



ELSEVIER

ÉDITORIAL

## « Ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique »

## Slowing down the progression of chronic renal failure

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est devenue au cours des vingt dernières années un enjeu majeur de santé publique suscitant des préoccupations croissantes de la communauté médicale, des organismes d'assurance maladie et des pouvoirs politiques. Le coût annuel des 30 000 patients recensés comme traités en France en 2003 par les méthodes de dialyse de suppléance représente environ 2 % de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie pour moins de 0,05 % de la population du pays. L'augmentation permanente de la prévalence et de l'incidence annuelle de nouveaux patients à prendre en charge pour traitement d'une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) illustre l'importance capitale de la définition et de la mise en œuvre sur une très large échelle de mesures visant à la prévention maximale des causes et facteurs de progression des néphropathies chroniques.

Une « feuille de route » ayant pour objectif une réduction substantielle (à défaut d'être idéalement complète) des causes et mécanismes conduisant à l'IRCT peut être définie en trois étapes :

- détecter le plus précocement possible tout signe ou symptôme clinique ou toute anomalie biologique pouvant témoigner d'une néphropathie chronique débutante, alors même que la fonction rénale globale reste encore normale ;
- identifier et supprimer les causes d'IRC curables (telles les expositions aux substances toxiques industrielles ou d'origine médicamenteuse, éradication de foyers infectieux, cure chirurgicale d'uropathies congénitales ou acquises) ;
- en cas de néphropathie chronique confirmée, définir et appliquer des mesures actuellement validées destinées à ralentir une évolution vers la constitution ou l'aggravation d'une insuffisance rénale.

Le premier volet de cette feuille de route a conduit l'Agence nationale d'accréditation et

d'évaluation en santé (Anaes) à confier en 2002 à un groupe de travail multidisciplinaire, l'élaboration de recommandations ayant pour objet d'offrir aux professionnels de santé un outil de travail très documenté décrivant les marqueurs d'atteinte rénale, la définition et les méthodes d'évaluation de la sévérité d'une IRC et les principales investigations visant à préciser les causes et mécanismes à l'origine d'une néphropathie chronique [1].

Dans la continuité de ce premier travail, l'Anaes a mis en place en 2003 un second groupe de travail ayant pour mission d'élaborer des « *Recommandations concernant les moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'IRC chez l'adulte* ». En conformité avec la méthodologie générale appliquée par l'Anaes dans le domaine des recommandations professionnelles, le groupe de travail comprenait des néphrologues, médecins généralistes, gériatres, endocrinologistes et une spécialiste en diététique. Les recommandations proposées par le groupe de travail reposent sur une analyse exhaustive des articles de la littérature internationale parus sur le sujet au cours des dix dernières années, évalués selon les critères de la « Médecine fondée sur des preuves » (*Evidence based Medicine*). Préalablement à leur rédaction définitive, les recommandations ont été soumises pour avis critique à un groupe de lecture composé de 36 médecins et professionnels de santé exerçant dans divers établissements de soins publics et privés, répartis sur l'ensemble du territoire national.

Les recommandations présentées dans ce numéro de « Néphrologie & Thérapeutique » portent sur les moyens actuellement considérés comme efficaces pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chez des patients atteints d'*IRC modérée* définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) compris entre 30 et 60 ml/min. Cette définition englobe ainsi une population de patients

dont la prévalence, même approchée, reste actuellement encore inconnue, mais qui se chiffre certainement plutôt par centaines que par dizaines de milliers de personnes en France. On pourrait être ainsi à première vue effrayé, voire affolé, par l'énormité de la charge de travail et du coût financier en rapport avec la mise en place et le suivi au long cours d'une stratégie de surveillance et de traitement d'une population aussi importante.

En fait, pour l'essentiel, même au risque de paraître quelque peu réducteur, on peut être autorisé à écrire que les modalités de prise en charge et de surveillance des patients selon les recommandations sont dans l'ensemble simples et ne font pas appel dans la très grande majorité des cas à des investigations complexes ou coûteuses. « *Le but de la prise en charge de l'IRC modérée est de retarder le début du traitement de suppléance tout en maintenant le patient dans un état de santé satisfaisant. Les principaux facteurs de progression de l'IRC modifiables sont la protéinurie et l'hypertension artérielle (HTA). La correction de ces facteurs [à laquelle on doit ajouter des prescriptions diététiques, la suppression du tabac, le maintien d'une bonne activité physique et la correction de l'anémie] permet de ralentir la progression de l'IRC.* » [2]....

Certes, il est beaucoup plus facile de « recommander » que de manier au quotidien de subtiles associations de médicaments antihypertenseurs et/ou de convaincre du bien fondé de consultations médicales pluriannuelles assorties de prescriptions souvent quelque peu contraignantes des patients dont une large fraction est a- ou paucisymptomatique et n'adhère que de façon incomplète ou intermittente à la sollicitude médicale.

Les principales difficultés pour la mise en œuvre effective de recommandations destinées à ralentir la progression de l'IRC se situent, en fait, beaucoup plus dans le domaine organisationnel qu'en raison de problèmes techniques. Elles sont amplifiées par la pénurie actuelle et prévisiblement durable en médecins, tant néphrologues que généralistes, et en autres professionnels de santé (infirmières qualifiées, diététiciennes etc.) qui réduit fortement leur disponibilité pour des patients suivis au long cours et ne réclamant pas, en règle, une prise en charge médicale urgente.

L'effet très favorable sur le ralentissement de la progression de l'IRC, obtenu par la seule surveillance médicale exercée à courts intervalles, avec pour objectif premier le maintien d'un bon contrôle de la pression artérielle, avait déjà été très bien documenté depuis près de 20 ans [3]. Pour être implantée à large échelle, la mise en œuvre de tels protocoles de surveillance requiert des évolu-

tions importantes dans les modalités d'exercice médical actuellement les plus fréquemment pratiquées. Elles doivent avoir pour objectif, une meilleure répartition entre les professionnels de santé des charges (principalement temporelles) en rapport avec une surveillance clinique régulière d'une population de patients en constante expansion. Une surveillance partagée (alternée) entre médecins généralistes et spécialistes, travaillant en coopération étroite au sein d'un réseau de soins suivant un schéma développé en commun accord et bénéficiant d'un échange d'informations assuré par les moyens modernes de communication, est une évolution devenue indispensable et qui s'inscrit dans les dispositifs actuellement en voie de mise en place dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Par ailleurs, une meilleure coordination médico-infirmière doit viser à confier à des personnels paramédicaux bien formés, encadrés et intégrés dans un programme de formation professionnelle continue, un certain nombre de tâches actuellement effectuées en consultation par les médecins [4]. Une meilleure répartition des charges inhérentes à la surveillance régulière d'un nombre élevé de patients permettrait ainsi au néphrologue de consacrer l'intégralité de son temps disponible à mettre au point des solutions pour résoudre au mieux les problèmes cliniques et thérapeutiques posés par les patients qui ressortent de son exclusive responsabilité.

Les résultats des mesures thérapeutiques dont l'analyse a servi de base aux recommandations élaborées pour ralentir la progression de l'IRC ont démontré leur efficacité, y compris (et peut-être surtout) pour les patients les plus complexes, tels ceux atteints de néphropathie diabétique. Dans l'attente d'une prévention plus généralisée des néphropathies chroniques dont les causes et mécanismes restent encore inconnus, les progrès les plus tangibles pour éviter ou retarder l'évolution des IRC vers un stade terminal nécessitant un traitement substitutif sont inséparables de la diffusion la plus large de ces recommandations aux professionnels de santé de toutes disciplines ainsi que leur communication aux instances administratives susceptibles d'apporter leur aide à leur application effective.

## Remerciements

L'animateur du groupe de travail tient à exprimer ses remerciements aux membres du groupe pour leur active et enrichissante coopération à la réalisation de ce travail ainsi qu'aux docteurs Taraneh Shojaei-Brosseau et Michel Laurence, médecins de

l'Anaes, qui ont assuré avec persévérance sa progression jusqu'à sa version finale.

## Références

- [1] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Paris: Anaes; 2002.
- [2] Burgess E. Conservative treatment to slow deterioration of renal function: evidence-based recommendations. *Kidney Int* 1999;(Suppl. 70):S17-25.
- [3] Bergstrom J, Alvestrand A, Bucht H, Gutierrez A. Progression of renal failure in man is retarded with more clinical follow-ups and better blood pressure control. *Clin Nephrol* 1986;25:1-6.
- [4] Bolton WK. The role of the nephrologist in ESRD/Pre-ESRD care: a collaborative approach. *J Am Soc Nephrol* 1998; 9(12 Suppl.):S90-5.

Claude Jacobs  
*Service de néphrologie, hôpital de la  
Pitié-Salpêtrière, 83, boulevard de l'Hôpital,  
75013 Paris, France*  
*Adresse e-mail :*  
claude.jacobs@psl.ap-hop-paris.fr (C. Jacobs).

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SCIENCE @ DIRECT®