

Journée SSMG

par le Dr Thierry Van der Schueren • Médecin généraliste • 5480 Mettet

Néphrologie

Gembloux, 29 janvier 2005

Projet ERICABELL

Ce vaste projet belgo-luxembourgeois a pour ambition le suivi, en parallèle, du risque cardiovasculaire et de la fonction rénale de patients en médecine générale durant 5 ans. Ce projet comporte 3 volets : un volet éducatif, un volet diagnostique et un volet académique. Les deux premiers volets sont mis gratuitement à disposition de tous les médecins via le site www.ericabell.be qui est tout à fait gratuit. Sur ce site, chaque médecin peut télécharger un logiciel sur son propre PC. Ce logiciel, très simple d'usage, permet le calcul de la fonction rénale et du risque cardiovasculaire de ses patients, le suivi de ceux-ci et l'impact des interventions réalisées. Les résultats peuvent être imprimés et sont accompagnés de conseils. En effet, l'insuffisance rénale est asymptomatique jusqu'à son stade d'irréversibilité. Il faut donc la détecter précocement chez les patients à risque afin de pouvoir agir sur les facteurs d'aggravation qui sont essentiellement l'hypertension artérielle, la protéinurie et l'anémie. Le dernier volet consiste en une étude prospective d'observation par des généralistes belges et luxembourgeois prévue sur une période de 5 ans.

D'après l'exposé du Pr KRZESINSKI, néphrologue, CHU Sart-Tilman, Liège

La protéinurie

La protéinurie est un marqueur de l'altération de la fonction rénale mais aussi, elle-même, cause d'aggravation de cette altération. L'atteinte glomérulaire permet le passage des protéines dont la réabsorption active au niveau tubulaire entraîne inflammation et fibrose. Cette fibrose inflammatoire locale altère la fonction tubulaire et de ce fait aggrave encore l'insuffisance rénale initiale. Il est donc indispensable de

dépister l'apparition d'une protéinurie de manière systématique et annuelle chez tous les patients hypertendus. Ce dépistage peut se faire de manière efficace sur une échantillon d'urines matinales.

En cas de découverte d'une protéinurie, des moyens thérapeutiques efficaces sont disponibles. Ils sont au nombre de quatre. Tout d'abord, la prescription d'un IEC ou d'un sartan dont l'efficacité a été démontrée dans de nombreuses études rigoureuses. Si l'usage d'un IEC paraît insuffisant, une association IEC+sartan a montré sa supériorité pour réduire une protéinurie. Attention, l'efficacité complète des IEC n'est atteinte que si le patient respecte un régime pauvre en sel. Troisième moyen : il faut tenter d'obtenir un contrôle plus strict de la pression artérielle avec comme objectif la réduction des chiffres sous 125/75 mmHg. Enfin, dernier moyen : il faut conseiller la diminution de l'apport en protéines. Paradoxalement, la protéinurie ne doit pas être compensée par un apport supplémentaire de protéines alimentaires. Il faut restreindre cet apport entre 0,7 et 0,8 g de protéines/kg de poids/jour.

D'après l'exposé du Dr POCHET, néphrologue, clinique Ste-Elisabeth, Namur

Médicaments et insuffisance rénale chronique

En présence d'une insuffisance rénale chronique (IRC), certains médicaments sont à proscrire. Il s'agit des AINS, en ce compris les COX-2 sélectifs, tout aussi néphrotoxiques que les autres. Les biguanides avec leur principal représentant, la metformine, sont à rejeter en raison d'un risque important d'acidose lactique. Les fibrates qui élèvent la créatinine sont éga-

lement à éviter. Enfin, en cas de clearance de la créatinine inférieure à 40 ml/min, il faut supprimer la spironolactone. Si la clearance est supérieure, on peut conserver une petite dose de spironolactone à condition de l'associer au furosémide et de réaliser un contrôle de la kaliémie. La fréquence de ce contrôle est toujours sujette à discussion actuellement.

L'IRC n'impose pas de modification de la dose d'attaque des médicaments mais bien de leur dose d'entretien car l'élimination rénale est ralentie. Il faut ainsi réduire les doses de sotalol, de lithium ou d'acyclovir de 66 %, d'aténolol, de ranitidine, de colchicine, d'allopurinol ou de méthotrexate de 50 %. Les doses des héparines de bas poids moléculaire (HBPM) doivent aussi être adaptées en cas d'IRC. Le niveau d'adaptation varie selon le type d'HBPM. Les notices doivent contenir des informations claires sur les adaptations de dose en fonction de la clearance de la créatinine du patient.

Il arrive fréquemment qu'une prescription d'IEC pour protéinurie s'accompagne d'une élévation de la créatinémie. Que faire dans une telle situation ? Il est souhaitable de maintenir l'IEC si la créatinémie reste inférieure à 3 mg/dl et que son augmentation est restée inférieure à 30 %. Dans le cas contraire, il est préférable de l'arrêter et de contrôler l'absence de sténose des artères rénales.

Si l'utilisation d'un produit de contraste est prévue chez un patient en IRC, une prévention de la toxicité de ces produits est possible. Il faut arrêter les diurétiques 48 heures avant l'examen, avertir le spécialiste de l'IRC et conseiller au patient de boire 1 litre de Vichy Célestin la veille de l'examen.

D'après l'exposé du Pr JADOUL, néphrologue, cliniques universitaires St-Luc, Woluwé Saint Lambert

Nouveautés en HTA

Une pression artérielle systolique comprise entre 130 et 139 mmHg et/ou diastolique entre 85 et 89 est considérée actuellement comme normale haute. Elle doit être traitée d'emblée chez un patient présentant un risque cardiovasculaire global élevé. Ce profil élevé est atteint en cas de diabète ou de cumul de plus de 3 facteurs de risque, ou en cas d'atteinte d'un organe cible, ou encore en cas d'antécédent vasculaire.

En cas de haut risque cardiovasculaire, il faut tenter d'atteindre une pression artérielle inférieure à 130/80 mmHg mais en gardant à l'esprit que au plus les chiffres sont bas, au plus le patient est protégé. «The lower the better».

Par contre, en cas d'HTA légère à modérée avec un risque cardiovasculaire bas, des mesures hygiéno-diététiques sont suffisantes avec un contrôle avant 12 mois. L'usage en première intention d'associations fixes de médicaments anti-hypertenseurs faiblement dosés se justifie. En effet, ils provoquent moins d'effets secondaires et permettent donc une meilleure compliance tout en normalisant d'emblée un plus grand nombre de patients qu'une monothérapie.

Après 60 ans, les traitement anti-hypertenseurs réduisent la morbidité, la mortalité et même le risque de développer une démence.

Après 80 ans, ces traitement réduisent toujours la morbidité (moins d'AVC et d'infarctus) mais ne permettent plus de réduire la mortalité.

Une HTA résistante est une HTA qui persiste malgré l'association de mesures hygiéno-diététiques avec 3 médicaments de classes différentes, à doses adéquates et comportant un diurétique.

D'après l'exposé du Pr PERSU, néphrologue, cliniques universitaires St-Luc, Woluwé Saint Lambert

Le coût de l'IRC

L'insuffisance rénale chronique (IRC) a un coût monétaire et humain très élevé. Ainsi, le coût moyen pour la société d'une année d'hémodialyse pour un patient est de 40 000 euros. De plus, le nombre total de patients bénéficiant d'une hémodialyse ne cesse de croître depuis les années nonante. Les patients dialysés vivent de plus en plus longtemps et le nombre de nouveaux cas ne semble pas vouloir faiblir. Le coût économique de l'IRC devient donc de plus en plus important chaque année.

La seule mesure efficace et rentable pour tous, patients, médecins et société, est d'optimiser la prise en charge précoce des atteintes rénales. Une étude belge du Collège de Néphrologie a démontré qu'une référence tardive du patient souffrant d'une atteinte rénale augmentait le risque de passage à l'hémodialyse, la rapidité du passage à l'hémodialyse, la durée et la fréquence des hospitalisations ainsi que la mortalité. Tout cela entraîne d'important surcoûts de prise en charge. Détail anecdotique, cette même

étude a montré que les généralistes référaient en moyenne plus précocement que les internistes.

La stratégie à suivre devant toute atteinte rénale est donc de disposer du diagnostic exact de l'affection afin de mettre en place les mesures thérapeutiques adéquates le plus tôt possible. Pour ce faire, l'attention des généralistes doit se porter sur les groupes à risque, c'est-à-dire les patients hypertendus, les diabétiques et les patients souffrant de glomérulopathies. C'est au prix de cet effort de dépistage et de suivi que l'on économisera des reins.

D'après l'exposé du Dr PHILIPS, néphrologue, CHR, Namur