



# GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL

1A, place du marché - 57220 BOULAY - Tél. : 03 87 57 33 66

<http://www.glam-sante.org>

“S'évaluer pour évoluer”



Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEC-EPP, organisme agréé par la HAS

## PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE MODERÉE À SEVÈRE ARGUMENTAIRE

### L'AUDIT MÉDICAL

C'est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants et le secret médical.

#### Deux étapes se succèdent :

- **La préparation** : un groupe de médecins choisit un thème de travail (ici le dépistage précoce et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique modérée et sévère), et recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.
- **La réalisation** : Le recueil de données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ? Sinon, quel est l'écart entre les données recueillies et les objectifs souhaités ? Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart, puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques. Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

### ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

En France, depuis 2001, l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) est reconnue **problème de santé publique** en raison de sa fréquence et de la sévérité de ses complications (3). Chaque année, le nombre de nouveaux cas d'IRC terminale recevant un traitement de suppléance est en augmentation. Dans les 13 régions étudiées du registre REIN en 2005, environ 1 personne sur 8000 débute un traitement de suppléance chaque année pour une insuffisance rénale terminale. **La Lorraine a un nombre de nouveaux cas par an plus élevé que la plupart des autres régions étudiées**, en particulier chez les sujets les plus âgés (au delà de 65 ans) (5). Le nombre total de patients présentant une IRC terminale traitée dans les 13 régions étudiées est estimé à 1 sur 1000 habitants (4).

### JUSTIFICATION DES AUDITS

Le caractère **asymptomatique** de la maladie est probablement responsable du **retard au diagnostic** de cette pathologie, que le vieillissement de la population rend plus fréquente.

La possibilité de **ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale** par une prise en charge thérapeutique est une notion récente qui renforce l'intérêt d'un **dépistage précoce** de l'IRC.

L'estimation régulière du DFG (Débit de Filtration Glomérulaire) chez les patients à risque, le bilan étiologique de la maladie rénale, l'introduction de mesures de néphroprotection et la vigilance accrue vis à vis des prescriptions médicamenteuses chez ces malades ont prouvé leur intérêt pour limiter l'évolution vers une insuffisance rénale terminale. Le choix de proposer cet audit à tous les médecins généralistes lorrains a pour but de **favoriser le dépistage précoce de l'IRC et d'améliorer sa prise en charge**.

**L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie** par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire (1). Elle a pour conséquences :

- l'altération de la filtration glomérulaire (accumulation de déchets azotés et de toxines urémiques)
- l'altération des fonctions tubulaires (troubles de l'équilibre hydro-électrolytique)
- l'altération des fonctions endocrines (baisse de production d'érythropoïétine et de calcitriol (vitamine D3))

**La fonction rénale est appréciée par mesure ou estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG). La formule de Cockcroft et Gault** est une **méthode d'estimation** couramment utilisée qui dépend du sexe, de l'âge, du poids et de la créatininémie (1). Sa validité est mal connue au delà de 75 ans et en cas d'obésité : **DFG parfois sous-estimé chez le sujet âgé, DFG surestimé chez l'obèse, sous-estimé chez le maigre. On ne parle d'insuffisance rénale chronique que lorsqu'elle est présente depuis au moins 3 mois** (1).

## Classification de l'IRC :

Stade 1 = **IRC légère** CI créat  $\geq 60$  mL/min. s'il existe des marqueurs d'atteinte rénale associés.

Stade 2 = **IRC modérée** :  $30 \leq$  CI créat  $< 60$  mL/mn.

Stade 3 = **IRC sévère** :  $15 \leq$  CI créat  $< 30$  mL/mn.

Stade 4 = **IRC terminale** : CI créat  $\leq 15$  mL/mn.

Les différentes recommandations s'accordent toutes à conseiller une intervention lorsque la clairance est inférieure à 60 ml/mn (2).

## PRISE EN CHARGE DE L'IRC MODEREE ET SEVERE

La découverte d'une IRC doit entraîner une **recherche étiologique** dans l'objectif de traiter précocement la **pathologie causale** (1) et d'introduire des **mesures de néphroprotection** (7).

Deux éléments incontournables du diagnostic étiologique :

- apprécier la **morphologie rénale** (par exemple par l'échographie rénale)
- réaliser un **examen cytologique des urines**.

**Pour ralentir la progression de l'IRC il est recommandé de maintenir une pression artérielle inférieure à 130/80mmHg et une protéinurie inférieure à 0,5g/24h** (7).

Les mesures nécessaires pour y parvenir sont :

- **Le traitement de l'HTA.**
- **la réduction de la protéinurie.** La protéinurie traduit l'atteinte du filtre rénal et est par elle même toxique pour le néphron (10). Son dosage est facilité par l'utilisation de la protéinurie sur échantillon en comparaison à la créatininurie, ne nécessitant pas un recueil des urines sur 24h.

**Les antagonistes du système rénine-angiotensine** ont un effet néphroprotecteur, **leur action est synergique sur la protéinurie et l'HTA.** Un **ARA2** (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) est recommandé pour les patients diabétiques de type 2, un **IEC** (inhibiteur de l'enzyme de conversion) pour les autres patients (9).

Il faut retenir qu'une diminution du DFG après l'introduction du traitement est habituelle et est un critère d'efficacité (si la créatininémie s'élève de plus de 30% dix jours après l'introduction du traitement ou l'augmentation de dose, il est recommandé de suspendre le traitement, d'éliminer une sténose de l'artère rénale puis de le réintroduire de façon plus progressive (7). Le traitement doit également être suspendu en cas de risque de déshydratation car il peut entraîner une insuffisance rénale fonctionnelle.

### • L'abstention de traitements néphrotoxiques

Les AINS, les fibrates, le lithium, certains antiviraux (foscarnet, ténofovir, aciclovir...) certains immunodépresseurs (ciclosporine, tacrolimus), certaines chimiothérapies (cisplatine, méthotrexate...), certains antibactériens (aminosides), peuvent entraîner une néphrotoxicité.

• **Les mesures hygiéno-diététiques** (justifiées également dans la prévention des risques cardio-vasculaires) : restriction sodée à 6g/j qui potentialise la réponse antihypertensive et antiprotéinurique sous IEC / ARA2, régime modérément restreint en protéines (0,8g/kg/j) en maintenant un apport énergétique de 30 à 35 kcal/kg/j, apport liquidien de base (1,5L/j), équilibre du diabète, traitement des dyslipidémies, traitement de l'obésité, sevrage tabagique.

Les recommandations proposent une périodicité en mois pour la surveillance clinique et biologique de l'IRC en fonction de l'atteinte rénale en divisant le DFG estimé par 10 (exemple : pour un DFG à 40 mL/min, la surveillance s'effectue tous les 4 mois) (7).

**La collaboration entre le médecin généraliste et le néphrologue** permet d'optimiser la prise en charge des insuffisants rénaux. L'intervention du néphrologue est souhaitable dès la découverte d'une IRC pour étayer le diagnostic étiologique s'il n'est pas évident, conseiller en matière d'adaptation thérapeutique et de suivi, décider de l'opportunité du traitement de suppléance.

*Cet argumentaire a été établi en collaboration avec Mme le Professeur KESSLER et M le Professeur FRIMAT, que nous remercions.*

## REFERENCES

1. ANAES. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Septembre 2002.
2. National Kidney Foundation. The Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives (K/DOQI) Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: evaluation, classification, stratification. Am. J. Kidney Dis. 2002
3. Kouchner B. Insuffisance rénale chronique et santé publique; intervention du ministre délégué à la santé le 22/09/01
4. Agence de la biomédecine. Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN), Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. Rapport annuel 2005.
5. Frimat L., Loos-Ayav C., Briançon S., Kessler M. Épidémiologie des maladies rénales chroniques. EMC (Elsevier SAS, Paris), Néphrologie, 18-025-A-10, 2005.
6. HAS. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en néphrologie, Repérage et prise en charge du patient adulte atteint de maladie rénale chronique. Novembre 2005.
7. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. « Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'IRC chez l'adulte » Septembre 2004
8. HAS. Recommandations. « Prise en charge des patients adultes atteints d'HTA essentielle » Juillet 2005
9. Hannedouche T., Krummel T., Parvès-Braun L. Néphroprotection. Comment ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale chronique? EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Néphrologie, 18-061-H-10, 2004.
10. Moulin B., Syndrome néphrotique. Nephrohus, 2000, mise à jour 2007.