

Du dépistage à l'accompagnement thérapeutique



Les reins sont aussi importants que le coeur

- Les reins sont chargés de débarrasser le sang des toxines, des déchets et des sels minéraux excédentaires.
- Ils ont également pour tâche de réguler l'acidité du sang
- Ils produisent une substance appelée rénine, qui est une enzyme importante pour le contrôle de la pression sanguine.
- Les reins produisent aussi l'hormone érythropoïétine, qui stimule la production de globules rouges dans la moelle osseuse.

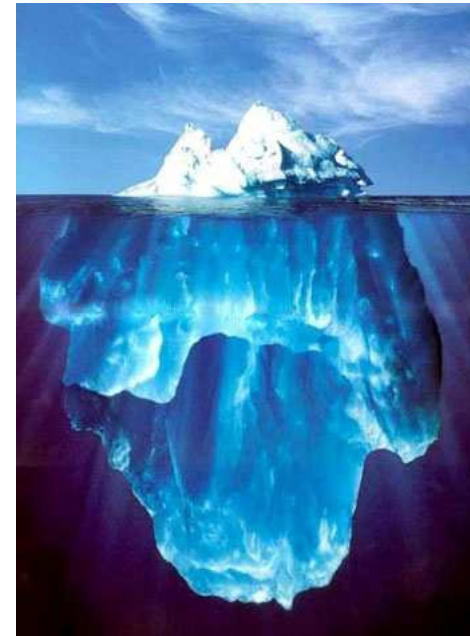


Quelques chiffres

- **80 % des médecins généralistes** suivent des patients IRC
- 3 millions de patients atteints de maladies rénales en France, soit environ **500 000 en Île-de-France**
- L'IRC terminale (70 000 patients dont 35 000 en dialyse en France ; **6 640 en Île-de-France** au 31/12/2009)
- **1602 patients ont débuté une prise en charge en dialyse en 2009 en Île-de-France** (âge moyen 63 ans) ;
- 37% étaient diabétiques (de 25% en Essonne à 45% en Seine Saint Denis), soit une **augmentation brute de + 13% entre 2006 et 2009**
- **25% des IRC sont diagnostiquées aux urgences** - source : rapport annuel R.E.I.N Île-de-France
- Environ **10% des situations d'insuffisance rénale chronique pourraient être évitées et au moins 30% retardées** pendant de nombreuses années sous réserve d'une détection et d'une prise en charge précoce et adaptée (Cf. rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs, 2003).

Maladies rénales : pourquoi faut-il dépister !!!

- Maladies **silencieuses** au stades **précoces**
- IRC modérée est un **facteur de risque cardiovasculaire majeur**
- 10 % des IRC parviennent au stade terminale, **les autres meurent de complications cardiovasculaires**
- La mise en place précoce d'un traitement adéquat accessible à tout MG permet de **ralentir la dégradation de la fonction rénale**



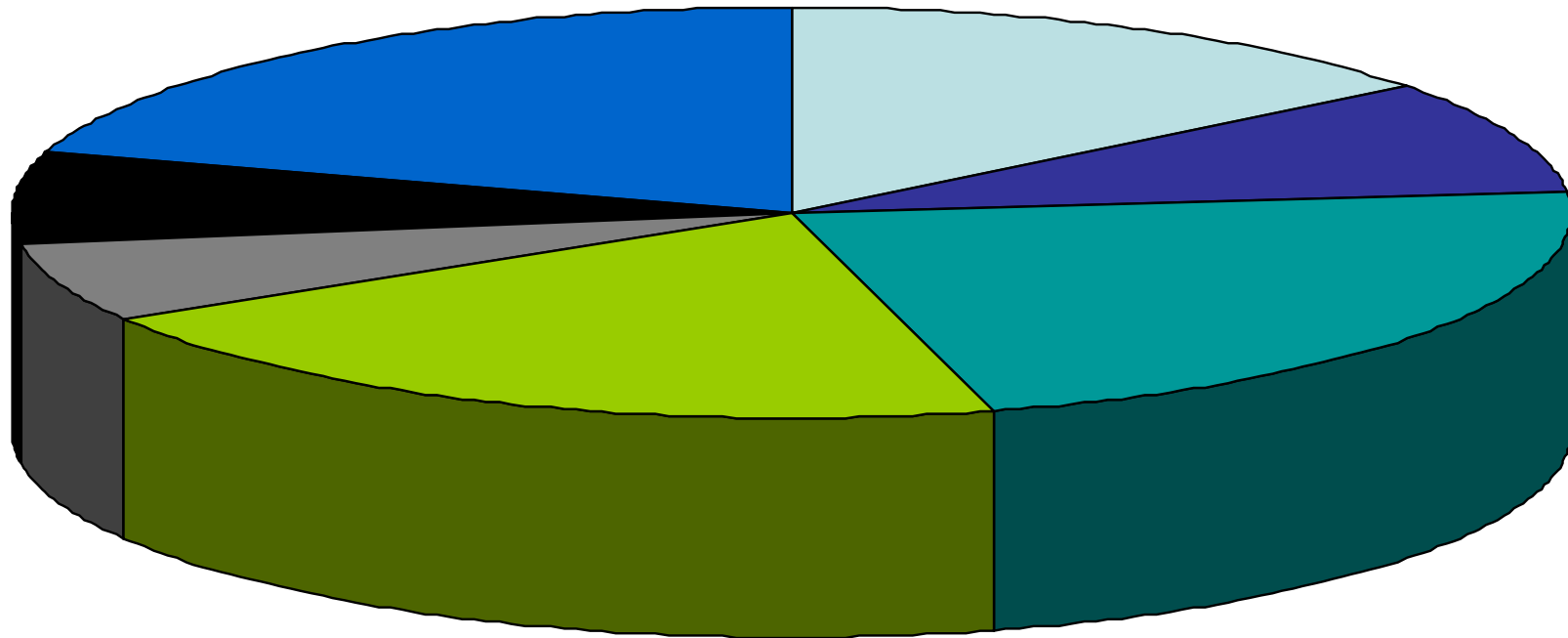
Quels patients sont à risque ?

➤ Nécessité d'un **dépistage annuel** si facteurs de risque suivant :

- **+ 60 ans**
- **HTA**
- **Diabète**
- **Cholestérol**
- **Cancers**
- **Obésité**
- **Maladies cardio-vasculaires**
- **VIH ou hépatites**
- **Prise de traitements au long cours (AINS, lithium...)**
- **Tabac**
- **Antécédents personnels ou familiaux de problèmes rénaux**



Étiologie de l'IRCT en France



Comment dépiste-t-on une MRC ?

- Recherche des **facteurs de risque**
- Prendre la tension, le poids et réaliser un premier dépistage avec une **bandelette urinaire** (protéinurie, hématurie ou leucocyturie)
- Si le dépistage urinaire est positif → **examens biologiques avec ordonnance mentionnant âge, sexe et poids :**
 - Créatininémie (μmol)
 - **Clairance calculée pour Cockcroft et Gault ou MDRD** (ml/min)
 - Urée sanguine (mmol/l)
 - Microalbuminurie ou protéinurie et créatininurie sur échantillon
 - Examen cyto bactériologique des urines



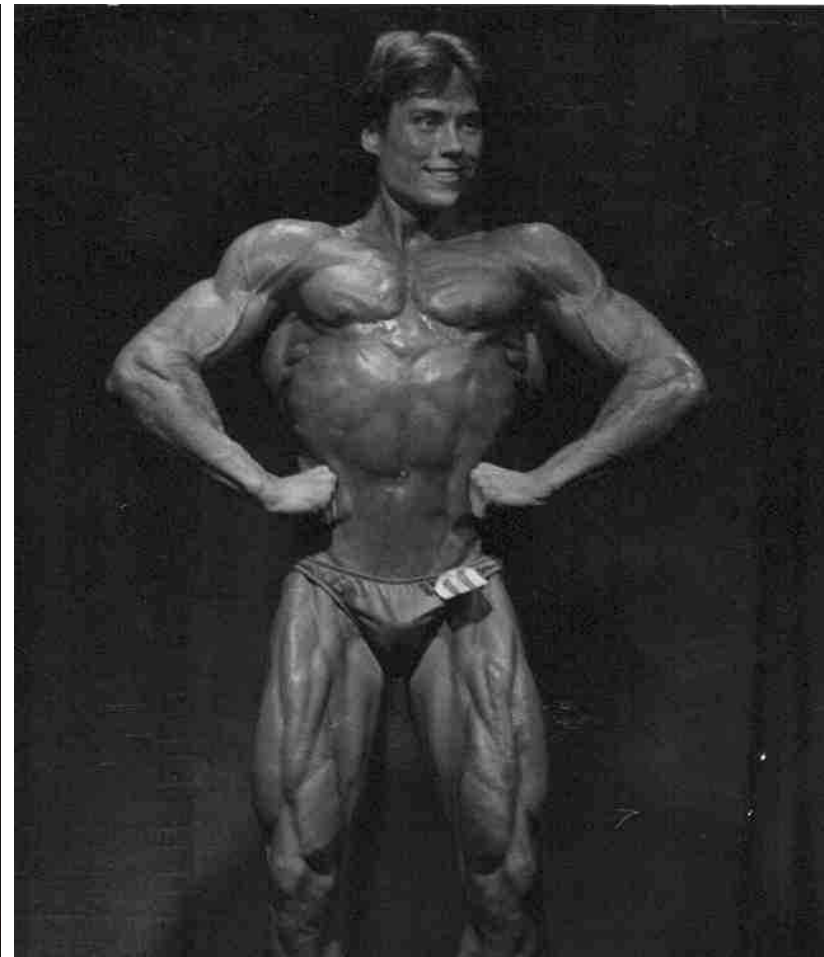
Stades des maladies rénales

Stade	Description	DFG *
1	Légères lésions rénales avec filtration normale ou augmentée	Plus de 90
2	Légère diminution de la fonction rénale	60-89
3	Diminution modérée de la fonction rénale	30-59
4	Baisse sévère de la fonction rénale	15-29
5	L'insuffisance rénale	< 15 (ou dialyse)

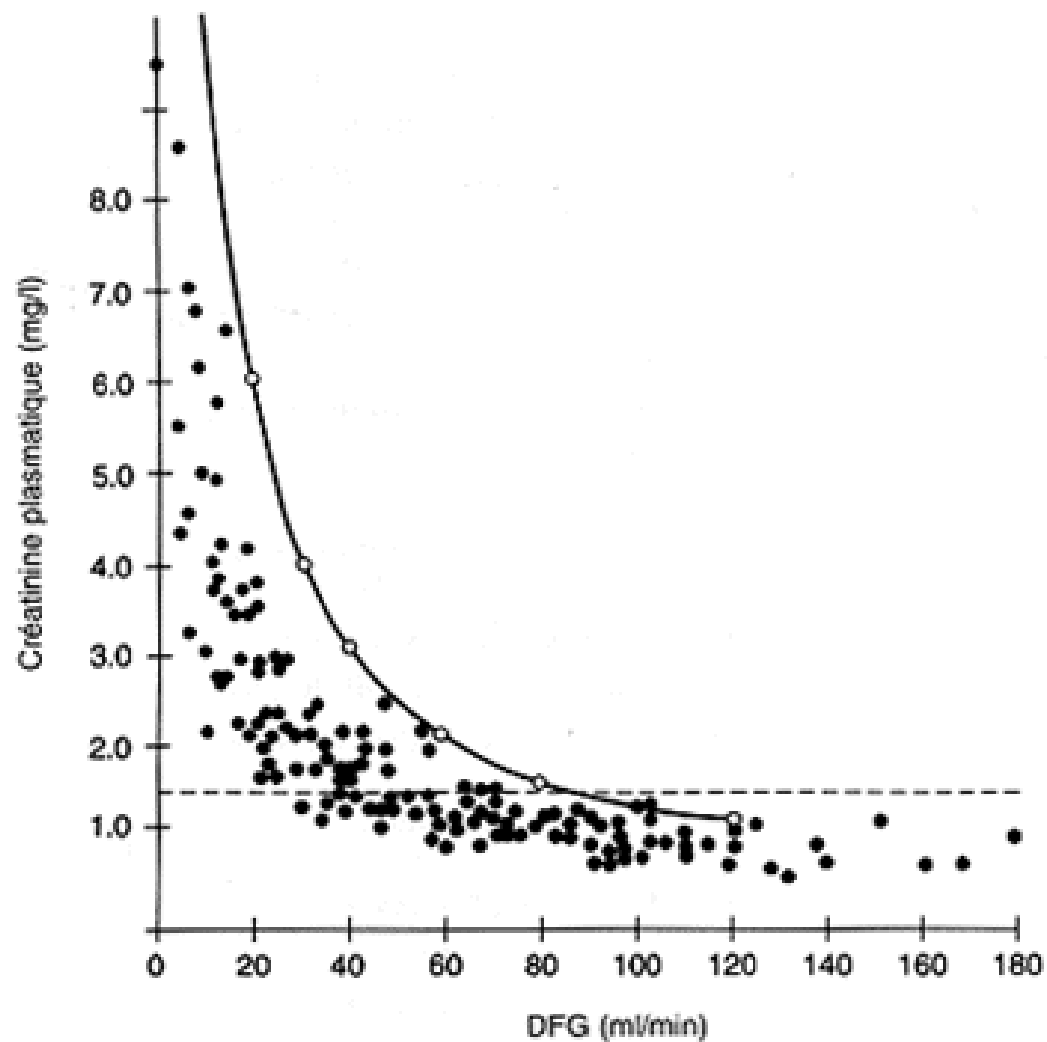
* GFR est le taux de filtration glomérulaire, une mesure de la fonction du rein.

ANAES 2002 : 4 stades - K/DOQI : 5 stades

ATTENTION à la CREATININÉMIE !



ATTENTION à la CREATININÉMIE !



Attention aux autres marqueurs rénaux !

- Les **autres marqueurs rénaux** sont :
 - La protéinurie > 300 mg/24 h ou rapport protéinurie/créatininurie >200 mg/g
 - Albuminurie normale < 30 mg/24 h

- Les **anomalies du sédiment urinaire** :
 - Hématurie pathologique : GR>10/mm³ ou 10 000/ml
 - Leucocyturie pathologique : GB> 10/mm³ ou 10 000/ml
 - La microalbuminurie est un signe d'alerte chez le diabétique, surtout de type 1

Quel que soit le DFG, la **persistance pendant plus de 3 mois** d'atteinte rénale témoigne d'une maladie rénale qui impose un diagnostic étiologique et/ou une surveillance néphrologique

Quand adresser son patient à un néphrologue ?

- En tant que MG, vous pouvez suivre vos patients MRC du dépistage jusqu'au stade terminale

- L'expertise du néphrologue est utile :
 - **En première intention**, si vous n'êtes pas à l'aise pour :
 - ✓ diagnostiquer la cause de la maladie rénale
 - ✓ Établir un plan de soins adapté aux besoins du patient

 - **Si votre patient présente un stade d'IRC > 3**

 - **Dans le cadre du suivi du patient**
 - ✓ Répondre à vos questions médicales
 - ✓ Assurer le suivi spécialisé du patient
 - ✓ Préparer la patient au traitement de suppléance

Egalement si

- si protéinurie néphrotique (IEC+sartans+...)
- si HTA mal contrôlée
- si suspicion de sténose de l'artère rénale
- si dégradation rapide de la fonction rénale
- si anémie pour prescription d'EPO

Comment adresser son patient à un néphrologue ?

- La **prescription médicale** doit mentionner obligatoirement :
 - Les antécédents médicaux du patient
 - Le motif de la demande de consultation
 - Les résultats de la clairance de la créatinine et des marqueurs rénaux
- Le patient doit venir avec **tous les résultats des ces examens biologiques et son échographie rénale** (asymétrie de taille, contours bosselés, reins de petites taille ou gros reins polykystiques, néphrocalcinose, calcul, hydronéphrose)

Quand adresser son patient à un service hospitalier ?

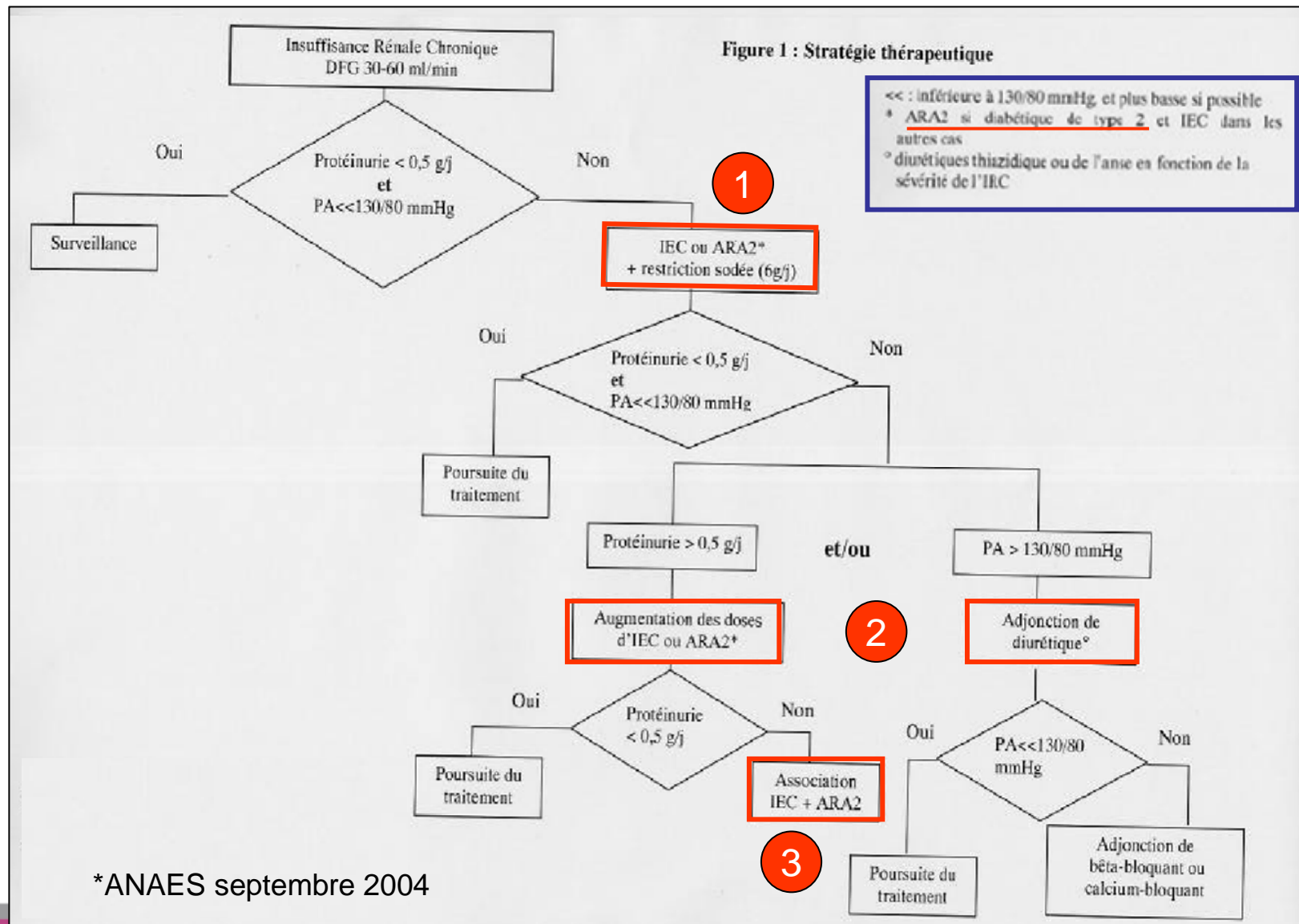
- Un patient peut être diagnostiqué à un stade déjà avancé de sa maladie
- Le recours aux **services hospitaliers de néphrologie en urgence** est nécessaire uniquement si :
 - La fonction rénale se dégrade rapidement
 - Si une ponction biopsie rénale est utile
 - Si le DFG estimé est < 15 ml/min pour envisager une dialyse
- En cas d'urgence, vous pouvez contacter notre réseau au 01 48 01 93 00

Objectifs de la prise en charge

- ✓ Contrôle tensionnel +++
- ✓ Diminution de la protéinurie (IEC/Sartans) +++
- ✓ Correction de l'anémie +++
- ✓ Etat nutritionnel satisfaisant
- ✓ Traitement des facteurs de risques associés
- ✓ Conseils diététiques (sel et apports protidiques)
- ✓ Prévention des complications de l'IRC (anémie, os...)
- ✓ Eviction des traitements néphrotoxiques (PCI, AINS...)
- ✓ Adaptation de la prescription à la fonction rénale
- ✓ Préparation à la dialyse (vaccination anti HBV,
- ✓ Préservation du capital veineux périphérique)

Recommandation ANAES

Ralentir la progression de l'IRC chez l'adulte*



Maladies rénales pour le patient



- Cela implique :
 - Des changements importants de ses habitudes alimentaires et de son style de vie
 - Un traitement médical lourd et complexe (12 spécialités jusqu'à 16 prises par jour !!!)
 - Un suivi médical qui s'alourdit face à la détérioration de la fonction rénale
 - Une personne dialysée a une qualité de vie inférieure à une personne atteinte d'un cancer
(Chiu, Y.W., et al., Pill burden, adherence, hyperphosphatemia, and quality of life in maintenance dialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol, 2009. 4(6): p. 1089-96.)

Nécessité de compétences d'auto-soins en néphrologie

- Prise de la pression artérielle
- Repérage de la survenue de certains symptômes (œdèmes des membres inférieurs, perte d'appétit, fatigue intense)
- Auto-observation de signes d'aggravation
- Savoir repérer une perte de motivation, la survenue de situations stressantes
- Prendre des décisions pour soi, prendre soin de soi
- Apprentissage des conduites à tenir en cas d'effets secondaires
- Que faire en cas d'oubli de prise de traitement, en cas de douleur ?
- Connaissance des équivalences alimentaires



Nécessité de compétences psychosociales en néphrologie

- Savoir expliquer sa maladie aux autres référents médicaux
- Savoir parler de sa maladie et de ses contraintes à son entourage tout en défendant une bonne image de soi
- Maintenir son degré de socialisation (prévenir l'isolement et le retrait social liés à l'âge et aux restrictions alimentaires)
- Maintenir une bonne estime de soi (les patients se sentent un poids pour leur famille)
- Savoir prendre les décisions adaptées (projet de vie professionnel, familial ou personnel) selon les stades de la maladie ou les contraintes de certains soins

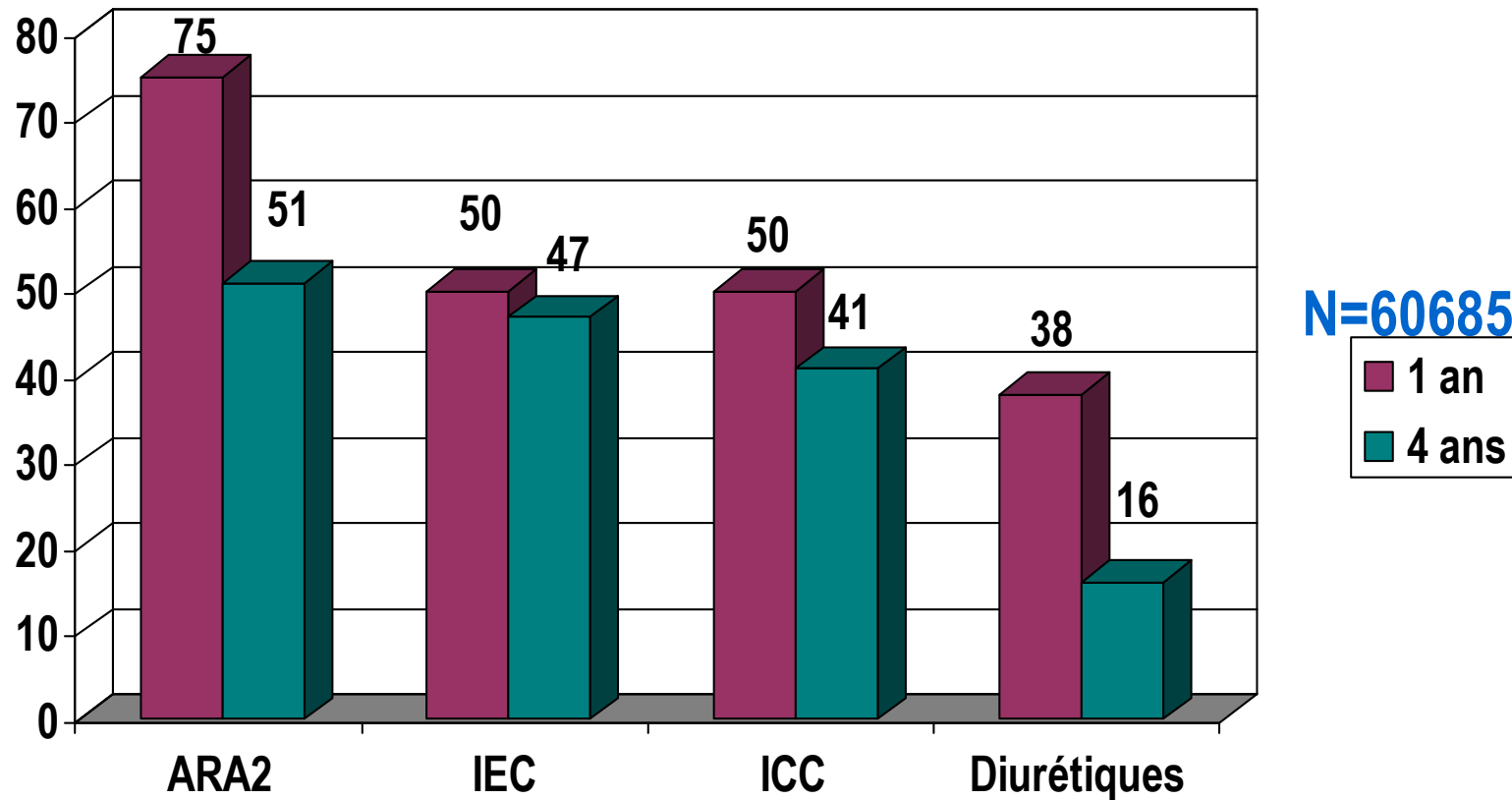
Maladies rénales en pratique



« 50 % des patients traités pour une maladie chronique ont des difficultés à un moment ou un autre de leur traitement, qui se traduit notamment par la non prise de leur médicament ».

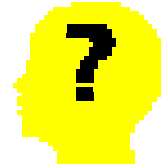
« Les professionnels sont parfois démunis face à la prise en charge de leurs patients confrontés à certaines difficultés de leur vie quotidienne »

Évolution de l'observance d'un traitement : Exemple de l'HTA



Elliott WJ, et al., *JABFM*, january-february 2007, Vol. 20 (1):72-80.

De nombreuses questions



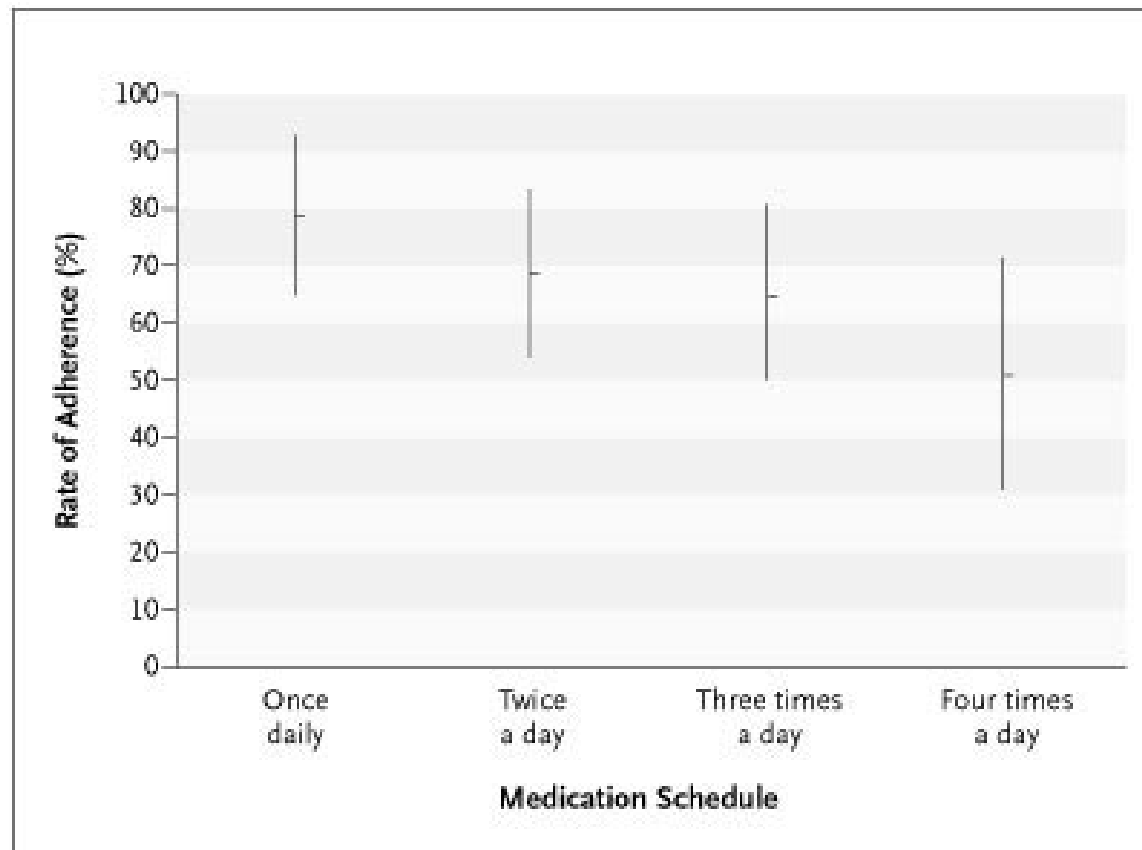
- Sa santé, sa maladie, son évolution et les répercussions dans sa vie...
- Ses traitements : les effets secondaires, les oublis, leur gestion quotidienne...
- Comment réagir dans certaines situations ?
- Son aptitude à gérer sa maladie notamment en cas de solitude
- Ses inquiétudes, ses incertitudes, appréhension de la dégradation ou des complications de son état de santé
- Les changements imposés parfois par la maladie chronique : fatigabilité, régulation de certains paramètres bio- cliniques, organisation de vie...
- Comment poursuivre ses projets de vie avec la maladie : travail, voyage, sexualité, désir d'enfants... ?

Etude phosphorescence: Observance vue par le médecin et le patient

		Observance définie selon le médecin			Phosphate
		Mauvais observant	Bon observant	Total	
Observance définie selon le patient	Mauvais observant	28% (n=16)	72% (n=41)	100% (n=57)	1.74 ± 0.5
	Bon observant	18% (n=19)	82% (n=88)	100% (n=107)	1.78 ± 0.5
Phosphate		2.17 ± 0.5	1.66 ± 0.4		

- 30% des “mauvais observant“ selon l’AQ ont un contrôle très satisfaisant de la phosphatémie
- Le médecin associe bon résultats et bonne observance

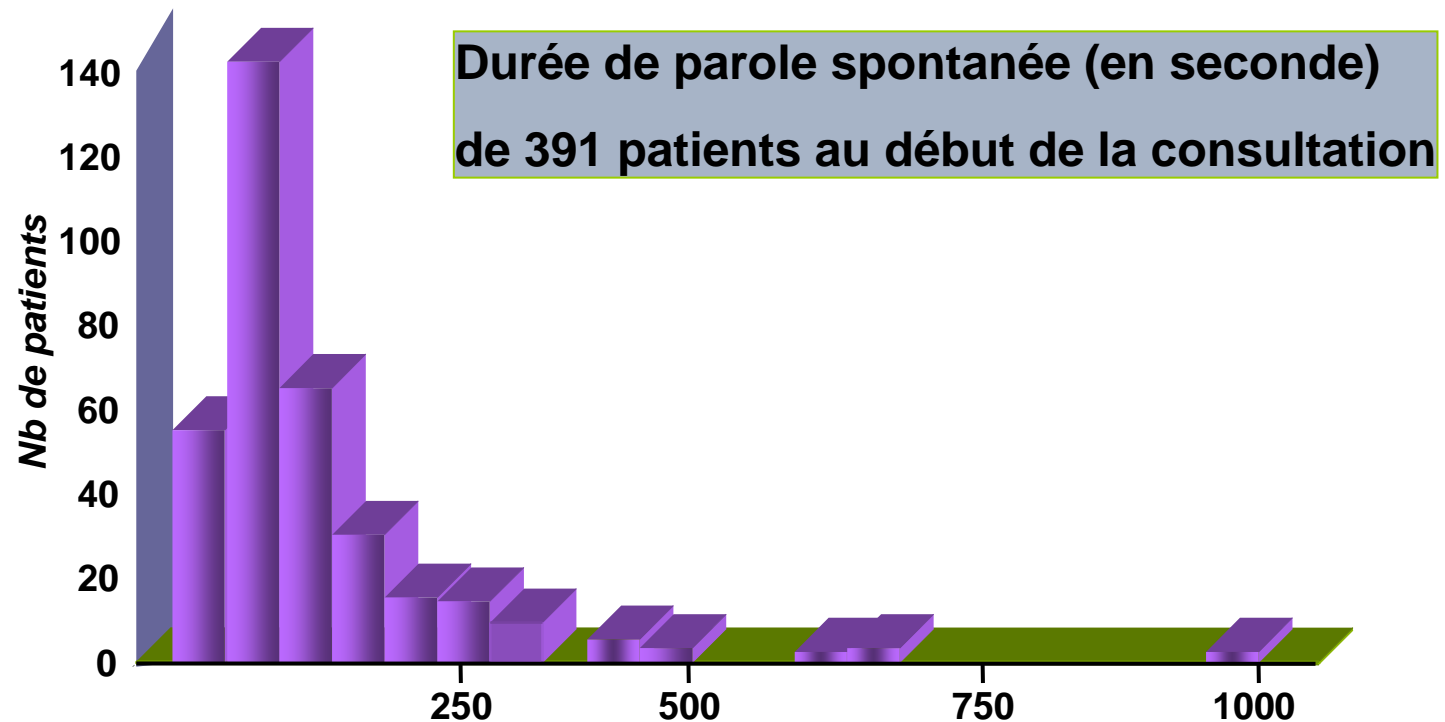
Observance et nombre de prises



Diminuer le nombre total de prises quotidiennes favorise l'observance mieux que diminuer le nombre total de médicaments

Osterberg, L. et al. N Engl J Med 2005;353:487-497 and Claxton et col, Clin Therap 2001

Et pour quelques secondes de plus...



La durée moyenne d'expression spontanée des patients est de **92 secondes**

78% des patients expriment leurs demandes en moins de **120 secondes**⁽¹⁾

Les médecins interrompent les patients au bout de **23,1 secondes**⁽²⁾

(1) Langewitz W. et coll. *BMJ* 2002; 325: 682-683.

(2) Marvel M.K. et coll. *JAMA* 1999; 281: 283-287.