

## Biologie rénale du patient diabétique

Tout part d'un constat de carence. « *En France comme dans la plupart des pays occidentaux, on voit en consultation des patients qui ont souvent une insuffisance rénale à un stade avancé, déplore le Professeur Jean-Michel Halimi, néphrologue au CHRU de Tours. Ce qui veut dire que le dépistage se fait mal en médecine générale ou qu'il se fait mais que la fonction rénale est mal comprise par les médecins. Ils ne savent pas toujours quand adresser les patients ni évaluer l'évolutivité de cette insuffisance rénale.* »

Dans la mesure où les patients diabétiques sont plus à risque de développer une maladie rénale chronique (MRC) au cours du temps, ils constituent une population sur laquelle il est important de concentrer les efforts, mais comment ? « *La maladie rénale chronique ne devient tangible que sur la base des examens biologiques. C'est une maladie très silencieuse. Si l'on ne pense pas à mesurer le débit de filtration et à rechercher une albuminurie sur échantillon, elle ne sera pas dépistée et donc pas prise en charge* », rappelle le Docteur Sylvie Dejager, endocrinologue et directrice médicale CV rénal au sein de Bayer.

### **« Doser la créatinine et l'albuminurie sous une forme standardisée »**

Dépister, certes mais comme il faut, tel est l'enjeu. « *Pour cela, nous essayons de simplifier nos messages, suggère le Professeur Jean-Michel Halimi. Le premier consiste à dire qu'il faut doser la créatinine et l'albuminurie sous une forme standardisée afin que tous les patients aient le même type de résultats, faciles à interpréter. A partir de la créatinine, on obtient le Débit de filtration glomérulaire (DFG). Tout le monde s'accorde pour dire que c'est la formule du CKD-EPI qu'il faut utiliser pour estimer ce dernier. Le second, l'albuminurie, c'est le rapport albumine/créatinine urinaire.*»

Dès que l'on dépiste un diabétique de type 2, il convient donc de procéder à ces analyses. Si le résultat est normal, la fréquence de ces analyses biologiques est annuelle. S'il ne l'est pas, le dosage doit être plus régulier, tous les six, quatre, voire trois mois. Une recommandation

parfois éloignée de la réalité du terrain. En effet, 80 % des diabétiques de type 2 bénéficient d'un dosage de créatinine une fois par an et seulement 30 à 35 % d'un dosage d'albuminurie.

En outre, l'idée est de rendre ces résultats biologiques encore plus parlants. Pour cela, il serait pertinent de tracer systématiquement une courbe de l'évolution dans le temps du débit de filtration glomérulaire et de marquer, sur cette courbe, la valeur chiffrée du DFG à laquelle chaque point correspond. Non seulement, cela permettrait de représenter l'antériorité de la pathologie mais *« cela rendrait également service au médecin et au patient en leur montrant l'évolution de la fonction rénale »*, assure le Professeur Halimi. Un autre point à avoir en tête, c'est que *« les médecins généralistes n'ont pas tous la même sensibilité aux outils. C'est pourquoi nous devons en proposer plusieurs. Certains ont besoin d'une visualisation, d'autres de chiffres. Sans compter, également, une estimation du risque à cinq ans, pour le patient, de devoir être dialysé. »* Celle-ci peut être obtenue en calculant un score de risque rénal, dit KFRE (pour Kidney Failure Risk Equation), lequel inclut quatre paramètres : l'âge, le sexe, le rapport albumine/créatinine dans les urines et le DFG.

## **« Le rôle du biologiste est un élément essentiel »**

Quid de l'adressage au néphrologue ? L'objectif est d'avoir des critères simples (par exemple, dès lors que le score de risque rénal à cinq ans est égal ou supérieur à 15 %) et d'en optimiser les modalités. Dès lors qu'un médecin remarque une altération de la fonction rénale ou un problème biologique rénal et qu'il en ignore la cause ou ne sait pas le gérer, il envoie son patient chez un néphrologue. Or, la consultation n'est pas systématiquement requise. Celle-ci ne se justifie que si le DFG est inférieur à 45, voire à 60 si la personne est jeune, et/ou en cas d'altération rapide de la fonction rénale. Sinon, le médecin peut, dans un premier temps, solliciter le spécialiste par téléphone ou par e-mail. Pour être sûr d'avoir un interlocuteur, le Professeur Halimi plaide pour la création de plate-formes de néphrologie.

Dans ce contexte, *« le rôle du biologiste est un élément essentiel, pointe Jean-Michel Halimi. C'est d'ailleurs quelque chose d'assez nouveau. Jusqu'à maintenant, on lui demandait de faire des dosages, de s'assurer*

*que les résultats sont corrects et de les envoyer. Désormais, plein d'informations supplémentaires figurent sur les feuilles de résultats. Il peut aussi les transmettre directement au patient. On peut, en effet, imaginer qu'il ne se cantonne pas à un rôle d'alerte du patient et de son médecin en cas d'urgence mais également de conseil auprès du patient diabétique. Nous avons en effet besoin que l'on nous aide pour que ce dernier soit bien suivi. Pour cela, il faut un réseau autour de lui, avec le médecin généraliste en premier mais également le pharmacien, le biologiste, le cardiologue, le néphrologue et les IPA (infirmières en pratique avancée. »*

## **Bayer veut œuvrer pour une meilleure prise en charge**

Le Laboratoire Bayer est à l'origine du programme Carré biologie dont la finalité est d'optimiser le suivi des maladies rénales chroniques des patients diabétiques. Il s'est agi, dans un premier temps, de « *mettre autour de la table tous les professionnels de santé de terrain - néphrologue, diabétologue, cardiologue, pharmacien, médecin généraliste, biologiste, Infirmière en pratique avancée (IPA) - mais aussi les patients eux-mêmes, au travers des associations de patients, afin d'améliorer leur prise en charge* », explique le Docteur Sylvie Dejager.

Les uns et les autres vont associer leurs réflexions en vue de formaliser des recommandations pratiques ainsi qu'une boîte à outils, en particulier à l'intention des médecins généralistes. « *Ces outils vont vraiment permettre d'optimiser le dépistage, la prévention, le suivi et la mise en place si nécessaire de traitements néphroprotecteurs*, présume Sylvie Dejager. Avec, à la clef, une meilleure efficacité dans le parcours des patients et un adressage plus pertinent au néphrologue. »