

Le virage ambulatoire de la néphrologie ou « Implications de la première ligne de soins aux différents stades de la maladie rénale chronique »

*The nephrology ambulatory turn
or « Involvement of the first line of care at different stages of chronic kidney disease »*

NORTIER J.¹ et CARDON P.²

¹Service de Néphrologie-Dialyse, CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

²Centre Universitaire de Médecine générale (CUMG), Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Vu sa prévalence élevée et son association à une mortalité cardio-vasculaire accrue, la maladie rénale chronique (MRC) concerne la 1^{ère} ligne de soins. Le dépistage précoce des personnes à risque, à savoir les hypertendus, les diabétiques, les patients atteints de maladie cardio-vasculaire, les patients avec antécédents familiaux de MRC, peut être réalisé par le médecin généraliste. Il comprend une estimation du débit de filtration glomérulaire et la recherche d'albuminurie (ratio albumine /créatinine urinaire).

Un suivi pluridisciplinaire de la MRC est recommandé dès le stade 3b via l'instauration d'un trajet de soins. Le traitement passe par le contrôle de l'hypertension artérielle, du diabète, des lipides, les règles hygiéno-diététiques (arrêt du tabac, activité physique, apports protéiques et sodés). La rénoprotection médicamenteuse est renforcée par les inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose de type 2, en particulier la dapaglifozine prescrite en complément aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou aux sartans (moyennant le contrôle de la kaliémie par chélateurs).

Au stade 4, la mise en place d'informations et de formations aux modalités de suppléance rénale permet de co-construire avec le patient, son médecin généraliste et son néphrologue un plan individualisé d'accompagnement dans le respect de son projet de vie. Plusieurs techniques dialytiques adaptées au domicile se développent et leur implémentation dépend d'une étroite collaboration entre les équipes spécialisées et la 1^{ère} ligne de soins. Chez le patient gériatrique, le choix du traitement (dialytique ou conservateur) ne modifie pas la survie, soulignant l'importance d'un suivi en collaboration et d'un partenariat patient en santé.

Rev Med Brux 2023; 44 : 424-432

Mots-clés : insuffisance rénale chronique, insuffisance rénale terminale, rénoprotection, inhibiteurs du SGLT2, hémodialyse, dialyse péritonéale, dialyse à domicile

ABSTRACT

Regarding its high prevalence and its association with increased cardiovascular risk, chronic kidney disease (CKD) concerns the first line of care. Early screening of patients at risk, i.e. suffering from hypertension, diabetes, cardiovascular disease, those with a family history of CKD, may be performed by the general practitioner. It includes an estimation of the glomerular filtration rate and the detection of albuminuria (urinary albumin-to-creatinine ratio).

A pluridisciplinary follow-up of CKD patients is recommended as soon as stage 3b through the initiation of a dedicated care pathway. The therapeutic strategy focuses on the control of hypertension, diabetes, blood lipids, lifestyle and dietary rules (smoking cessation, physical activities, protein and salt intake). Drug renoprotection of CKD is enhanced by the use of sodium-glucose co-transporter type 2 inhibitors, in particular dapagliflozin prescribed in addition to angiotensin converting enzyme inhibitors or sartans (including an adequate control of serum potassium level with chelators).

At CKD stage 4, information and training sessions for renal replacement therapies favor a co-construction process with the patient, his/her general practitioner and his/her nephrologist of a healthcare individualized planning with respect to his/her life project. Several adapted home dialysis techniques are currently in development and their implementation depends on an effective collaboration between specialized teams and the first line of care. Concerning elderly patients, the therapeutic option (dialytic or conservative treatment) does not impact global survival, underlining the importance of a collaborative follow-up and a healthcare patient partnership.

Rev Med Brux 2023; 44: 424-432

Key words: chronic kidney disease, end-stage kidney disease, renoprotection, SGLT2 inhibitors, hemodialysis, peritoneal dialysis, home dialysis

INTRODUCTION

Depuis ces deux dernières décennies, les efforts de classification de la maladie rénale chronique (MRC) en différents stades de sévérité et les études épidémiologiques à grande échelle ont conduit à une réelle prise de conscience de l'impact délétère de la MRC en termes de santé publique et de coût sociétal global¹⁻³. La MRC est définie comme un processus de détérioration progressive des capacités fonctionnelles du « filtre » rénal – autrement dit de ses capacités d'épuration du sang, entraînant peu ou pas de symptômes somatiques – du moins aux stades débutants. Dans nos pays dits développés, l'hypertension artérielle et le diabète sont responsables de la majorité des cas de MRC. D'autres facteurs de risque comme le tabagisme et le surpoids y sont associés. Tous les stades de la MRC contribuent à accroître la morbi-mortalité cardio-vasculaire et à réduire significativement la qualité de vie. La prévalence globale mondiale s'élève à environ 13 %, en majorité au stade 3, stade caractérisé par un débit de filtration glomérulaire [DFG] estimé inférieur à 60 ml/min/1,73 m² (figure 1)². En dépit de cette prévalence élevée, la MRC est largement sous-diagnostiquée comme l'ont mis en évidence plusieurs études internationales. Au niveau de la Belgique, les extrapolations conduiraient au chiffre de 1,35 x 10⁶ de sujets atteints de MRC¹.

Ces chiffres inquiétants posent la question du dépistage et des mesures de néprotection à mettre en œuvre. En effet, les conséquences d'une MRC sont majeures au niveau de la santé : outre les événements cardio-vasculaires en lien avec l'athéromatose et l'hypertension artérielle secondaire (infarctus myocardique, cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral), un contrôle glycémique médiocre entraînant des complications multi-systémiques, la fatigue en partie liée à l'anémie (par défaut de synthèse rénale d'érythropoïétine), les troubles digestifs (transit intestinal ralenti, ulcérations gastro-duodénales), les anomalies du métabolisme osseux (hyperparathyroïdie secondaire induisant une déminéralisation osseuse progressive) et les troubles neurologiques (polyneuropathie urémique, entité moins connue que la polyneuropathie diabétique) sont autant de dérèglements à détecter le plus tôt possible. La mise en œuvre de mesures diététiques et médicamenteuses par une équipe multidisciplinaire, incluant le médecin généraliste, aura pour objectifs de ralentir la progression vers le stade terminal, stade auquel les techniques de suppléance extra-rénale sont nécessaires pour assurer la survie⁴⁻⁷.

DÉPISTAGE DES POPULATIONS À RISQUE

Selon la classification et les recommandations internationales, l'instauration d'un programme dit de néprotection dès le stade 3b (DFG estimé entre 45 et 30 ml/min/1,73 m²), stade d'initiation du trajet

de soins de la MRC (TSI), est bénéfique dans la mesure où il est susceptible de ralentir la survenue du stade 5⁸. A ce stade, le rôle du médecin généraliste est donc clairement d'identifier les populations à risque de développer une MRC, à savoir les patients hypertendus, diabétiques, atteints de maladie(s) cardio-vasculaire(s), ainsi que les patients présentant des antécédents familiaux de MRC (recommandations du *UK National Institute for Health and Care Excellence* [NICE] disponibles sur le site <https://www.nice.org.uk/guidance/cg182> (consulté le 6 mars 2023)). Les deux paramètres à quantifier sont les suivants :

- l'estimation du DFG selon la formule CKD-EPI mentionnée sur les protocoles de biologie clinique en-dessous du dosage de la créatinine sérique ;
- la microalbuminurie à rechercher et à quantifier sur un spot urinaire (1^{ères} urines matinales) par rapport à la créatininurie, soit le ratio albumine/créatinine urinaire (RAC).

Il est crucial de souligner ici le risque accru de détérioration de la MRC vers un stade plus sévère selon le degré croissant d'intensité de l'albuminurie :

- A1 = normale ou discrète (RAC entre 10 et 29 mg/g créatinine urinaire) ;
- A2 = modérée (RAC entre 30 et 299 mg/g créatinine urinaire) ;
- A3 = sévère (RAC ≥ 300 mg/g créatinine urinaire).

Plus le RAC est élevé, plus il sera nécessaire de rapprocher le suivi et de mesurer à nouveau le RAC (tous les 3 à 12 mois) (figure 1).

Pour rappel, en Belgique, la reconnaissance de la MRC par l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) comme étant une « maladie complexe » a entraîné l'instauration du *Trajet de soins de l'insuffisance rénale chronique* (TSI) depuis le 1^{er} juin 2009 (site <http://www.trajetdesoins.be/FR>, consulté le 6 mars 2023). Il s'agit d'un engagement écrit entre le patient, son médecin généraliste (disposant d'un dossier médical global [DMG]) et son néphrologue. Ceux-ci collaborent pour une durée initiale de 4 ans. L'inscription d'un patient à un TSI comporte 4 critères selon les directives de l'INAMI : être âgé d'au moins 18 ans ; présenter une MRC modérée à sévère (DFG ≤ 45 ml/min/1,73m², confirmée sur 2 mesures réalisées à 3 mois d'intervalle) ou une protéinurie ≥ 1g/24h (confirmée sur 2 mesures réalisées à 3 mois d'intervalle) ; ne pas être en dialyse, ni avoir bénéficié d'une transplantation rénale ; pouvoir disposer d'un DMG informatisé auprès de son médecin généraliste.

Le TSI donne également droit au patient MRC au remboursement total de ses consultations chez le médecin traitant, au remboursement partiel de ses consultations chez divers paramédicaux (tabacologue, diététicien) et à l'obtention d'un tensiomètre agréé gratuit sur prescription du médecin généraliste (mention TSI à indiquer).

Stades de progression de la maladie rénale chronique (MRC) selon la classification établie par la National Kidney Foundation et les recommandations KDIGO.

Sévérité de la maladie rénale chronique en fonction du DFG et de l'albuminurie				Catégories selon l'albuminurie (mg/g) *		
				A1	A2	A3
				Normal/discrète	Modérée	Sévère
				10-29	30-299	>300
Catégories de DFG (ml/min/1.73m ²)	G1	Elevé, optimal	90+	12 si MRC	12	6
	G2	Légère	60-89	12 si MRC	12	6
	G3a	Légère à modérée	45-59	12	6	4
	G3b	Modérée à sévère	30-44	6	4	4
	G4	Sévère	15-29	4	4	≤3
	G5	Terminale	<15	≤3	≤3	≤3

* sur un échantillon prélevé au départ des 1ères urines matinales; les fréquences recommandées pour le monitoring (en mois) sont reprises dans les cases correspondantes à la catégorie.

DFG : débit de filtration glomérulaire estimé selon l'équation CKD-EPI chez l'adulte (ml/min/1,73 m²).

MESURES DE RÉNOPROTECTION NON MÉDICAMENTEUSES

Les mesures diététiques et d'hygiène de vie ne sont pas à négliger quand on se rappelle que selon les statistiques nationales, 46% de la population belge de plus de 15 ans sont en surpoids (indice de masse corporelle [IMC] > 25) et présentent un risque doublé de développer une MRC terminale. Ce risque est triplé chez les personnes obèses (IMC > 30, 11,5% de la population belge de plus de 15 ans) et multiplié par 7 si IMC > 40. De surcroît, il s'agit d'un facteur de risque de survenue du diabète et de l'hypertension artérielle.

En ce qui concerne l'hypertension artérielle et les apports sodés, il est bien connu que la sensibilité au sel est variable et individuelle. L'augmentation des apports en sel (chlorure de sodium [NaCl]) chez les patients sensibles au sel provoque une expansion volémique et augmente la tension artérielle. La sensibilité au sel augmente avec l'âge et est plus marquée chez les Africains, en cas d'obésité, de syndrome métabolique ou de MRC. La restriction sodée nécessite 4 à 5 semaines avant de produire ses effets sur la tension artérielle. Elle augmente la réponse à la plupart des molécules antihypertensives, en particulier aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et aux antagonistes du récepteur de l'angiotensine II (ARA II ou sartans).

Quant à la restriction protéique, les recommandations de la *National Kidney Foundation* publiées en 2020 proposent un apport en protéines alimentaires de l'ordre de 0,8 g/kg poids et par jour⁹. Une hydratation suffisante est également proposée mais à adapter au tableau clinique (cf. patients insuffisants cardiaques, cirrhotiques avec 3^e espace difficile à contrôler sous diurétiques de l'anse).

Les troubles ioniques (hyperkaliémie, hyperphosphorémie) sont à suivre par contrôles biologiques réguliers et des chélateurs spécifiques du potassium et de phosphore pourront être initiés en complément aux conseils diététiques. De nombreuses informations pratico-pratiques pour patients et professionnels de santé sont disponibles sur le site du Groupement des diététiciens.ne.s de Belgique (site <https://lesdiieteticiens.be>, consulté le 24 avril 2023).

Ce stade 3b est donc crucial pour initier des séances « d'éducation thérapeutique » selon la dénomination française. Ces séances visent à faire prendre conscience aux patients de l'installation du processus évolutif de leur MRC, à les sensibiliser aux mesures de réno-protection, à les motiver à l'autogestion¹⁰. Plusieurs études ont démontré qu'une prise en charge multidisciplinaire de la MRC pouvait diminuer le déclin de la fonction rénale des patients et retarder l'initiation de la dialyse¹¹⁻¹².

NOUVELLES MESURES DE RÉNOPROTECTION MÉDICAMENTEUSES

Le rôle défavorable de l'albuminurie sur le déclin de la fonction rénale et le risque accru de morbi-mortalité est connu depuis de nombreuses années dans le cadre de la néphropathie diabétique. De nombreux essais cliniques ont pu démontrer l'effet bénéfique des IECA et ARA II (ou sartans) sur la progression de la défaillance rénale et le pronostic vital.

Une nouvelle classe de médicaments a fait une entrée fracassante en néphrologie depuis ces trois dernières années : les inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2i) ou glifozines. Les études initiales à mentionner sont celles de Zinman *et al.* sur l'empaglifozine (EMPAREG) en 2015 et Perkovic *et al.* sur la canaglifozine (CREDENCE) en 2019¹³⁻¹⁴. Toutes deux ont été menées chez des patients diabétiques de type 2. La première a clairement démontré un effet bénéfique sur le pronostic cardio-vasculaire et la mortalité globale tandis que la deuxième a rapporté un effet favorable sur le pronostic rénal (réduction de l'albuminurie, de la chute du débit de filtration glomérulaire, retardant la progression vers le stade 5 terminal). Outre l'effet hypoglycémiant attribué à une diminution de la réabsorption rénale du glucose provoquant une glucosurie et une perte de poids secondaire, d'autres effets favorables sont rapportés comme la réduction de l'hypertension artérielle suite à une natriurèse accrue, un effet hypo-uricémiant suite à une réabsorption tubulaire réduite via le transporteur GLUT9 isoforme 2 et sans doute aussi URAT1. Les effets hypotenseurs et diurétiques sont toutefois modestes. L'effet anti-protéïnurique est attribué à une vasoconstriction de l'artéiole afférente glomérulaire par activation du feed-back tubulo-glomérulaire (suite à l'augmentation dans le fluide tubulaire de NaCl au niveau de la macula densa). Vu la possibilité de combinaison de ces SGLT2i avec un IECA ou un sartan agissant en vasodilatant l'artéiole efférente glomérulaire, la chute de pression intra-glomérulaire est ainsi maximalisée, entraînant une réduction drastique de l'albuminurie.

Avec l'étude DAPA-CKD publiée en 2020, un nouveau pas a été franchi puisque cette étude a rapporté l'effet bénéfique de la dapaglifozine sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire et globale ainsi que sur le déclin de la fonction rénale chez des patients CKD diabétiques et non diabétiques¹⁵⁻¹⁶. D'une part, l'effet hypoglycémiant s'est révélé moins significatif qu'attendu initialement et de moins en moins marqué avec la décroissance du DFG estimé. D'autre part, les effets bénéfiques sur la réduction de l'albuminurie, des complications cardio-vasculaires, de la mortalité globale et de la vitesse de décroissance de la fonction rénale ont été significatifs chez des patients CKD non diabétiques – donc indépendamment de l'effet hypoglycémiant. La dapaglifozine (10 mg/j) est à ce jour le seul SGLT2i approuvé pour le traitement de la MRC indépendamment du statut diabétique et en complément aux médicaments classiquement prescrits comme IECA et sartans. Sur base du critère

d'évaluation primaire composite (déclin de la fonction rénale, survenue du stade terminal de la MRC et mortalité rénale ou cardio-vasculaire), la réduction du risque relatif a été réduite de 39 % avec un nombre requis de patients à traiter de 19. Dès 8 mois, les courbes obtenues entre groupe placebo et groupe traité divergent. Le critère secondaire composite (progression de la MRC, survenue d'une MRC terminale ou mortalité rénale) a été réduit de 44 % et la mortalité totale a été réduite de 31 % (les courbes divergent dès 6 mois de traitement). A l'exception d'un risque de déplétion volémique et d'hypoglycémie sévère, le profil de sécurité et la tolérance de la dapaglifozine sont rassurants¹⁶.

En conclusion, l'algorithme présenté en figure 2 et proposé par les Groupements professionnels de Néphrologues francophone (GNFB) et néerlandophone (NBVN) présente la synthèse du protocole de dépistage précoce de la MRC et des interventions à mettre en place. Concernant la dapaglifozine (Forxiga®), le médecin généraliste comme le médecin spécialiste peuvent s'assurer que les critères de remboursement sont bien remplis (MRC avec DFG estimé < 60 ml/min/1,73 m², ratio albumine/créatinine > 200 mg/g créatinine urinaire, pas de diabète de type 1) afin de solliciter le remboursement auprès du médecin conseil de la mutuelle de leur patient MRC (remboursement Bf). A noter que ce médicament avait déjà reçu au préalable l'autorisation de remboursement pour des patients atteints de diabète de type 2 mal équilibré sous metformine et pour des patients insuffisants cardiaques (stades NYHA II à IV et fraction d'éjection ventriculaire gauche ≤ 40 %).

PROGRAMME INDIVIDUALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT VERS LE STADE 5

En cas de détérioration plus sévère de la MRC (stade 4), des séances d'information individuelles ou collectives sont proposées par les services spécialisés afin de fournir au patient une description objective et complète des modalités d'épuration extra-rénale et de le préparer à la technique qui aura sa préférence compte tenu d'éventuelles restrictions spécifiquement liées à son état de santé : hémodialyse en centre (HDC) vs à domicile (HDD) vs dialyse péritonéale (DP) manuelle ou automatisée avec ou sans une assistance familiale ou infirmière - à domicile ou en maison de repos et de soins (MRS) (figure 3). La technique la plus prometteuse en termes de restauration fonctionnelle et de qualité de vie reste évidemment la transplantation rénale au départ d'un donneur cadavérique ou d'un donneur vivant apparenté mais l'accès à la transplantation reste soumis à des considérations cardio-vasculaires strictes – outre l'âge.

Les recommandations internationales favorisent aujourd'hui l'implémentation de tels programmes intégrés de soins dialytiques d'une part pour améliorer la qualité de vie mais également la survie des patients dans ces périodes particulièrement vulnérables d'initiation à la dialyse¹⁷. En effet, selon les données récentes du programme « *Dialysis Outcomes and*

Figure 2

Algorithme de dépistage précoce de la MRC et des interventions de néprotection proposé par les Groupements professionnels de Néphrologues francophone (GNFB) et néerlandophone (NBVN) de Belgique selon les recommandations internationales KDIGO et NICE.

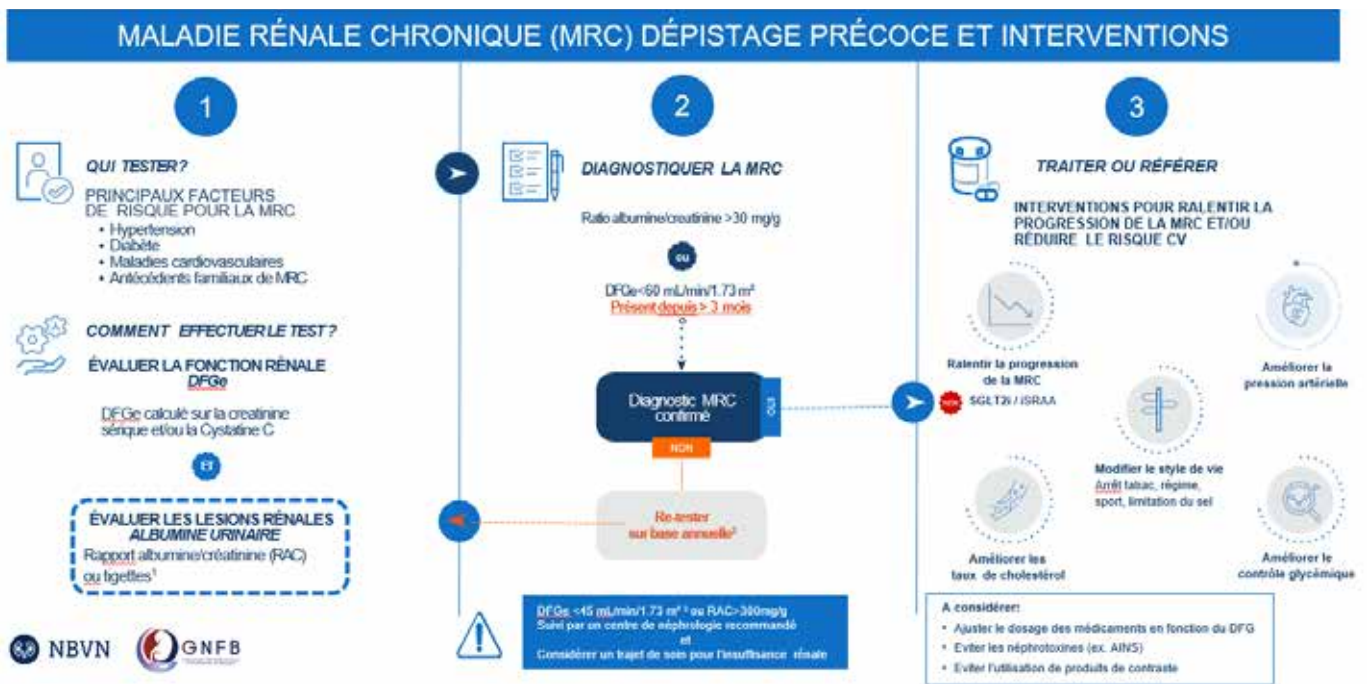


Figure 3

Photographies de patients en MRC terminale et traités selon différentes modalités de remplacement de la fonction rénale : dialyse péritonéale continue ambulatoire de jour (A), dialyse automatisée de nuit ou cycleur (B), transplantation rénale (C), hémodialyse à domicile avec un générateur à bas débit de dialysat de type NxStage (D) ou Physidia (E), hémodialyse conventionnelle en centre (HDC) avec un générateur à haut débit de dialysat (F).



Practice Patterns Study» (DOPPS), la période entourant l'initiation de la dialyse est associée au plus haut taux de mortalité des patients, vulnérabilité particulièrement marquée dans les 120 jours post-initiation de la dialyse, elle-même majorées par le recours aux cathéters centraux, les indices de fragilité gériatriques et les comorbidités cardio-vasculaires¹⁸. Inversement, la présence d'un programme d'apprentissage et de coordination de soins pré-dialyse permettrait de diminuer ce taux de mortalité précoce jusqu'à 50%.

LES ENJEUX DE LA DIALYSE AU DOMICILE

A côté de la dialyse péritonéale (DP) dite continue ambulatoire (technique manuelle diurne) et automatisée de nuit (cycleur), l'hémodialyse à domicile (HDD) est une modalité en essor progressif depuis 2010 avec la mise sur le marché de dispositifs compacts dits générateurs à bas débit de dialysat¹⁹. Contrairement aux infrastructures hospitalières coûteuses de pré-traitement de l'eau de ville et de production d'eau osmosée qui, combinée à divers concentrés, va permettre de produire un dialysat ultrapur par des générateurs sophistiqués à haut débit de dialysat (destinés à l'HDC), le dialysat est livré et stocké au domicile du patient en poches préformées de 5L. L'objectif est de maximiser la saturation du dialysat en urée, le bas débit de dialysat permettant d'atteindre une saturation entre 80 et 90%. Compte tenu du volume limité de dialysat par séance, la réalisation de séances courtes (inférieures à 3h) mais fréquentes (5 à 6 séances par semaine) représente une modalité d'épuration plus physiologique que l'HD intermittente ou HDC (3 x 4h/semaine). Elle est associée à une meilleure survie via un meilleur contrôle de la surcharge hydrosodée (amélioration de l'hypertrophie ventriculaire gauche et de l'hypertension artérielle) et de l'état nutritionnel (réduction des restrictions alimentaires et amélioration de la phosphorémie). De plus, l'HDD favorise une amélioration de la qualité de vie de patients non seulement en supprimant les contraintes horaires des séances en centre et les temps de transport associés mais aussi en rendant le patient acteur de sa prise en charge.

LE VIRAGE AMBULATOIRE VERS LA DIALYSE À DOMICILE

Il apparaît clairement que ce virage ambulatoire de la néphrologie et plus particulièrement vers la dialyse à domicile et en MRS – qu'il s'agisse de HDD ou de DP – implique la mise en place de plateformes collaboratives composées de plusieurs acteurs de terrain. L'information de la 1^{ère} ligne de soins (médecins généralistes, maisons médicales) est primordiale. Vu l'âge croissant de nos populations, les MRS sont de plus en plus concernées par la problématique du sujet âgé

souffrant de MRC. Comme le soulignent nos collègues français, un programme d'information et de formation thérapeutiques devrait permettre l'identification rigoureuse des patients éligibles et/ou les barrières associées à un risque d'échec précoce des techniques du domicile²⁰. L'implication des équipes soignantes des centres MRS dans la réalisation de séances de DP ou d'HD à bas débit de dialysat va de plus en plus se développer dans un avenir proche. Dans cette perspective, les applications de télémédecine se déploient tant en DP qu'en HDD afin de faciliter non seulement la prescription dialytique mais aussi le suivi à distance des paramètres de dialyse des patients. Un des logiciels les plus prisés à l'heure actuelle en HDC (Néphroflow[®]) dispose également d'une interface S3 permettant de connecter les machines Physidia[®] des patients en HDD.

En préparation à un traitement dialytique au domicile, la création d'un accès vasculaire (fistule artérioveineuse (FAV) et/ou cathéter de DP) doit être pensée et réalisée à temps par nos collègues chirurgiens, avant l'initiation de l'épuration extra-rénale ou avant les transitions intermodalités, par ex. de la DP vers l'HDD ou l'HDC²¹. Il a bien été démontré, comme pour les patients en HDC que le transfert « non planifié » des patients de la DP vers l'HDC via un cathéter veineux central est associé à un plus grand taux de morbi-mortalité comparé aux patients qui restent en DP ou partent en HD avec une FAV confectionnée²².

Contrairement à des idées reçues, le médecin généraliste a un rôle essentiel à jouer dans le suivi du patient dialysé à domicile ou en MRS : suivi hygiéno-diététique (accès vasculaire ou cathéter de DP, diète protéocalorique, aliments riches en NaCl, en potassium et phosphore) mais aussi volémique (poids, tension artérielle, diurèse, transit intestinal) et médicamenteux (anti-hypertenseurs, chélateurs du potassium et du phosphore).

LE PARTENARIAT PATIENT EN SANTÉ

Le paradigme de la relation entre professionnels de la santé et patients s'est fondamentalement modifié en quelques décennies. D'un modèle traditionnellement paternaliste, il a évolué dans les années '80 vers une conception de soins « centrés sur le patient », pour en arriver aujourd'hui à la notion de « partenariat de soins »²³⁻²⁴.

Ainsi, le concept de patient partenaire de ses soins et, le cas échéant, celui d'aidants proches partenaires s'intègre dans une philosophie de soins fondée sur la co-construction du projet de soins, rebaptisé plan d'accompagnement, orienté en fonction du projet de vie du patient. C'est particulièrement vrai et applicable aux différents stades de la MRC, depuis l'initiation du TSI jusqu'au choix concerté d'une modalité de dialyse avec le néphrologue et le médecin généraliste.

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT NÉPHRO-GÉRIATRIQUE

Plusieurs analyses de survie réalisées sur des cohortes de patients âgés ont montré que le choix de la modalité thérapeutique au stade 5 (HD, DP ou renforcement du traitement néroprotecteur) ne modifie pas la survie²⁵. Un guide pratique du traitement dit « conservateur » de la MRC stade 5 vient d'ailleurs d'être publié par le groupe de travail de la Société francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale (SFNDT) sur base des recommandations anglo-saxonnes initiales²⁶.

Ces données appellent à une réflexion sur nos pratiques de soignants dans la MRC. En Belgique, nos patients MRC sont dans plus de 50% des cas âgés de plus de 65 ans et 1 patient sur 3 est un patient gériatrique, c'est-à-dire âgé de 75 ans et plus. Ils sont à risque de développer l'un ou l'autre signe précoce en lien avec des troubles cognitifs (dépression, mémoire, pré-démence entre autres) et/ou de la nutrition (réduction et déséquilibre des apports protéo-caloriques, fonte musculaire...) et/ou de la mobilité (atteintes ostéoarticulaires entraînant des chutes à répétition...) entraînant une dépendance progressive.

Il apparaît crucial de dépister au plus vite ces syndromes gériatriques dans le but de préserver l'autonomie et le projet de vie de ces patients atteints de MRC, facteur indépendant de surmortalité. En effet,

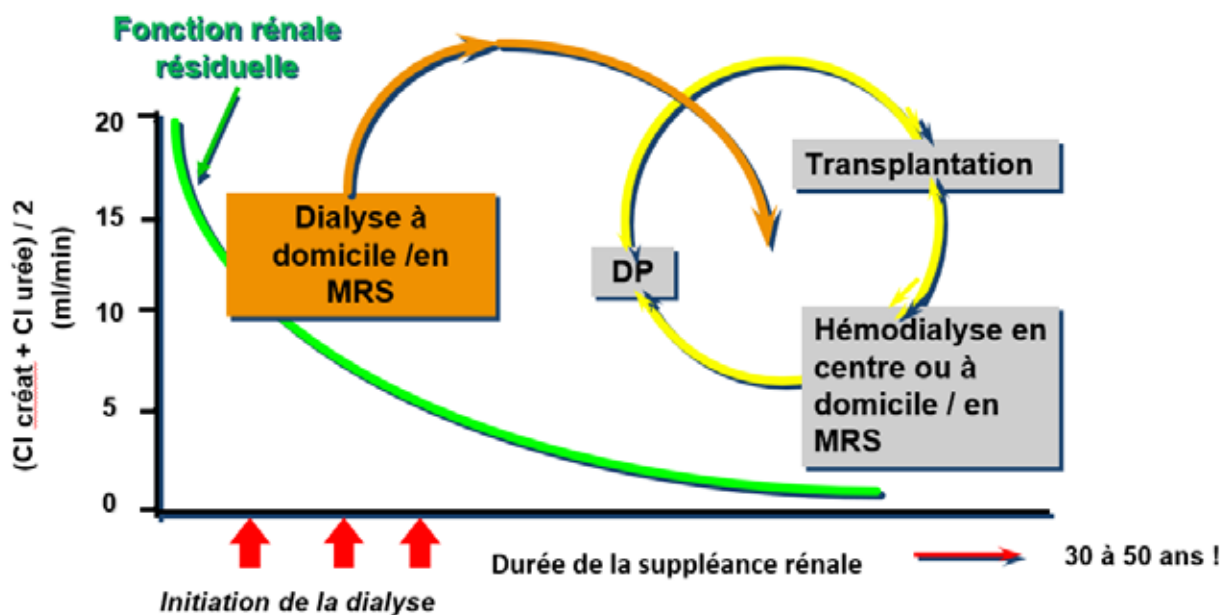
la progression inéluctable de cette MRC rend problématique la gestion de la vie quotidienne, en particulier l'adhésion aux médicaments, aux règles hygiéno-diététiques... et le choix « éclairé » d'une technique de suppléance rénale en cas de stade 5. Ces patients n'auront en effet jamais accès à la transplantation et la priorité sera mise vers une modalité de traitement « de confort » au domicile ou en MRS.

Dans cette perspective, le CHU Brugmann a récemment mis en place un accompagnement pluridisciplinaire du patient néphro-gériatrique en collaboration avec les collègues gériatres et neurologues, une pharmacienne clinicienne et une diététicienne. Le traitement conservateur sera proposé comme traitement de choix au patient après collecte de son souhait de privilégier sa qualité de vie et une évaluation du risque de mortalité à court ou moyen terme. Le succès de cet accompagnement pluridisciplinaire résidera dans le suivi assuré par la première ligne de soins, en l'occurrence le médecin généraliste au domicile ou en MRS.

Rappelons qu'aujourd'hui les différentes modalités du plan d'accompagnement de soins du patient en MRC terminale doivent être considérées comme complémentaires et constituent un parcours de soins où le patient pourra changer de modalité thérapeutique selon ses souhaits personnels ou son évolution médicale. Tout professionnel de santé est en effet confronté à l'une ou l'autre forme de refus d'aide et de

Figure 4

Représentation schématique des programmes intégrés de modalités de suppléance rénale présentées à l'occasion des ateliers d'information et de formation thérapeutique au stade 4 de la MRC au CHU Brugmann. Le choix concerté d'un patient vers l'une ou l'autre technique dépend de sa situation clinique personnelle (antécédents, comorbidités, contre-indications médico-chirurgicales absolues et relatives...) combinée à des facteurs additionnels d'ordre familial, psychologique et socio-professionnel. Un plan individualisé d'accompagnement est dès lors mis en place et toute transition vers une autre modalité thérapeutique restera envisageable selon l'évolution ultérieure.



CI : clairance ; DP : dialyse péritonéale ; MRS : maison de repos et de soins.

La moyenne arithmétique des clairances d'urée et de créatinine (calculée sur une récolte d'urines de 24h) est utilisée au stade 5 de la MRC pour estimer le taux de filtration rénale résiduelle.

soins dans le chef de patients et/ou de familles. En néphrologie, la problématique de la MRC terminale est fréquente et majeure car elle engage le pronostic vital. Il est indispensable de renforcer les canaux de communication entre les professionnels de santé, le

patient et les familles. Les pistes de réflexion éthique élaborées permettront de coconstruire un plan d'accompagnement respectueux du projet de vie du patient, ce dernier étant reconnu comme partenaire de ses soins²⁷.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Quels que soient les stades de la MRC, le médecin généraliste occupe une place de choix et a une responsabilité importante dans le dépistage précoce des patients à risque, la mise en place avec l'équipe néphrologique de stratégies de rénoprotection, le suivi à domicile ou en MRS. Les spécificités nombreuses et variées des patients néphrologiques nous incitent à proposer – à coconstruire – des plans d'accompagnement individualisés mieux adaptés à leurs projets de vie. Le virage ambulatoire de la néphrologie est en bonne voie !

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M *et al.* Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2020;395(10225):709-33.
2. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS *et al.* Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 2016;11(7): e0158765.
3. Golestaneh L, Alvarez PJ, Reaven NL, Funk SE, McGaughey KJ, Romero A *et al.* All-cause costs increase exponentially with increased chronic kidney disease stage. *Am J Manag Care*. 2017;23(10 Suppl):S163-72.
4. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 2004;351:1296-305.
5. Goderis G, Borgermans L, Heyrman J, Broeke CV, Grol R, Boland B *et al.* See comment in PubMed Commons below Type 2 diabetes in primary care in Belgium: need for structured shared care. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2009;117(8):367-72.
6. Bayliss EA, Bhardwaja B, Ross C, Beck A, Lanese DM. Multidisciplinary Team Care May Slow the Rate of Decline in Renal Function. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6:704-10.
7. Chen YR, Yang Y, Wang SC, Chiu PF, Chou WY, Lin CY *et al.* Effectiveness of multidisciplinary care for chronic kidney disease in Taiwan: a 3-year prospective cohort study. *Nephrol Dial Transplant*. 2013;28:671-82.
8. Levin A, Stevens PE. Summary of KDIGO 2012 CKD Guideline: behind the scenes, need for guidance, and a framework for moving forward. *Kidney Int*. 2014;85(1):49-61.
9. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W *et al.* KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis*. 2020;76(3 Suppl 1):S1-S107.
10. Ayav C, Empereur F, Kessler M. Comment intégrer les patients dans l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique dans l'insuffisance rénale chronique? *Nephrol Ther*. 2013;9:26-31.
11. Ben Omar Bridi S, Plennevaux V, Racape J, Nortier J. Implémentation des trajets de soins de l'insuffisance rénale chronique: bénéfices pour les patients et perspectives en termes de santé publique. *Rev Med Brux*. 2016;37:5-12.
12. Wu IW, Wang SY, Hsu KH, Lee CC, Sun CY, Tsai CJ *et al.* Multidisciplinary predialysis education decreases the incidence of dialysis and reduces mortality - a controlled cohort study based on the NKF/DOQI guidelines. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24: 3426-33.
13. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S *et al.* Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373(22): 2117-28.
14. Perkovic V, Jardine MJ, Neal B, Bompoint S, Heerspink HJL, Charytan DM *et al.* Canagliflozin and renal outcomes in type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med*. 2019;380(24):2295-306.
15. Heerspink HJL, Jongs N, Chertow GM, Langkilde AM, McMurray JJV, Correa-Rotter R *et al.* Effect of dapagliflozin on the rate of decline in kidney function in patients with chronic kidney disease with and without type 2 diabetes: a prespecified analysis from the DAPA-CKD trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(11):743-54.
16. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou FF *et al.* Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med*. 2020;383:1436-46.
17. Imbeault B, Nadeau-Fredette AC. Optimization of Dialysis Modality Transitions for Improved Care. *Canadian J Kidney Health Dis*. 2019;6:1-10.
18. Bradbury BD, Fissell RB, Albert JM, Anthony MS, Critchlow CW, Pisoni RL *et al.* Predictors of early mortality among incident US hemodialysis patients in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Clin J Am Soc Nephrol*. 2007;2:89-99.
19. Ficheux M, Seret G. Hémodialyse à domicile. *Nephrol Ther*. 2022;18:5S1-24.
20. Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale (SFNDT). Ma maladie rénale chronique en 2022 : 10 propositions pour développer la dialyse à domicile - Livre blanc de la Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale (SFNDT);2019.
21. Lorenzo V, Martn M, Rufino M, Hernández D, Torres A, Ayus JC. Predialysis nephrological care and a functioning arteriovenous fistula at entry are associated with better survival in incident hemodialysis patients: an observational cohort study. *Am J Kidney Dis*. 2004;43(6):999-1007.
22. Pajek J, Hutchison AJ, Bhutani S, Brenchley PE, Hurst H, Perme MP *et al.* Outcomes of peritoneal dialysis patients switching to hemodialysis: a competing risk analysis. *Perit Dial Int*. 2014;34:289-98.

23. Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Nortier J, *et al.* Un modèle pour améliorer l'adhésion aux traitements, la qualité des soins et réduire les coûts : le patient partenaire. *Hospitals. be* 2017;4:44-54.
24. Néron A. Devenir le partenaire de ses soins. *Santé conjugée*. 2019;88:19-21.
25. Rouveure AC, Bonnefoy M, Laville M. Traitement conservateur, hémodialyse ou dialyse péritonéale chez le sujet âgé : le choix de traitement ne modifie pas la survie. *Néphrol Ther.* 2016;12:32-7.
26. Groupe de travail de la SFNDT. Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 : guide pratique [Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide]. *Nephrol Ther.* 2022;18(3):155-71.
27. Nortier J, Collart F, Surquin M, Néron A. L'approche du partenariat en santé face au refus de dialyse par un patient en insuffisance rénale sévère. In : Hesbeen W, éditeur. Face au refus d'aide et de soins. Penser en équipe le positionnement éthique. Paris:Seli Arslan;2023:59-70.

Travail reçu le 5 juin 2023 ; accepté dans sa version définitive le 20 juin 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

J. NORTIER
CHU Brugmann
Service de Néphrologie-Dialyse
Place Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles
E-mail : joelle.nortier@chu-brugmann.be