté ici ne reflète pas nécessairement l'opinion de Medscape, LLC ou celle des sociétés qui soutiennent les programmes éducatifs sur medscape.org. Ce contenu pourrait porter sur des produits thérapeutiques n'ayant pas encore été approuvés par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (Food and Drug Administration) et des utilisations hors AMM de produits approuvés. Un professionnel de santé qualifié doit être consulté avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier toutes les informations et les données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette activité éducative.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC