

Paris, le 8 octobre 2024

LE DÉPISTAGE PRÉCOCE, LA SOLUTION POUR FREINER LA PROGRESSION DES INSUFFISANCES RÉNALES CHRONIQUES TERMINALES

Recommandations émises à l'issue du Colloque de l'Académie nationale de Pharmacie lors de la Journée mondiale du Rein 2024.

La maladie rénale chronique touche aujourd'hui entre 1,5 et 2,2 % de la population adulte âgée de 18 à 74 ans¹. Ce pourcentage atteint même entre 6,5 et 9,9 % chez les 65 à 74 ans. La maladie est silencieuse ce qui explique qu'elle est parfois découverte à un stade ultime de son évolution, d'où l'importance d'un dépistage précoce.

Les chiffres de l'Assurance maladie montrent que la maladie rénale chronique est particulièrement coûteuse : son coût est estimé à 43 086 euros par patient et par an en 2021, avec de forts écarts selon les modalités de prise en charge, et sans compter le coût des maladies associées².

L'origine de la maladie rénale est souvent connue, elle provient d'une néphropathie dont les causes essentielles sont les maladies vasculaires, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, la néphrotoxicité de certains médicaments ou encore de néphropathies acquises, notamment auto-immunes ou congénitales.

Jusqu'à récemment, lorsque la fonction rénale du patient était encore suffisante pour lui permettre de vivre sans recourir à une technique de suppléance, la prise en charge du patient reposait principalement sur la diététique (restriction des protéides et du sel), le contrôle de la pression artérielle, le contrôle d'un diabète éventuel, le maintien de la stérilité de l'urine ou encore la prévention de certaines complications de l'insuffisance rénale telles que l'anémie et l'ostéodystrophie.

Toutefois et même si des progrès importants ont été accomplis en ce domaine, il n'existe que deux traitements de suppléance de base en phase terminale : la dialyse et la transplantation rénale, laquelle fait de surcroît face à une pénurie chronique d'organes à greffer.

❖ **Plusieurs possibles traitements pharmacologiques néphroprotecteurs dans les années à venir.**

L'idée d'un traitement pharmacologique néphroprotecteur n'est pas nouvelle. Dans les années 1980 déjà, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ont été préconisés dès leur entrée sur le marché. Ils ont fourni des résultats encourageants dans le cadre du traitement de la néphropathie diabétique, mais aussi dans certaines néphropathies avec des origines différentes, ce qui a permis à la recherche de penser que ces traitements pourraient ralentir l'évolution des maladies rénales chroniques débutantes³.

¹ Olié Valérie, Cheddani Lynda, Stengel Bénédicte, Gabet Amélie, Grave Clémence, Blacher Jacques, Halimi Jean-Michel. Néphrologie & Thérapeutique, 2021, vol. 17, n°. 7, pp. 526-531.

² <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-1-3-depenses-de-sante-dans-l-2.html>.

³ Heeg JE, de Jong PE, van der Hem, et al. Reduction of proteinuria by angiotensin converting enzyme inhibition. *Kidney Int* 1987; 32: pp. 78-83.

Ces dernières années, de nouveaux médicaments beaucoup plus efficaces sont apparus sur le marché : les inhibiteurs du cotransport glucose-sodium dans le tube proximal (SGLT) de la famille des glycosides, les agonistes des récepteurs du « glucagon-like peptide 1 » et les inhibiteurs non stéroïdiens du récepteur des minéralocorticoïdes⁴. Leurs mécanismes d'action sont différents : une fuite urinaire du glucose et un effet diurétique, une potentialisation de la sécrétion d'insuline produite par le glucose, une inhibition des effets génomiques et non génomiques du récepteur des minéralocorticoïdes. Les résultats expérimentaux obtenus sont encourageants puisqu'ils attestent, le plus souvent, un véritable arrêt dans la progression de la maladie.

Les résultats des essais thérapeutiques récents, qui ont mobilisé ces nouvelles classes de médicaments chez l'Homme, montrent de façon convergente un ralentissement voire un arrêt de la progression de la maladie rénale chronique. Les sujets étudiés demeureraient au stade initial de l'insuffisance rénale sévère, qu'ils soient diabétiques ou non⁵, surtout en cas d'albuminurie anormalement élevée. Ces résultats laissent espérer une diminution de la prévalence de la maladie rénale terminale.

Par conséquent et sur la base de ces données, **l'Académie nationale de Pharmacie encourage une prise en charge de ces patients au stade le plus précoce de la maladie.**

Compte tenu du rôle des pharmaciens hospitaliers, des pharmaciens d'officine et des pharmaciens biologistes en matière de santé publique, **l'Académie nationale de Pharmacie invite les professionnels de santé à sensibiliser les patients au dépistage précoce et formule les recommandations suivantes :**

- 1- De procéder au dosage systématique, après accord du patient quel que soit son âge, du rapport albuminurie/ créatininurie dans un échantillon d'urines épisodique dont le résultat sera transmis au médecin traitant afin de dépister une néphropathie glomérulaire et cela, à l'occasion de toute analyse médicale;
- 2- D'effectuer un dosage de la créatininémie lors des examens de routine, principalement chez les sujets de plus de 65 ans, mais aussi dans tout examen général de l'état de santé (« check-up ») prescrit dans un but de dépistage systématique ;
- 3- De calculer le débit de filtration glomérulaire (DFG) à partir de la créatininémie selon la méthode CKD-EPI (« Chronic renal disease-epidemiology ») et/ou MDRD (« Modification of diet in renal diseases ») en tenant compte de l'âge, du sexe, de la taille et du poids (l'origine ethnique étant maintenant abandonnée) ;
- 4- De réaliser un suivi régulier des résultats puisqu'une pente du diagramme d'évolution de la créatininémie est la preuve de l'aggravation de la maladie ;
- 5- De modifier la nomenclature qui limite le remboursement du dosage de l'albuminurie à 4 indications expressément indiquées, le diabète, l'hypertension, la MRC et les médicaments néphrotoxiques. Il conviendra d'y ajouter le sujet âgé.

⁴ Girerd S, Soulie M, Barrera-Chimal J, Jaisser F. Antagonistes du récepteur minéralocorticoïde. Une nouvelle option thérapeutique dans la maladie rénale diabétique. Med Sci (Paris) 2023 ; 39 : pp. 335-343.

⁵ Kushner P, Khunti, K, Cebriane A, Deed G. Early identification and management of chronic kidney disease ; a narrative review of the crucial role of primary practitioners. Adv Ther 2024 ; 41, pp. 3557-3770.