

Journée Mondiale du Rein 2008 : impact de l'épidémiologie des maladies rénales en Belgique

World Kidney Day 2008 : the impact of epidemiology of kidney diseases in Belgium

J. Nortier¹, P. Peeters², F. Collart³, J.-M. Des Grottes⁴ et J.-M. Pochet⁵

Services de Néphrologie de ¹Hôpital Erasme, U.L.B. ; ²U.Z., Gent ; ³Hôpitaux Iris Sud ; ⁴C.H.U. Tivoli, La Louvière ; ⁵Clinique St Elisabeth, Namur.

Au nom du GNFB (Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique) et de la SBN (Société Belge des Néphrologues).

RESUME

La Journée Mondiale du Rein est l'occasion pour les associations belges de néphrologues de sensibiliser le public et la communauté médicale à la problématique des maladies rénales chroniques. D'après les données épidémiologiques des registres francophone et néerlandophone, la fréquence élevée des maladies cardio-vasculaires et du diabète de type 2 est à l'origine de cas de plus en plus nombreux d'insuffisance rénale chronique (IRC) d'évolution péjorative, requérant au stade terminal un traitement lourd de suppléance (hémodialyse, dialyse péritonéale ou greffe rénale). Le degré élevé de comorbidités chez ces patients et le caractère tardif de leur adressage à un néphrologue sont autant de facteurs de morbi-mortalité accrue. Ces éléments illustrent bien la nécessité pour les néphrologues de renforcer la collaboration avec leurs confrères généralistes et spécialistes d'autres disciplines afin d'instaurer le dépistage systématique et le suivi précoce des patients à risque. Ces mesures devraient freiner la progression de la détérioration fonctionnelle rénale.

Rev Med Brux 2008 ; 29 (Suppl) : S 19-24

ABSTRACT

The World Kidney Day offers a crucial opportunity to the Belgian associations of nephrologists to inform public and medical communities about the global problem of chronic kidney disease (CKD). According to epidemiological data from GNFB/NBVN registries in our country, cardiovascular diseases and diabetes 2 are responsible for an increasing amount of CKD cases with pejorative evolution to end-stage renal disease requiring cost-effective renal replacement therapies (haemodialysis, peritoneal dialysis or renal transplantation). In these patients, the high level of comorbidities and the late referral to the nephrologists are recognized as enhanced morbidity and mortality factors. These facts underline the need for the nephrologists to stimulate collaboration with general practitioners and specialists from other disciplines in order to set up systematic screening procedures and early follow-up of patients at risk of developing CKD. These procedures should contribute to reduce the progression rate of renal function impairment.

Rev Med Brux 2008 ; 29 (Suppl) : S 19-24

Key words : chronic kidney disease, end-stage renal disease, cardiovascular disease, diabetes type 2, Belgian nephrology registry

INTRODUCTION

Connaissez-vous vos reins, ces organes étonnants ? Savez-vous s'ils fonctionnent bien ?

Tels sont les slogans proposés par l'« International Society of Nephrology » et l'« International Federation of Kidney Foundations » à l'occasion de la 3^e édition de la Journée Mondiale du Rein, le 13 mars prochain.

L'objectif principal de cette Journée est de susciter la curiosité du public vis-à-vis de cet organe vital qu'est le rein, par ailleurs nettement moins connu que le cœur, les poumons ou le foie. Et pourtant... les reins jouent un rôle indispensable dans l'épuration des toxines de l'organisme, dans l'équilibre en eau et en ions de celui-ci. Ils participent au contrôle de la tension artérielle via la sécrétion de rénine, ils synthétisent des hormones comme l'érythropoïétine (EPO) stimulant la moelle osseuse à fabriquer les globules rouges ...

A l'occasion de cette Journée de sensibilisation internationale, la **Société belge de Néphrologie et les Groupements professionnels de néphrologues francophones (GNFB) et néerlandophones (NBVN)** ont décidé de répercuter l'événement dans notre pays. Comme l'année dernière, ils ont préparé ensemble des messages-clés qu'ils souhaitent diffuser auprès de leurs collègues généralistes et spécialistes d'autres disciplines. L'impact des maladies cardio-vasculaires et du diabète de type 2 sur le développement de l'insuffisance rénale chronique est tel qu'une collaboration plus étroite s'avère indispensable afin de dépister à temps les patients à risque et de les prendre en charge conjointement – ceci afin d'éviter la référence trop souvent tardive de ces patients dans les services de néphrologie.

Durant toute sa carrière clinique, le Pr Vanherweghem a tenu à promouvoir non seulement la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes mais aussi la profession de néphrologue. Au niveau national, il a été d'ailleurs été l'un des membres du premier Conseil d'Administration à l'origine de la rédaction des statuts du Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique (GNFB). C'est donc avec enthousiasme que des représentants les trois Commissions du GNFB (Registre, Peer review et Conseil d'administration) lui dédient ce bref aperçu épidémiologique des maladies rénales en Belgique.

CE QU'IL FAUT SAVOIR DES MALADIES RENALES EN 10 POINTS

1. En Belgique, 250.000 à 500.000 personnes sont atteintes d'une maladie rénale chronique

Sur une base statistique, on peut estimer que 250.000 à 500.000 de nos concitoyens présentent une insuffisance rénale chronique. Il s'agit le plus souvent de patients hypertendus ou atteints de problème cardio-vasculaire ou de patients diabétiques. Le nombre de

nouveaux cas par an est estimé à 50.000 voire 100.000.

Il est frappant de comparer ces estimations au nombre de nouveaux patients vus chaque année par les néphrologues belges : 8.140 d'après une enquête réalisée en 2006 auprès des néphrologues néerlandophones et francophones. Ces patients sont âgés (70 ans en moyenne) et ne se présentent pas spontanément chez le néphrologue: ils y sont envoyés dans 50% des cas par leur médecin généraliste et dans 50% des cas par un autre médecin spécialiste (cardiologue, endocrinologue...) (Figure 1). Au moment où ils sont vus pour la 1^{ère} fois, 40% d'entre eux présentent déjà une fonction rénale sévèrement réduite (filtration glomérulaire estimée à moins de 40 ml/min/1.73 m² selon la formule MDRD), ce qui limite l'efficacité des interventions thérapeutiques visant à ralentir l'évolution vers le stade terminal de la maladie.

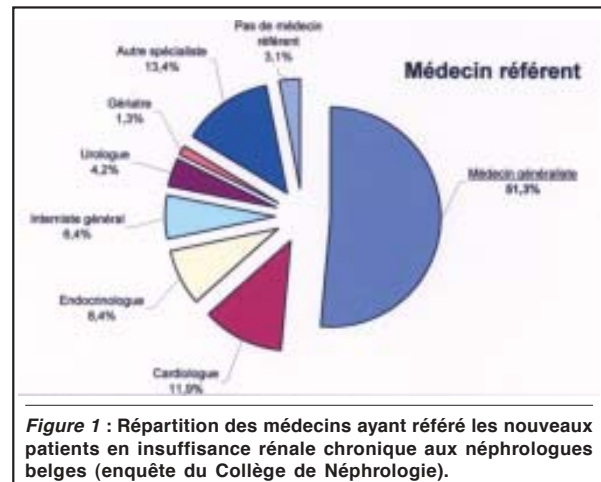


Figure 1 : Répartition des médecins ayant référé les nouveaux patients en insuffisance rénale chronique aux néphrologues belges (enquête du Collège de Néphrologie).

2. En 2007, dans notre pays, les Registres ont recensé plus de 10.000 personnes en insuffisance rénale terminale (soit traitées par dialyse ou transplantées d'un rein). Leur nombre augmente chaque année de 5 à 6 %

La mise en commun des données épidémiologiques collectées par les Registres des associations professionnelles francophone et néerlandophone (GNFB et NBVN) fournit une estimation précise du nombre de patients traités pour insuffisance rénale terminale en Belgique (recensés au 31 décembre de chaque année). Ce chiffre augmente régulièrement depuis 1999 de 5 à 6 % par an, dépassant les 10.000 personnes depuis 2005 (**patients prévalents**).

Comme explicité un peu plus loin, le nombre de patients débutant un traitement substitutif de l'insuffisance rénale terminale (**incidence**) augmente de 20 % sur la même période, même si l'évolution est ici moins continue (accroissement en 2001, 2002 et 2004 et stabilisation en 2003 et 2005). L'incidence par million d'habitants est passée en 5 ans de 151 à 178.

La population des insuffisants terminaux est composée de patients plus âgés que précédemment. Comme le montre la figure 2, la **prévalence** est stable pour les tranches d'âge en dessous de 35 ans, voire en régression. L'accroissement de l'effectif touche principalement les patients âgés de plus de 75 ans (+ 16.88 % /an sur la période pour les **75-84 ans** et + 8.13 % /an sur la période pour les patients âgés de plus de 85 ans). La tranche d'âge la plus représentée reste toutefois celle des **65-74 ans** (un quart des patients). Les patients âgés de plus de 85 ans restent peu nombreux.

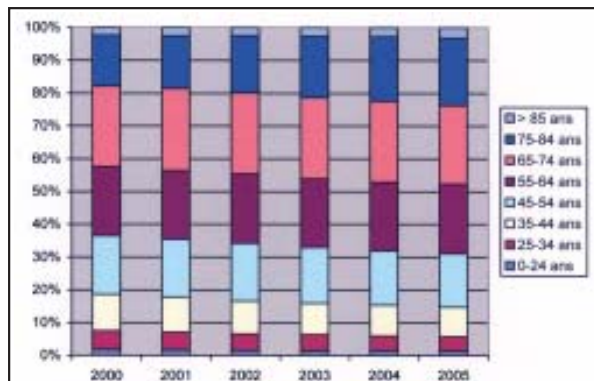


Figure 2 : Histogramme de la répartition des groupes d'âge chez les patients prévalents en insuffisance rénale terminale en Belgique (rapport fédéral NBVN/GNFB).

La **cause** d'insuffisance rénale terminale qui augmente le plus sur la période est la **néphropathie vasculaire** (+ 66 % en 5 ans). L'accroissement est légèrement inférieur pour la **néphropathie diabétique** (+ 51 % en 5 ans). Sur toute la période, le nombre de patients traités pour une insuffisance rénale d'origine vasculaire est identique à celui des patients traités pour néphropathie diabétique.

Ensemble, la néphropathie vasculaire et la néphropathie diabétique représentaient 28 % des causes d'insuffisance rénale terminale en 2000, alors qu'en 2005 leur contribution conjointe représentait 34 % (Figure 3).

3. Sans dialyse ou sans transplantation rénale, l'insuffisance rénale sévère entraîne la mort en quelques jours, les reins malades étant devenus incapables de purifier le sang

4. La dialyse est un traitement cher, qui ne guérit pas, mais qui peut sauver la vie

Le rein est un organe vital. Il est en premier lieu un filtre chargé de l'épuration des toxines comme l'**urée** et la créatinine. Le rein régule l'équilibre hydrique de l'organisme et des ions importants comme le sodium et le potassium. Au-delà de cette fonction, il joue un rôle essentiel dans le métabolisme osseux (calcium, phosphore, vitamine D et parathormone) et est responsable de la production d'hormones, par exemple l'érythropoïétine.

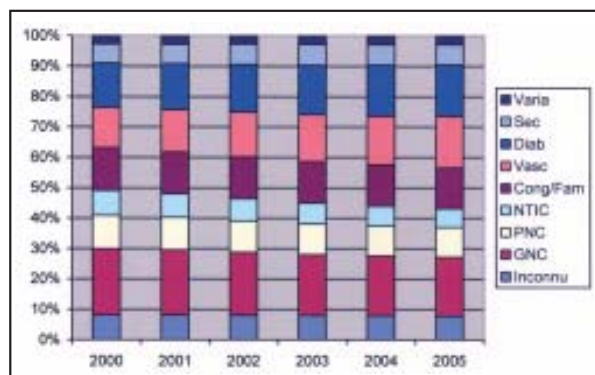


Figure 3 : Histogramme de la répartition des principales causes de l'insuffisance rénale terminale des patients prévalents en Belgique (rapport fédéral NBVN/GNFB).
Abréviations. Hér/malf : cause héréditaire et/ou malformative ; NIC : néphrite interstitielle chronique ; PNC : pyélonéphrite chronique ; GNC : glomérulonéphrite chronique.

Lorsque les reins ne fonctionnent plus - ou plus suffisamment - l'urée et la créatinine ne sont plus éliminées et leur concentration augmente dans le sang. De plus, l'eau s'accumule dans le corps. Cet état provoque alors des troubles fonctionnels dans pratiquement tous les organes.

*Il est recommandé actuellement de **débuter la dialyse** lorsque les reins ne fonctionnent plus qu'entre 10 et 15 % de la normale. Le moment opportun est déterminé par le néphrologue en fonction de l'état de santé général et des résultats d'analyses de sang et d'urines. Il est déconseillé de retarder le début du traitement. Le fait de commencer à temps permet souvent d'éviter des complications par accumulation de toxines ou d'eau dans l'organisme, situation susceptible d'entraîner une première hospitalisation de longue durée. La dialyse ne peut remplacer que la fonction éliminatrice des reins. Des médicaments peuvent suppléer aux autres fonctions.*

Lorsqu'elle est réalisable, une **greffe rénale** peut remplacer le traitement par dialyse. Pour des raisons diverses, (mauvais état général, maladie grave associée, problème cardiaque ou vasculaire) cette greffe ne peut être pratiquée chez tous les patients. La dialyse peut ainsi demeurer, dans une proportion non négligeable de cas, le seul traitement possible.

5. Il y a 2 formes de dialyse : la dialyse péritonéale à domicile ou l'hémodialyse à l'hôpital, à domicile ou dans un centre d'autodialyse. La transplantation nécessite la disponibilité d'un rein provenant soit d'une personne décédée, soit d'un membre de la famille proche en bonne santé

La dialyse péritonéale (DP) consiste en l'épuration du sang à l'aide d'un liquide injecté dans le péritoine, membrane naturelle entourant les organes situés dans l'abdomen. Le remplacement régulier de ce liquide s'effectue à domicile manuellement pendant la journée ou grâce à une machine pendant la nuit. Le

patient peut réaliser seul sa dialyse ou se faire aider par une tierce personne.

L'hémodialyse (HD) consiste à épurer le sang par un dispositif externe, le « rein artificiel ». Le plus souvent, elle se déroule de manière ambulatoire dans un centre de dialyse situé dans ou à proximité d'un hôpital.

Chacun de ces deux procédés a ses avantages et ses inconvénients. Le choix du procédé le plus adéquat se fait en concertation avec le néphrologue, l'équipe infirmière et paramédicale, le patient et sa famille.

Les données des Registres sur la période 2000-2005 montrent une croissance plus importante des techniques **alternatives** à l'hémodialyse en centre (dialyse péritonéale, transplantation), malgré le vieillissement simultané de la population traitée (Tableau 1).

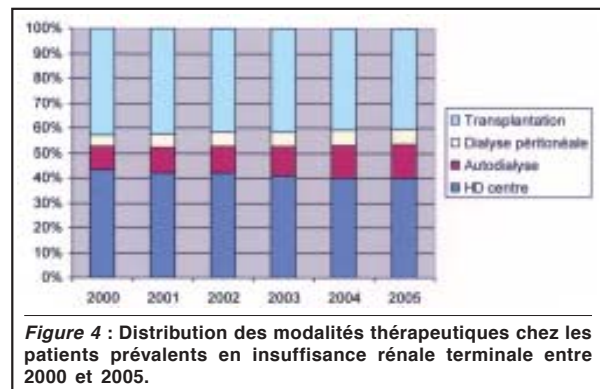
Tableau 1 : Modalités thérapeutiques de l'insuffisance rénale terminale chez les patients prévalents (rapport fédéral NBVN/GNFB).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
HD Centre	3434	3547	3770	3817	3962	4238
Autodialyse	759	888	966	1112	1280	1412
Dialyse péritonéale	366	448	502	534	613	642
Total dialyse	4559	4883	5238	5463	5856	6292
Low care/ total dialyse %	24.7	27.4	28.0	30.1	32.3	33.2
Transplantation	3413	3581	3723	3906	4051	4179
Total	7972	8464	8961	9369	9906	10371
Low care+ transplantation/ total %	56.9	58.1	57.9	59.3	60.0	60.1

Si l'on restreint l'analyse aux patients dialysés, le pourcentage de patients traités par des formes alternatives à l'hémodialyse en centre appelées « low care » (autodialyse et dialyse péritonéale) a augmenté d'un tiers, passant en 5 ans de 24.7 % à 33.7 %, malgré le vieillissement de la population (Figure 4).

6. En Belgique, environ 1000 personnes sont inscrites sur liste d'attente pour une transplantation rénale

La transplantation rénale est le traitement de choix de l'insuffisance rénale terminale puisque le nouveau rein greffé va d'emblée jouer son rôle de purification du sang. La greffe est réalisable pour autant qu'il n'y ait pas de contre-indication à une anesthésie générale lourde et/ou au traitement immunosuppresseur anti-rejet (cancer actif, infection sévère chronique). Ce traitement anti-rejet va inmanquablement diminuer les



mécanismes de défense de l'organisme. Il doit être pris à vie. Une modulation du type et de la posologie des médicaments est effectuée lors de consultations régulières de suivi.

Actuellement, le temps d'attente moyen pour une transplantation de rein provenant d'un **donneur décédé** (en état de mort cérébrale) est de 2 à 3 ans ; ce temps d'attente peut cependant varier selon le groupe sanguin du receveur, ou selon différentes caractéristiques immunologiques. L'offre de rein de donneurs décédés est malheureusement largement inférieure aux besoins, ce qui explique la durée moyenne du temps d'attente. Une transplantation par rein de **donneur vivant** apparenté (un membre de la famille) ou proche du receveur (conjoint, ami) peut également être envisagée.

7. L'insuffisance rénale chronique impose le respect d'un régime strict et des modifications du style de vie. Divers médicaments doivent être pris

La restriction en protéines et en sel est indispensable et parfois difficile à appliquer. La guidance des patients par un(e) **diététicien(ne)** peut être fort utile. L'équilibre de la tension artérielle et du diabète - s'il est présent - nécessite la prise régulière de plusieurs médicaments. Dans cette perspective, le rôle du **médecin généraliste** est primordial dans le suivi et l'adhésion du patient à son traitement.

8. Le diabète et une hypertension artérielle sont les 2 causes les plus fréquentes d'insuffisance rénale terminale

L'accroissement du nombre de **nouveaux** patients en insuffisance rénale terminale (**incidence**) est globalement stable chez les patients de moins de 55 ans. L'accroissement de l'incidence est marginal chez les patients âgés de 55 à 64 ans (+ 7 % en 5 ans) et chez les patients âgés de 65 à 74 ans (+ 6 % en 5 ans). Par contre, l'accroissement de l'incidence est beaucoup plus net chez les patients les plus âgés : 63 % en 5 ans chez les patients âgés de 75 à 84 ans et 42 % en 5 ans chez les patients âgés de plus de 85 ans.

Contrairement à ce qui se passe chez les patients prévalents où la cohorte 65-74 ans reste

dominante sur toute la période, chez les patients incidents, la cohorte 65-74 ans, dominante en 2000, n'occupe plus que la deuxième place en 2005, derrière la cohorte des 75-84 ans (Figure 5).

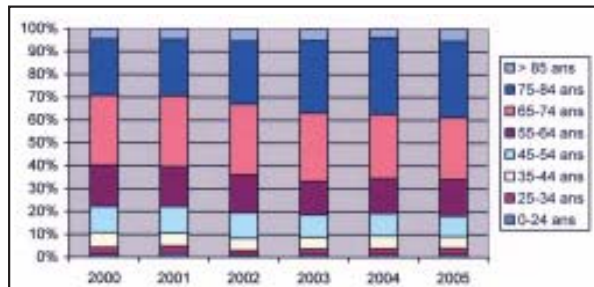


Figure 5 : Evolution de l'âge des patients incidents en insuffisance rénale terminale entre 2000 et 2005 (rapport fédéral NBVN/GNFB).

Comme illustré ci-dessous, la progression est marquée principalement pour les **néphropathies vasculaires** (+ 10 % /an). La progression moindre des **néphropathies diabétiques** (+ 5 % /an) mérite d'être notée : elle pourrait refléter une amélioration de la prise en charge de ces patients au moyen de traitements ralentissant l'évolution de l'insuffisance rénale chronique (Figure 6).

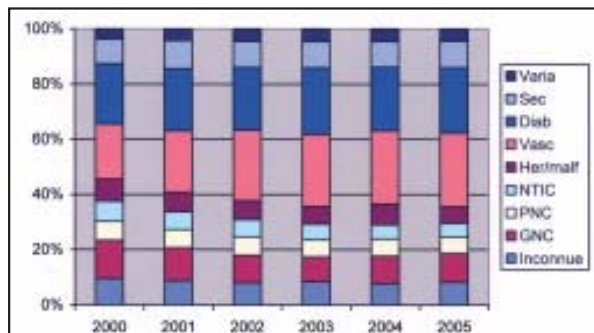


Figure 6 : Répartition des causes d'insuffisance rénale terminale dans la population incidente entre 2000 et 2005.

Ensemble, la néphropathie vasculaire et la néphropathie diabétique rendaient compte de 42 % des nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale en 2000 ; ce pourcentage a augmenté pendant la période observée, atteignant **50 % en 2005** (Figure 6).

9. L'obésité augmente considérablement le risque de développer un diabète ou une hypertension artérielle. Tous 3 sont traitables ou évitables

10. Les maladies rénales elles-mêmes entraînent un risque important de maladies cardio-vasculaires, lesquelles sont la première cause de mort en Belgique.

D'autres facteurs de risque cardiovasculaires importants sont le tabac, le cholestérol élevé, le diabète et l'hypertension artérielle, tous traitables.

Le risque cardiovasculaire des insuffisants rénaux chroniques est à ce point élevé que le risque pour eux de succomber à un infarctus myocardique est beaucoup plus élevé que celui de présenter une insuffisance rénale terminale nécessitant la dialyse.

Entre 2000 et 2005, malgré le vieillissement de la population et l'accroissement des néphropathies vasculaires, le nombre de décès a peu augmenté (+ 14 % entre 2000 et 2005). La mortalité de la population est faible pour une population de ce type (autour de 14 %) et tend même à diminuer pendant la période (Tableau 2). Le nombre de décès étant constamment inférieur au nombre de patients incidents, ceci contribue évidemment à l'augmentation de la prévalence.

Tableau 2 : Nombre de décès et taux de mortalité des patients insuffisants rénaux terminaux traités en Belgique : évolution entre 2000 et 2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Décès	1142	1137	1226	1288	1277	1300
Mortalité %	14.6	13.8	14.1	14.1	13.3	12.8

Les deux premières causes de décès identifiées sont les maladies cardiovasculaires (37 % des décès) suivies par les infections (dont la contribution passe de 15.1 % en 2000 à 18.9 % en 2005). Le nombre de décès par cachexie est faible et en régression alors que les décès par affection néoplasique sont en légère augmentation (Figure 7).

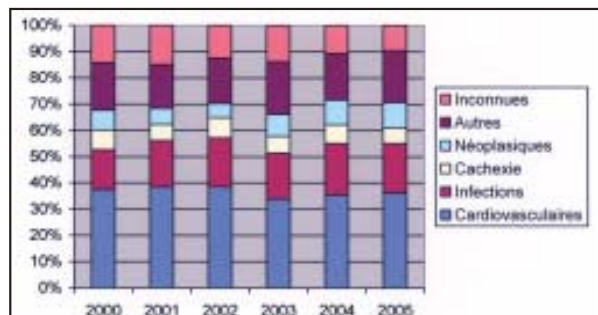


Figure 7 : Répartition des causes de décès entre 2000 et 2005.

Le taux de décès est nettement inférieur chez les patients greffés que chez les patients dialysés : ceci reflète moins la qualité des résultats de la transplantation que la sélection des patients avec la comorbidité la plus faible pour ce type de thérapeutique (Tableau 3).

Que ce soit pour les patients transplantés ou pour les patients dialysés, le taux de mortalité est plutôt en régression, malgré la prise en charge de patients plus âgés dans ces modalités thérapeutiques.

Si l'on s'intéresse aux différences de taux de mortalité entre les différentes modalités de l'épuration

Tableau 3 : Taux de décès des patients en fonction de la modalité thérapeutique.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Transplantation	3.1	2.2	2.8	2.9	2.0	2.5
Dialyse	23.0	22.4	22.7	21.8	21.0	19.8
- HD Centre	25.2	25.7	25.1	24.9	25.0	23.7
- Autodialyse	12.9	11.5	12.8	12.9	10.6	10.4
- Dialyse Péritonéale	22.5	15.2	17.1	17.8	15.9	15.0

extrarénale, il apparaît que la mortalité est la plus élevée chez les patients dialysés en centre (HD centre). Ceci n'est pas surprenant puisque ces centres de dialyse concentrent les patients dont la comorbidité est la plus lourde.

La mortalité est plus de deux fois moins importante dans les centres d'autodialyse : la population qui y est traitée a donc bien une comorbidité inférieure à celle des patients traités en centre. Fait important, la diminution de la mortalité dans les centres d'autodialyse entre 2000 et 2005, malgré la prise en charge d'un nombre croissant de patients et l'acceptation de malades plus âgés, démontre que l'expansion de l'autodialyse ne s'est pas faite au détriment de la sécurité des patients. En outre, la mortalité en dialyse péritonéale (DP), proche de celle rencontrée en HD centre en 2000, a diminué ces dernières années pour se situer actuellement à un niveau nettement inférieur: ceci reflète probablement la sélection de patients à comorbidité plus faible pour ce type de traitement.

CONCLUSION

- Les causes d'insuffisance rénale qui ont augmenté le plus nettement sont les **néphropathies diabétiques et vasculaires**. Ensemble, ces deux causes représentent en 2005 la moitié des nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale. C'est dire l'importance capitale d'une **détection précoce**, d'un **traitement strict** de l'hypertension artérielle et du **contrôle des facteurs de risque** cardiovasculaire chez ces patients. Ici encore, il est important de mentionner la nécessité d'une **prise en charge multidisciplinaire de ces patients complexes à la faveur d'une collaboration étroite entre médecins généralistes et spécialistes**.
- Le nombre total de patients dialysés (prévalence) a augmenté régulièrement de 6 % / an entre 2000 et 2005. L'incidence des patients est plus fluctuante : elle a globalement augmenté de 20 % pour la période 2000-2005. L'augmentation de l'incidence et de la prévalence est surtout le fait des patients les plus âgés. Les cohortes dominantes sont celles des **65-74 ans** chez les **prévalents** et celle des **75-84 ans** chez les **incidents**.

- La période 2000-2005 se caractérise par un recours accru aux formes de dialyse alternatives et par un recours plus fréquent à la transplantation chez les sujets de plus de 65 ans. Malgré le vieillissement de la population, la part croissante des causes vasculaire et diabétique d'insuffisance rénale terminale et le recours accru aux formes de dialyse alternatives (autodialyse et dialyse péritonéale), le taux de mortalité tend à diminuer entre 2000 et 2005. Les deux causes de décès les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires et les infections.

Remerciements

Les auteurs remercient Mmes C. Tholet et F. Mohamed pour la dactylographie et la mise en page de l'article.

Correspondance :

J. NORTIER
Présidente du Groupement des Néphrologues
Francophones de Belgique (GNFB)
Service de Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale
Hôpital Erasme
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : jnortier@ulb.ac.be



<http://www.worldkidneyday.org>