

# La Lettre d'ICAR en NÉPHROLOGIE

Avec le parrainage de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse  
et le soutien du Laboratoire 

## Comité Scientifique du Service ICAR

Y. Berland & P. Brunet, Marseille  
Gilbert Deray, Paris  
M. Lavoie & J-P. Fauvel, Lyon

## Coordonnateur National du Service ICAR

V. Launay-Vacher, Paris

## Equipe du Service ICAR

S. Amet, Paris  
N. Janus, Paris  
E. Ledneva, Paris

## L'insuffisance rénale : Une pathologie fréquente !

### INTRODUCTION :

L'insuffisance rénale (IR) est une maladie fréquente dans la population générale nord-américaine [1]. Toutefois, cette prévalence peut-être sous-estimée dans des populations de patients présentant différentes pathologies, comme en Hématologie, Hépatologie, Infectiologie, Oncologie et en Rhumatologie.

### HEMATOLOGIE :

L'IR est fréquente chez les patients présentant une hémopathie maligne. Environ la moitié (46% à 50%) des patients atteints de myélome multiple présente également une IR au moment du diagnostic, souvent posé en Néphrologie [2,3]. L'une des causes d'IR chez les patients atteints de myélome est la néphrotoxicité des chaînes légères monoclonales [4], exposant ainsi ces patients à une IR iatrogène additionnelle lors de l'utilisation de médicaments anticancéreux.

### HEPATOLOGIE (Transplantation Hépatique et Hépatite B) :

L'IR est un problème fréquent dans la prise en charge des patients transplantés hépatiques. Cette altération de la fonction rénale entraîne une augmentation de la morbi-mortalité et une moindre survie du greffon hépatique. L'origine de l'IR est multifactorielle [5] mais elle est le plus souvent induite par les inhibiteurs de la calcineurine. Ainsi, la prévalence d'un DFG<90 varie de 45,7% avant la transplantation hépatique jusqu'à 94,3% 5 ans après la transplantation hépatique [6].

Les hépatites virales peuvent être à l'origine d'anomalies rénales. La prévalence de la protéinurie est de 6,4 à 17 % chez les patients HBsAg (+) (sans co-infection avec hépatite C) [7,8]. En revanche, il n'existe aucune donnée sur la prévalence de l'IR chez les patients atteints d'une hépatite B chronique. Ainsi, afin de connaître la prévalence de l'IR chez ces patients, l'étude HARPE (*Hepatitis And Renal Parameters Evaluation*), coordonnée par le service ICAR, débutera en 2010.

### INFECTIOLOGIE (VIH) :

Les patients d'origine africaine peuvent développer une néphropathie associée au VIH connu sous le nom de HIVAN (HIV-Associated Nephropathy) [9]. Toutefois, les patients atteints par le VIH peuvent présenter une IR ayant d'autres origines. En effet, la prévalence de l'IR et/ou de la protéinurie est de l'ordre de 20% [10]. Cette IR est multifactorielle [11] elle peut être causée par :

- une nécrose tubulaire aiguë,
- une néphropathie tubulo-interstitielle aiguë,
- une microangiopathie thrombotique,
- une IRA au cours des syndromes de restauration immunitaire,
- une néphrotoxicité induite par les antirétroviraux,
- une néphrite interstitielle lymphoplasmocytaire,
- des néphropathies liées aux co-infections et aux néoplasies.

Ainsi, il est recommandé de dépister systématiquement les anomalies rénales chez les patients infectés par le VIH en réalisant une

bandelette urinaire et une estimation de la fonction rénale (formule de Cockcroft-Gault ou aMDRD) [11].

### ONCOLOGIE :

La majorité des patients atteints de tumeurs solides présentent une insuffisance rénale. En effet, l'étude française IRMA a montré que la fréquence d'un DFG<90 était de 53% alors que seulement 7% des patients avait une créatininémie élevée [12]. Cette importante prévalence a été également retrouvée chez les patients ayant un cancer du sein, des poumons et de la prostate [13-15].

Cette IR a des conséquences directes sur la prise en charge médicamenteuse (adaptation de doses, toxicités rénales et extra-rénales) et au niveau de la survie des patients. En effet, l'IR a un impact délétère sur la survie des patients atteints de cancer à 2 ans [16]. Les causes de cette observation ne sont pas connues. Un impact de l'insuffisance rénale sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire [17], l'absence d'adaptation posologique chez ces patients ainsi que l'utilisation de médicaments néphrotoxiques pouvant conduire à la survenue d'effets indésirables, causes potentielles de report ou d'annulation de cures ultérieures, sont de possibles hypothèses à cette réduction de la survie chez les patients IR en Oncologie.

### RHUMATOLOGIE (Polyarthrite Rhumatoïde) :

Environ 1 à 3% des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) ont une créatininémie anormalement élevée [18-19]. Toutefois, lorsque la fonction rénale des patients est estimée à l'aide de la formule aMDRD, la prévalence d'un DFG<90 atteint 67-68% [19-20]. De plus, 16 à 22% des patients atteints de PR présente une anomalie du sédiment urinaire [19]. L'IR en Rhumatologie est donc fréquente et il est important d'estimer correctement la fonction rénale de ces patients afin d'adapter la posologie des médicaments et d'éviter les médicaments potentiellement néphrotoxiques.

### CONCLUSION

L'IR est fréquente dans ces différentes spécialités. Il est crucial d'estimer la fonction rénale à l'aide d'une méthode appropriée, préférentiellement la formule aMDRD. Les posologies des médicaments devront être adaptées lorsque cela est nécessaire et l'utilisation de médicaments néphrotoxiques devra être limitée.

### Service ICAR

Depuis 1999, le Service ICAR (Information Conseil Adaptation Rénale), basé au sein du Service de Néphrologie de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, vous propose ses services de conseil et d'aide à la prescription sur :

- l'adaptation des posologies des médicaments chez le patient IR,
- les effets rénaux des médicaments,
- les interactions médicamenteuses avec les immunosuppresseurs.

Février 2010

NJ

**Références :** [1] Jones C AJKD 1998. [2] Knudsen LM. Eur J Haematol 2000. [3] Knudsen LM. Eur J Haematol 1994. [4] Dimopoulos MA. Leukemia 2008. [5] Pillebout E. AJT 2005. [6] Karie-Guigues S. Liver Transpl. 2009. [7] Huang JF et al. J Intern Med 2006. [8] Izzedine H. Kidney Int 2004. [9] Rao TK. N Engl J Med 1984. [10] Gardner LI. J Acquir Immun Defic Syndr 2003. [11] Tourret J. Nephro Ther 2009. [12] Launay-Vacher V. Cancer 2007. [13] Launay-Vacher V. Breast Cancer Res Treat 2008. [14] Launay-Vacher V. Lung 2009. [15] Launay-Vacher V. Clin Genitourin Cancer 2009. [16] Launay-Vacher V. ASCO 2009. [17] Go AS. New Eng J Med 2004. [18] Karstila K. Clin Rheumatol 2007. [19] Karie S. Rheumatology 2008. [20] Daoussis D. Ann Rheum Dis 2009.

ICAR - Tél. 01 42 17 72 30 - Fax 01 42 17 72 12 - E-mail [icar.nephro@psl.aphp.fr](mailto:icar.nephro@psl.aphp.fr).

La diffusion de ce service est assurée avec le soutien du Laboratoire Roche. La rédaction de la Lettre d'ICAR et les recherches bibliographiques sont effectuées sous la seule responsabilité du Conseil Scientifique et des Coordinateurs d'ICAR. Le Laboratoire Roche n'est intervenu en aucune façon sur le contenu de la Lettre d'ICAR.