



Maladies rénales : les nouveaux enjeux

Pierre Ronco
Unité INSERM UMR_S 702
Service de Néphrologie et Dialyses,
Hôpital Tenon, Paris, France

Société Médicale des Hôpitaux
16 mars 2012

Epidémiologie

- Entre 2 et 4 millions de personnes en France ont une maladie rénale chronique, et la grande majorité l'ignore
- Le risque d'accident cardiovasculaire, d'autant plus élevé que l'insuffisance rénale est sévère, est plus grand que le risque d'insuffisance rénale « terminale »

Classification et description des stades de la maladie rénale chronique

Stade	Description	DFG (mL/min/1,73 m ²)
1	Lésion rénale ¹ avec DFG normal ou augmenté	≥ 90
2	Lésion rénale ¹ avec baisse minime du DFG	60–89
3	Baisse modérée du DFG	30–59
4	Baisse sévère du DFG	15–29
5	Insuffisance rénale terminale	< 15 ou dialyse

DFG : débit de filtration glomérulaire.

¹ Lésion rénale définie par la persistance pendant plus de trois mois d'anomalies rénales histologiques et/ou morphologiques et/ou biologiques (ratio albumine/créatinine > 3 mg/mmol [30 mg/g] de créatinine).

Conséquences de la classification en stades de la MRC

- Définition unique d'un ensemble de maladies dont la nosologie est complexe
- Remplacement de la créatinine sérique par les formules * :
 - MDRD : « **Modification of Diet in Renal Disease** »
 - CKD-EPI : « **Chronic Kidney Disease-Epidemiology** »
- Stades de la sévérité croissante pour l'application de recommandations diététiques et thérapeutiques

* <http://www.soc-nephrologie.org/eservice/calcul/eDFG.htm>

Enjeu 1: Améliorer la connaissance de l'épidémiologie de la MRC

- IRCT stade 5 traité : 70 000 patients (53% dialyse, 47% greffon rénal) enregistrés dans REIN :

Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie

- **Etude des 3 cités (sujets > 70 ans): 27.9%**
7%, stade 1 + 2 ; 16,7% stade 3A ; 4,2% stade 3B et +
 - Cohorte CKD-REIN > 3 600 malades (5 ans)
(Investissements d'Avenir 2011)
 - patients, praticiens, services, coûts
 - biobanque
-

Enjeu 2 : Améliorer le dépistage et la prévention de la MRC

- Enjeu majeur à cause du risque cardiovasculaire
 - Difficile car maladie silencieuse (« silent killer »)
 - Cibler les groupes à risque pour :
 - mesure de la pression artérielle
 - recherche de protéinurie (bandelette)
 - dosage de créatinine plasmatique
 - microalbuminurie chez le diabétique
-

Groupes à risque pour un dépistage ciblé de la maladie rénale chronique

Priorité très élevée :

- diabète
- hypertension artérielle
- maladie cardiovasculaire

Dépistage à considérer :

- âge élevé
- antécédents familiaux de maladie rénale chronique
- obésité
- autres facteurs de risque cardiovasculaire
- réduction néphronique (antécédents de néphrectomie ou de petit poids de naissance)
- médicaments néphrotoxiques
- infections chroniques des reins ou des voies urinaires
- cancers des reins, des voies urinaires, ou hémopathies

Formation, information et communication

- Etudiants, médecins, diététiciennes, biologistes
 - Campagnes d'information et de dépistage : Semaine du Rein, Journée Mondiale du Rein
 - Réseau régionaux de prise en charge de la MRC
(RENIF, <http://www.renif.fr>)
 - patients et professionnels (généralistes, spécialistes, pharmaciens, biologistes, diététiciennes, infirmières)
 - dépistage en foyers
 - Laboratoires d'analyses +++
-

Enjeu 2 : Conclusions sur le dépistage

- L'amélioration du dépistage de la MRC est un **devoir national**
 - Les maladies rénales peuvent souvent faire l'objet d'un traitement spécifique
 - En amont, dépister et traiter les maladies qui sont pourvoyeuses de MRC : diabète, HTA, maladies cardiovasculaires
-

Enjeu 3 : Développer la recherche

- Objectif : nouvelles cibles thérapeutiques et biomarqueurs diagnostiques et pronostiques
 - Les succès de la recherche :
 - Identification des gènes du syndrome néphrotique héréditaire: podocine, INF2,...
 - Identification des mutations inhibitrices ou activatrices des facteurs H, I, C3, ... et des anticorps anti-H dans le SHU atypique
 - Nouveaux traitements
 - Caractérisation des antigènes impliqués dans les GEM
 - Nouveaux biomarqueurs
-

Les axes de recherche à développer

- Recherche épidémiologique
 - Recherche physiopathologique (maladies rénales spécifiques, progression de la MRC)
 - Recherche thérapeutique : insuffisance rénale aiguë, médecine régénérative (mais complexité du rein)
-

Enjeu 4 : Diminuer le risque cardiovasculaire

- Risque de mortalité cardiovasculaire
 - x 15 à 30 chez le patient dialysé
 - x 2 à 3 en cas de MRC
 - L'altération de la fonction rénale est un facteur de risque vital dans l'insuffisance cardiaque et après infarctus du myocarde
 - La microalbuminurie est un marqueur de risque cardiovasculaire
- 👉 la MRC est un facteur de risque cardiovasculaire à part entière

Quel est le lien entre l'atteinte rénale et le risque cardiaque?

- Altération des fonctions endothéliales : production de dérivés actifs de l'oxygène et d'ADMA (« asymmetric dimethylarginine ») qui diminue la production de NO
 - Dérèglement de la fonction endocrine des reins, notamment vitamine D dont la diminution favorise les calcifications vasculaires (rôle délétère du phosphore)
 - Augmentation de la rigidité de la paroi vasculaire (vitesse onde de pouls)
- 👉 Explorer le rein (albuminurie, créatininémie) chez les « cardiaques » et les « diabétiques » et corriger les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables chez les « malades rénaux »

Enjeu 5 : Améliorer la prise en charge : rôle de l'éducation thérapeutique

- Une double constatation : défaut d'observance des patients, manque de temps des prescripteurs
 - Informer le malade et l'impliquer
 - Rendre le malade « acteur » de sa prise en charge
 - Couvre les pratiques alimentaires, l'exercice physique, le respect des prescriptions...
-

Conclusions

- La MRC a une forte prévalence
 - La MRC est un défi médical, scientifique, social et politique
 - Les enjeux humains et économiques sont énormes
 - Une prise de conscience est nécessaire
-