

FICHE

Maladie rénale chronique : 7 messages clés pour améliorer votre pratique

Validée par le Collège le 1er juillet 2021

1. Dépistage : associer l'albuminurie à la créatininémie

- ➔ Associer l'albuminurie (en prescrivant le dosage albuminurie/créatininurie) au dosage de la créatininémie, pour dépister la maladie rénale chronique (MRC) chez les patients à risque

L'excrétion urinaire de protéines, dont l'albumine, traduit une atteinte rénale. La recherche d'albuminurie est plus sensible que la recherche de protéinurie pour détecter une augmentation modérée de son excrétion ou pour reconnaître un stade précoce de MRC. Marqueur de risque cardiovasculaire, l'albuminurie est aussi un marqueur pronostique à prendre en compte pour évaluer la sévérité de la MRC.

Si le dosage de la créatininémie pour dépister la MRC est intégré à la pratique, la recherche d'albuminurie reste insuffisamment réalisée. Selon l'Assurance maladie en 2016, 84 % des personnes à risque (hypertendus, diabétiques, maladies systémiques, maladies cardiovasculaires dont insuffisance cardiaque, identifiés dans les bases de données de remboursement des soins) n'ont pas bénéficié de dosage d'albuminurie ou de protéinurie.

2. Prise en charge : évaluer le risque de progression

- ➔ Évaluer le risque de progression vers le besoin de suppléance pour orienter les patients dans un parcours adapté

La MRC est considérée comme évolutive, avec un risque de progression vers le besoin de suppléance. Ce risque ne concerne qu'un nombre restreint de patients qu'il convient de repérer et d'orienter vers un parcours adapté afin de ralentir la progression de la MRC et préparer le traitement de suppléance. Les principaux facteurs de risque de progression sont la rapidité de dégradation du DFG, l'existence d'une albuminurie, d'une hypertension artérielle non contrôlée et l'étiologie de la MRC.

L'évaluation graphique permet d'apprécier la cinétique de diminution du DFG et l'évolution de l'IRC. Dans la mesure du possible, il est souhaitable de l'intégrer aux résultats fournis par le laboratoire.

3. Sécurité médicamenteuse : attention aux prescriptions de médicaments à risque rénal

→ Limiter l'utilisation des médicaments à risque rénal

De nombreux médicaments, ou leurs métabolites, ont une élimination rénale prédominante, voire quasi exclusive. La MRC entraîne des modifications du métabolisme, de la pharmacocinétique et de la biodisponibilité de nombreux médicaments. L'arrêt, la substitution ou l'ajustement (posologie ou intervalle de doses) de ces médicaments sont nécessaires afin de prévenir toute accumulation ou toxicité médicamenteuse. Dans ce contexte, les dosages médicamenteux sont recommandés chaque fois qu'ils sont possibles.

Selon les résultats de l'analyse des prescriptions d'une cohorte prospective française de personnes de plus de 75 ans ayant une MRC avancée (DFG estimé < 20 mL/min pour 1,73 m²), une prescription à risque rénal était repérée dans 77 % des cas et un médicament contre-indiqué dans 10,8 % des cas. Une dose inappropriée était prescrite dans près de 40 % des cas¹. Au sein de la cohorte CKD-REIN (inclusion aux stades 3 et 4), les patients -dont les deux tiers sont âgés de plus de 65 ans- recevaient 8 classes thérapeutiques différentes².

4. Adaptation des posologies : estimer le DFG par CKD-EPI

→ L'adaptation des posologies doit s'effectuer à partir de l'estimation du DFG obtenue par la formule CKD-EPI³

L'estimation de la filtration glomérulaire par la formule de Cockcroft-Gault sous-estime le DFG lorsqu'on utilise une méthode de dosage standardisé de la créatinine. De même, la mesure de la clairance de la créatinine ne reflète pas fidèlement la filtration glomérulaire, notamment lorsque le DFG diminue.

En conséquence, il est actuellement recommandé d'utiliser la formule CKD-EPI⁴ pour estimer le DFG et adapter les posologies ou l'intervalle des doses des médicaments à élimination rénale.

5. Personnes âgées : pas plus de 3 anti-hypertenseurs

→ Après 80 ans, éviter l'utilisation de plus de 3 molécules antihypertensives

Chez les personnes âgées, les seuils d'intervention et les objectifs thérapeutiques pour le contrôle de la pression artérielle sont plus élevés. Ils sont adaptés aux comorbidités et à l'âge physiologique. L'utilisation des IEC, ARA2 et diurétiques augmente le risque d'insuffisance rénale aiguë iatrogène, faisant de la lutte contre la iatrogénie des traitements (dégradation du DFG, hyperkaliémie, hypotension orthostatique, risque de chute) une priorité. En outre, dans ces populations, le bénéfice en termes de

¹ Roux-Marson C, Baranski JB, Fafin C, Exterman G, Vigneau C, Couchoud C, Moranne O, Investigators PSPA. Medication burden and inappropriate prescription risk among elderly with advanced chronic kidney disease. BMC Geriatr. 2020 Mar 4;20(1):87.

² Laville SM. Evaluation of the adequacy of drug prescription in patients with chronic kidney disease: results from the CKD-REIN cohort. Br J Clin Pharmacol 2018 ; 2811-23.

³ Bien que complexe à mettre en œuvre, la désindexation de la formule en tenant compte de la surface corporelle du patient (estimée à partir de la formule de Dubois et Dubois : SC (m²) = 0,007184 x taille (cm)^{0,725} x poids réel (kg)^{0,425}) est recommandée lorsque celle-ci est éloignée de 1,73 m².

⁴ Ne plus utiliser la formule de Cockcroft-Gault

néphroprotection est moins évident. Le rapport bénéfice/risque doit donc être bien évalué avant l'initiation de ces thérapeutiques ou lors du suivi.

Selon les données de l'Assurance maladie, 38 % des patients âgés de 80 ans et plus reçoivent au moins 3 molécules antihypertensives.

6. Préparation à la suppléance : une décision médicale partagée

→ **Après l'annonce, les patients sont informés systématiquement de toutes les modalités de traitement de suppléance. Cette information prend place dans une démarche d'aide à la décision médicale partagée pour garantir le libre choix des patients**

Lorsqu'on anticipe une évolution vers un besoin de suppléance, les informations objectives concernant l'espérance de vie et la qualité de vie associées à la dialyse et à la greffe doivent être communiquées au patient.

Il est important à ce stade de préciser aux patients que, en l'absence de contre-indication, la transplantation rénale est le traitement de suppléance de choix de la MRC. Elle est reconnue comme associée à une meilleure qualité de vie et à une meilleure survie, en particulier lorsqu'elle est réalisée à partir d'un donneur vivant.

Les différentes techniques de dialyse doivent être présentées au patient, en insistant sur la préservation de son autonomie.

7. Traitement conservateur/palliatif⁵ : l'intégrer dans les propositions au patient

→ **Intégrer dans les propositions discutées avec le patient le choix d'une prise en charge sans traitement de suppléance, en l'informant de la possibilité de changer d'avis à tout moment**

Le traitement conservateur/palliatif est une alternative thérapeutique légitime et doit être exposé de façon objective au patient. C'est un processus de soins et de mise en œuvre de traitements centrés sur le patient (et son aidant) qui, dans le cadre d'une décision médicale partagée, ne souhaite pas être traité par dialyse ou transplantation rénale. L'objectif de cette prise en charge est de mettre en place à domicile des soins permettant d'améliorer la qualité de vie du patient et de prolonger autant que possible sa vie tout en veillant à son confort et en évitant les hospitalisations.

Ce traitement est décidé par le patient, éventuellement aidé de sa personne de confiance et de son entourage, après délivrance d'une information claire et précise sur les différentes options et modalités de prise en charge de son insuffisance rénale terminale.

Le gain en survie conféré par la dialyse est moindre en présence de multiples comorbidités⁶. Ainsi, chez les patients de plus de 85 ans, le taux d'arrêt de dialyse est fréquent, la mortalité élevée (taux de

⁵ La terminologie traitement conservateur ou traitement palliatif, non consensuelle, fait l'objet de discussion

⁶ Couchoud C, Jean-Baptiste R. Beuscart, Jean-Claude Aldigier, Philippe J. Brunet and Olivier P. Moranne on behalf of the REIN registry. Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease 2015 International Society of Nephrology. 2015 Kidney International (2015) 88, 1178–1186; doi:10.1038/ki.2015.245.

survie à 5 ans à 15 %) ⁷. Une altération systématique de la qualité de vie a été observée chez les patients résidant en Ehpad et pris en charge en dialyse ⁸.

Développés en coproduction avec les professionnels et les usagers du système de santé, ces messages courts visent à inciter les professionnels de santé à engager un dialogue avec les patients au sujet des examens, des traitements et des interventions les mieux indiqués et d'identifier ceux qui ne sont pas nécessaires. Les professionnels et les usagers ont choisi les thématiques et les messages qui ont été élaborés à partir de recommandations existantes.

⁷ Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(7):1955-62.
Joly D, Anglicheau D, Alberti C, Nguyen AT, Touam M, Grunfeld JP, *et al.* Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. *J Am Soc Nephrol* 2003;14(4):1012-21.

⁸ Kurella NEJM 2009.

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Maladie rénale chronique : 7 messages clés pour améliorer votre pratique**, Méthode, juillet 2021

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr