

Interview - Plaidoyer pour une meilleure surveillance rénale précoce des patients vivant avec un diabète

Caroline Guignot | Actualités Médicales | 2 nov. 2023

Avec plusieurs autres spécialistes, les Prs Thierry Hannedouche, néphrologue (Strasbourg), et Patrice Darmon, diabétologue (Marseille) ont publié une revue dans

Post Graduate Medicine

afin de renforcer les messages clés sur le dépistage et la surveillance de la maladie rénale chronique des patients présentant un diabète de type 2. En effet, les données françaises montrent que le suivi de ces patients est insuffisant, se traduisant souvent par une perte de chance. Ils évoquent pour *Univadis.fr*

les points clés de leur plaidoyer, et réagissent à la publication récente de l'actualisation des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) sur la maladie rénale chronique.

Univadis : Dans votre publication, vous commentez les difficultés d'harmonisation dans le recours aux différentes formules disponibles pour estimer la fonction rénale, et insistez sur le rôle du rapport albumine-créatinine urinaire (RAC) qui reste insuffisamment utilisé par les médecins malgré sa simplicité.

Patrice Darmon :

Afin d'avoir une évaluation précise de l'atteinte rénale, il est recommandé de doser au moins une fois par an la créatinine plasmatique, pour estimer le débit de filtration glomérulaire (DFG), et l'albumine urinaire chez tous les patients diabétiques. L'albuminurie est plus sensible que la protéinurie pour qualifier la maladie rénale chronique, surtout à un stade précoce.

L'albuminurie est interprétée à la lumière de la créatininurie : le RAC est le rapport entre les deux valeurs. Il est obtenu à partir d'un seul échantillon urinaire et est donc bien plus simple à réaliser que la protéinurie des 24 heures que certains médecins prescrivent encore. En pratique, seuls 10 à 15% des patients chez lesquels le RAC est indiqué en bénéficient réellement. Sa prescription doit devenir systématique chez tous les patients à risque de maladie rénale chronique (MRC). Celle-ci est alors confirmée lorsque 2 ou 3

mesures à quelques semaines d'intervalles, confirment que le RAC est supérieur à 30 mg/g. Une stratification précise du risque de progression de la maladie rénale chronique est présentée dans le texte de la HAS selon les valeurs de RAC et de DFG.

Thierry Hannedouche :

Lorsque les médecins prescrivent la créatinine plasmatique, le laboratoire estime le DFG en utilisant la formule CKD-EPI (Chronic Kidney Disease-EPIIdemiology collaboration). D'autres, comme la formule de Cockcroft ou celle du MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), sont obsolètes et ne doivent plus être utilisées. Cependant, il faut savoir qu'il existe deux principales limites à la formule CKD-EPI, comme avec les autres : la première est que toutes sont fondées sur la mesure de la créatinine plasmatique, dont la valeur est dépendante du métabolisme musculaire. L'interprétation de sa valeur peut donc être biaisée chez les personnes ayant une amyotrophie ou une amputation, ou chez ceux qui prennent des compléments alimentaires de créatine ou font du bodybuilding. Dans le futur, il est probable que la cystatine C, qui n'est pas produite par le muscle, soit utilisée en complément. La seconde limite tient au fait que la valeur du DFG, exprimée en mL/min/1,73m² est indexée sur la surface corporelle. Or, cette dernière a évolué depuis quelques décennies, certaines personnes atteignant en réalité plutôt 2 ou 2,2m² de surface corporelle. Aussi, le texte que la HAS vient de publier préconise de désindexer la formule en divisant la valeur du DFG estimé par 1,73 m² et en la multipliant par la surface corporelle réelle pour les patients qui ont des mensurations particulières, notamment lorsqu'il s'agit de calculer des posologies médicamenteuses.

Univadis : Le deuxième outil indispensable au suivi des patients est le score pronostique d'évolution vers l'insuffisance rénale terminale (KFRE pour Kidney Failure Risk Equation ou SRR pour Score de Risque Rénal). Comment doit-il être implémenté dans les pratiques ?

T.H. :

L'utilisation de ce score fait son entrée dans le texte de la HAS. Certaines régions comme l'Alsace sont en avance sur son implémentation systématique dans les comptes rendus des laboratoires d'analyse. Ce score est important car il permet d'être proactif : avant, il fallait attendre plusieurs mesures successives de la DFG pour avoir une évaluation de la cinétique d'aggravation de la fonction rénale, ce qui conduisait à un retard de prise en charge. Le score KFRE, lui, est un score pronostique établi d'emblée, à partir de l'âge, du sexe, de la créatinine plasmatique et de l'albuminurie. Un score inférieur à 5% à 5 ans est considéré comme un risque faible et permet le plus souvent un suivi en médecine générale. Au-dessus, il est recommandé d'envoyer le patient chez un néphrologue.

P.D. :

Étant donné les difficultés d'accès aux spécialistes, il faut stratifier ces patients pour identifier ceux dont la maladie rénale est la plus à risque, et qui doivent être orientés en priorité, soit en premier lieu ceux qui ont un risque d'évolution supérieur à 15% à 5 ans. La fréquence du suivi en néphrologie dépend ensuite de la gravité de l'atteinte rénale. Il faut que le recours à ce nouveau score aide à être plus rigoureux : il y a encore trop de patients vivant avec un diabète qui arrivent au stade de dialyse sans avoir jamais consulté de néphrologue.

Univadis : La fonction rénale des patients n'évolue pas toujours linéairement. Les praticiens sont-ils armés pour faire face à ces disparités ?

P.D. :

La régularité de la progression de la maladie rénale est moins univoque qu'auparavant, c'est vrai. Mais la réactualisation du score SRR à intervalle régulier permet d'adapter sa prise en charge. Et par ailleurs, les traitements sont de plus en plus efficaces pour protéger le rein : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 ont été les premiers à ralentir la progression de la maladie rénale. Depuis peu, les gliflozines sont indiquées en combinaison pour prévenir spécifiquement l'évolution de la fonction rénale chez tous les patients diabétiques de type 2 avec une atteinte rénale. Les nouveaux antagonistes non stéroïdiens du récepteur des minéralocorticoïdes, comme la finérénone qui devrait arriver prochainement sur le marché, permettent d'envisager un meilleur contrôle de l'albuminurie et de la progression de l'atteinte rénale. Il est regrettable que les messages de la HAS sur le sujet ne soient pas plus évidents.

T.H. :

Effectivement, la HAS est frileuse lorsqu'elle préconise qu'« un avis spécialisé néphrologique (ou cardiologique) [soit] recommandé notamment en vue d'une intensification des traitements (gliflozines, antagoniste non stéroïdien du récepteur des minéralocorticoïdes) ». Il est vraiment dommage que le texte suggère que les généralistes ne puissent prescrire directement ces molécules, alors qu'ils le peuvent. La HAS craint sans doute le débordement des prescriptions, mais cette position est dangereuse pour les patients, étant donné la démographie médicale. Et il y a encore des efforts à faire pour que tous les sujets diabétiques ayant une MRC reçoivent un traitement néphroprotecteur approprié.

Univadis : Votre texte insiste enfin sur la nécessaire pluridisciplinarité dans la prise en charge de ces patients...

P.D. :

Hormis les diabétologues, les néphrologues et les cardiologues, la fonction rénale doit être au cœur des préoccupations de tous les professionnels mobilisés auprès du patient vivant avec un diabète. Il faut par exemple que

les pharmaciens s'assurent auprès d'eux qu'ils respectent bien le rythme recommandé de contrôle de la fonction rénale. Les biologistes doivent intégrer le SRR à leurs comptes rendus et nous les invitons à fournir une évaluation graphique de l'évolution du DFG estimé. Il serait aussi utile qu'ils utilisent les commentaires pour indiquer aux prescripteurs la nécessité de reconstrôler une valeur anormale, de réaliser un examen complémentaire ou d'orienter le patient vers un spécialiste lorsque les valeurs anormales le justifient. On peut aussi améliorer le parcours de soins des patients, par la communication et la coopération multidisciplinaire. Il y a aussi certainement des éléments d'amélioration à attendre de la surveillance des constantes cliniques (poids, pression artérielle) et biologiques grâce aux outils de télémédecine, et de l'échange entre praticiens via la télé-expertise. Tout cela permettrait de fluidifier et optimiser la prise en charge.

Liens d'intérêt

Patrice Darmon : Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Menarini, Bayer, Novo Nordisk, Lilly, Sanofi, Abbott, MSD, IBSA

Thierry Hannedouche : Astra-Zeneca, Boehringer Ingelheim-Lilly, Bayer.

Hannedouche T, Rossignol P, Darmon P, et al. Early diagnosis of chronic kidney disease in patients with diabetes in France: multidisciplinary expert opinion, prevention value and practical recommendations, *Postgraduate Medicine*, DOI: [10.1080/00325481.2023.2256208](https://doi.org/10.1080/00325481.2023.2256208)