

Introduction

MICHEL APARICIO

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale ne cesse de croître en France comme dans les autres pays industrialisés et on estime actuellement que 20 à 25 000 patients bénéficient en France d'un traitement dialytique de suppléance auxquels on doit ajouter environ 8 000 transplantés rénaux. Ce nombre ne peut être mieux précisé car les différents systèmes d'information sont défectueux, aussi bien l'EDTA Registry dont le taux d'exhaustivité varie de 50 à 100 % selon les pays (61 % pour la France en 1994) que le registre de la Société de néphrologie, qui a cessé de fonctionner depuis 1993 et dont l'exhaustivité était très variable d'une région à l'autre. A fortiori, aucune donnée épidémiologique n'existe concernant l'insuffisance rénale débutante ou modérée.

Même si le nombre de patients dialysés n'est pas exactement connu, on sait par contre que leur traitement représente un poids financier considérable, estimé à près de 2 % du budget de la dépense nationale de santé. Cette situation tend à s'aggraver régulièrement, la progression de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse étant de 4,2 % en 1992. Parmi les principales causes de la progression de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale, on retrouve l'allongement de l'espérance de vie dans la population générale, la progression de l'insuffisance rénale chronique terminale d'origine vasculaire ou diabétique, le vieillissement de la population dialysée et les échecs de greffe.

Les maladies rénales évoluent en trois phases. Pendant la première phase, les signes sont propres à la structure du rein initialement lésée (glomérules, vaisseaux, tubes et interstitium). C'est la phase du diagnostic histologique et étiologique et du traitement spécifique de la maladie rénale, visant à prévenir l'apparition de l'insuffisance rénale. Combien d'insuffisances rénales seraient évitables si la maladie avait été dépistée à temps et un traitement approprié entrepris ! Une politique intelligente de prévention a déjà fait ses preuves dans les insuffisances rénales aiguës obstétricales et les glomérulonéphrites d'origine infectieuse qui ont pratiquement disparu en France. La deuxième phase est celle de l'insuffisance rénale constituée. Les manifestations cliniques et biologiques de l'insuffisance rénale chronique ne sont habituellement perceptibles qu'après la destruction d'environ

75 % des néphrons. L'heure du traitement spécifique de la maladie rénale est souvent passée, mais différents traitements médicamenteux et diététiques peuvent ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale chronique et la comorbidité qui l'accompagne, d'autant plus efficacement, semble-t-il, qu'ils sont mis en route précocement. La plupart des données thérapeutiques disponibles ont été fournies au cours de ces dernières années par les travaux expérimentaux. On a observé que dans des modèles de néphropathie spontanée ou acquise, en particulier murins, l'insuffisance rénale qui en résultait, évoluait sur un mode relativement stéréotypé indépendamment des mécanismes initiateurs. Toutefois cette évolution pouvait être ralentie, voire stabilisée, par divers agents médicamenteux et/ou des modifications des apports alimentaires en particulier protéiques. Il était évidemment souhaitable de vérifier si ces constatations expérimentales étaient applicables à l'homme, l'intérêt médical se doublant d'un intérêt socio-économique évident. La troisième phase est celle de l'insuffisance rénale chronique terminale, nécessitant la dialyse ou la transplantation, qui sort du cadre de ce rapport.

L'importance relative des différentes pathologies à l'origine d'une insuffisance rénale doit être précisée, et il convient, pour chacune d'elles, de la replacer par rapport aux principaux facteurs de risque, d'examiner les moyens d'éviter leur apparition (prévention primaire) ou de les dépister à un stade précoce, afin de prévenir ou de ralentir leur évolution vers l'insuffisance rénale (prévention secondaire).

Le Haut Comité de la Santé Publique a estimé que, dans un premier temps, il convenait de faire le point sur les principales maladies rénales à l'origine d'une insuffisance rénale chronique et sur les moyens de prévenir ou de ralentir leur évolution vers le stade terminal de l'insuffisance rénale. Pour ce faire, le Haut Comité de la Santé Publique a demandé à l'INSERM de réaliser une expertise collective.

Un groupe pluridisciplinaire de 13 experts comportant des cliniciens appartenant à la néphrologie, ainsi qu'à des spécialités « pourvoyeuses » d'insuffisance rénale telles que la diabétologie et la cardiologie, des généticiens et des épidémiologistes, a été réuni pour la première fois le 12 avril 1997.

Plusieurs sous-groupes de travail ont été constitués (certains experts appartenant à plusieurs groupes), pour aborder les thèmes suivants :

- épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique : état des lieux et perspectives ;
- néphrotoxicité d'origine iatrogène, professionnelle ou environnementale : épidémiologie, marqueurs précoces et prévention ;
- glomérulopathies ;
- hypertension artérielle, pathologie rénovasculaire ;
- diabète ;

- affections héréditaires ;

(Ces quatre groupes d'affections représentent plus de 75 % des causes connues d'insuffisance rénale chronique.)

- Application à l'homme des modèles expérimentaux, progression et prévention de l'insuffisance rénale.

Au cours de huit réunions communes, les experts ont fait le point sur chacun des thèmes qui leur avaient été confiés, aidés en cas de besoin par des intervenants extérieurs, invités du fait de leur compétence sur certains points des thèmes retenus. Un texte, accompagné des principales références s'y rapportant, a été rédigé par chacun des membres des différents sous-groupes, puis soumis à la critique des autres membres du groupe d'expertise, discuté, amendé. Ces documents constituent la partie analytique de l'ouvrage. Pour chaque grand chapitre, des groupes de recommandations ont été proposées.

Enfin, le groupe a élaboré des conclusions et recommandations tant sur le plan de l'exploitation des connaissances scientifiques que des orientations cliniques. Cette partie constitue le chapitre « Synthèse » qui propose, dans plusieurs domaines, les pistes d'action et de recherche paraissant les plus pertinentes dans la situation présente des acquis scientifiques et cliniques.