

Partages d'espaces de connaissances d'une communauté « santé et chronicité »



Ce qu'il vous faut savoir :

Concerne : Formation des équipes médicales et para médicales pour pouvoir comprendre la problématique et répondre aux questions sur l'insuffisance rénale

Foire aux questions IRC patient–médecin, que répondre aux questions des patients chroniques

« J'ai quelques questions à vous poser Docteur »

Les entretiens de rein échos avec le Docteur K. ont débuté dans la newsletter Rein infos numéro 12 afin de répondre préalablement au questionnement récurrent de personnes malades, souhaitant obtenir des éléments nécessaires à leur information thérapeutique.

Il y a parfois quelques questions récurrentes posées par les insuffisants rénaux, que l'on retrouve également sur les forums. Nous avons sollicité le Docteur K. (néphrologue parisien) afin d'y apporter ses propres réponses. Une sorte de foire aux questions préalable pour les personnes malades nécessaire à leur information thérapeutique.

J'ai mal aux reins que faut-il faire ?

La plupart du temps, le «mal aux reins » correspond à des douleurs lombaires qui sont d'origine rhumatologique. Il s'agit de douleurs plutôt basses et situées des deux côtés de la colonne vertébrale, s'accroissant en fin de journée ou après des efforts. Les reins ne souffrent que dans deux circonstances : 1-une dilatation rapide des cavités du rein (bassinets) par suite d'un obstacle, notamment un calcul ; c'est la colique néphrétique, douleur très violente et le plus souvent d'un seul côté ; 2- une distension de la capsule du rein au cours d'une infection aiguë (pyélonéphrite) ou d'autres affections rénales entraînant un brusque gonflement de l'organe. Autant dire que ces douleurs surviennent dans un contexte bien particulier. Si on a un doute sur l'origine rénale de douleurs lombaires, quelques examens simples suffisent pour s'en assurer : échographie des reins, analyses de sang et d'urines.

Comment je peux m'apercevoir que mes reins ne fonctionnent pas bien ?

L'insuffisance rénale est une maladie particulièrement silencieuse et sournoise, ce qui explique qu'on la découvre encore trop souvent à un stade avancé. Les signes urinaires sont

souvent absents, en dehors de quelques maladies urologiques à l'origine de l'insuffisance rénale (prostate par exemple). La diurèse est conservée voire augmentée ! Les signes n'attirent pas toujours d'emblée l'attention sur le rein, et les anomalies biologiques (notamment urinaires) peuvent rester longtemps, isolées. Il faut donc contrôler systématiquement la fonction rénale devant certains symptômes tels que : œdèmes avec prise de poids rapide, présence de sang et/ou de protéines dans les urines, hypertension artérielle, diabète, essoufflement, anémie, et aussi systématiquement après 60 ans (une fois par an), ou en présence d'antécédents personnels ou familiaux particuliers.

Est-ce que je peux faire baisser ma tension artérielle ?

Une limitation raisonnable des apports de sel (par exemple 3 à 6g par jour au lieu des 10 à 15 que nous avons tous tendance à consommer quotidiennement), une perte de poids de plusieurs kilos, une activité physique régulière, l'arrêt de la consommation de tabac ont un effet favorable sur les chiffres de pression artérielle comme sur son retentissement (tabac) et doivent être conseillés dans tous les cas. Le stress excessif doit être diminué autant que possible (plus facile à dire qu'à faire !). Mais le traitement médicamenteux est indispensable si les chiffres de tension demeurent élevés, surtout s'il existe une maladie rénale car l'hypertension artérielle non contrôlée est le principal facteur d'aggravation des maladies rénales quelle qu'en soit la cause.

A quel moment dois-je consulter un néphrologue ?

Le parcours de soins tel qu'il est organisé actuellement nécessite que ce soit le généraliste qui adresse le patient au néphrologue. Il est souhaitable qu'un premier contact ait lieu le plus tôt possible lorsqu'une pathologie rénale est soupçonnée, a fortiori s'il existe une insuffisance rénale même modérée. Des mesures diagnostiques ou thérapeutiques ont d'autant plus de chance d'être efficaces qu'elles sont appliquées précocement. Aujourd'hui encore, près du tiers des insuffisants rénaux chroniques sont vus par un néphrologue moins de six mois avant le début de la dialyse. Or, de nombreuses méthodes de compensation de divers troubles liés à l'insuffisance rénale ou de protection peuvent, si elles sont entreprises tôt, empêcher ou retarder l'évolution vers une insuffisance rénale terminale. Certains médicaments sont à éviter ou sont à utiliser à doses adaptées. Il est donc préférable qu'une consultation ait lieu dès que le diagnostic est posé, de façon à définir, conjointement avec le médecin traitant, une stratégie de traitement et de surveillance, même si les consultations avec le spécialiste sont espacées à ce stade.

Une biopsie pourquoi faire Docteur ?

La biopsie rénale est un examen irremplaçable pour diagnostiquer avec précision nombre de maladies rénales (pour lesquelles les anomalies urinaires et sanguines ne donnent que des éléments d'orientation), par exemple les glomérulonéphrites ou les atteintes rénales des maladies systémiques (comme le lupus érythémateux disséminé), fournir des indications sur le pronostic, et guider le traitement. Elle est réalisée par voie percutanée, sous contrôle échographique, au cours d'une brève hospitalisation. Les accidents sont rares si les précautions et les contre-indications sont respectées. Il faut bien sûr faire cet examen avant que la maladie soit évoluée (minimum de risques, lésions identifiables et possibilités de traitement efficace).

A quel moment l'on devient malade chronique ?

Lorsqu'une maladie rénale chronique est identifiée, car même en l'absence d'insuffisance rénale, elle va nécessiter un traitement approprié et une surveillance au minimum annuelle. Ou lorsqu'une insuffisance rénale irréversible, quel qu'en soit le degré, est constatée sur une période de plusieurs mois. A partir de ce moment-là, il faut savoir et accepter que la vie va changer, qu'il faudra se soumettre à divers traitements et contrôles qui n'ont pour but de vous maintenir dans la meilleure santé possible.

C'est quoi exactement la dialyse ?

La dialyse consiste à débarrasser le sang de ses déchets, non éliminés par le rein, au travers d'une membrane semi perméable. De l'autre côté de la membrane circule un liquide stérile contenant divers constituants qu'on appelle dialysat. Les concentrations s'équilibrent de chaque côté de la membrane, ainsi les déchets azotés (urée, créatinine, acide urique), le potassium en excès, diverses toxines, sont épurés progressivement. Cette épuration extra rénale peut se faire grâce à deux techniques principales. Dans l'hémodialyse ou « rein artificiel », qui nécessite un circuit extra corporel (donc un accès aux vaisseaux, le plus souvent par une fistule artério veineuse), le sang est amené dans un dialyseur comprenant de nombreuses fibres creuses, faites de membranes synthétiques, où circule également le dialysat. Un générateur de dialyse assure la fabrication du dialysat à partir d'eau ultra pure et d'une solution concentrée d'électrolytes. L'hémodialyse comprend trois séances de quatre heures par semaine, Dans la dialyse péritonéale, la membrane semi perméable est constituée par la membrane péritonéale. Elle nécessite l'infusion, répétée plusieurs fois par jour, de dialysat dans la cavité péritonéale par l'intermédiaire d'un cathéter. Cette technique est effectuée de façon continue. Les contraintes horaires, qui existent dans les deux cas, sont donc de nature différente.

Est-ce que la dialyse fait souffrir Docteur ?

La dialyse en elle-même n'est pas douloureuse, mais elle peut être pénible s'il existe des prises de poids excessives entre chaque séance d'hémodialyse), avec notamment des chutes de tension et des crampes. Il est indispensable d'observer un régime strict et en particulier une limitation des apports en eau et en sel, d'autant que la diurèse se tarit souvent au bout de quelques semaines (Si on boit plus d'un litre d'eau par jour, on va obligatoirement prendre du poids). La diurèse est plus souvent conservée en dialyse péritonéale, ce qui peut permettre un régime moins strict. L'application de crème anesthésique permet d'éviter la douleur lors des ponctions de la fistule artério veineuse pour les séances d'hémodialyse.

Y a-t-il une possibilité pour ne plus rester en dialyse ?

En dehors de cas bien particuliers, la dialyse doit être continuée toute la vie. Sinon, c'est la mort par urémie. La seule solution pour y échapper est de pouvoir bénéficier d'un greffe de rein (donneur vivant apparenté, ou rein de donneur décédé). La greffe réussie permet de retrouver une vie pratiquement normale, mais au prix d'un traitement immunodépresseur permanent indispensable pour tolérer le greffon (et dont on cherche à maintenir les doses aussi basse que possible). Ce traitement peut entraîner ses effets secondaires propres, c'est pourquoi une surveillance médicale, plus ou moins espacée, demeure nécessaire.

Cela peut durer combien de temps une greffe rénale ?

C'est extrêmement variable. La tendance naturelle de l'organisme est de rejeter le greffon, c'est pourquoi le traitement immunodépresseur est indispensable. Les greffes de donneurs vivants apparentés durent plus longtemps. La greffe peut durer entre 15 et 20 ans, voire plus. Si elle est rejetée, il y a la possibilité de reprendre la dialyse en attendant une nouvelle greffe de rein. C'est l'énorme avantage par rapport à d'autres organes comme le cœur ou le foie.

Que doit-on faire ? Où faut-il s'inscrire ?

Consulter un néphrologue le plus tôt possible, se rapprocher des réseaux de santé en néphrologie pour bénéficier de leur aide et éventuellement des méthodes d'éducation thérapeutique, des associations de patients pour s'informer. C'est le néphrologue qui vous adressera à l'équipe de transplantation. Celle-ci procédera à votre inscription sur la liste d'attente après la réalisation des divers examens nécessaires.

J'ai un peu peur Docteur, cela va changer ma vie ?

Bien sûr cela va changer la vie, mais de grands progrès ont été effectués. Il existe des moyens efficaces pour ralentir, stabiliser, parfois guérir la maladie ! Plus tôt on consulte et on s'informe, mieux on se prépare à organiser sa vie en fonction de sa pathologie : hygiène de vie, si besoin contact avec une assistante sociale, un psychologue, information auprès des associations de patients qui éditent de nombreux documents fort utiles. Bref, à l'instar du diabétique qui gère au jour le jour son traitement, devenir acteur de sa prise en charge et non plus la subir !

Signé Docteur K Néphrologue



SECOND QUESTIONNAIRE

Ainsi nous sommes-nous fait porte-parole des patients en posant quelques nouvelles questions au Docteur K. :

1) Comment cerner la maladie rénale, suivre son évolution, et cela à partir de quelles paramètres Docteur SVP ?

Réponse du Dr K. :

L'insuffisance rénale est une maladie particulièrement silencieuse et sournoise, ce qui explique qu'on la découvre encore trop souvent à un stade avancé. Les signes urinaires sont souvent absents, en dehors de quelques maladies urologiques à l'origine de l'insuffisance rénale (prostate par exemple). On n'a aucune difficulté à uriner, la diurèse est conservée voire souvent augmentée ! Les symptômes, volontiers tardifs, n'attirent pas toujours d'emblée l'attention sur le rein, et les anomalies biologiques (notamment urinaires) peuvent rester longtemps, isolées. Il faut donc contrôler systématiquement la fonction rénale dans certaines circonstances : œdèmes avec prise de poids rapide, présence de sang et/ou de protéines dans les urines, hypertension artérielle, diabète, essoufflement, anémie ; mais aussi systématiquement après 60 ans (une fois par an), et en présence d'antécédents personnels ou familiaux particuliers, ou lors de l'administration de médicaments potentiellement toxiques pour les reins.

Ce dépistage est effectué par le médecin généraliste, par un spécialiste qui suit le patient pour une affection susceptible de se compliquer d'insuffisance rénale (urologue, diabétologue, cardiologue,...). Si un problème rénal est détecté, il faut alors adresser (aussi précocement que possible) le patient à un néphrologue (le spécialiste des maladies des reins) qui fera le point de la situation et proposera, le cas échéant, des explorations à visée diagnostique (biopsie rénale par exemple), puis des recommandations thérapeutiques, diététiques (avec l'aide d'une diététicienne), et de suivi.

Le dépistage d'une maladie rénale et/ou d'une insuffisance rénale repose sur des examens simples, sanguins et urinaires, que nous verrons plus loin.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution persistante du débit de filtration glomérulaire (DFG), mesuré ou le plus souvent évalué à partir de certaines formules nécessitant un dosage de la créatinine plasmatique. (la clairance de la créatinine est la méthode la plus courante permettant d'apprécier le DFG). Le DFG normal (clairance de la créatinine) est compris entre 90 et 120 ml/mn/1,73m² de surface corporelle.

2) Il faut préalablement découvrir, donc dépister une insuffisance rénale. Quels sont Docteur les critères pour le médecin généraliste, ou pour le néphrologue, soit les paramètres qui leurs permettent de cerner l'insuffisance rénale ?

Réponse du Dr K. :

Il existe de nombreux facteurs de risque qui peuvent prédisposer à une atteinte rénale. Certains sont bien connus : les anomalies congénitales ou acquises des voies urinaires qui gênent l'évacuation normale des urines ou provoquent des infections ascendantes (pyélonéphrites), les glomérulonéphrites de causes très variées (notamment infectieuse, bactérienne ou virale -VIH), l'hypertension artérielle non suivie ou non contrôlée (aux alentours de 140/90, voire 130/80 en cas de pathologie associée), le diabète qui est une des causes principales actuellement (l'atteinte rénale doit être systématiquement et régulièrement recherchée dans ce contexte), des médicaments (antiinflammatoires, produits de contraste iodés dans des conditions particulières, certains antibiotiques, certaines chimiothérapies...), les antécédents de maladies rénales transmissibles génétiquement.

D'autres ne sont pas toujours présents à l'esprit. Ainsi, le surpoids et a fortiori l'obésité favorisent l'insuffisance rénale en entraînant une hyper filtration prolongée. Le tabagisme est un facteur aggravant indiscutable, aussi bien chez le sujet diabétique que non diabétique. Des

médicaments qui s'accumulent ou ont des interactions avec d'autres peuvent comporter un risque pour les reins, d'où l'importance de respecter les doses prescrites et de ne pas faire de « mélanges » sans en parler à son médecin. Une bonne hygiène de vie, une activité physique régulière, ne peuvent qu'être bénéfiques pour les reins comme pour la santé en général. Enfin, ne pas oublier que les hommes sont deux fois plus exposés à l'insuffisance rénale que les femmes.

Comme il a été dit plus haut, l'insuffisance rénale est volontiers silencieuse. Elle peut être découverte dans des circonstances très diverses. Il peut s'agir d'une maladie rénale connue et surveillée, au cours de laquelle on constate une altération progressive de la fonction rénale. Dans ce cas, il faut adresser rapidement le patient à un néphrologue (près de trente pour cent des malades sont vus moins de six mois avant le stade de la dialyse). Ailleurs, la maladie rénale est inconnue ou se déclare plus tardivement. Le diagnostic sera fait soit à l'occasion de manifestations liées à la néphropathie (présence de sang ou d'albumine dans les urines, œdèmes, hypertension) conduisant à évaluer la fonction rénale, soit à l'occasion d'un bilan biologique systématique ou demandé pour d'autres raisons (d'où l'importance de bien les interpréter), soit devant des symptômes aussi banals qu'un essoufflement, une perte d'appétit, des nausées, une pâleur anormale...

Le bilan de dépistage est simple : recherche de protéines dans l'urine (sur les urines de 24 heures, mais aussi –plus simplement – sur échantillon d'urines du matin, couplé au dosage de la créatinine urinaire), examen cyto bactériologique urinaire (il est inutile de faire en dépistage le fastidieux compte d'Addis, qui nécessite un recueil d'urines pendant 3 heures), dosage de créatinine plasmatique (parfois couplé à celui de l'urée), échographie rénale afin d'apprécier la taille des reins, leurs contours, leur structure, et les voies excrétrices. D'autres examens s'avèrent utiles pour apprécier le retentissement éventuel d'une insuffisance rénale : numération globulaire, vitesse de sédimentation (VS) et dosage de la C réactive protéine ou CRP (marqueurs d'inflammation), ferritine, ionogramme sanguin avec dosage des protides et des bicarbonates, glycémie, uricémie, calcémie, phosphorémie, dosage de parathormone et de vitamine D, bilan lipidique, ...

3) Insuffisance rénale chronique dépistée Docteur, quelles analyses de sang et d'urine sont nécessaires ? Quels sont les principaux termes et unités employés ?

Réponse du Dr K. :

Chez l'Homme, chaque rein compte environ un million d'unités microscopiques qui ont pour fonction de filtrer le sang et de l'épurer de ses déchets : ce sont les néphrons. Les reins reçoivent un cinquième du débit cardiaque, soit un litre par minute. Le sang est composé d'éléments figurés (globules rouges, globules blancs) et de plasma. Les éléments figurés restent à l'intérieur des vaisseaux en quasi-totalité, le plasma est filtré par le rein. Environ 150 litres de plasma sont ainsi filtrés par jour, dont la plupart est réabsorbée au cours de la traversée des néphrons, puisque la quantité d'urines émise chaque jour est d'environ un litre et demi.

Voilà le vocabulaire important pour vous et son sens :

La créatinine est un produit terminal du catabolisme musculaire, elle est filtrée par les reins, c'est pour cela qu'elle est couramment utilisée comme marqueur de l'insuffisance rénale. Le taux de créatinine dépend essentiellement de deux facteurs : la masse musculaire et la fonction rénale. À fonction rénale équivalente, notre ami Schwarzenegger aura une créatinine

plus élevée qu'une jeune fille de 55 kg... Un taux de créatinine de $120\mu\text{mol/l}$ (13 mg/l) sera a priori considéré comme normal chez lui alors qu'il serait franchement élevé chez la jeune fille en question. L'urée, très ancrée dans nos souvenirs, est beaucoup moins fiable que la créatinine pour apprécier la fonction rénale car son taux est influencé pas d'autres facteurs tels que l'hydratation (si on ne boit pas suffisamment alors qu'il fait très chaud ou qu'on fait du sport, l'urée va s'élever bien plus vite que la créatinine) , et l'alimentation (si on engloutit tous les jours une côte de bœuf à l'Hippopotamus, l'urée sanguine sera plus élevée que si on suit un régime pauvre en protéides). Contrairement à ce qu'on croit souvent, une élévation modérée de l'urée n'entraîne aucun symptôme. Ce n'est que lorsque les taux sont très élevés (par exemple $>35\text{ mmol/l}$, $>2\text{ g/l}$) que surviennent des troubles digestifs, brûlures gastriques, nausées, perte d'appétit, voire hémorragies digestives (encore ces troubles ne sont-ils pas seulement liés à l'élévation de l'urée, mais aussi à d'autres perturbations engendrées par l'insuffisance rénale chronique). Dans le suivi de l'IRC, il est cependant utile de disposer de dosages simultanés de l'urée et de la créatinine pour voir s'ils évoluent de façon parallèle ou non. On peut en tirer des informations utiles.

Si la créatinine est un meilleur marqueur que l'urée, elle est loin d'être parfaitement fiable. Le DFG (débit de filtration glomérulaire) qui définit la fonction rénale, peut être abaissé de près de 40 % alors que le taux sanguin de créatinine reste encore dans les valeurs normales, notamment chez les personnes âgées, d'où l'intérêt d'évaluer ce DFG. En pratique courante, on peut le mesurer mais ceci nécessite un recueil des urines de 24h, fastidieux et souvent entaché d'erreurs. C'est pourquoi on recourt le plus souvent à des formules qui permettent d'évaluer le DFG à partir d'un simple dosage de la créatinine plasmatique. Il en existe deux. La formule de Cockcroft et Gault fait intervenir l'âge, le poids, et le sexe. Elle a été validée et appliquée depuis quelques années par les laboratoires d'analyse, sur recommandation de la Société de Néphrologie. Mais cette formule sous-estime la valeur du DFG chez les sujets âgés et maigres, et au contraire la surestime chez les sujets obèses, où une bonne partie du poids est due à la graisse et non aux muscles... La formule MDRD est maintenant recommandée, car elle est plus fiable dans ces deux circonstances, mais aussi chez les sujets africains. Elle nécessite un petit logiciel de calcul.

Il ne faut pas oublier que ces deux formules ne donnent qu'une évaluation du DFG : il ne faut pas les prendre au ml/mn près ! Leur but est surtout le dépistage et l'appréciation du degré de l'insuffisance rénale. Une décision de mise en dialyse ne se fonde pas seulement sur la valeur obtenue par l'une ou l'autre de ces formules, mais aussi sur le retentissement de l'IRC sur différents paramètres (retentissement cardiovasculaire, anémie, bilan phosphocalcique,...). De même, une diminution modérée du DFG (aux alentours de 50ml/mn par exemple) chez une personne âgée n'ayant par ailleurs aucun signe d'atteinte rénale et aucun retentissement n'est pas synonyme d'IRC avec risque d'évolution vers la dialyse ! En revanche, cette notion peut conduire à observer une certaine prudence dans les prescriptions, notamment adapter la dose des médicaments éliminés par le rein pour éviter des effets secondaires liés à une accumulation de ceux-ci. C'est un bon exemple de médecine de prévention... On soigne des patients et non des valeurs biologiques ! Celles-ci représentent une aide au diagnostic et à l'appréciation d'une situation donnée.

Il est important de prendre l'avis d'un néphrologue en cas de signes d'atteinte rénale (protéines dans l'urine, microalbuminurie persistante chez le diabétique, sang dans l'urine,...) et/ou d'insuffisance rénale, même débutante. Le néphrologue fera le point de la situation, proposera éventuellement des examens complémentaires (biopsie rénale), qui auront d'autant plus de chance de donner des résultats utiles qu'ils auront été effectués précocement, rassurera

le cas échéant, et pourra mettre en place un protocole de suivi avec le médecin généraliste. Ce suivi peut se faire à intervalles plus ou moins rapprochés (tous les ans parfois, tous les six mois ou tous les trois mois, voire moins, en cas d'insuffisance rénale importante). Il est capital car il permet d'adapter le traitement et de préparer à la dialyse et/ou à la greffe lorsque la fonction rénale se dégrade (DFG aux alentours de 30ml/mn). Aujourd'hui, encore trente pour cent des patients atteints d'IRC sont vus par un néphrologue moins de six mois avant le début de la dialyse et ceci est très préjudiciable pour leur avenir. Les patients vus tôt et suivis régulièrement par un néphrologue, en collaboration avec leur généraliste, bénéficient de la prise en charge la plus appropriée, aussi bien au plan médical qu'humain dans une situation très anxiogène : protection éventuelle contre l'hépatite B, médicaments adaptés susceptibles de ralentir l'évolution de l'IRC (antihypertenseurs, en particuliers inhibiteurs de l'enzyme de conversion et antagonistes de l'angiotensine 2 qui diminuent à la fois la pression artérielle et la protéinurie comme la microalbuminurie, et sont donc davantage « néphroprotecteurs »), correction de l'anémie, des troubles du calcium et du phosphore, information sur les différentes options de dialyse et sur la greffe... Cela leur permet d'aborder dans les meilleures conditions la dialyse, si elle s'avère nécessaire, et de préserver leur avenir, puisqu'actuellement les dialysés et greffés vivent de plus en plus longtemps !

En cas de variation des résultats biologiques, de chiffres inscrits en gras, que faire ? Avant tout, ne pas s'affoler à tort. L'ordinateur est stupide, il met systématiquement en gras les valeurs qui s'écartent des valeurs définies comme normales, même si cet écart est minime. De plus il faut se rappeler que même dans les meilleurs laboratoires d'analyse, les résultats sont donnés avec une petite marge d'approximation. Le mieux est de noter les valeurs qui inquiètent pour en parler au généraliste ou au néphrologue lors de la prochaine consultation, à moins bien sûr que la valeur en question soit très différente des précédentes ou très anormale, auquel cas il faut contacter le médecin rapidement, ne fut-ce que pour vérifier le bilan. Par exemple, si la créatinine est plus élevée qu'auparavant, il peut être utile de voir si l'urée a monté parallèlement (au cas où elle ait été dosée simultanément), de regarder si cette élévation de la créatinine s'accompagne de modifications qui témoignent d'un retentissement plus important de l'IRC (anémie, baisse du calcium,...). Mais de toute façon, ce qui compte, c'est l'évolution sur plusieurs dosages qui permettra de constater qu'il s'agit d'une modification transitoire (ce qui est loin d'être rare) ou d'une évolution progressive (ce qui permettra de prendre certaines dispositions à temps).

Pour citer quelques autres exemples :

Un taux de potassium modérément élevé (jusqu'à 5,5 mmol/l) ne comporte pas grand risque ;
Un taux de bicarbonates inférieur à 22 mmol/l (acidose) justifie un traitement alcalinisant ;
Mais un taux d'acide urique élevé à 508 μ mol/l (90 mg/l) ne justifie pas de traitement en l'absence de crise de goutte.

La microalbuminurie peut varier de 40% chez la même personne, elle augmente facilement en cas d'effort physique, de fièvre, d'infection urinaire (d'où l'intérêt de toujours demander un ECBU en même temps).

La présence de germes dans l'urine doit être interprétée en fonction de leur concentration (significative seulement si >100.000 colonies/ml) et de l'existence éventuelle d'une leucocyturie anormale (>10.000/ml) et de signes cliniques (brûlures en urinant) ;
La VS peut être élevée sans traduire forcément une inflammation, la CRP est alors normale ;
Il est habituel de constater un taux de parathormone élevé dans l'IRC (jusqu'à au moins 3 fois

la normale) et ceci ne requiert pas de traitement. En revanche, il faut prendre en considération, sans urgence immédiate, des taux de calcémie franchement abaissés (ex < 2,10 mmol/l ou 84 mg/l) ou des taux de phosphorémie élevés (ex >1,8mmol/l ou 56 mg/ l) et les corriger avec des traitements appropriés.

En l'absence de déficit en fer associé, une anémie importante (hémoglobine<10g/l) peut justifier un traitement par érythropoïétine recombinante (EPO), donné par injections sous cutanées (toutes les semaines à tous les mois), sous surveillance de la pression artérielle et de la numération globulaire.

Enfin, en dehors des examens complémentaires, l'appréciation du bon contrôle de la pression artérielle repose sur une moyenne des chiffres relevés. Ce n'est pas parce qu'on trouve une fois, lors d'une consultation, une pression artérielle à 160/90 qu'il faut changer le traitement, surtout si les chiffres observés en auto-mesure sont normaux. La pression artérielle doit toujours être mesurée après cinq minutes de repos, au calme. Le stress d'une consultation, une attente un peu longue, peuvent suffire à faire monter la tension alors qu'elle est normale à la maison. En cas de doute, on peut recourir à un enregistrement ambulatoire de la pression artérielle, ou mieux à l'auto-mesure pour les patients qui les peuvent. Dans ce cas, il est préférable d'utiliser un appareil d'auto-mesure avec brassard (la prise de tension au poignet est plus sensible aux variations de position), et il est inutile de prendre la tension vingt fois par jour... La meilleure méthode pour avoir une bonne idée du contrôle tensionnel est celle des « 3 fois 3 » : 3 mesures de tension matin et soir, 3 jours de suite.

Tous ces exemples illustrent bien l'intérêt d'un suivi régulier et conjoint par le généraliste et le néphrologue (auquel s'ajoute, pour les diabétiques, le suivi par le diabétologue, le cardiologue, l'ophtalmologiste,...), qui permet de dépister et de prendre en charge à temps les différentes perturbations entraînées par une insuffisance rénale chronique. Il permet aussi de préparer le moment venu la dialyse et la greffe

Aux stades 1 et 2, les consultations chez le néphrologue sont espacées. On procède à la vaccination contre l'hépatite B si nécessaire, on met en place les mesures thérapeutiques permettant de stabiliser ou de freiner l'évolution (notamment contrôle de la pression artérielle par les antihypertenseurs néphroprotecteurs). On peut conseiller l'inscription dans un réseau de santé (exemple RENIF en Ile de France), qui permet en particulier le recours à une diététicienne pour conseiller un régime modérément restreint en protéines. Au stade 3, les consultations spécialisées se rapprochent, on corrige éventuellement les troubles phosphocalciques, l'anémie, on aborde l'information sur les différentes modalités de dialyse, la greffe.

Au stade 4, la dialyse est imminente. Mais l'indication ne repose pas uniquement sur la valeur du DFG. Elle tient également compte de l'état général, du retentissement de l'IRC, notamment cardiovasculaire (mauvais tolérance cardiaque). L'information pré-dialyse doit être renouvelée, ainsi que le contact éventuel avec une équipe de transplantation pour finaliser le lourd bilan pré-transplantation et confirmer l'inscription sur liste d'attente de greffe. L'éducation thérapeutique peut également être utile à ce stade, surtout lorsqu'une technique de dialyse autonome est choisie par le patient (dialyse péritonéale, auto-dialyse ou hémodialyse à domicile).

On conçoit bien que lorsque le patient n'est vu qu'à ce stade, il aborde cette épreuve dans les plus mauvaises conditions médicales et psychologiques. Plusieurs études ont du reste montré

que cette prise en charge tardive influait défavorablement sur la qualité et la durée de vie de ces patients.

Encadré : Annexe tableau des valeurs moyennes pouvant intéresser les insuffisants rénaux chroniques:

Voilà quelques chiffres clés et unités de repères pour vous, lors des résultats d'examens de laboratoires :

Les valeurs indiquées sont des valeurs moyennes, données ici à titre indicatif : les valeurs normales varient selon les laboratoires, les résultats qui s'en écartent en plus ou en moins s'affichent en gras, même si la variation est modeste... Pas de panique ! Il faut en parler d'abord à son médecin, soit lors de la prochaine consultation, soit plus tôt si l'écart est très important.

- Numération globulaire

Globules rouges (hématies)

Femme 4 à 5,2 millions/mm³

Homme 4,4 à 5,7 millions/mm³

Globules blancs (leucocytes)

4.000 à 10.000/mm³

Hématocrite (Hct)

Femme 37 à 46 %

Homme 42 à 52%

Hémoglobine (Hb)

Femme 12,3 à 15,7 g/100 ml

Homme 14 à 17,4 g/100 ml

Plaquettes 130.000 à 400.000/mm³

Vitesse de sédimentation

6 à 10 mm/1 heure

- Ionogramme sanguin

- Sodium 138 à 142 mmol/l

- Potassium 3,8 à 5,2 mmol/l

- Chlore 100 à 105 mmol

- Bicarbonates 25 à 27 mmol/l

- Urée 2,5 à 7,5 mmol/l (0,15 à 0,45 g/l)

- Créatinine 50 à 110 µmol/l (6 à 12 mg/l), chez l'homme jusqu'à 120 µmol/l (13mg/l) en raison de la masse musculaire plus élevée.

- Clairance de la créatinine (DFG) : 90 à 120 ml/mn

- Protéinurie : 0 à 0,10 g/l

- Microalbuminurie : <20 mg/l, ou mieux <20 mg/g de créatininurie.

- Examen cyto bactériologique urinaire (ECBU) : hématies < 10.000/ml, leucocytes <10.000/ml, culture stérile (< 1000 colonies/ml).

- Glycémie : 3,6 à 5,5 mmol/l (0,8 à 1 g/l)

- Hémoglobine glyquée (suivi du diabète) : < 6,5 %

- Uricémie : 120 à 420 µmol/l (20 à 70 mg/l)

- Calcémie : 2,25 à 2,5 mmol/l (90 à 100 mg/l)

- Phosphorémie : 0,8 à 1,5 mmol/l (25 à 46 mg/l)

- Ferritine : 20 à 400 µg/l (20 à 200 chez la femme)

Parathormone : 10 à 65 ng/l

- Vit D3 : >30ng/l ou 75 nmol/l
- Cholestérol total <2 g/l (<5 mmol/l), HDL cholestérol (le « bon ») : >0,35 g/l, (>0,9 mmol/l), LDL cholestérol (le « mauvais ») : <1,60 g/l, (4,1 mmol/l), triglycérides ; <1,5 g/l (<1,7 mmol/l).

4) A propos du suivi de l'insuffisance rénale chronique terminale (en dialyse et transplantation) quels facteurs suivez-vous de près Docteur ?

Réponse du Dr K. :

En dialyse, plusieurs éléments font l'objet d'une attention particulière, et justifient la réalisation régulière de bilans avant et après dialyse (tous les quinze jours à tous les mois), et d'autres bilans plus espacés, tous les trois ou six mois, et d'un bilan annuel :

- le poids « sec », c'est-à-dire le poids qui ne comporte pas de surcharge hydrique. En hémodialyse, il est déterminé par des données cliniques (pression artérielle normale, sans chutes, absence de crampes) et biologiques (taux des protéides sanguins avant et après dialyse). Il doit être réévalué en permanence car il peut varier à l'occasion d'un état grippal, d'une perte d'appétit, d'une diarrhée, etc. Si le patient perd de la masse musculaire et que le poids sec n'est pas diminué, il peut développer une surcharge qui se manifesterait brutalement sous forme d'un œdème pulmonaire par exemple. Cette notion de poids sec doit également être appréhendée en dialyse péritonéale.*
- L'état nutritionnel. Il est souhaitable qu'il soit évalué régulièrement avec l'aide d'une diététicienne, qui apportera en même temps des conseils précieux pour le suivi des contraintes diététiques toujours lourdes.
- La pression artérielle qui doit être contrôlée, avant tout par le maintien au poids sec, et au besoin par des antihypertenseurs.
- Les taux d'urée et de créatinine avant et après dialyse, qui permettent d'apprécier la qualité de l'épuration extra rénale (et de calculer éventuellement le fameux index KT/V, qui renseigne sur l'efficacité de l'épuration extra rénale).
- Le taux de potassium avant dialyse, très sensible aux excès alimentaires, surtout au retour des week-ends (où il y a un intervalle de 3 jours entre deux dialyses), avec risque de complications cardiaques graves s'il atteint 6mmol/l.
- Le taux des bicarbonates avant dialyse, pour corriger une acidose éventuelle (l'acidose est très préjudiciable à l'état nutritionnel et majore les conséquences osseuses de l'IRC).
- L'anémie (il est souhaitable que l'hémoglobine se situe entre 11 et 12 g/100ml, ni au-dessus, ni en dessous de 10g/100ml). La plupart des patients reçoivent de l'EPO pour tenir cet objectif. La ferritine est aussi régulièrement dosée pour apprécier les réserves de fer.
- Le calcium et le phosphore qui doivent rester dans des valeurs proches de la normale.
- À intervalles plus espacés, la parathormone et la vitamine D, le bilan lipidique, le bilan hépatique, l'état cardiaque (échographie) et osseux, tous ces éléments étant communiqués à l'équipe de transplantation si le patient est inscrit sur liste d'attente...

Après greffe, ce sont les indicateurs habituels de la fonction rénale qui sont contrôlés à intervalles variables suivant la date de la greffe (protéinurie, ECBU, créatinine, NFS,...). S'y ajoutent les dosages de tel ou tel immunodépresseur en fonction du protocole thérapeutique utilisé, indispensables car la plupart des immunodépresseurs peuvent avoir des conséquences délétères en cas de surdosage, notamment sur le rein (exemple : Ciclosporine, Tacrolimus...). La vigilance est au niveau maximum dans les premiers mois suivant la greffe, où les rejets et les complications infectieuses sont plus fréquents. Toute variation, même modérée, d'un paramètre doit faire l'objet d'un contrôle rapide.

Il ne faut pas oublier que la réussite de la greffe repose aussi sur l'observance rigoureuse du traitement immunodépresseur, même s'il est donné – dans les meilleurs cas – à petites doses, observance indispensable pour maintenir la tolérance du greffon. Si le traitement n'est pas régulièrement suivi, on met en péril son rein greffé, ce bien particulièrement précieux qui permet de vivre sans les contraintes de la dialyse, avec une qualité de vie souvent bien meilleure. Ce traitement doit être poursuivi à vie. La greffe n'est pas une guérison complète ! Les retours en dialyse sont possibles (une nouvelle greffe aussi, heureusement !) et il faut donc rester attentif, et ne pas surajouter de facteurs de risque (prise de poids excessive, tabagisme, diabète, hypercholestérolémie,...).

Après plusieurs années de greffe réussie, il faut aussi savoir que l'incidence des cancers est légèrement augmentée et prendre les mesures préventives nécessaires : éviter l'exposition au soleil ou se protéger (ceci dès le début de la greffe), effectuer les examens de dépistage conseillés, consulter en cas de symptômes anormaux...

L'observance du traitement et la vigilance, même des années après, sont le secret d'une longue vie !

5) Quelles sont vos conclusions Docteur K. ?

Réponse du Dr K. :

Le patient atteint d'une maladie rénale chronique, avec ou sans insuffisance rénale, doit suivre scrupuleusement ses traitements, mais aussi doit apprendre à lire ses résultats d'analyses, suivre les améliorations comme les aggravations éventuelles, sans crainte excessive, et surtout en parler avec son médecin généraliste ou son néphrologue lors de sa prochaine consultation, et au besoin l'alerter avant celle-ci s'il constate des variations importantes ou anormales. C'est ainsi qu'il deviendra un véritable acteur de sa santé.

Rappel : Classification des différents stades de l'insuffisance rénale chronique :

Stade 1 Maladie rénale chronique

DFG (clairance de la créatinine) > 60 ml / mn (60 – 89), avec existence d'anomalies rénales biologiques et/ou anatomiques et/ou morphologiques.

Stade 2 IRC modérée

DFG entre 30 et 59 ml / mn.

Stade 3 IRC sévère

DFG entre 15 et 29 ml / mn.

Stade 4 IRC terminale (les reins ne fonctionnent presque plus, la dialyse ou la transplantation sont nécessaires)

DFG < 15 ml / mn.

Rein échos, remercie le Docteur K. pour cet éclairage fort important pour nos lecteurs. Nous pensons que ces entretiens pourraient faire l'objet de vidéos pour l'ETP, nous en avons déjà défini les contenus.