

Insuffisance rénale chronique

Contexte national

L'insuffisance rénale chronique (IRC) résulte d'une altération permanente et définitive de la fonction d'épuration des reins. Les affections qui en sont à l'origine sont des maladies rénales et de l'appareil urinaire (glomérulonéphrite, polykystoses...), ou des maladies générales à retentissement rénal, diabète et hypertension artérielle notamment. Le stade d'IRC terminale (IRCT) se définit par la nécessité de recourir à un traitement de suppléance de la fonction rénale : la dialyse ou la transplantation rénale. Cette dernière doit être autant que possible privilégiée car elle offre une meilleure qualité de vie, tout en permettant une survie plus importante pour un coût moindre. Les dépenses de soins des patients dialysés représentaient 2 % de l'ensemble des dépenses du régime général d'assurance maladie en 2003^[1-3].

L'épidémiologie de l'IRCT est estimée à travers celle de l'IRCT traitée (IRTT) par dialyse ou par greffe, et notamment grâce aux données du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). Ce registre a été mis en place en 2001 et s'étend progressivement. Il couvrait quatorze régions, regroupant 73 % de la population française en 2005, et dix-huit en 2006.

Selon ce registre, 6 000 nouveaux malades résidant dans ces quatorze régions ont débuté en 2005 un premier traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique terminale. 61 % de ces nouveaux malades sont des hommes et 64 % sont âgés de 65 ans ou plus. L'hypertension artérielle et le diabète sont les deux principales affections en cause, responsables de respectivement 23 et 22 % des cas traités. L'analyse des modalités initiales de traitement montre que la part de la dialyse péritonéale (12 %) et de la greffe préemptive, c'est-à-dire avant toute dialyse (3 %) restent faibles^[4, 5].

Si l'incidence des patients dialysés et greffés a fortement augmenté au cours des dernières décennies, les données du REIN montrent une stabilisation de cette incidence au cours des années récentes^[4, 6]. Cette stabilité résulte d'une baisse de l'incidence chez les moins de 65 ans, en lien peut-être avec une meilleure prise en charge de l'IRC permettant de ralentir sa progression, compensée par une augmentation de l'incidence au-delà de 75 ans.

Au 31 décembre 2005, le nombre total de personnes en dialyse, parmi les habitants des quatorze régions considérées, atteignait 21 800, soit une prévalence de 539 par million d'habitants (pmh). A la même date, 19 500 malades domiciliés dans ces régions étaient porteurs d'un greffon rénal fonctionnel, soit une prévalence de 390 pmh. La prévalence globale de l'IRTT atteignait donc 929 pmh dans ces régions (58 % des personnes en dialyse et 42 % de greffés)^[4]. Cette prévalence globale est comparable à celles observées en Espagne et en Allemagne, mais, dans ce dernier pays, la part relative de la greffe rénale est beaucoup plus faible^[7].

Les disparités observées entre les régions du réseau REIN sont importantes, tant pour l'incidence, avec des taux standardisés variant de 92 à 171 cas pmh, que pour la prévalence (732 à 1 009 pmh)^[4]. Ces écarts sont complexes à analyser, pouvant résulter de différences de fréquence de l'IRCT, en lien notamment avec la prévalence du diabète, ou de différences de pratiques et d'accès aux traitements, en particulier d'une plus ou moins grande dynamique de prélèvement et de greffe. La greffe rénale connaît un réel développement en France depuis la fin des années 1990, grâce à une politique volontariste associant diverses mesures. Le nombre annuel de greffes qui était de 1 629 en 1994 a dépassé 2 000 en 2001 et a atteint 2 572 en 2005^[5, 8]. La proportion de greffes réalisées à partir de donneurs vivants (7,7 %) est en

augmentation, mais reste très inférieure à celle observée dans la plupart des pays européens et aux Etats-Unis^[8]. L'élargissement du cercle des donneurs vivants prévus par la loi de bioéthique d'août 2004 devrait permettre d'améliorer cette situation^[9].

Malgré cette progression, l'activité de greffe rénale demeure insuffisante en regard de l'augmentation des besoins, dont témoigne l'augmentation du nombre de nouvelles inscriptions en liste d'attente (2 336 en 2000, 3 158 en 2005). Il en résulte un allongement de la durée de séjour sur cette liste (médiane de 16,2 mois en 2005) et une augmentation continue du nombre total de malades inscrits, qui atteint 5 932 fin 2005. Globalement, les 2 572 greffes rénales réalisées en 2005 ne couvrent que 29 % des besoins des candidats à la greffe^[8].

Dans ce contexte, la poursuite de toutes les stratégies visant à augmenter le nombre de prélèvements, tout en développant des outils permettant d'optimiser la répartition des greffons apparaît indispensable. Des progrès sont, par ailleurs, encore à réaliser dans le dépistage et la prise en charge précoce de l'IRC, afin de ralentir sa progression de l'IRC vers le stade terminal^[10-13].

Enfin, la prévention primaire de l'IRC reste essentielle, à travers l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des pathologies qui la favorisent, hypertension artérielle et diabète notamment.

Dans les Pays de la Loire

■ 138 Ligériens ont bénéficié d'une greffe rénale en 2005, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (41,5 vs 40,9 par million d'habitants). Mais comme au niveau national, cela reste insuffisant par rapport aux besoins, puisque le nombre total d'habitants de la région inscrits en liste d'attente pour une greffe rénale est en augmentation et atteignait 270 début 2005 (fig. 2)^[14, 15].

Le nombre de Ligériens nouvellement inscrits sur cette liste (180 en 2005) connaît également une progression marquée, avec un taux qui dépasse la moyenne nationale depuis 2003 (fig. 2)^[14, 15].

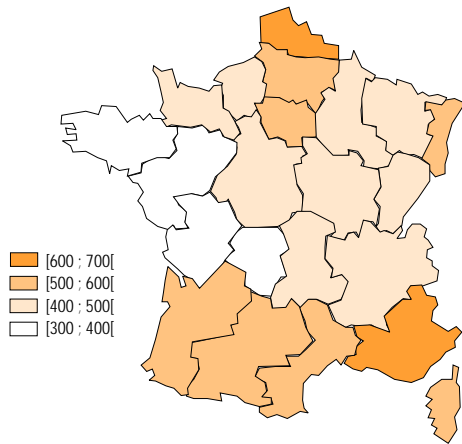
La médiane d'attente avant greffe des patients domiciliés dans la région et inscrits sur liste d'attente entre 2000 et 2005 est relativement élevée (11,1 mois), mais reste toutefois inférieure à la moyenne nationale (16,2 mois)^[14, 15].

■ L'attractivité des équipes régionales de greffe rénale est importante. Entre début 2000 et début 2005, le nombre de personnes en liste d'attente pour une greffe dans la région est en effet passé de 345 à 459, et 261 nouvelles inscriptions ont été dénombrées au cours de l'année 2005. Le nombre de greffes réalisées dans la région, principalement au CHU de Nantes, a aussi nettement progressé depuis le début des années 2000. Il atteignait 205 en 2005 (fig. 3)^[15].

■ En 2003, l'enquête réalisée par la Cnamts a dénombré 1 144 habitants de la région traités par dialyse, soit un taux parmi les plus faibles de France, inférieur de 29 % à la moyenne nationale (fig. 1)^[16, 17]. Ceci résulte vraisemblablement de la moindre prévalence régionale du diabète et des maladies cardio-vasculaires, mais aussi d'une proportion estimée de greffés parmi les habitants de la région traitées pour IRCT qui dépasse 50 % (contre 42 % dans les régions du réseau REIN), à rapprocher du dynamisme ancien de la région en matière de greffe. L'intégration des Pays de la Loire au réseau REIN permettra d'affiner ce constat.

1 Nombre de patients traités par dialyse par million d'habitants

Enquête "SROS-IRC" (2003)

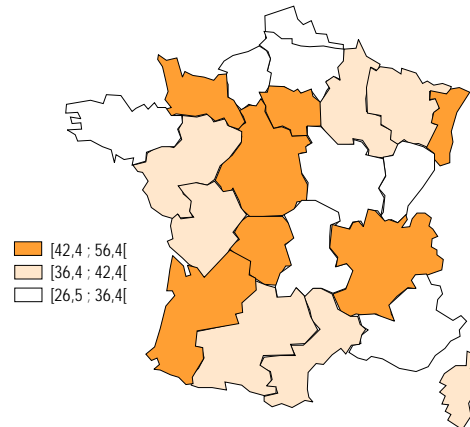


Source : CNAMTS

Rang au niveau national

Les Pays de la Loire sont une des régions françaises qui présente l'un des plus faibles taux d'habitants traités par dialyse en 2003 (2^e rang). La région occupe par ailleurs une position moyenne pour le taux d'habitants ayant bénéficié d'une greffe rénale en 2005 (fig. 1 et 4).

4 Nombre de greffes rénales en 2005 par million d'habitants



Source : Agence de biomédecine (données domiciliées)

2 Evolution du nombre d'habitants de la région inscrits en liste d'attente de greffe rénale et de leur devenir

Pays de la Loire, France (2000 - 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PAYS DE LA LOIRE						
Malades en attente d'une greffe au 1 ^{er} janvier	184	203	193	206	235	270
Nouveaux inscrits	144	128	139	151	187	180
Greffés	120	127	114	113	141	138
Décès sur liste d'attente	2	6	6	3	4	8
Sortis de liste	3	5	6	6	7	10
Taux de nouveaux inscrits ¹	44,5	39,3	42,5	45,9	56,6	54,2
Taux de greffés ¹	37,1	39,0	34,8	34,3	42,6	41,5
FRANCE						
Taux de nouveaux inscrits ¹	37,3	40,8	42,6	41,8	48,5	50,2
Taux de greffés ¹	30,9	32,5	35,6	34,0	38,6	40,9

Source : Agence de biomédecine (données domiciliées)

¹ pour 1 000 000 habitants

3 Evolution du nombre d'inscrits en liste d'attente de greffe rénale dans les Pays de la Loire et de leur devenir

Pays de la Loire (2000 - 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Malades en attente d'une greffe au 1 ^{er} janvier	345	380	383	385	416	459
Nouveaux inscrits	226	209	215	239	275	261
Greffés	173	185	186	179	205	205
Décès sur liste d'attente	7	16	17	15	10	21
Sortis de liste	11	5	10	14	17	19

Source : Agence de biomédecine

Définitions

Le principe de dialyse repose sur l'échange entre le sang du malade et une solution de composition proche de celle du plasma normal, à travers une membrane. Il existe deux méthodes de suppléance extra-rénales, selon la nature de la membrane utilisée :

- la dialyse péritonéale utilise comme membrane de filtration le péritoine. L'épuration est réalisée dans la cavité abdominale, grâce à un cathéter posé chirurgicalement. Il s'agit d'une technique douce, qui convient particulièrement bien aux personnes âgées mais doit se pratiquer quotidiennement.
- l'hémodialyse utilise une membrane artificielle, située dans un appareil externe, et se déroule en général sur 3 séances de 4 heures par semaine. Elle nécessite donc la mise en place d'une circulation extra-corporelle.

La dialyse peut être réalisée selon les modalités suivantes :

Hémodialyse en centre (ex centre lourd) : pour les malades dont l'état de santé nécessite une présence médicale permanente (malades gravement atteints, d'un âge avancé, souffrant de polyopathologies).

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (ex centre allégé) : pour les malades ne nécessitant pas un environnement médical lourd et permanent, mais pas assez autonomes pour se dialyser eux-mêmes. Les unités disposent d'un personnel infirmier et, en cas de besoin, d'un néphrologue.

Hémodialyse en unité d'autodialyse : pour les patients autonomes formés à l'hémodialyse, qui ne peuvent ou ne veulent réaliser la dialyse chez eux.

Dialyse à domicile : hémodialyse ou dialyse péritonéale. L'hémodialyse est réservée à des patients autonomes formés, en mesure d'assurer tous les gestes nécessaires à leur traitement. La dialyse péritonéale peut être proposée à des patients non formés, personnes âgées par exemple, et elle est dans ce cas mise en œuvre par une tierce personne.

Insuffisance rénale chronique

Sources

1. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation.
W. Tomasz, S. Piotr. *Annals of Transplantation : Quarterly of the Polish Transplantation Society*, vol. 8, n° 2, 2003, pp. 47-53
2. Survival of recipients of cadaveric kidney transplants compared with those receiving dialysis treatment in Australia and New Zealand, 1991-2001.
S.P. McDonald, G.R. Russ. *Nephrology Dialysis Transplantation*, vol. 17, n° 2, décembre 2002, pp. 2212-2219
3. Enquête nationale schéma régional d'organisation sanitaire de l'insuffisance rénale chronique terminale (SROS/IRCT).
Juin 2003. Volet dépenses.
Cnamts, 2005, 62 p.
4. Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. Rapport annuel 2005.
Agence de la biomédecine, 2005, 116 p.
5. L'insuffisance rénale chronique.
InVS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 37-38, septembre 2005, pp. 181-196
6. Renal replacement therapy for end-stage renal failure in France : current status and evolutive trends over the last decade.
C. Jacobs, N.H. Selwood. *American Journal Kidney Disease*, vol. 25, n° 1, janvier 1995, pp. 188-195
7. ERA-EDTA registry. 2004 annual report.
European renal association, European dialysis and transplant association, Academic medical center, 2006, 97 p.
8. Rapport annuel de l'Agence de la biomédecine 2005. Bilan des activités.
Agence de la biomédecine, 2006, 192 p.
9. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.
Journal Officiel de la République Française, 7 août 2004, 36 p.
10. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Argumentaire.
Anaes, 2002, 103 p.
11. Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Fiche de synthèse.
Anaes, 2004, 3 p.
12. Programme d'actions insuffisance rénale chronique 2002-2003-2004.
Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers
13. Insuffisance rénale chronique. Etiologies, moyens de diagnostic précoce, prévention ?
Ed. Inserm, 1998, 128 p. (Coll. Expertise Collective)
14. Activité régionale de prélèvement et de greffe. Synthèse nationale 2005.
Agence de la biomédecine, 2006, 23 p.
15. Activité régionale de prélèvement et de greffe. Synthèse régionale 2005.
Agence de la biomédecine, 2006, 19 p.
16. Enquête SROS IRC 2003. Synthèse régionale.
DRSM des Pays de la Loire, 2004, 41 p.
17. La première étude sur les insuffisants chroniques rénaux terminaux en France : combien sont-ils et qui sont-ils ?
Cnamts. *Point d'Information Mensuel*, janvier 2004, 8 p.

Pour en savoir plus

L'insuffisance rénale chronique.

Dans *Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010*. ARH des Pays de la Loire, 2006, pp. 111-120

Décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.

Journal Officiel de la République Française, 25 septembre 2002, 3 p.

Recommandations pour la pratique clinique : indications de l'épuration extra-rénale dans l'insuffisance rénale chronique terminale.

Anaes. *Néphrologie*, vol. 18, n° 6, 1997, pp. 199-275