



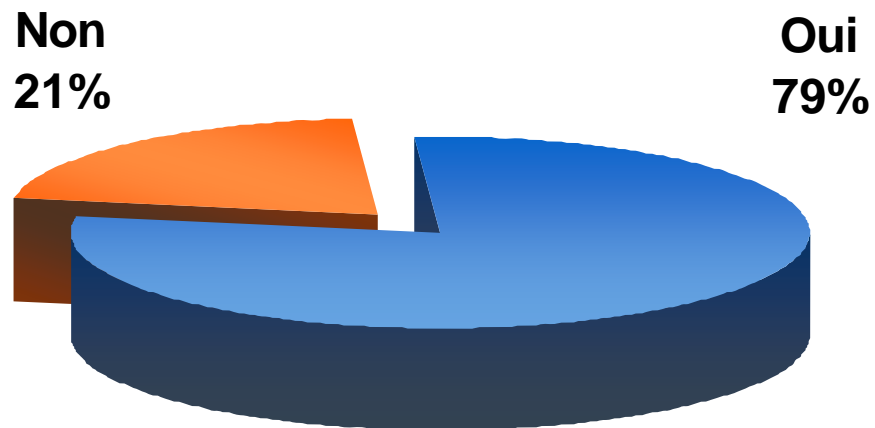
La Semaine Nationale du Rein
La perception de l'insuffisance rénale
par le médecin généraliste
14 au 22 octobre 2006

Comment les médecins généralistes perçoivent-ils les maladies rénales et leur prise en charge?

- Enquête téléphonique réalisée par BVA du 29 Août au 5 septembre 2006 auprès de 505 médecins généralistes libéraux représentatifs de la population des médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine
- **9 questions dont 1 question ouverte**

1 - Suivez-vous des patients pour maladie rénale ou insuffisance rénale ?

Base : 505 répondants



Près de 8 généralistes sur 10 suivent des patients pour maladie rénale ou insuffisance rénale

1 - Suivez-vous des patients pour maladie rénale ou insuffisance rénale ?

Base : 505 répondants

- **85 %** des médecins généralistes de plus de 50 ans
- **70 %** des médecins généralistes de moins de 40 ans

suivent des patients pour maladies ou insuffisance rénale

2 - Combien de patients suivez-vous pour maladie rénale ou insuffisance rénale ?

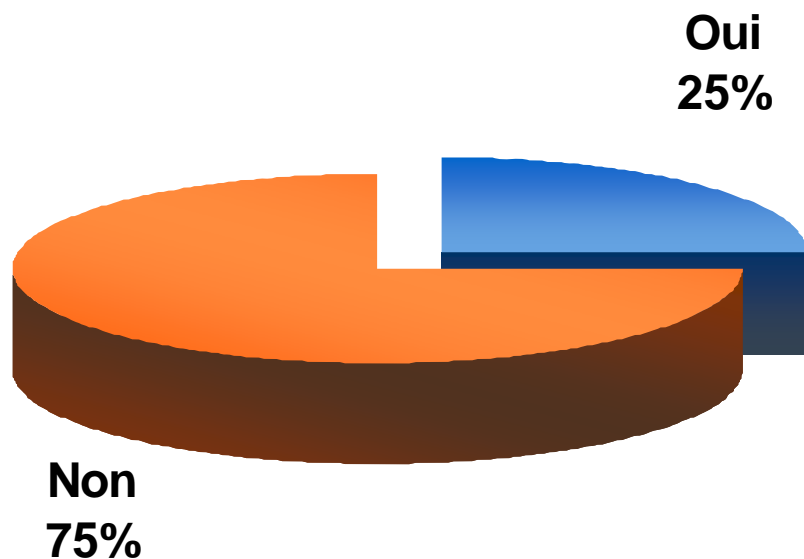
[Aux généralistes suivant au moins un patient pour maladie rénale ou insuffisance rénale base = 400]

- 1 à 4 patients	40,3 %
- 5 à 9 patients	19,3 %
- 10 patients ou +	27,1 %
- NSP	13,2 %

**En moyenne :
7,6 patients suivis**

3 - Avez-vous déjà suivi une formation médicale continue sur l'insuffisance rénale chronique ?

Base : 505 répondants



**Trois généralistes sur quatre
n'ont jamais suivi de formation médicale continue
sur l'insuffisance rénale chronique**

3 - Avez-vous déjà suivi une Formation Médicale Continue sur l'insuffisance rénale chronique ?

Base : 505 répondants

- **87,7 %** des omnipraticiens ayant fait une formation médicale continue sur l'insuffisance rénale chronique
- **76,3 %** de ceux qui n'en ont pas fait

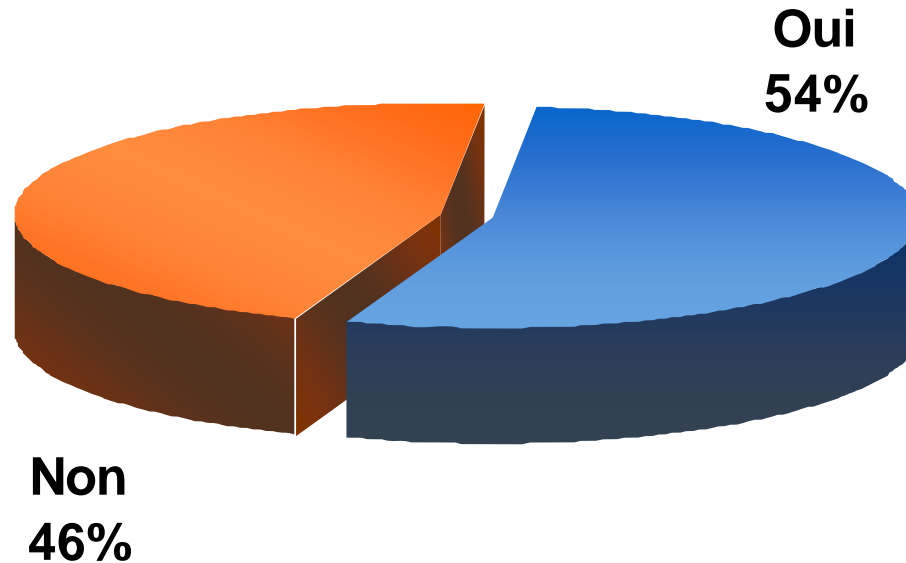
suivent des patients pour maladie ou insuffisance rénale

- 26,8% des omnipraticiens exerçant en province
- 15,8% des omnipraticiens exerçant à Paris et en région parisienne

ont suivi une formation médicale continue sur l'insuffisance rénale chronique

4 - Avez-vous connaissance de références de bonne pratique pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ?

Base : 505 répondants



46% des généralistes admettent ne pas savoir qu'il existe des références de bonne pratique sur l'insuffisance rénale chronique

4 - Avez-vous connaissance de références de bonne pratique pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ?

Base : 505 répondants

- **85 %** des omnipraticiens connaissant des références de bonne pratique
 - **72 %** de ceux qui admettent ne pas en connaître
- suivent des patients pour maladies ou insuffisance rénale**
- 69,4 % des omnipraticiens ayant suivi une formation médicale continue
 - 49,2% de ceux qui n'en ont pas suivi
- connaissent des références de bonne pratique

5 - Quand proposez-vous le dosage de la créatininémie à la recherche d'une atteinte rénale ?

Base : 505 répondants

- **Diabète de type 2** **99,4 %**
 - *100 % des moins de 40 ans contre 99,1 % des 50 ans et plus*
- **Hypertension artérielle** **98,7 %**
- **Patient avec traitement néphrotoxique** **96,7 % ***
- **Hématurie et/ou protéinurie** **95,5 % ***
 - *100 % des moins de 40 ans contre 94 % pour les autres*
- **Sujet âgé de plus de 65 ans** **95,1 % ***

Des facteurs de risque bien identifiés

• Écarts significatifs par rapport à 99%

6 - Pouvez-vous préciser la valeur de la Créatininémie considérée comme pathologique ?

Base : 505 répondants

- Moins de 150 $\mu\text{mol/l}$ - moins de 17 mg/l 3 %
- **150 micromoles par litre (= 17 mg/litre) 36 %**
 - *27,7 % des < 40 ans contre 40 % > 50 ans*
- 180 micromoles par litre - soit 20 mg/litre 6 %
- 250 micromoles par litre - soit 28 mg/litre 2 %
- 350 micromoles par litre - soit 39 mg/litre 1 %
- **Cela dépend de l'âge, du poids, du sexe du patient 53 %**
 - **66 % des < 40 ans, contre 47,7 % des > 50 ans**

Pas de différence significative en fonction du suivi ou non d'une FMC

Seuil pathologique de la créatininémie :
Le tiers se base sur des références un peu anciennes
La moitié des omnipraticiens sait qu'elle ne suffit pas

7 - Pouvez-vous préciser la Valeur du Cockcroft considérée comme pathologique ?

Base : 318 répondants

- 80 millilitres / minute 7 %
- **60 millilitres / minute** **53 %**
- 30 millilitres / minutes 28 %
- 15 millilitres / minutes 3 %
- NSP 8 %

**La moitié des omnipraticiens connaît
le seuil de l'insuffisance rénale chronique
fixé par les recommandations de la Haute Autorité de Santé**

8 - Quels critères principaux vous font adresser un patient au néphrologue ? (question ouverte)

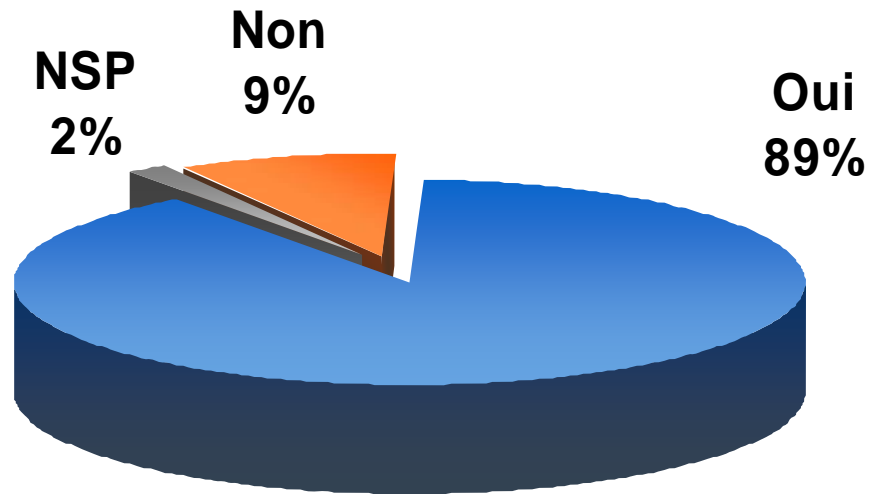
Base : 505 répondants

- **IRC sévère inexpliquée** **36 %**
- Résultat clairance/Cockcroft 35 %
- Créatinémie élevée ou en hausse 32 %
- HTA non stabilisée 15 %
- **Protéinurie/albuminurie** **15 %**
 - **21,4 % < 40 ans ; 10,8 % > 50 ans**
- Bilan biologique suspect 11 %
- Patient diabétique 10 %
- Oedèmes des membres inférieurs 9 %
- Hématurie 8 %
- Anémie chronique 7 %
- Aggravation de l'état général 7 %
- **Pour une mise sous dialyse** **2 %**
- NSP 2 %

Une insuffisance rénale sévère plus de une fois sur trois !

9 - Considérez-vous qu'il est possible de retarder l'évolution d'une insuffisance rénale chronique installée ?

Base : 505 répondants



Près de 9 praticiens sur 10 pensent que l'on peut retarder l'évolution d'une insuffisance rénale chronique installée

9 - Considérez-vous qu'il est possible de retarder l'évolution d'une insuffisance rénale chronique installée ?

Base : 505 répondants

- **95 %** des médecins généralistes de moins de 40 ans
- **87 %** de ceux qui ont plus de 50 ans

savent que l'on peut retarder l'évolution de l'insuffisance rénale chronique

Synthèse des résultats : Des omnipraticiens **souvent concernés** par les maladies rénales

- 8 omnipraticiens sur 10 suivent des patients touchés par la maladie - le tiers d'entre eux en suit plus de 10
- Les omnipraticiens de plus de 50 ans suivent plus souvent des patients atteints de maladies rénales que ceux de moins de 40 ans
- 25 % seulement des omnipraticiens ont déjà suivi une formation médicale continue sur ce thème
- 46 % des médecins interrogés admettent ne pas connaître de référentiel de bonne pratique sur la prise en charge de l'insuffisance rénale

Synthèse des résultats : Des résultats **encourageants**, mais encore **insuffisants** !

- L'hypertension artérielle et le diabète de type 2 sont identifiés comme les principaux facteurs de risque, devant les traitements potentiellement néphrotoxiques et un âge supérieur à 65 ans
- 89 % des généralistes savent qu'il est possible de retarder l'évolution d'une insuffisance rénale chronique installée
- Dans plus d'une tiers des cas, c'est une insuffisance rénale sévère inexpliquée qui incite le généraliste à adresser le malade au néphrologue
- La présence d'une protéinurie n'est citée que dans 15 % des cas comme motif de demande d'avis au néphrologue

- Les omnipraticiens ayant assisté à une FMC et/ou connaissant des référentiels de bonnes pratiques suivent plus souvent des patients atteints de maladies rénales

⇒ Risque de sous diagnostic de ces maladies pour les autres ?

- La moitié des médecins seulement sait que la créatininémie ne suffit pas à connaître la fonction rénale et qu'un calcul est nécessaire, tenant compte du poids, du sexe et de l'âge du patient
- Les connaissances des praticiens les plus jeunes sont souvent meilleures

**30 % des malades
arrivent toujours
en urgence en dialyse !**

Transmettre
une information validée
sur la prise en charge
des maladies rénales
reste une priorité !

La semaine du rein
Du 14 au 22 octobre 2006

Mes reins, j'y tiens,
j'en prends soin !

Comment prévenir l'insuffisance rénale et ses complications ?
Aide-mémoire pour la pratique.

1. Reconnaître la maladie rénale chronique

- **Facteurs de risque :** notion de maladie rénale familiale, problèmes urinaires antérieurs, diabète, hypertension artérielle
- **Anomalies des urines :** bandelette réactive au sang et à aux protéines
- **Estimation de la fonction rénale :** dosage sanguin de créatinine et calcul de la Formule de Cockcroft
- **Signes de maladie rénale :** oedèmes, essoufflement, polyurie, soif, perte d'appétit, nausées, crampes, démangeaisons

2. Éviter/corriger les causes d'aggravation

- **Les aggravations aiguës évitables :**
 - **Déshydratation :** atrophie (diurétiques, régime sans sel strict) ou due au contexte (diarrhées et vomissements, grosses chaleurs)
 - **Médicaments toxiques :** surtout anti-inflammatoires non stéroïdiens, antibiotiques
 - ➔ Attention à l'automédication
- **Obstacle urinaire et infection :** besoins fréquents d'uriner, dysurie, douleurs pelviennes
- ➔ Faire bactériologie urinaire et échographie rénale +++

progression de l'insuffisance rénale :

- **Hypertension artérielle :** principal facteur de progression. À ramener à 130/80 mmHg
- **Une alimentation trop riche en protéines :** limiter à moins d'1 g/kg/j sans excéder les calories
- **Excès de phosphore :** accélère la progression des maladies rénales, rompre définitivement

3. Prévenir/traiter les complications de l'IRC installée

- **Défaut d'élimination des déchets :** urée, créatinine, acide urique. À un taux sanguin élevé, symptômes d'urémie : nausées, crampes, etc. ➔ Diététique ++
- **Rétention de sodium :** favorise oedèmes, hypertension, voire insuffisance cardiaque. ➔ Pas plus de 6 g de sel par jour
- **Rétention de phosphore :** stimule la parathormone qui entraîne une décalcification osseuse. Le phosphore en excès se combine au calcium sanguin pour donner des dépôts calcaires dans les tissus et les artères. ➔ Contrôler les apports alimentaires et réduire l'absorption digestive par des chélateurs (calciques ou non calciques)
- **Défaut d'activation rénale de la vitamine D :** ➔ Aggrave la décalcification osseuse. ➔ A compenser par un apport de vitamine D
- **Défaut d'élimination des acides :** ➔ Aggrave la décalcification osseuse. ➔ Diététique ++, ajouter si besoin du bicarbonate (taux sanguin > 22 mmol/l)
- **Rétention de potassium :** surtout si clairance < 30 ml/min ➔ Diététique : supprimer chocolat, légumes et fruits secs, limiter les fruits et légumes, pas de "sel de régime" (à base de KCl)
- **Anémie :** ➔ Vérifier le bilan en fer et le corriger au besoin avant prescription d'érythropoïétine (EPO)
- **Infections :** le principal risque est l'hépatite chronique ➔ Surveillance sérologique (B et C) et vaccination anti-HSV précoce
- **Cardiovasculaire :** principale cause de mortalité des patients atteints d'insuffisance rénale chronique ➔ Normaliser la pression artérielle et traiter toute dyslipidémie
- **Nutrition :** dépôt des viandes et ambrosie + état microinflammatoire chronique. ➔ Diététique ++ et surveillance de l'albumine et de la CRP

Préparé par le Professeur Maurice Lavallo, service de Néphrologie, Hôpital Edouard Herriot de Lyon.