

- [4] Coresh J, Byrd-Holt D, Astor BC, Briggs JP, Eggers PW, Lacher DA, Hostetter TH. Chronic Kidney Disease Awareness, Prevalence, and Trends among U.S. Adults, 1999 to 2000. *J Am Soc Nephrol.* 2005; 16(1):180-8.
- [5] National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis* 2002, 39: S1-S000 (suppl 1).
- [6] Froissart M, Rossert J, Jacquot C, Paillard M, Houillier P. Predictive performance of the modification of diet in renal disease and Cockcroft-Gault equations for estimating renal function. *J Am Soc Nephrol.* 2005 Mar; 16(3):763-73.

- [7] Macron-Noguès F, Vernay M, Lemaire N, Salanave B, Revel M, Fender P, Allemand H. La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse en France en 2003 : l'enquête nationale Sros-IRCT. *BEH,* 2005 (37-38):182-4.

#### Groupe de l'étude Rédia

Coordination, Inserm Montpellier : Papoz L (investigateur principal), Sanchez A, Lecointre B, Jausset I. Enquête sur le terrain, Ile de la Réunion : Favier F (coordinateur), Martinet F, Brissot A, Dijoux T, Damour M, Andrieu MJ, Rivière S, Mani J, Naty N ; Groupe Hospitalier Sud Réunion, Saint Pierre : Schwager JC, Le Moullec N, Guiserix J, Clabé A ; Hôpital Félix Guyon, Saint Denis : Boyer MC, Debussche X, Bourgeon B, Caillens H.

## Les points essentiels des recommandations de l'Anaes sur l'insuffisance rénale chronique

### Indications de l'épuration extra-rénale dans l'insuffisance rénale chronique terminale, septembre 1996

Guillaume Bobrie, Hôpital européen Georges-Pompidou-Broussais, Paris

En 2002, les recommandations émises par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) sur le « diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte » ont rappelé – sans les modifier – les conclusions de celles émises en 1996, sur les « indications de l'épuration extra rénale (EER) dans l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) » : « Même si le pronostic vital des malades atteints d'IRCT reste sévère (âge, fréquence des comorbidités telles que diabète et complications cardio-vasculaires), il n'y a pas de contre-indications à la mise en route d'un traitement par dialyse, en dehors de pathologies très évoluées avec cachexie majeure et de certaines démences. Les bénéfices espérés de l'EER sont souvent méconnus ou sous-estimés par la communauté médicale, notamment en cas de pathologies associées. Il est souhaitable que la décision de mise en route (ou de non mise en route) du traitement de suppléance d'une IRCT soit prise après concertation néphrologique. »

Les recommandations de 1996 précisait « L'indication du traitement de suppléance dépend du débit de filtration glomé-

riculaire et du contexte clinique. Chez l'adulte, le traitement par dialyse doit être débuté lorsque apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome d'IRCT, soit, habituellement, lorsque la clairance de la créatinine devient inférieure à 10 ml/min. Il s'agit de manifestations digestives (anorexie, nausées), neurologiques (troubles du sommeil et de la vigilance, jambes sans repos), dermatologiques (prurit), hématologiques (tendance hémorragique), cardio-vasculaires (rétention hydrosodée et hypertension artérielle non contrôlable par un traitement médicamenteux), altération de l'état général, dénutrition (perte de poids, diminution de la masse musculaire). Dans tous les cas où la clairance de la créatinine atteint 5 ml/min, le traitement doit être débuté ».

#### Recommandations pour la pratique clinique :

« Indications de l'épuration extra-rénale dans l'insuffisance rénale chronique terminale », Anaes, Septembre 1996 *Néphrologie*, 1997, 18 (6) : 199-275.

### Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte, septembre 2004

Cécile Couchoud, Agence de la biomédecine, Saint-Denis

Ces recommandations portent sur les moyens thérapeutiques permettant de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique (IRC) chez des patients adultes atteints d'IRC modérée (débit de filtration glomérulaire compris entre 30 et 60 ml/min). L'objectif final est de retarder le début du traitement de suppléance tout en maintenant le patient dans un état de santé satisfaisant.

La stratégie thérapeutique proposée s'appuie sur les données disponibles et la pratique médicale actuelle, et s'intéresse aux deux principaux facteurs modifiables de la progression de l'IRC : la protéinurie et l'hypertension artérielle.

Les cibles thérapeutiques pour ralentir la progression de l'IRC (seuils consensuels extrapolés à partir d'essais cliniques randomisés) sont à la fois :

- une pression artérielle au moins inférieure à 130/80 mmHg ;
- une protéinurie résiduelle la plus basse possible, au maximum 0,5 g/j.

#### Il est recommandé de prescrire en première intention :

- En cas de protéinurie < 0,5 g/j et de PA < 130/80 mmHg : une simple surveillance clinique et biologique.
- Dans tous les autres cas :
  - 1 - une restriction sodée à 100 mmol/j (6 g/j) ;
  - 2 - un ARA2 (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) pour les patients avec un diabète de type 2 ;
  - 3 - un IEC (inhibiteur de l'enzyme de conversion) pour les autres patients.

#### Stratégie thérapeutique recommandée en fonction de l'atteinte ou non des cibles

- Les cibles sont atteintes : poursuite du traitement et de la surveillance. En cas d'effets secondaires spécifiques des IEC, remplacer l'IEC par un ARA2.
- Si PA > 130/80 mmHg : vérifier l'observance du traitement et de la restriction sodée. Au besoin, un diurétique peut être prescrit en complément des IEC. En cas d'échec, associer une autre classe thérapeutique et demander un avis spécialisé néphrologique.
- Si protéinurie > 0,5 g/j : augmenter progressivement la posologie à condition d'une bonne tolérance clinique et biologique. En cas de persistance d'une protéinurie élevée (> 0,5 g/j), il est recommandé d'associer un IEC à un ARA2.

Un suivi diététique est également conseillé, de même qu'une prise en charge multidisciplinaire pour les patients diabétiques.

#### Recommandations pour la pratique clinique :

« Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte », Anaes, septembre 2004.