

Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du patient insuffisant rénal

Dr. B. HACQ - Néphrologue à CONTREXEVILLE,
Attaché de Service de Néphro-Dialyse du C.H VITTEL

Eliminons d'emblée l'insuffisance rénale aiguë pour laquelle le rôle du Médecin généraliste se limite à diriger au plus vite son patient vers un service spécialisé.

La question qui se pose alors est la suivante :

A quel niveau l'insuffisance rénale chronique est-elle une pathologie de médecine générale ou de spécialité néphrologique ? Pour schématiser, on peut dire que le rôle du médecin généraliste est majeur face au risque rénal et dans l'insuffisance rénale chronique (I.R.C.) débutante, et que l'importance de ce rôle évolue de façon inversement proportionnelle à celle de l'insuffisance rénale. Quand l'insuffisance rénale progresse, le rôle du médecin généraliste diminue tandis que celui du Néphrologue s'accroît !

Ainsi, le **médecin généraliste** a un rôle de :

- prévention de l'apparition de l'insuffisance rénale (I.R.) chez le sujet à risque
- de maîtrise de l'évolution de l'I.R. débutante
- de même qu'il contrôle la progression de l'I.R.C. débutante avec le Néphrologue.

Lequel NEPHROLOGUE a un rôle de prévention et traitement des complications collatérales de l'I.R.C. modérée avec le contrôle de l'évolution de cette I.R.C., et ce jusqu'au traitement de suppléance de l'insuffisance rénale terminale (I.R.T.).

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : Acteur principal de la prise en charge du patient menacé par l'I.R. ou révélant les premiers signes de l'I.R.C.

Quand on sait que près de 25 000 patients insuffisants rénaux sont traités par dialyse aujourd'hui en France, que la prévalence et l'incidence de l'I.R.T. augmentent d'environ 5 à 8 % chaque année (selon rapport d'expertise de l'INSERM), on comprend mieux l'importance du travail de prévention à faire en amont, travail qui incombe d'abord au médecin généraliste.

Cette augmentation est due à la fois :

- au vieillissement de la population,
- à l'émergence D.N.I.D. (diabète non insulino-dépendant),
- aux manifestations tardives de l'HTA (hypertension artérielle).

Plusieurs études montrent que :

- l'incidence de l'I.R.C. est multipliée par 4 après 70 ans par rapport à celle observée chez les adultes de 40 à 50 ans,

- les conséquences rénales du diabète (DNID, DID) constituent 13 % des causes d'I.R.T.,
- les conséquences rénales de l'HTA s'observent surtout après 70 ans, depuis que l'on sait éviter les complications cardio-vasculaires à la soixantaine.

Rôle du médecin généraliste face à la néphropathie diabétique

Son rôle est de prévenir son apparition et dépister précocement son installation :

- reconnaître le diabète,
- reconnaître l'HTA souvent associée,
- rechercher des microalbuminuries, signe avant-coureur de l'atteinte rénale : **au moins 1 fois / an**, après 5 ans d'évolution d'un DID et d'emblée dans le DNID (car d'apparition plus tardive).

Pour réduire la fréquence des complications du diabète et ralentir la progression de la néphropathie (DNID ou DID), il faut assurer :

1 - L'équilibre glycémique : par le traitement insulinique le mieux adapté avec respect des règles diététiques dans le DID.

Pour le DNID, c'est le **conseil hygiéno-diététique** qui est l'élément fondamental de la prise en charge : les aliments à éviter sont prioritairement les **lipides**.

On recherche une activité physique régulière, compatible avec l'âge, et une réduction pondérale. C'est ainsi qu'avant toute prescription médicamenteuse ou en association avec les anti-diabétiques oraux, on peut maintenir longtemps un contrôle glycémique correct.

L'adhésion au conseil hygiéno-diététique dépend beaucoup de l'énergie et de la conviction qui seront mises en œuvre par le médecin généraliste.

2 - Contrôle de l'H.T.A. :

Le Captopril (LOPRIL ou CAPTEA) (A.M.M. dans la néphropathie diabétique) et probablement les autres IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) sont, dans le DID avec microalbuminurie, le meilleur traitement pour ralentir ou empêcher la progression de la néphropathie.

Pour le DNID, les IEC sont volontiers utilisés même si leur supériorité par rapport aux autres anti-hypertenseurs n'a pas été formellement démontrée.

Le médecin généraliste a donc un rôle essentiel à jouer dans le choix du traitement anti-hypertenseur, dans le contrôle de la tension artérielle et dans l'équilibre du diabète.

Rôle du médecin généraliste dans la prévention des atteintes rénales d'origine vasculaire

Leur fréquence est en augmentation, il s'agit :

- 1 - surtout de la néphroangiosclérose (retentissement de l'HTA sur le rein) que le médecin limitera d'autant mieux que la reconnaissance de l'HTA aura été précoce et son traitement bien adapté.
- 2 - de la maladie athéromateuse de l'aorte et des artères rénales, avec sténose uni ou bilatérale, que le médecin généraliste dépistera en prescrivant une échographie-doppler chez ses **patients âgés hypertendus ayant une insuffisance rénale** même discrète.
- 3 - de la maladie des micro-embolies de cristaux de cholestérol, liée au traumatisme de l'aorte abdominale athéromateuse lors de cathétérisme, qui oblige le médecin généraliste à bien peser l'indication et le rapport bénéfice/risque.

Rôle du médecin généraliste dans la prévention et le suivi de complications rénales de pathologies urologiques

- Suivi de l'évolution de l'adénome prostatique et choix thérapeutique.
- Contrôle et traitement de l'infection urinaire chronique et de ses causes identifiées.
- Dépistage de la pathologie tumorale urétérale ou vésicale.

Comme pour la surveillance de la maladie polykystique rénale dans sa phase silencieuse, le médecin généraliste doit utiliser largement la bandelette urinaire pour détecter une hématurie microscopique ou une infection urinaire.

Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des maladies rénales glomérulaires et la prévention de leur aggravation

Le dépistage par l'usage de bandelettes urinaires, à la recherche d'une protéinurie ou d'une hématurie microscopique.

Ce comportement du médecin généraliste doit devenir un **réflexe** chez ses patients à risque d'atteinte rénale :

- les diabétiques,
- les hypertendus,
- les personnes âgées.

De même, le **dosage** de la **créatinine plasmatique** fait partie du bilan initial chez l'hypertendu ; il doit être fait au moins **1 fois / an chez le DNID et au moins 1 fois** de façon **systématique** chez tout patient ayant dépassé l'âge de **65 ans**.

Lorsqu'une maladie glomérulaire chronique a été dépistée, il faut prévenir son aggravation par le **traitement de l'HTA : si protéinurie des 24 heures > à 1 g / jour** : utilisation préférentielle des IEC seuls ou associés à un diurétique de l'anse (BENZAEPRIIL + FUROSEMIDE).

Rôle du médecin généraliste face à la toxicité médicamenteuse

Connaître et réduire la toxicité médicamenteuse, surtout si l'insuffisance rénale est installée.

Prudence avec les **produits de contraste iodés**. Sensibilité des personnes âgées, plus exposées en raison de la polymédication fréquente et de l'automédication.

Noter le problème (fréquent) des **AINS** (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens) qui provoquent des néphrites interstitielles aiguës et des néphropathies tubulo-interstitielles chroniques si âge avancé ; hypokaliémies parfois associées avec IEC !

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE, ACTEUR SECONDAIRE DERRIÈRE LE NÉPHROLOGUE, DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT INSUFFISANT RÉNAL MODÉRÉ JUSQU'AU PATIENT EN I.R.T., DIALYSÉ

1 - Suivre le contrôle et l'évolution de la ou des pathologies à l'origine de l'I.R.C. :

Surveillance de l'évolution de l'insuffisance rénale à son début :

- par le contrôle de l'HTA et le suivi de son traitement,
- par le contrôle de l'équilibre glycémique à travers les conseils hygiéno-diététiques et le traitement médicamenteux.

Dépistage et suivi des complications autres que rénales (si le patient doit atteindre le stade de l'I.R.T. autant que ce soit dans le meilleur état que possible !).

2 - Connaître et reconnaître en permanence la toxicité médicamenteuse :

Le médecin généraliste doit être particulièrement attentif à la polymédication et mettre en garde vis-à-vis de l'automédication (à proscrire !).

La consultation du VIDAL doit se faire au moindre doute.

Le développement rapide de l'information des cabinets médicaux est, de ce fait, un facteur de sécurisation en matière de prescription médicamenteuse chez l'insuffisant rénal.

3 - Accompagnement psychologique du patient insuffisant rénal :

Il doit se faire tout au long de l'évolution vers l'I.R.T.

Orchestré par le néphrologue, il prend toute son importance chez le généraliste avant la mise en dialyse, pendant toute la durée des traitements de suppléance, et aussi en cas d'inscription sur une liste de greffe.

4 - La mise à jour des vaccinations :

Elle est d'autant plus indispensable que l'insuffisance rénale évolue et arrive en phase terminale. La vaccination contre l'hépatite B est durable, et donc à faire précocement. Les vaccinations contre la grippe et le pneumocoque sont à faire.

5 - Connaître et faire appliquer les recommandations diététiques :

Autant chez l'insuffisant rénal chronique, pour lequel l'apprentissage des mesures hygiéno-diététiques a un rôle préventif, que chez le patient dialysé pour lequel les mesures diététiques ont un rôle vital, l'action du médecin généraliste est très complémentaire de celle du néphrologue.

Le médecin généraliste peut devenir, s'il joue le jeu, un relais essentiel.

6 - Connaître et reconnaître les grandes complications et l'urgence chez le dialysé :

- la péritonite ou l'œdème (pulmonaire en particulier) chez le dialysé péritonéal,
- les multiples complications vasculaires, thrombotiques ou hémorragiques,
- et bien sûr, la dyspnée signant l'OAP chez l'hémodialysé.

EN CONCLUSION

Nous pouvons dire que le **rôle du médecin généraliste se situe essentiellement juste en amont de l'installation de l'I.R.C.**

En effet, la prévention de l'insuffisance rénale chronique est du ressort du médecin généraliste et de certains spécialistes, cardiologues ou diabétologues, bien en amont de la néphrologie.

Nous, néphrologues, avons besoin de mieux coordonner nos efforts avec le médecin généraliste, en particulier pour la prise en charge des patients diabétiques non insulino-dépendants, dont le nombre est estimé à au moins 1 500 000 en France, et que nous voyons souvent trop tard.