



Nouvelles approches dans l'insuffisance rénale aiguë et les vascularites

Editorial

M. Burnier

P.-Y. Martin

Ce numéro consacré à la néphrologie comporte six articles particulièrement actuels. Les sujets qui sont traités concernent non seulement la communauté néphrologique mais également la médecine interne, les spécialités de médecine interne et d'autres, comme les urgences et les soins intensifs. Cet échantillon d'articles montre à quel point la néphrologie est une discipline qui va bien au-delà de la dialyse et de la transplantation et combien il est important d'aborder les problèmes néphrologiques dans un esprit multidisciplinaire et non limité à la problématique rénale.

Deux articles traitent de l'insuffisance rénale aiguë (IRA). Le premier aborde l'épidémiologie de l'IRA acquise en communauté. Il montre qu'elle est en augmentation en particulier dans les pays développés. Les causes sont multiples mais impliquent en grande majorité des médicaments et

«... Il nous semble important que le médecin installé soit partie prenante ...»

concernent avant tout les personnes âgées et les personnes avec des comorbidités. Nous savons maintenant que l'IRA même lorsqu'elle récupère complètement sur le plan biologique

augmente le risque d'insuffisance rénale chronique et de mise en dialyse de manière très significative. Il est donc essentiel d'instaurer des mesures de prévention, notamment par une éducation thérapeutique des patients à risque recevant des médicaments potentiellement néphrotoxiques. Il nous semble donc important que le médecin installé soit partie prenante de cette approche.

Le deuxième article traite d'un sujet particulièrement important en milieu hospitalier, soit le remplissage volémique en cas d'IRA. Nous savons tous en soins aigus que quand un patient s'arrête d'uriner, c'est mauvais signe. La réanimation volémique est l'un des traitements les plus utilisés et largement justifiés dans de nombreuses situations. Néanmoins, malgré les moyens sophistiqués que nous avons à disposition, l'estimation de la volémie reste un exercice difficile et approximatif. Dans le doute, le patient anurique ou oligurique est présumé hypovolémique et reçoit souvent plusieurs litres de solution saline isotonique entraînant une hypervolémie. Plusieurs études ont bien démontré ces dernières années que cette hypervolémie augmentait la mortalité hospitalière. Il s'avère également que l'hypervolémie retarde la récupération de la fonction rénale comme l'explique très bien l'article. Les pratiques doivent changer et la réanimation volémique, lorsqu'elle est indiquée, doit être contrôlée et réévaluée fréquemment. Le réflexe reste bon mais il faut enclencher les freins au bon moment.

Deux autres articles traitent des maladies rénales associées à des mécanismes auto-immuns, qu'ils soient uniquement localisés aux reins dans les glomérulonéphrites primaires ou plus systémiques dans les vascularites. En dehors des progrès diagnostiques, nous avons assisté ces dernières années à l'apparition de médicaments ciblant plus spécifiquement les mécanismes immunologiques. On parle de thérapie biologique, non parce que ces médicaments sont naturels mais parce qu'ils modifient la

Articles publiés
sous la direction des professeurs



Michel Burnier

Service de néphrologie
CHUV, Lausanne

Pierre-Yves Martin

Service de néphrologie
HUG, Genève



réponse biologique. Très utilisés en oncologie ou en rhumatologie, ces médicaments sont également utilisés en néphrologie car souvent les mécanismes immunologiques se ressemblent. Cependant, à la différence de ces deux disciplines, aucun des biologiques n'a été développé pour une maladie néphrologique, en raison principalement d'un nombre absolu de maladies bien moins grand. Il y a cependant des équipes médicales qui élargissent les indications et démontrent le potentiel thérapeutique d'un biologique dans une indication néphrologique. Dans de nombreuses indications, les preuves scientifiques deviennent suffisantes pour légitimement proposer ce traitement à un patient. Ceci oblige cependant l'utilisation «off label» de ces médicaments puisqu'ils ne sont pas enregistrés pour cette indication. Le néphrologue est habitué à cela puisqu'il utilise de nombreux médicaments depuis des décennies dans des indications «off label» comme l'Imurek ou le mycophénolate mofétil (MMF) dans la néphrite lupique ou la ciclosporine dans les syndromes néphrotiques. Avec les biologiques, la situation devient plus compliquée car nous ne sommes plus dans les mêmes catégories de prix (CHF 10 000.– et plus pour un traitement) et il s'agit à chaque fois de convaincre les assurances de la bonne indication d'un traitement biologique au risque de ne pas être remboursé.

■
■
■
■
■
■
■
■

«... Le néphrologue utilise de nombreux médicaments depuis des décennies dans des indications «off label» ...»

Vous lirez dans l'article sur les vascularites que le rituximab (Mabthera) vient d'être enregistré dans le traitement des glomérulonéphrites pauci-immunes. Au-delà du progrès amené par ce médicament, par rapport au traitement conventionnel comprenant du cyclophosphamide, l'enregistrement du rituximab est un pas énorme pour la communauté néphrologique et pour les patients. Ceci démontre qu'il est possible, avec des études bien faites, de convaincre les pharmas et nos autorités sanitaires de la nouvelle indication d'un médicament, initialement pas développé pour cela. C'est un espoir au moment où d'autres biologiques encore plus coûteux comme l'éculizimab, un inhibiteur de l'activation du complément, se montrent prometteurs pour des maladies rénales (en l'occurrence le syndrome hémolytique et urémique atypique pour l'éculizimab). La communauté néphrologique doit se battre pour que ces médicaments, si leur utilité est démontrée, soient enregistrés dans des indications rénales. Sinon, le risque que les patients avec des maladies rénales immunologiques n'aient pas accès à ces médicaments pour des raisons économiques va augmenter. ■