

_EN DIRECT

Réunion d'information organisée par l'Aura Paris et la Ligue Rein & Santé

L'Aura Paris et la Ligue Rein & Santé ont organisé le 25 juin 2009 à l'hôpital Notre dame du Bon secours (75014 Paris) une réunion d'information gratuite ouverte au public et aux professionnels de santé.

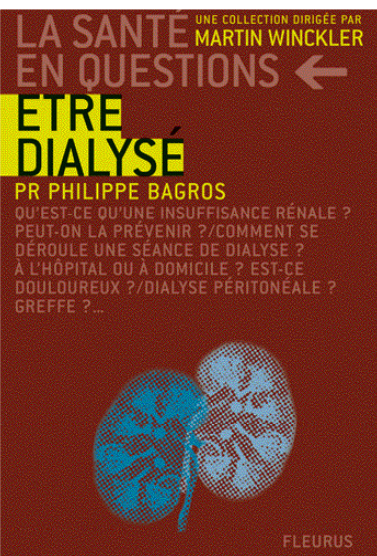
Cette réunion portait sur la « Prévention et traitement des maladies rénales », nous avons souhaité en extraire l'essentiel pour les lecteurs de notre newsletter Rein infos n° 7 qui n'ont pu y assister.

Cette réunion a été ouverte par la Ligue Rein & Santé, prenant prétexte du cas d'un patient jeune (marié avec deux enfants) qui s'est trouvé alerté de son insuffisance rénale lors d'une demande de prêt immobilier et suite aux demandes formulées par son assurance pour un contrôle de son état de santé. Comme la plupart d'entre nous ce patient ignorait tout de son insuffisance rénale et se pensait lui en excellente santé. Nous ne sommes pas

tous égaux et ne bénéficions pas de la même hérédité, l'insuffisance rénale ne prévient pas, nous devons tous être vigilants, notamment quand l'on nous annonce qu'un paramètre de notre fonction rénale indique que nos néphrons (nos filtres rénaux) ont quelques problèmes à assurer leur travail, il en est de même en cas d'hypertension. Ce problème détecté et pris à temps n'est pas grave en lui-même, mais mérite une surveillance régulière. Les gros problèmes ne commencent que quand il ne nous reste que 20% de nos néphrons, à nous de faire en sorte que ce soit le plus tard possible.

Le professeur Philippe Bagros auteur d'un ouvrage récent sur la dialyse (livre inti-

tulé être dialysé paru en 2008 aux éditions Fleurus, collection « santé », 8,50€ aux Fnac) a précisé lors de son intervention ceci.



_A SAVOIR

La Ligue Rein & Santé est une association connue pour ses médias d'informations gratuits, moins pour ses actions de terrain. Elle était présente au Congrès (médical) de la Société Française d'Abords Vasculaire à Ajaccio le 20 juin, pour présenter l'action qu'elle a entreprise et préciser son engagement pour toute amélioration de la prise en charge au quotidien des insuffisants rénaux (urémiques et diabétiques).

De même elle représentait les intérêts des patients aux réunions du SROS Ile de France. Jeune association reconnue d'intérêt général la LRS entend compléter (dans la mesure de ses moyens) le travail associatif réalisé par toutes les autres associations oeuvrant autour des maladies rénales et diabétiques.

INQUIÉTUDES INUTILES... ET AVEUGLEMENT SUR CE DONT ON DEVRAIT VRAIMENT SE PRÉOCCUPER

En 35 années de consultations de néphrologie j'ai rassuré sur de fausses raisons de se faire du souciet attiré l'attention sur ce dont on ne se préoccupe pas assez..

Quand on a un proche en dialyse on se fait des soucis pour ses reins.

- On fait doser sa créatininémie, et il arrive que la clearance calculée par le laboratoire soit inférieure à la normale (par exemple 65 ml minute pour une normale proche de 100) alors qu'en réalité les reins sont absolument normaux. Ce n'est pas une erreur du laboratoire ; c'est dû au fait que le dosage de la créatininémie ordinaire est imprécis, et aussi au fait que la formule qui permet ce calcul à partir de la créatininémie, de l'âge et du poids ne s'applique pas bien à la diversité des individus (par exemple grand maigre et pas jeune).

- On se rassure à bon escient s'il n'y a aucune anomalie associée (tension normale... pas d'albumine).

- Plus naïvement certains croient avoir les reins malades parce qu'ils ont mal à ce qu'ils croient être les reins (en fait la colonne), ou parce qu'ils urinent peu (en fait quand les reins sont malades les urines restent abondantes, mais pauvres).

- Au contraire il faut se soucier de ses reins quand on a une hypertension artérielle, ou (et) un diabète : des quantités microscopiques de sang dans les urines (détectables seulement avec un papier réactif), et surtout s'il y a dans la famille quelqu'un qui a une polykystose rénale.

Quand le médecin a commencé à parler de dialyse pour le futur, on voudrait bien retarder le plus possible cette échéance. Comme il n'y a pas, pendant longtemps, de signes apparents de maladie, il est tentant d'oublier. En fait les reins peuvent être détruits à plus de 50% sans que l'état de santé apparent soit altéré. Il y a une élévation très lente, silencieuse de la créatininémie. On se laisse surprendre comme par la marée montante à la pêche à pied. Et c'est très coupable car pendant ce temps là tout l'organisme se détériore (squelette, cœur, muscles, nerfs...) du fait de l'insuffisance rénale, qui est donc en fait une maladie de tout le corps. A tarder pour changer quelques tuiles à son toit, on risque d'être amené à changer la charpente....

- Il arrive aussi qu'on en fasse trop. Par exemple des régimes alimentaires trop sévères,

non contrôlés par une diététicienne, qui aboutissent à une dénutrition, peu apparente, mais qui sera très longue à corriger une fois en dialyse. Les médecines alternatives, les suppléments alimentaires n'ont rien de répréhensible, mais il faut que le néphrologue le sache, car tout n'est pas bon, et surtout il ne faudrait pas que ce soit l'occasion de négliger la surveillance médicale

- Oui on peut retarder la dialyse. Mais c'est en s'y prenant très tôt (en traitant d'emblée un diabète, une hypertension artérielle).

- Quand on est arrivé à un stade où la créatininémie est très anormale, mieux vaut ne pas prolonger trop la période difficile. Mieux vaut être dialysé tôt, malgré les contraintes et les inconforts, avec un organisme en bon état, en particulier en bon état cardiaque et nutritionnel, que tard et bien plus abîmé qu'on ne le croyait ; surtout si on veut une greffe précoce.

Une fois en dialyse, on en voudrait le moins possible

Des dialyses plus courtes, moins fréquentes...C'est l'objet de fréquentes négociations avec les néphrologues ! Il ne faut pas oublier que la dialyse n'apporte pas une épuration très puissante...en plus elle est discontinuée (trois fois par semaine). On est en fait maintenu avec un niveau d'épuration tout juste suffisant. En faire moins, c'est entrer de nouveau dans la maladie, les détériorations de tous les organes. Feriez vous des économies de vidanges graissage de votre voiture ?

- On voudrait aussi beaucoup d'érythropoïétine, pour avoir une hémoglobine et une forme de coureur cycliste dopé. Malheureusement on est limité par l'hypertension artérielle que provoque la correction complète de l'anémie.

La greffe au plus vite ! On peut même être greffé d'emblée, sans passer par la dialyse, surtout si on dispose d'un donneur vivant apparenté. L'âge n'est pas une raison suffisante pour refuser la greffe. Chez les jeunes et les adultes on ne greffe qu'un seul rein, prélevé sur un adulte. C'est amplement suffisant. Les personnes âgées redoutent de priver un plus jeune, car il est évident qu'on manque d'organes. Mais on greffe maintenant couramment des gens âgés, avec des reins prélevés chez des personnes décédées âgées elles aussi. On greffe alors les deux reins. Ils ne dureront pas 20 ans.. mais à 70 ans c'est déjà bien.

La greffe est très souvent la meilleure solution, et le plus tôt possible, mais pas toujours. C'est une discussion à avoir très tôt avec le néphrologue.

Puis nous avons reçu quelques précisions sur l'accueil et l'information, réservés aux patients en insuffisance rénale débutante ou modérée, obtenus grâce aux réseaux. Un contact à privilégier, pour chacune et chacun, dès qu'il y a présomption d'insuffisance rénale. Les réseaux sont sans doute les plus aptes à faire de la prévention.

RÉSEAUX DE SANTÉ ET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Présentés par le docteur Xavier Belenfant président du Rénif (situé au 3-5 rue de Metz 75010 Paris, site web www.renif.fr Email : contact@renif.fr et téléphone : 01.48.01.93.00



Les réseaux de santé néphrologie en Ile-de-France, ont un rôle fondamental à jouer tant auprès des professionnels de santé (médecins) que patients.

Ils offrent aux professionnels : des sessions de formations, des plaquettes d'information, des informations pratiques notamment au travers du site web.

Ils offrent également aux patients : des ateliers de groupe diététique, des fiches de recettes et des consultations individuelles ; une éducation thérapeutique et des documents d'information.

En pratique ils font du dépistage afin de limiter ou éviter la progression de l'atteinte décelée et même traitent les complications.

Le Rénif regroupe désormais les réseaux : Néphropar, Néphronest et Rhapsodie, couvrant ainsi l'île de France. Il existe bien sûr d'autres réseaux de santé en néphrologie régionaux dans le Nord, en Lorraine, en Bourgogne, à Lyon... A savoir : un dossier spécial sur ces réseaux se trouvera dans le prochain numéro de la revue Rein échos.

NDLR : Ceci est un condensé des powerpoint présentés, il en sera de même des interventions qui suivent.

Il vous faudra peut-être un jour accéder au choix d'une méthode d'épuration extra rénale. Très rapidement faisons un tour des nombreuses méthodes offertes actuellement.

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES D'ÉPURATION EXTRA-RÉNALE

Quelle méthode, pour quel patient ? *extrait empirique et schématique de l'intervention du docteur Malik Touam*

Les méthodes de traitement de l'IRC terminale disponibles pour le patient sont :

1) Hémodialyse

- Abord vasculaire, membrane, CEC, Traitement d'eau

2) Dialyse péritonéale

- Cathéter péritonéal
- DPCA, DPA

3) Transplantation rénale

- Donneur vivant ou non
- Préemptive

4) Traitement conservateur

- Contre-indications
- Voeux du patient, de la famille

LE PARCOURS DU PATIENT IRC

• Consultation pré-dialyse

- Information loyale: méthodes d'épuration et greffe
- Consultation IDE
- Visite de centre

• Préparation

- Abord vasculaire
- KT péritonéal
- Contrôle PA, troubles ioniques, anémie, et Ca x P
- Vaccination anti-Hbs
- Transplantation rénale

Hémodialyse, les techniques utilisables :

- Toute technique: CEC + Membrane d'échanges + Solution Electrolytique
- Les variantes techniques

• Hémodiafiltration (HDF) et dérivées*

• Hémofiltration (HF)

• Biofiltration (BF)*

- La fréquence

• Conventiennelle*: 3 séances/semaine

• Pluri-hebdomadaire*: 3 ← N ← 6 séances/semaine

• Quotidienne*: 6 ou 7 séances/semaine

- La durée

• Courte*: ← 15 heures/semaine

• Longue*: + de 15 heures/semaine

- Le lieu = ± autonomie

• Centre*

• Auto-dialyse*

• Domicile*



La qualité de dialyse est importante et se mesure :

- Paramètres: KT/V hebdomadaire et clairance hebdomadaire de la créatinine
 - Études observationnelles rétrospectives et prospectives (CANUSA 1996)
 - Relation dose de dialyse et mortalité
- K/DOQI : KT/V hebdomadaire total →2

En résumé : deux méthodes sont particulièrement utilisées, la première en centre l'hémodialyse et la seconde à domicile (dialyse péritonéale : DP). Selon l'âge du patient et sa possibilité de greffe il est bien d'envisager la DP (méthode douce), mais en moyenne après plus de 4 ans, un passage en hémodialyse est probable. Sachant que si vous commencez l'hémodialyse sans cathéter votre espérance de vie sera meilleure. Aussi, est-il conseillé de préserver au mieux votre péritoine et vos abords vasculaires indispensables pour réaliser le moment venu votre épuration extra rénale.

Nous allons maintenant apporter quelques éléments destinés particulièrement aux médecins généralistes.

Aux 5 stades de l'insuffisance rénale chronique, comment en ralentir la progression. Selon le Dr Daniel TOLEDANO Aura Paris

L'insuffisance rénale est marqueur de risque cardio vasculaires et de mortalité dans la population générale.

La présence d'une insuffisance rénale (IR) est davantage prédictive de la survenue d'un événement cardio vasculaires que de

la survenue d'une IR terminale. À partir de 81 ml/min/1,73 m² chaque baisse de 10 ml/min/1,73 m² du DFG est associée à une augmentation de 10 % de la mortalité ou de la survenue d'un événement CV non fatal.

Fonctions des reins

- Equilibre hydro électrolytique
- Epuration des déchets azotés
- Endocrine

Cela est conditionné par l'existence d'un débit de filtration glomérulaire (DFG)

Le DFG permet de classer les patients

On mesure alors le DFG :

- Dosage de la créatinine
- Mesure de sa clearance urinaire :

Selon la formule DFG =

$$\frac{U \{ \text{conc urinaire} \} \times V \{ \text{débit urinaire} \}}{P \{ \text{conc plasmatique} \}}$$



La créatinine reflète la filtration glomérulaire en tenant compte des cas particuliers de mesure du DFG : grand âge, gigantisme, nanisme, grossesse, dénutrition grave, obésité, myopathie, paraplégie, tétraplégie, régime végétarien, variation rapide de la fonction rénale, avant administration de produits néphrotoxiques, avant un don de rein, recherche clinique.

Les laboratoires plus généralement appliquent le calcul de Cockcroft et Gault 1976

(qui ne fait pas référence à la corpulence du patient).

$$\text{DFG en ml/ml} = \frac{(140 - \text{âge en ans}) \times \text{Poids en kg}}{\text{Créatinine plasmatique en } \mu\text{M/l}}$$

Créatinine plasmatique en $\mu\text{M/l}$

- X 1,23 pour les hommes
- X 1,04 pour les femmes

Mais le mieux n'est-il pas encore le calcul du MDRD abrégé.

DFG en $\text{ml/mn}/1,73\text{m}^2 =$

- $186,3 \times (\text{Créat} / 88,4) - 1,154 \times (\text{Age}) - 0,203$
- X (0,742 si femme)
- X (0,212 si noir)

C'est plus facile avec un calculateur : <http://www.soc-nephrologie.org/eservice/calcul/MDRD-CG.htm>

Or la maladie rénale chronique évolue dans le temps : lésion glomérulaire, fibrose glomérulaire, réduction néphronique, hypertension/hypertrophie glomérulaire.

QUAND ET COMMENT INTERVENIR SELON LES STADES DE L'IR ?

Stade	Définition	DFG (ml/min/1,73 m ²)
1 et 2	Maladie rénale chronique _ Insuffisance rénale chronique légère	60

A ces deux stades prévoir : Diagnostic étiologique - Ralentir la progression, Traitement (HTA, protéinurie, mesures diététiques, tabac, dyslipidémie), Contrôle du diabète sucré

Stade	Définition	DFG (ml/min/1,73 m ²)
3	Insuffisance rénale modérée	30 à 59

A ce stade l'on doit rechercher : Anémie, étude du métabolisme phosphocalcique, acidose, hyperkaliémie, Vaccination contre l'hépatite B, Préservation du capital vasculaire ± information

Stade	Définition	DFG (ml/min/1,73 m ²)
4	Insuffisance rénale sévère	15 à 29

Information et choix de la modalité d'épuration extrarénale ou prise en charge palliative
Discuter la possibilité ou non d'une greffe pré-emptive, éventuellement avec donneur vivant

Stade	Définition	DFG (ml/min/1,73 m ²)
5	Insuffisance rénale terminale	← 15

Création de l'abord vasculaire ou péritonéal (idéalement entre 15 et 20 ml/mn)
Mise en route de l'épuration extrarénale

Les acteurs de progression modifiables sont :

- Protéinurie : cible $\leftarrow 0,5 \text{ g/j}$
- Pression artérielle : cible $\leftarrow 130/80$
- Apports protéiques de $0,8 \text{ g/kg/j}$
- Eviter les néphrotoxiques (AINS, COX, aminosides, produits de contraste iodés)

Traitements : HTA et Protéinurie

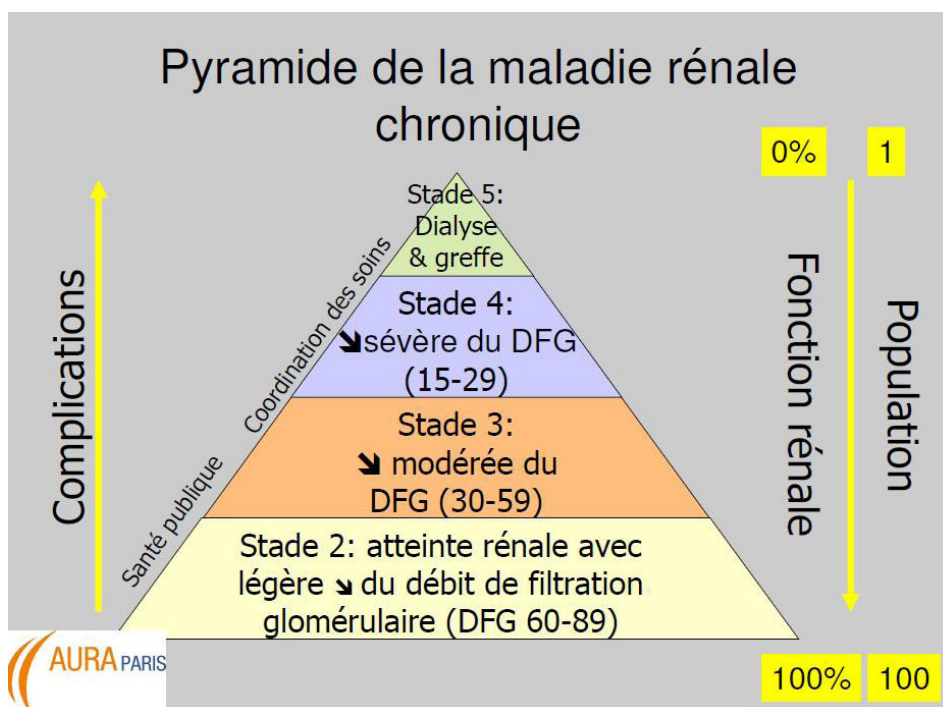
- Rôle favorable reconnu des IEC (ou ARA2, probables).
- Il faut savoir accepter une baisse modérée initiale du DFG ($\leftarrow 25\%$) à l'instauration du traitement.
- Association IEC et ICC (non DHP)
- Association IEC + ARA2
- Régime peu salé (NaCl 6 g/j)
- Diurétiques de l'anse
- Autres anti HTA
- Statines ?

Cela allié à un régime restreint en protéines

- Très difficile à prouver.
- Régime de $0,8 \text{ g/kg/j}$ de protéines.
- Encadrement diététique.
- Apport protéique = Urée U (mM/j) X 5,5
- Risque de la dénutrition, surtout chez les personnes âgées et les patients néphrotiques.

Autres objectifs à prendre en compte :

- Traitement de l'anémie (fer, vitamines, EPO), objectif Hb = $12,0 \text{ g/dl}$.
- Traitement des dyslipidémies.
- Traitement des troubles de minéralisation osseuse.
- Traitement de l'obésité.
- Sevrage tabagique.
- Traitement du diabète.
- Traitement de l'acidose, de l'hyper K.





Conclusions faites par M. Pettilerc Directeur médical de l'Aura Paris.

Le nombre de néphrons diminue bien avant la DFG, le dépistage doit être fait le plus tôt possible. Bénéficiions du gain des traitements afin que l'IR évoluant le DFG ne se dégrade pas trop vite. Au stade 1 et 2 on sait ralentir l'IR, stade 3 on a déjà les symptômes, au stade 4 il faut se préparer à l'IRC terminale et donc à la dialyse (ou la transplantation). Utiliser donc les molécules adaptées connues et utilisées actuellement (sachant que l'effet des statines reste discuté), et préconiser un régime restreint en protéines.

Lorsque la créatinine monte le sang est moins bien nettoyé et plus de la moitié des néphrons ne sont plus en service.

Un ralentissement sera obtenu par une baisse de l'hypertension (IEC et ARA2).

Il faudra parfois ralentir la pompe néphronique quitte à faire monter la créatinine et l'accepter (sauf si l'on s'y est pris trop tard, cela va de soi).

Un suivi impératif et vigilant de la pente de dégradation de cette filtration est très important. Lorsque l'on peut stabiliser cette créati-

nine qui monte et ralentir le processus, il ne faut pas s'en priver.

Nous remercions tous les participants de leur présence et invitons nos lecteurs à se renseigner sur d'éventuelles prochaines réunions d'informations gratuites sur l'insuffisance rénale.

RÉDACTION REIN INFOS
(LIGUE REIN & SANTÉ)

À SAVOIR

L'AURA Paris (1^{ère} association de dialyse en France) représente un ensemble d'unités qui peuvent prendre en charge et proposer aux patients atteints d'une insuffisance rénale chronique terminale toutes les méthodes de dialyse.

Informations complémentaires :

<http://www.auraparis.org>

contact@auraparis.org

Téléphone : 01 53 62 66 15

La MRC évolue dans le temps

