

Evaluation de la qualité de la prise en charge des nouveaux patients en insuffisance rénale à la Réunion

(Faites ce que je dis, ne faites pas ce que je fais!)

Ch. Cordonnier¹ et C. Couchoud²

¹Service de néphrologie et hémodialyse, CHT. Papeete;

²Département de conseil en stratégie, Hospices civils de Lyon

Résumé • Summary

Le but de ce travail était l'étude descriptive des **nouveaux patients** en insuffisance rénale chronique (IRC), d'un service de néphrologie, sur une période d'un an. Cette analyse du recrutement a permis de décrire les mesures préventives déjà mises en place avant et celles instaurées après le passage dans le service de néphrologie.

Population et méthodes: les dossiers médicaux des patients arrivant pour la première fois en consultation ou en hospitalisation du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 1998 et présentant une IRC (créat ho > 120 µmol/l, créat fe > 95 µmol/l) ont été analysés de façon rétrospective.

Résultats: 98 patients (54 femmes et 44 hommes) parmi 248 nouveaux dossiers (sur un total de 2724 consultations et 948 hospitalisations) avaient une IRC. Soixante-seize patients (78%) avaient déjà une clairance estimée < 30 ml/min, 50% des patients ont été adressés par un médecin généraliste; 50% étaient diabétiques; 30% ont été adressés pour une IRC découverte lors d'un bilan systématique. Vingt-six patients sont arrivés avec au moins un « traitement conservateur ». Après le passage en néphrologie, quarante-huit patients supplémentaires ont bénéficié d'au moins un « traitement conservateur ». Seize patients n'ont eu aucune recommandation. Treize patients ont été hospitalisés à l'issue de la première consultation. Vingt et un patients ont été dialysés d'emblée, sept autres dans la première année, sept sont décédés lors de la première hospitalisation.

Conclusion: les patients en IRC arrivent en néphrologie à un stade tardif (créatininémie médiane 300 µmol/l), avec un pronostic sévère (7% décès et 29% dialyse à un an) et sans traitement conservateur autre que symptomatique (HTA). Par ailleurs, un gros effort est à faire dans la mise en place du traitement conservateur par les néphrologues, dès le premier contact avec les patients en IRC.

Mots clés: Insuffisance rénale chronique – Traitement conservateur – Epidémiologie.

The aim of this study was to describe the new patients with chronic renal failure (CRF), from a nephrology unit, during a 1-year period. This analysis of recruitment allowed us to describe the « preventive treatments » initiate before and after the first contact with a nephrology unit.

Population and methods: the medical records from patients coming for the first time for consultation or hospitalisation from 1.1.98 to 31.12.98 and with CRF (creatinine for men > 120 µmol/l, creatinine for women > 95 µmol/l) were retrospectively analysed.

Results: 98 patients (54 women and 44 men), among 248 new records (among a total of 2724 consultations and 948 hospitalisations) had a CRF. 76 patients (78%) had already a estimated clearance < 30 ml/min. 50% of the patients were sent from a general practitioner; 50% were diabetics; 30% were sent for a CRF discovered in a systematic evaluation. 26 patients arrived with at least one « preventive treatment ». After their visit in nephrology, 48 more patients benefited from at least one « preventive treatment ». 16 patients had no recommendations. 13 patients were hospitalised after the first consultation. 21 patients were put on dialysis immediately, 7 more in the first year, 7 died during the first hospitalisation.

Conclusion: patients with CRF are coming too late in nephrology (median creatinine 300 µmol/l), with a poor prognosis (7% death and 29% dialysis in 1 year) with no « preventive treatment » except symptomatic (hypertension). Furthermore, a big effort has to be done by the nephrologists to initiate the « preventive treatment » from the very first contact with patients with CRF.

Key words: Chronic renal failure – Preventive treatment – Epidemiology.

● Abréviations

AEG : altération de l'état général
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
FAV : fistule artério-veineuse
HTA : hypertension artérielle

IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
IR : insuffisance rénale
IRC : insuffisance rénale chronique
OAP : œdème aigu du poumon
PBR : ponction biopsie rénale
VHB : virus de l'hépatite B

■ Introduction

La mise en œuvre des différents traitements conservateurs de l'insuffisance rénale chronique (IRC) ne fait pas l'objet d'un grand nombre de publications contrairement aux articles prouvant leur efficacité. Il semble pourtant qu'en pratique, ces moyens de prévention sont rarement mis en œuvre de façon optimale, soit parce qu'ils ne sont pas prescrits, soit parce que le diagnostic est porté avec retard.

En effet, plusieurs études¹⁻¹¹ montrent que les patients ont une prise en charge néphrologique tardive de leur IRC, réduisant ainsi le bénéfice des mesures préventives et du diagnostic étiologique. Ce retard entraîne un surcoût médical et financier incontestable.

Ainsi, une étude^{1,2,3} réalisée par Jungers et coll. sur les résidents en Ile-de-France au cours de la période 1989/1996 met en évidence que 20 à 25% des patients ne bénéficient pas d'une préparation optimale à la dialyse. Ceci entraîne un surcoût de 0.25 million de francs par patient avec une mortalité au cours des trois premiers mois plus élevée. En particulier, la réalisation des dialyses, faute d'un abord vasculaire préalablement créé, nécessite la mise en place d'une voie d'abord veineuse centrale pendant plusieurs semaines,² source de comorbidité importante.

De même, une étude réalisée en Grande-Bretagne par Ractcliffe et coll.⁴ il y a quelques années, retrouve une proportion élevée (42%) de patients hospitalisés au stade terminal de l'IRC et constate une comorbidité plus élevée pour ces patients. Innes et coll.⁵ toujours en Grande-Bretagne, retrouvent une mortalité supérieure chez les patients arrivés à un stade tardif de la prise en charge.

Aux Etats-Unis, Ifudu et coll.⁶ ont réalisé une étude de cinq ans (de 90 à 94) sur les patients se présentant avec une IRC. Ils constatent que la majorité des patients débutant la dialyse n'ont pas consulté de néphrologue. Par ailleurs, les patients ayant consulté un néphrologue par rapport à ceux qui n'en ont pas vu, ont des désordres métaboliques moins importants (un taux de créatininémie moins élevé, un taux de bicarbonate plus élevé, un hématoците plus élevé) et une hospitalisation plus courte, confirmant ainsi qu'une prise en charge tardive de l'IRC augmente la mortalité et le coût.

Au Brésil, Sesso et coll.⁷ retrouvent des résultats comparables de retard de prise en charge. Ainsi 58% des patients débutant la dialyse ont vu un néphrologue seulement un mois avant. De plus, ils constatent un risque relatif de décès dans les six premiers mois de dialyse de 2,77 par rapport aux patients suivis par un néphrologue.

Une étude américaine ne montre pas de différence dans la survie à long terme entre les patients référés plus d'un mois et moins d'un mois (4% décès versus 7% décès) avant le stade de la dialyse mais une incidence plus élevée de dialyse en urgence (90% versus 29%).⁸

I.H Khan et coll.,⁹ en Grande-Bretagne, ont réalisé une étude d'un an sur l'ensemble des patients ayant une créatininémie supérieure à 300 µmol/l dans leur hôpital. Ils constatent que seulement 36% des patients sont adressés à un néphrologue, confirmant le retard de prise en charge.

■ Objectif

Le but de cette étude était d'analyser les dossiers des patients se présentant pour la première fois dans un service de

néphrologie afin de savoir dans quelle mesure le traitement conservateur de l'IRC est prescrit et par qui.

■ Population et méthodes

Les dossiers médicaux des patients consultant pour la première fois ainsi que les nouveaux patients adressés directement en hospitalisation dans le service de néphrologie du Centre hospitalier départemental de Saint-Denis de la Réunion, du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 1998 ont été analysés de façon rétrospective.

Ont été exclus de cette étude: les patients ayant déjà vu un néphrologue, les enfants de moins de 15 ans (n = 3), les patients en rapport avec l'activité de transplantation (n = 12) et les patients non venus à leur premier rendez-vous (n = 11), les patients d'autres services en hébergement dans le service, les patients dépendant de l'activité d'hématologie et les évacuations sanitaires de Mayotte (n = 4) étant donné l'absence de néphrologue sur cette île.

Le recueil des données a porté sur: la spécialité du correspondant médical; les caractéristiques socio-démographiques des patients (âge, sexe, domicile); la valeur de la créatininémie disponible lors de la consultation ou à l'entrée de l'hospitalisation; le motif de consultation ou d'hospitalisation (dans les anomalies urinaires sont regroupées: protéinurie et hématurie); la prévention instaurée avant et après la consultation ou l'hospitalisation (seuls les traitements rajoutés sont comptabilisés après la consultation ou l'hospitalisation). Ont été considérés comme faisant partie du traitement conservateur: toute recommandation diététique; un traitement vitamino-calcique; tout traitement anti-HTA (en séparant les IEC ou inhibiteurs de l'angiotensine II); toute demande de sérologie ou vaccination VHB déjà réalisée; la préservation du capital veineux ou une FAV envisagée; tout conseil sur certains médicaments néphrotoxiques à éviter. Toutes ces données ont été recueillies sur la lettre d'arrivée et la lettre de sortie, aucune information sur les recommandations orales n'a pu être prise en compte.

Les résultats des variables quantitatives sont exprimés en moyenne avec écart-type. Les moyennes observées sont comparées aux valeurs théoriques par le test de l'écart réduit. Les moyennes observées sont comparées entre elles par le test t.

Les valeurs de créatininémie pathologique, retenues pour déterminer l'IR sont pour l'homme: créatinine > 120 µmol/l, pour la femme > 95 µmol/l correspondant à une clairance de l'inuline < 80 ml/min (définition habituelle de l'insuffisance rénale). Pour l'IR sévère les valeurs seuils sont: pour l'homme: créatinine > 195 µmol/l, pour la femme > 155 µmol/l correspondant à une clairance de l'inuline < 30 ml/min, seuil auquel apparaissent habituellement les premiers symptômes cliniques ou biologiques.¹² Le caractère chronique de l'IR a été défini d'après les données cliniques, biologiques ou radiologiques et d'après l'évolution dans le temps.

Les créatininémies des patients adressés pour la première fois à un néphrologue ont été comparées aux valeurs admises par un consensus américain qui recommande un avis néphrologique à partir d'une créatininémie de 132 µmol/l (15 mg/l) chez une femme et de 177 µmol/l (20 mg/l) chez un homme.¹³ Les seuils ont également été comparés aux recommandations de l'ANAES qui préconise un avis néphrologique dès que la clairance de la créatinine est voisine de 50 ml/min ou que la créatininémie est supérieure à 150 µmol/l.¹⁴

Afin de vérifier si les comportements des médecins étaient différents selon la présence ou non d'un diabète ou selon l'âge, les résultats dans le sous-groupe des patients diabétiques et chez les patients de plus de 70 ans ont été étudiés.

Résultats

Au cours de l'année 1998 dans le Service de néphrologie, il y a eu 2724 consultations, dont 64 nouveaux dossiers et 948 hospitalisés, dont 184 nouveaux dossiers.

Sur les 64 nouveaux consultants, 34 patients (53%) avaient une IRC ; dont 21 (33%) une IRC sévère. Sur les 184 hospitalisés, 64 patients (35%) étaient porteurs d'une IRC et déjà 55 (30%) avaient une IRC sévère.

Les patients hospitalisés ont tendance à être plus âgés avec une IRC plus sévère (tableau I).

Cinquante pour cent des patients ont été adressés par un généraliste (tableau II).

Les motifs de consultation des patients en IRC sont : une créatininémie élevée découverte lors d'un bilan systématique pour dix-huit patients (53%), une anomalie urinaire pour huit patients (23,5%), des symptômes généraux (œdèmes, asthénie, etc.) avec une créatininémie élevée pour huit patients (23,5%).

Huit patients (12,5%) ont une IRC (créatininémie moyenne = 145,6 $\mu\text{mol/l}$) alors qu'ils sont adressés au néphrologue pour un autre motif (sept patients pour anomalies urinaires et un pour infection urinaire). Les circonstances d'hospitalisations sont : une créatininémie élevée découverte lors d'un bilan systématique pour douze patients, une anomalie urinaire pour huit patients, une créatininémie élevée avec symptômes pour six patients, d'autres motifs sans dosage de la créatininémie pour trente-huit patients (dont neuf patients pour OAP, neuf pour AEG, ces patients sont arrivés au service des urgences où une créatininémie a été faite).

La répartition des traitements préventifs instaurés avant et ajoutés après consultation ou hospitalisation est présentée dans le tableau III.

En tout, douze patients (35%) n'ont eu aucun traitement préventif avant et après consultation, si on ne prend pas en compte le traitement hypertenseur.

Sept patients sont décédés lors de la première hospitalisation et vingt et un patients (33%) ont dialysé d'emblée avant qu'un traitement préventif ne puisse être instauré. En excluant ces derniers, quatre patients (6%) n'ont eu aucun traitement préventif avant et après hospitalisation, si on ne prend pas en compte le traitement hypertenseur.

Seuls treize patients ont eu une PBR (cinq consultants et huit hospitalisés) : deux néphropathies à IgA, deux hyalinoses segmentaire et focale, deux néphropathies interstitielles chroniques, une glomérulonéphrite extra-membraneuse, un lupus, une néphroangiosclérose et trois biopsies blanches.

Tableau I : Caractéristiques des nouveaux patients en IRC.

	Age moyen (ans)	Créatininémie moyenne ($\mu\text{mol/l}$)	Nombre de patients hypertendus	Nombre de patients diabétiques et/ou hypertendus
Consultants Homme (n = 16)	57,8 \pm 16	201,8 \pm 74	3 (19%)	6 (37,5%)
Consultantes Femme (n = 18)	55,7 \pm 18	243,5 \pm 120	5 (28%)	7 (39%)
Hospitalisés Homme (n = 28)	60,3 \pm 43	552,3 \pm 428	10 (36%)	10 (36%)
Hospitalisées Femme (n = 36)	59,2 \pm 15	452,7 \pm 344	6 (17%)	22 (61%)

Tableau II : Médecins correspondants.

	Généraliste	Cardiologue	Endocrinologue	Autre spécialité
Consultants (n = 34)	17 soit 50%	3 soit 9%	2 soit 6%	12 soit 35%
Hospitalisés (n = 64)	30 soit 47%	9 soit 14%	1 soit 2%	24 soit 37%

Tableau III : Traitements préventifs prescrits avant et après passage en néphrologie pour les patients avec une IRC.

	Traitements instaurés avant consultation Tous les patients N = 34	Traitements ajoutés après consultation Tous les patients N = 34	Avant et après consultation Patients avec Cl < 30 ml/min N = 21 (62%)	Traitements instaurés avant hospitalisation Tous les patients N = 64	Traitements instaurés après hospitalisation Tous les patients N = 64	Avant et après hospitalisation Patients avec Cl < 30ml/min N = 55 (86%)
Diététique	0	2	1	0	6	6
IEC	12	0	8	14	10	21
Traitement Vit-Ca	3	3	5	0	14	13
Hépatite B	2	3	5	0	26	24
Capital veineux	0	5	5	0	10	10
Toxiques	0	2	2	0	2	2
Traitement anti-HTA	18	1	16	38	6	40

Sept patients supplémentaires ont débuté la dialyse au cours de la première année. Fin décembre 1999, huit patients étaient décédés, vingt-huit patients avaient été dialysés et six patients ont été perdus de vue. Le délai entre le premier contact avec le service de néphrologie et la mise en dialyse était, pour les vingt-huit patients, de 71 jours en moyenne (médiane 2 jours, écart 0 à 393 jours). Si l'on exclut les vingt et un patients dialysés à l'issue de la première hospitalisation, le délai moyen pour les sept patients restants était de 253 jours (médiane 295 jours, écart 86 à 393 jours).

Bien que non statistiquement différentes, les valeurs de créatininémie des hommes de plus de 70 ans lors de la première rencontre avec le néphrologue ont tendance à être plus élevées, pouvant suggérer une censure de la part des médecins traitants (tableau IV).

Tableau IV: Créatininémie moyenne selon le sexe et l'âge.

	Age > 70 ans	Age < 70 ans
Hommes	N = 18 Créatininémie: 503 ± 437,5 µmol/l	N = 26 Créatininémie: 384 ± 399,9 µmol/l
Femmes	N = 17 Créatininémie: 358 ± 184,8 µmol/l	N = 37 Créatininémie: 398 ± 352,4 µmol/l

Bien que non statistiquement différentes, les valeurs de créatininémie des diabétiques ont tendance à être plus élevées que chez les non-diabétiques (tableau V).

Pour les quarante-neuf patients diabétiques, la répartition des traitements préventifs est représentée dans le tableau VI.

Tableau V: Créatininémie moyenne selon le sexe et le statut diabétique.

	Diabétiques	Non-diabétiques
Hommes	N = 18 Créatininémie: 483 ± 538,7 µmol/l	N = 26 Créatininémie: 393 ± 302,1 µmol/l
Femmes	N = 31 Créatininémie: 441 ± 297,9 µmol/l	N = 23 Créatininémie: 314 ± 317,6 µmol/l

Tableau VI: Traitement préventif des patients diabétiques avec une IRC.

	Traitement instauré avant prise en charge (N = 49)	Traitement ajouté après prise en charge (N = 49)
Diététique	0	5
IEC	18	8
Traitement Vit-Ca	3	12
Hépatite B	2	19
Capital veineux	0	11
Toxiques	0	2
Traitement anti-HTA	38	4

Discussion

Les valeurs moyennes de créatininémie des premiers consultants et des hospitalisés sont supérieures aux valeurs devant motiver une consultation néphrologique.^{13,15} A la Réunion, les facteurs de risque néphrologiques dont les conditions socio-économiques et le brassage ethnique ne sont pas comparables à ceux de la métropole, ce qui pourrait influencer les résultats. De même, la densité médicale à la Réunion est différente de la métropole (114 médecins généralistes/100 000 habitants à la Réunion contre 147 médecins généralistes/100 000 habitants pour la métropole). La densité médicale en néphrologue à la Réunion est superposable à celle de la métropole (20 par million d'habitants) alors même que l'incidence de l'insuffisance rénale terminale y est double. Pourtant, nos résultats sont en accord avec des publications sur le retard de prise en charge de l'IRC en milieu néphrologique.

Les âges moyens des consultants et des hospitalisés, ne sont pas statistiquement différents entre eux, quel que soit le sexe: ils se situent entre 55 et 60 ans, comparables à d'autres études.^{7,16} Or, la population réunionnaise est jeune (seuls 9% de la population ont plus de 60 ans). Ceci est inquiétant car d'ici vingt ans le vieillissement de la population risque d'augmenter le nombre d'IRC qui est déjà très élevé par rapport à la Métropole (incidence 200/million d'habitants).

Sur les 98 patients en IRC, 49 sont diabétiques (50%), laissant présager une augmentation de la prévalence de diabétiques en insuffisance rénale terminale qui est actuellement d'environ 30%. En métropole, la proportion de diabétiques en dialyse est de 28%, également en augmentation.

Dans le groupe des IRC, seuls trente-six patients (37,5%) sont adressés pour une créatininémie élevée. Les autres, alors qu'ils ont une IRC selon nos critères, sont adressés pour un autre motif. Le diagnostic n'a donc pas été fait. Les raisons possibles à cet état de fait sont multiples. Il peut s'agir d'une mauvaise connaissance de la définition de l'insuffisance rénale, de la prépondérance, pour le médecin, des anomalies urinaires ou des symptômes généraux sur l'augmentation de la créatininémie ou l'absence de dosage de la créatininémie.

Dans les populations « non à risque », le caractère asymptomatique de l'IRC est une raison évoquée pour expliquer l'absence de dosage de créatininémie par les praticiens. Ce qui ne devrait pas être le cas pour les populations à risques. Dans notre étude, près de 60% des patients sont diabétiques ou hypertendus, et forcément suivis pour leur pathologie. De plus, leur créatininémie a tendance à être légèrement plus élevée que dans le groupe des patients non diabétiques. Soit le dosage de créatininémie n'est pas fait de façon systématique chez ces patients, contrairement aux recommandations des sociétés savantes, soit ces patients ne sont pas envoyés au néphrologue par « fatalisme » ou méconnaissance des traitements préventifs pouvant être instaurés par le néphrologue.

Le retard de diagnostic est donc en partie lié à un manque de dépistage de l'IRC. On ne peut exclure le fait que le dosage de la créatininémie ne soit pas mentionné dans le courrier du patient parce que le médecin juge cette information inutile ou secondaire par rapport au motif de consultation.

Les traitements préventifs ne sont peu ou pas instaurés par les médecins correspondants et seuls les symptômes sont traités, en particulier l'HTA. En effet, 64% des traitements conservateurs prescrits sont le fait de traitements anti-hypertenseurs. Cette proportion monte à 94% si on inclut les IEC. Ce sont essentiellement les diabétiques qui ont bénéficié du traitement conservateur

avant la prise en charge néphrologique. Cependant les consultants diabétiques sont tous hypertendus. Le médecin pouvait également penser qu'il s'agissait d'une IR aiguë et que le patient allait récupérer. Les médecins spécialistes ne font pas mieux que les médecins généralistes. L'information sur la prévention doit s'adresser à tous.

Pour expliquer cette absence de prescription du traitement conservateur, rappelons que le diagnostic d'IRC n'a pas été évoqué pour 54 patients (56%). Le médecin ne pouvait donc pas penser à débiter un traitement préventif. Le médecin correspondant n'a pas eu le temps de réaliser un dosage de créatininémie (OAP) ou il n'a pas pensé à faire ce dosage.

Il est important de rappeler que nous avons choisi un seuil très bas de créatininémie (pour l'homme : créatininémie > 120 µmol/l, pour la femme > 95 µmol/l correspondant à une clairance de l'inuline < 80 ml/min¹²). Si nous envisageons que le diagnostic d'IRC se fait pour une clairance de l'inuline < 60 ml/min correspondant à une créatininémie pour l'homme : créatininémie > 140 µmol/l, pour la femme > 105 µmol/l, encore vingt-neuf patients ont une IRC. Ainsi, même si on choisit un seuil plus bas de filtration glomérulaire, le pourcentage d'IRC reste important (45%).

Le néphrologue doit donc instaurer le traitement conservateur, tant que ces mesures ne sont pas mises en pratique par les autres praticiens. Cependant, voit-il les malades assez tôt ? Pour les hospitalisés, les valeurs de créatininémie (452,7 ± 344 µmol/l pour les femmes, 552,3 ± 428 µmol/l pour les hommes) obtenues sont proches des valeurs de l'IRC pré-terminale, or, ces patients, pour la plupart, n'ont bénéficié d'aucune prévention avant l'hospitalisation, hormis le traitement des symptômes. Le bénéfice des traitements conservateurs à ce stade de l'insuffisance rénale reste à démontrer.

Vingt et un patients (33%) sont mis en hémodialyse d'emblée, donc avant de pouvoir bénéficier de traitement préventif. Ces résultats sont comparables à ceux de différentes études faites en Grande-Bretagne par Ratcliffe et coll., il y a plus de dix ans⁴ et plus récemment.³

Dans cette étude le pronostic a été sévère, avec sept décès (11%) dès la première hospitalisation. Une mortalité précoce significativement plus élevée est déplorée chez ces patients.^{5,6,9} Ceci s'explique par les problèmes d'abord, mais aussi à cause du stade de IR et des facteurs de comorbidités associés.

Cependant, après avoir vu un néphrologue un certain nombre de patients ne bénéficient pas de tous les traitements préventifs. Ce sont en général les patients les plus « avancés » qui bénéficient de cette prévention, alors qu'il est peut-être déjà trop tard. Ce sont surtout les hospitalisés diabétiques qui bénéficient des traitements préventifs après passage en néphrologie. Ceci peut s'expliquer par le fait que ce sont eux qui ont les valeurs de créatininémie les plus élevées. Le néphrologue n'est donc pas assez systématique et il ne remplit pas complètement son rôle. Ces constatations ont déjà été faites dans une étude américaine où chez les patients qui avaient été référés à un néphrologue au moins quatre mois avant le début de la dialyse (médiane 25 mois), 56% avaient une hypoalbuminémie, 33% un hématoците < 28%, 40% recevaient de l'érythropoïétine, 40% avaient un accès vasculaire permanent fonctionnel et 17% ont débuté la dialyse à moins de 5 ml/min de filtration glomérulaire.¹⁷

Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour expliquer ce délai avant instauration du traitement : la volonté de ne pas effrayer le patient dès le premier contact, l'impression d'avoir le temps, l'attente de certains examens complémentaires, etc. Or vu la fréquence des perdus de vue, ce premier contact doit être le plus

complet possible. Dans l'étude de Jungers et coll.,¹ 73 patients sur 900 ont été suivis antérieurement dans une unité de néphrologie, mais ont ensuite négligé toute surveillance néphrologique (58 cas) ou ont refusé la préparation à la dialyse (15 cas). Dans notre série, nous avons observé 6% de perdus de vue (6 patients sur 96).

Il est à noter que durant l'année 1998, les 3,5 praticiens ont effectué 2724 consultations. Parmi l'ensemble des patients suivis, seuls 64 patients étaient de nouveaux patients. Ceci s'explique par l'activité de transplantation qui est fortement consommatrice de temps de consultations et doit sûrement faire réfléchir sur la contrainte de temps que représente cette activité au détriment des nouveaux patients en IRC.

Tous nos résultats doivent être interprétés avec prudence car toutes les données sont collectées à partir des courriers des correspondants et des néphrologues. Nous pouvons penser que les médecins communiquent également verbalement en plus des écrits. Ainsi certains patients ont peut-être bénéficié de prévention orale, minorant nos résultats.

En conclusion, l'ensemble de ces résultats montre un retard de prise en charge des patients IRC comme l'ont déjà montré différentes études et une mauvaise implémentation des traitements conservateurs dont l'efficacité et le bénéfice ne sont plus à démontrer. Le néphrologue n'est pas épargné par ces résultats. Celui-ci doit être plus systématique dans ses prescriptions et jouer son rôle de formation avec une correspondance la plus complète possible. A cette fin, nous avons mis en place une liste de vérification, glissée dans chaque nouveau dossier du service (annexe 1) dont l'impact devra être évalué à distance.

Objectifs à atteindre	Moyens employés
Ralentir l'évolution de la néphropathie	
Diminuer la protéinurie	
Éviter la dénutrition ou l'obésité	
Contrôler la pression artérielle : PA < 125/75	
Éviter l'ostéodystrophie : 150 < PTH < 200 ng/l	
Prévenir l'hépatite B : Ac antiHBs > 50 UI/l	
Contrôler l'acidose métabolique : bicarbonates > 20 mmol/l	
Prévenir les maladies cardio-vasculaires : arrêt du tabac, activité physique modérée de 30 min/jour	
Traiter l'hyperlipidémie : LDL cholestérol < 100 mg/dl (1,6 mmol/l) HDL cholestérol > 35 mg/dl (0,9 mmol/l) triglycérides < 200 mg/dl (2,3 mmol/l)	
Corriger la glycémie : HbA1c < 7%	
Préserver le capital veineux Fistule artério-veineuse	
Corriger l'anémie : Hb > 10 g/l ou Ht = 33-36%	

Annexe 1 : Traitement conservateur de l'insuffisance rénale chronique. Liste de vérification à mettre à jour à chaque consultation.

Remerciements

Remerciements aux Drs Bourgeon, Atcha, Servaux, Genin qui nous ont laissé l'accès aux dossiers des patients.

Remerciements aux médecins généralistes de Saint-Denis de la Réunion qui ont accepté de répondre au questionnaire.

Remerciements à l'ensemble des néphrologues de l'île de la Réunion qui nous ont accueillis avec enthousiasme sous leur soleil des Tropiques.

Commentaires

Les auteurs travaillaient à l'île de la Réunion au moment de cette étude mais pour des raisons professionnelles ont été amenés à changer de lieu de travail. Cette étude est une auto-évaluation ayant pour objectif initial l'amélioration des pratiques des auteurs et secondairement celles de leurs collègues. Il ne s'agit en aucun cas d'un audit externe.

Adresses de correspondance :

Dr Christophe Cordonnier
Service de néphrologie et d'hémodialyse
CHT Mamao
BP 1640
Papeete
Tahiti
Polynésie française
E-mail : c.cordonnier@mail.pf



Références

1. Jungers P, Skhiri H, Zingraff J, Muller S, Fumeron C, Giatras I, Touam M, Nguyen AT, Man NK, Grünfeld JP. Bénéfices d'une prise en charge néphrologique précoce de l'insuffisance rénale chronique. *La Presse Médicale* 1997; 28: 1325.
2. Jungers P, Zingraff J, Page B, Albouze G, Hannedouche T, Man NK. Detrimental effects of late referral in patients with chronic renal failure: A case-control study. *Kidney Int* 1993; 43 (Suppl. 41):S170-3.
3. Jungers P, Zingraff J, Albouze G, et al. Late referral to maintenance dialysis: Detrimental consequences. *Nephrol Dial Transplant* 1993; 8:1089-93.
4. Ractcliffe PJ, Philips RE, Oliver DO. Late referral for maintenance dialysis. *BMJ* 1984; 288: 441-3.
5. Innes A, Rowe PA, Burden RP, Morgan AG. Early deaths on renal replacement therapy: The need for early nephrological referral. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7: 467-71.
6. Ifudu O, Dawood M, Homel P, Friedman EA. Excess morbidity in patients starting uremia therapy without prior care by a nephrologist. *Am J Kidney Dis* 1996; 28: 841-5.
7. Sesso R, Belasco AG. Late diagnosis of chronic renal failure and mortality in maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11: 2417-20.
8. Schmidt RJ, Domico JR, Sorkin MI, Hobbs G. Early referral and its impact on emergent first dialyses, health costs, and outcome. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 278-83.
9. Khan IH, Catto GR, Edward N, MacLeod AM. Chronic renal failure: Factors influencing nephrology referral. *Q J Med* 1994; 87: 559-64.
10. Gregorio T, Obrador MD, Brian JG, Peereira DM. Early referral to nephrologist and timely initiation of renal replacement therapy: A paradigm shift in the management of patients with chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 398-417.
11. Arora P, Obrador GT, Ruthazer R, Kausz AT, Meyer KB, Jenuleson CS, Pereira JG. Prevalence, predictors and consequences of late nephrology referral at a tertiary care center. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10: 1281-6.
12. Couchoud C, Pozet N, Labeeuw M, Pouteil-Noble C. Screening early renal failure: Thresholds of serum creatinine determined by ROC curves. *Kidney Int* 1999; 55: 1878.
13. An NIH consensus conference statement. Morbidity and mortality of renal dialysis. Consensus development conference panel. *Ann Intern Med* 1994; 121: 62-70.
14. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la pratique clinique: indications de l'épuration extra-rénale dans l'insuffisance rénale chronique terminale. *Néphrologie* 1997; 18: (Suppl.).
15. La Société de néphrologie coordonnée par M. Laville. Prévenir les maladies et l'insuffisance rénales. MD communication 1998.
16. Brancati FL, Whittle JC, whelton PK, Seidler AJ, Klag MJ. The excess incidence of diabetic end-stage renal disease among blacks. *JAMA* 1992; 268: 3079-84.
17. Arora P, Obrador GT, Ruthazer R, Kausz AT, Meyer KB, Jenuleson CS, Pereira BJ. Prevalence, predictors, and consequences of late nephrology referral at a tertiary care center. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10:1281-6.