



OCTOBRE 2024

DÉPISTAGE DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Faire face à la tempête
mondiale qui se prépare

Document d'orientation du Conseil consultatif médical
de la Global Patient Alliance for Kidney Health
(Alliance mondiale des patients pour la santé rénale).



GLOBAL PATIENT ALLIANCE for
KIDNEY HEALTH

À PROPOS DU CONSEIL

Le Conseil consultatif médical de la Global Patient Alliance for Kidney Health apporte une perspective clinique aux programmes de plaidoyer de l'organisation et aide à identifier les besoins non satisfaits auxquels une sensibilisation accrue et des solutions politiques pourraient répondre.



NAVDEEP TANGRI, MD, PhD, FRCP
Chair

Professor, Division of Nephrology, Department of Medicine and Community Health Sciences at the University of Manitoba, Canada



MERLE CLARKE, MD

Nephrologist, Owen King European Union Hospital and Tapion Hospital, Saint Lucia, President of the Saint Lucia Medical and Dental Association



PATRICK MARK, MD, PhD

Professor of Nephrology and Honorary Consultant Nephrologist at the Glasgow Renal and Transplant Unit, Queen Elizabeth University Hospital, Scotland



VICTORINE BANDOLO NZANA, MD

Senior lecturer at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences of the University of Yaounde and a consultant nephrologist at the Yaounde Central Hospital, Cameroon



ALBERTO ORTIZ, MD, PhD*

Chief of the Department of Nephrology and Hypertension, University Hospital and Research Institute Fundación Jiménez Díaz, Spain



ROBERTO PECOITS-FILHO, MD, PhD

Distinguished Research Scientist at Arbor Research Collaborative for Health in the USA; Emeritus Professor of Nephrology, Catholic University of Paraná State in Brazil



MANISHA SAHAY, MBBS, MD, DNB

Professor and Head, Department of Nephrology, Osmania General Hospital & Osmania Medical College, India



MING-HUI ZHAO, MD, PhD

Professor, Division of Nephrology, Department of Medicine and Community Health Sciences at the University of Manitoba, Canada

*Le Dr Alberto Ortiz est membre du « Consortium PREVENTCKD Project ID 101101220, Programme EU4H DG », cofinancé par l'Union européenne, qui a éclairé certaines de ses contributions au présent document



L'Alliance mondiale des patients pour la santé rénale considère les systèmes de soins de santé qui traitent les maladies rénales chroniques comme une priorité de santé publique. En garantissant aux patients à risque l'accès à un dépistage complet et à un traitement précoce, la progression de la maladie peut être ralentie et la mortalité évitée.

POINTS CLÉS



La maladie rénale chronique constitue une menace croissante, avec des conséquences désastreuses pour les patients et les soignants, l'économie, la santé mondiale et l'environnement.



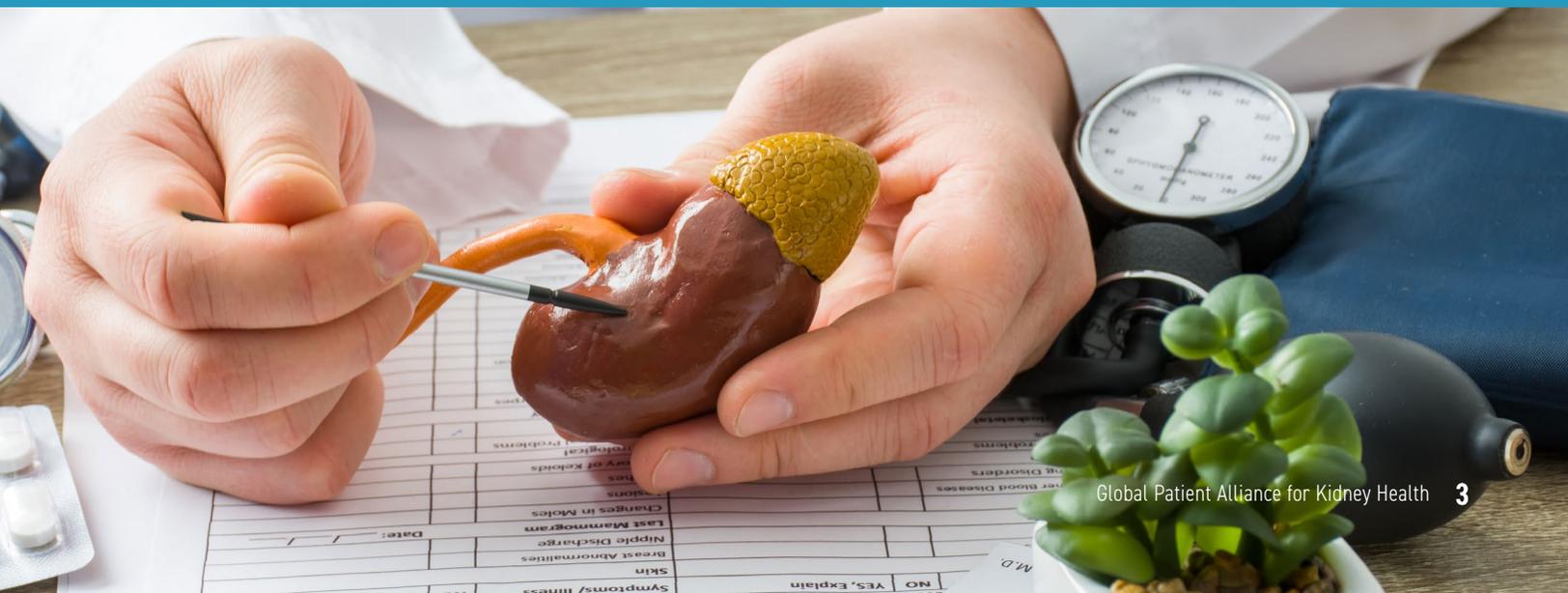
Des traitements sont disponibles, mais ils minimisent ou préviennent plus efficacement les conséquences dévastatrices et coûteuses de la maladie s'ils sont instaurés avant qu'elle n'atteigne un stade avancé.



La plupart des patients atteints de maladie rénale chronique ne sont pas conscients de leur état. Les stratégies de dépistage sont donc essentielles pour identifier les personnes concernées.



Les décideurs politiques du monde entier ont la possibilité de réduire le fardeau de l'insuffisance rénale chronique en garantissant un meilleur accès au dépistage et à un traitement plus précoce.



UNE TEMPÊTE MONDIALE QUI SE PRÉPARE

Impact sur la santé mondiale

La maladie rénale chronique touche près de 850 millions de personnes dans le monde, soit plus de 10 % de la population.¹

La maladie rénale chronique (diminution de la fonction rénale qui dure 3 mois ou plus) se caractérise par une perte progressive de la fonction rénale qui peut entraîner une insuffisance rénale, une maladie dévastatrice qui nécessite une dialyse à long terme ou une greffe de rein pour éviter la mort. La maladie rénale chronique est un multiplicateur de risque de maladie, notamment de maladie cardiovasculaire, de maladie cardiaque et de décès prématuré.^{2,3} Rien qu'en 2017, 1,2 million de personnes dans le monde décédées des suites d'une maladie rénale chronique et 1,4 million de personnes supplémentaires sont décédées en raison de son impact sur les maladies cardiovasculaires.⁴ La maladie rénale chronique est également l'un des principaux facteurs de risque de décès par COVID-19.⁵

En raison du vieillissement de la population, de la croissance démographique et de l'augmentation des facteurs de risque tels que le diabète et l'hypertension, la prévalence de la maladie rénale chronique et les décès qu'elle entraîne sont en augmentation dans le monde entier.^{4,6} En 1990, la maladie rénale chronique était la 18e cause de décès dans le monde, la 9e en 2019⁷ et elle devrait être la 5e d'ici 2050.⁸

Le fardeau est particulièrement évident dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En 2017, les taux de décès dus à une maladie rénale chronique normalisés selon l'âge étaient deux fois plus élevés dans les pays à statut socio-démographique faible à moyen que dans les pays à statut socio-démographique moyen à élevé ou élevé.⁴ La maladie rénale chronique figure déjà parmi les 5 principales causes de décès dans certaines régions d'Amérique latine.⁴

« La maladie rénale chronique en tant que cause de mortalité est en très forte hausse. »

DR ROBERTO PECOITS-FILHO

Elle est également un facteur important d'invalidité dans le monde. Elle correspond à 36 millions d'années perdues

chaque année en raison d'une maladie, d'une invalidité ou d'un décès prématuré.⁴ Le fardeau d'invalidité est lourd en Amérique latine, en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie du Sud-Est/Pacifique, ainsi que dans les zones où des populations concentrées de jeunes sont touchées, où en raison du nombre accru d'années de vie productive perdues.

Impact sur les patients et leurs aidants

Les personnes atteintes de maladie rénale chronique sont généralement asymptomatiques au début, et moins de 10 % savent qu'elles sont atteintes de la maladie.⁹ De plus, la plupart des symptômes ne sont pas propres à la maladie. La nature « cachée » de la maladie rénale chronique signifie qu'elle est souvent à un stade avancé lorsqu'elle est diagnostiquée. Il en résulte une morbidité et une mortalité importantes et la nécessité de traitements invasifs et coûteux.

« Près de 80 % des personnes atteintes de maladie rénale chronique dans les pays sous-développés ne savent pas qu'elles sont atteintes de la maladie. »

DR MING-HUI ZHAO

SYMPTÔMES DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE AVANCÉE

- Fatigue (*souvent sévère*)
- Nausée et vomissements
- Somnolence pendant la journée
- Troubles du sommeil
- Gonflement des jambes
- Dysfonction sexuelle
- Crampes musculaires
- Démangeaisons
- Sécheresse cutanée
- Brûlures d'estomac
- Mobilité réduite
- Douleurs osseuses et articulaires
- Dépression
- Infection

Au fur et à mesure que la maladie rénale chronique progresse, la capacité de travail diminue. Cela se traduit souvent par une baisse de la productivité, une réduction du nombre d'heures de travail ou une incapacité totale de travail.¹⁰ Cette situation peut être dévastatrice sur le plan personnel et financier pour les personnes en âge de travailler, entraînant la perte de nombreuses années de vie productive.

Les jeunes personnes atteintes d'une maladie rénale chronique sont confrontées à des complications tout au long de leur vie et à un risque plus élevé de décès prématuré.¹¹ Même après le début de la dialyse, leur espérance de vie est jusqu'à 44 ans plus courte que celle de la population générale.¹² Pour les transplantés rénaux, elle est jusqu'à 22 ans plus courte. Les femmes atteintes de maladie rénale chronique ont une espérance de vie plus courte que les hommes.

La maladie rénale chronique fait peser un lourd fardeau sur les aidants.^{13, 14} Lorsque la fatigue extrême s'installe, les personnes atteintes de maladie rénale chronique sont moins à même de cuisiner, de faire les courses et d'effectuer d'autres activités quotidiennes. Elles ont besoin de plus en plus de soutien de la part des aidants à mesure que la maladie évolue.¹⁵

Les patients ont également besoin de faire de nombreux allers-retours à l'hôpital, ce qui coûte cher et perturbe non seulement leur travail, mais aussi celui de leurs aidants. Les aidants doivent s'absenter du travail et voient leur productivité diminuer.¹⁶ La réduction du temps de travail entraîne une perte de revenu pour les patients et les aidants, à laquelle vient s'ajouter le coût de la prise en charge de la maladie rénale chronique.¹⁵

LA PLUPART DES AIDANTS DE PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE RÉNALE CHRONIQUE FONT ÉTAT DE : ¹⁶



Plus de 33 heures
de soins par
semaine



Un fardeau sévère
ou très sévère



Une capacité de
travail réduite

Cas illustrant les limitations progressives et les difficultés financières

À 58 ans, Mme B a été orientée vers une clinique de néphrologie en raison d'une fatigue persistante et d'un gonflement des jambes, que son mode de vie malsain vient exacerber. Les examens initiaux ont révélé une protéinurie importante et une surcharge liquidienne.

Une fois le diagnostic de diabète de type 2 et de maladie rénale chronique posé, elle a entamé un traitement complet pour gérer sa glycémie et sa tension artérielle, ainsi qu'un régime alimentaire et un programme d'exercice sur mesure.

Malgré ces efforts, sa fonction rénale s'est dégradée au point de devenir une maladie rénale chronique avancée en l'espace de trois ans, ce qui a eu un fort impact sur sa vie. En conséquence, son hypertension a empiré et des signes de maladie cardiaque sont apparus. Le poids des complications cardiovasculaires accéléré par la maladie rénale chronique a sévèrement limité ses capacités physiques et sa qualité de vie.

Les rendez-vous médicaux fréquents et la nécessité d'adapter en permanence le traitement, ainsi que les visites fréquentes à la clinique, les examens de laboratoire et les hospitalisations, ont ajouté au stress émotionnel et logistique de sa famille. Les difficultés financières étaient importantes, car nombre de ses médicaments n'étaient pas couverts par l'assurance maladie et le coût à sa charge était trop élevé, ce qui compliquait encore ses soins.

L'expérience de Mme B. met en évidence l'importance cruciale d'un changement précoce du mode de vie dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension en vue de prévenir la progression de la maladie rénale chronique. Elle souligne également les difficultés liées à la couverture des soins de santé et l'interaction entre la santé physique, le bien-être émotionnel et la stabilité financière dans la prise en charge des maladies chroniques.

Cas présenté par le Dr Roberto Pecoits-Filho

Impact économique

L'impact économique mondial de la maladie rénale chronique est stupéfiant. Et il est appelé à augmenter dans les années à venir.

On prévoit que les coûts directs annuels de la maladie rénale chronique diagnostiquée et des thérapies de remplacement rénal dans 31 pays et régions vont passer de 372 milliards de dollars en 2022 à près de 407 milliards de dollars en 2027.¹⁷

Les coûts directs des maladies rénales diagnostiquées et des traitements de l'insuffisance rénale pourraient atteindre 407 milliards de dollars d'ici 2027.

Au fur et à mesure que la maladie rénale chronique progresse, elle nécessite des soins médicaux plus fréquents et plus complexes, ce qui augmente considérablement les coûts. Selon une estimation récente, le coût moyen des soins liés à la maladie rénale chronique dans 31 pays et régions, par patient et par an, est le suivant :

- **> 3 000 \$ au stade 3a** (maladie rénale chronique légère avec protéines dans les urines)
- **> 5 000 \$ au stade 4** (forme modérée)
- **> 8 000 \$ au stade 5** (forme avancée)
- **> 57 000 \$** pour une maladie rénale nécessitant un traitement par hémodialyse
- **> 75 000 \$** pour la première année suivant une greffe de rein réussie.¹⁸

La maladie rénale chronique représente également une charge financière considérable pour les patients et leurs familles. Elle entraîne en effet le plus grand nombre de dépenses de santé catastrophiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.¹⁹

Par ailleurs, la thérapie de remplacement rénal (c'est-à-dire la dialyse ou la greffe de rein) est onéreuse et, bien souvent, aucun financement public spécifique ne lui est destiné. Beaucoup de personnes ayant besoin de ce traitement ne peuvent tout simplement pas se le permettre. En Afrique subsaharienne, où la dialyse est disponible, même lorsque des subventions gouvernementales partielles existent, de nombreux patients arrêtent le traitement et meurent une fois leurs ressources épuisées.²⁰

Mais les coûts de la maladie rénale chronique ne sont qu'une partie de l'équation. Les comorbidités telles que le diabète, et les complications cardiovasculaires directement attribuables au risque accru découlant de la maladie rénale chronique, y compris l'insuffisance cardiaque, nécessitent un traitement qui fait grimper les coûts.²¹

Viennent ensuite les coûts indirects résultant de la baisse de productivité, de l'absentéisme, de la retraite anticipée et de l'incapacité à travailler. Les coûts indirects associés à la maladie rénale chronique ont été estimés à plus de 705 euros (786 dollars) par patient et par an,²² ajustés en fonction de l'inflation. Moins de 25 % des patients commençant la dialyse occupent un emploi.²³ La perte de productivité est due non seulement aux symptômes liés à la maladie, mais aussi au traitement par dialyse et aux visites chez le médecin qui prennent beaucoup de temps.

Impact sur l'environnement

Le traitement de la maladie rénale chronique par hémodialyse nécessite de grandes quantités d'eau et d'énergie. Il génère en outre une quantité disproportionnée d'émissions de carbone et de déchets médicaux.

Par exemple, au Royaume-Uni, l'hémodialyse nécessite 94 000 litres d'eau et 3 000 kWh d'électricité par patient et par an.²⁴ Les émissions de carbone associées à un traitement trois fois par semaine dans un centre d'hémodialyse sont plus de sept fois supérieures à celles d'un patient moyen dans le système de santé britannique.²⁵

La dialyse péritonéale a été moins étudiée, mais elle nécessite le transport de liquide emballé dans du plastique à travers et entre les pays. Tout porte donc à croire qu'elle a un impact environnemental important.²⁶



FACTEURS DE RISQUE ET TRAITEMENT

Facteurs de risque

L'âge est un facteur de risque important pour la maladie rénale chronique, les personnes âgées de 65 ans ou plus présentant un risque près de cinq fois supérieur aux personnes âgées de 18 à 44 ans.²⁷ Les autres facteurs de risque courants sont le diabète, les antécédents familiaux, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, l'hypertension, le VIH, les hépatites B et C, le tabagisme et les lésions rénales aiguës antérieures.^{6, 28}

La géographie peut également jouer un rôle. La maladie rénale chronique d'étiologie inconnue touche les personnes vivant dans des zones rurales et agricoles qui travaillent de longues heures

à l'extérieur dans des conditions tropicales.²⁹ Elle est également associée à l'utilisation de pesticides chez les agriculteurs.³⁰

Les calculs rénaux, en tant que cause de maladie rénale chronique, sont également fréquents dans les régions tropicales, en particulier par temps chaud. Les habitants des pays à revenu faible et intermédiaire sont confrontés à des risques supplémentaires. Ceux-ci découlent des changements environnementaux, de la pollution atmosphérique, du déclin de la biodiversité, de l'utilisation d'insecticides et des taux élevés de maladies infectieuses.⁶

Facteurs de risque de la maladie rénale chronique

TYPE DE FACTEUR DE RISQUE	EXEMPLE
Facteurs de risque courants liés à la santé	Hypertension, diabète, maladie cardiovasculaire, insuffisance rénale aiguë antérieure
Zone géographique	Zones où une maladie rénale chronique de cause inconnue est endémique, où il y a une prévalence élevée de certaines variantes génétiques, ou zones de multi-exposition environnementale (p. ex., en Australie, les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres, etc.)
Affections inflammatoires chroniques/ maladies multisystémiques	Lupus érythémateux disséminé, vascularite, VIH, virus de l'hépatite B et C, cancer, infections urinaires répétées, calculs rénaux, maladies glomérulaires
Maladie associée à un médicament ou à une intervention	Toxicité rénale induite par des médicaments ou des produits de contraste
Antécédents familiaux ou génétique	Gène <i>APOL1</i> chez les sujets noirs, antécédents familiaux de maladie rénale, anomalies génétiques (p. ex., maladie polykystique des reins, syndrome d'Alport, drépanocytose)
Complications de la grossesse	Accouchement prématuré, petite taille gestationnelle, pré-éclampsie/éclampsie

Adapté des recommandations KDIGO²⁸ et de Francis et al., 2024⁶

Traitements efficaces

Les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie rénale chronique peuvent bénéficier d'une stratégie globale.²⁸

CHANGEMENTS DU MODE DE VIE. La modification de l'alimentation, une activité physique plus soutenue et le maintien d'un poids sain peuvent aider, tout comme le sevrage tabagique.

MÉDICAMENTS. Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-adostérone et, plus récemment, les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2), sont des traitements établis qui permettent de retarder la progression de la maladie rénale chronique chez les patients appropriés. Les effets de ces médicaments peuvent être additifs.³¹

Les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM) et les agonistes des récepteurs du peptide-1 de type glucagon (GLP-1RA), chez les personnes atteintes de diabète de type 2, figurent parmi les autres traitements innovants ayant des effets additifs pour la protection des reins.³²⁻³⁵

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS. De nombreuses personnes ont également besoin d'un traitement pour le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'anémie, l'acidose, les maladies osseuses ou les troubles kaliémiques.²⁸

RÉSOLUTION DU PROBLÈME GRÂCE AU DÉPISTAGE

Dépistage et dépistage ciblé

Un meilleur dépistage aux premiers stades de la maladie pourrait considérablement atténuer les souffrances humaines et réduire l'impact négatif sur la société.³⁶

Deux stratégies différentes permettent de détecter la maladie rénale chronique dans la population :

1. **RASTREIO** – testagem de rotina de todas as pessoas com base num critério amplo, como a idade avançada,
2. **RASTREIO DIRECIONADO** – uma abordagem na qual são testadas as pessoas com fatores de risco mais seletivos, como a diabetes ou a hipertensão. Devido a diferenças nos recursos e nas populações em risco em termos mundiaux, as estratégias para aumentar a detecção da doença renal crónica têm de ser adaptadas a cada país ou região.

Des études menées dans le monde entier indiquent que le dépistage de la maladie rénale chronique devrait être une stratégie rentable dans diverses populations.^{37,38}

Cependant, les examens actuels ne permettent pas de diagnostiquer la plupart des patients suffisamment tôt pour qu'ils puissent bénéficier d'un traitement efficace.³⁹ Cela est probablement dû à un manque de hiérarchisation, d'information et de politiques de soutien.

Examens de dépistage de la maladie rénale chronique

Deux examens simples doivent être réalisés pour évaluer la maladie rénale chronique :

1. **L'ANALYSE DE SANG** pour évaluer le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe). Le DFGe est calculé à partir de la créatinine sérique et d'autres facteurs simples tels que l'âge et le sexe. Une analyse de sang pour évaluer le DFGe peut être réalisée au moment des soins.
2. **L'ANALYSE D'URINE** pour déterminer le rapport albumine/créatinine urinaire (RACu). La méthode d'analyse de l'albumine urinaire varie et peut être quantitative ou semi-quantitative (p. ex., bandelette réactive). La méthode d'analyse d'urine dépend de l'environnement de soins.

APPROCHE INTÉGRÉE ABCDE DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, RÉNALE ET MÉTABOLIQUE^{45,46}

L'approche ABCDE permet d'identifier le risque de maladie rénale et de maladies cardiovasculaires. Cette approche reconnaît les interactions complexes entre le cœur et les reins, ce qui conduit à un dépistage et à un traitement intégrés.

La connaissance des 5 facteurs alphabétiques, à savoir **A = albuminurie**, **B = blood pressure (tension artérielle)**, **C = cholestérol**, **D = diabète** et **E = eGRF (DFGe)** permet aux médecins de classer les patients en fonction du risque de maladie cardiovasculaire. Ce risque oriente ensuite la prévention et le traitement.

DFGe= débit de filtration glomérulaire estimé

Les arguments en faveur du dépistage communautaire

M. X a 60 ans et il fume et boit de l'alcool régulièrement. Il souffre de diabète depuis 20 ans et d'hypertension depuis 11 ans, pour lesquels il prend régulièrement des médicaments.

Le jour où avait lieu le dépistage des maladies rénales, M. X s'est rendu à l'hôpital pour y participer. Sa tension artérielle et sa glycémie semblaient élevées et la bandelette urinaire indiquait une protéinurie. Des examens complémentaires ont révélé que M. X présentait des marqueurs sanguins et urinaires indiquant une maladie rénale chronique, très probablement une néphropathie diabétique. Ses médicaments ont été ajustés et de nouveaux médicaments tels que les inhibiteurs du SGLT2 ont été ajoutés.

Sur la base des conseils médicaux et diététiques reçus, M. X a arrêté de fumer et de boire de l'alcool et s'est efforcé d'adopter des habitudes transformatrices. Après 6 mois de suivi, sa protéinurie a régressé et sa fonction rénale s'est améliorée. Il est particulièrement reconnaissant du fait que, même s'il était asymptomatique, il s'est arrêté ce jour-là pour faire un dépistage, ce qui a permis de poser le diagnostic d'altération de la fonction rénale.

Cas fourni par le Dr Victorine Bandolo Nzana

Stratégies pour améliorer le dépistage et le dépistage ciblé

Il est urgent d'élaborer des stratégies visant à améliorer le dépistage et le dépistage ciblé de la maladie rénale chronique dans le monde entier.

Certains pays et régions ont lancé des programmes pour mieux identifier et traiter la maladie rénale chronique. Ces programmes peuvent être adaptés à différentes situations dans le monde entier. En outre, les institutions et les approches existantes peuvent être intégrées ou exploitées pour englober la maladie rénale chronique.

1 TIRER PARTI DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE EXISTANTS.

Dans certains pays, de vastes programmes de dépistage sont déjà en place pour des maladies telles que le cancer du côlon. On pourrait améliorer la détection précoce en utilisant les programmes existants comme modèles pour les programmes de dépistage urinaire et sanguin de la maladie rénale chronique.

« Nous avons lancé un programme exploratoire à Madrid qui s'inspire des programmes de dépistage du côlon ou qui y est lié. Dans le cadre de ces programmes, toute personne âgée de plus de 50 ans se voit proposer un dépistage du cancer du côlon... »

DR ALBERTO ORTIZ

2 TIRER PARTI DES LABORATOIRES CLINIQUES.

Les laboratoires cliniques peuvent servir de systèmes d'aide à la décision clinique,⁴⁰⁻⁴² en incitant les prestataires de soins à les informer que le dépistage de la maladie rénale chronique peut être conseillé à certains patients.

« La maladie rénale chronique est une maladie de laboratoire. Si nous parvenons à développer des programmes avec de grands laboratoires, nous pourrions toucher de nombreux prestataires de soins ».

DR NAVDEEP TANGRI

3 METTRE EN PLACE LE DÉPISTAGE PAR L'EMPLOYEUR.

Le dépistage par l'employeur présente des avantages potentiels tant pour les employeurs que pour les employés. Il pourrait notamment améliorer la continuité du dépistage et du suivi et réduire les coûts associés à la maladie rénale chronique à un stade avancé, qui coûte cher aux régimes d'assurance maladie gérés par l'employeur.

« En Chine, il y a beaucoup de migrations intérieures, les gens se déplaçant chaque année d'une région à l'autre pour travailler. Ces déplacements peuvent entraîner une perte de suivi par le système de santé. Le dépistage local par l'employeur pourrait contribuer à améliorer cette situation. »

DR MING-HUI ZHAO

4 MODÈLE EN ÉTOILE. Un modèle en étoile pour le dépistage de la maladie rénale chronique est utilisé avec succès en Inde. Ce modèle s'appuie sur le vaste réseau national de centres de dialyse, qui agissent comme des plaques tournantes supervisant le dépistage dans les zones rurales environnantes, les « rayons ». Dans ce modèle, tous les membres de la famille des patients qui viennent pour une dialyse sont soumis au dépistage de la maladie rénale chronique.⁴³

5 PROPOSER DES PROGRAMMES DE SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE.

Les programmes de sensibilisation communautaire pour la maladie rénale chronique impliquent un dépistage proactif et ont été couronnés de succès dans les régions traditionnellement mal desservies.

6 INTÉGRATION DANS UNE APPROCHE HOLISTIQUE DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, RÉNALE ET MÉTABOLIQUE.

La maladie rénale chronique est un facteur de risque cardiovasculaire comparable au diabète et à l'hypercholestérolémie.⁴⁴ Cette reconnaissance a conduit d'éminentes associations professionnelles à proposer une approche ABCDE pour le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire pouvant être traités : Albuminuria, Blood pressure, Cholesterol, Diabetes and Estimated glomerular filtration rate (eGFR) (albuminurie, tension artérielle, cholestérol, diabète et débit de filtration glomérulaire estimé ou DFGe).^{45,46} Cette approche met l'accent sur les interactions critiques entre le cœur et les reins, de sorte que les affections cardiovasculaires et rénales sont diagnostiquées et traitées en tandem. Étant donné le lien entre ces conditions, l'intégration de leur dépistage et de leur prise en charge est une approche judicieuse.

« La prévention reste le pilier au Cameroun car nous n'avons pas les moyens de financer les traitements. Lors de la Journée Mondiale du Rein, des néphrologues dans certains hôpitaux et écoles proposent un contrôle gratuit de la fonction rénale avec une bandelette urinaire, de la tension artérielle et de la glycémie à jeun. Les médias font la promotion de ce dépistage et de nombreuses personnes y participent. »

DR VICTORINE BANDOLO NZANA

SOLUTIONS STRATÉGIQUES POUR LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Grâce aux tests de dépistage et aux traitements efficaces disponibles, il est possible de résoudre le problème de la maladie rénale chronique. Mais pour qu'un dépistage généralisé et des traitements précoces soient mis en œuvre dans le monde entier, il faut d'abord que la maladie rénale chronique soit considérée comme une priorité mondiale. À l'heure actuelle, les principaux obstacles au traitement précoce sont le manque de sensibilisation des médecins de premier recours et du public, ainsi que la faible priorité accordée par les décideurs politiques mondiaux et nationaux.

Pour remédier à cette situation, les décideurs doivent :

- 1 Considérer la maladie rénale chronique comme une priorité de santé publique** au même titre que d'autres maladies non transmissibles
- 2 Veiller à ce que les personnes à risque puissent accéder à un dépistage complet et à un traitement précoce** en prenant rapidement les mesures nécessaires aux niveaux mondial et national.

Des stratégies adaptées à chaque pays et région peuvent favoriser une détection accrue de la maladie rénale chronique. Notamment :

- **Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé, le⁴⁷ dépistage de la maladie rénale chronique devrait être effectué au niveau national**, comme c'est le cas pour d'autres grandes maladies non transmissibles. Le dépistage peut être basé sur l'âge (p. ex., 45 ou 50 ans et plus³⁷), mais doit également être systématique pour les personnes souffrant de maladies associées telles que l'hypertension et le diabète.
- **Pour les pays à revenu intermédiaire, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à revenu faible, le⁴⁷ dépistage ciblé de la maladie rénale chronique doit être effectué au niveau national**, avec des cohortes de dépistage déterminées selon les principaux facteurs de risque régionaux/locaux tels que le diabète, l'hypertension, la maladie rénale chronique endémique, les zones agricoles ou d'autres facteurs de risque propres à la géographie.

Le dépistage de la maladie rénale chronique est simple et peut être intégré dans les programmes existants qui varient selon les pays et les régions. Les examens peuvent être réalisés à domicile ou sur le lieu de soins à l'aide d'appareils portatifs, notamment des bandelettes pour mesurer le RACu et des kits de prélèvement au doigt pour mesurer la créatinine dans le sang. Ces dispositifs permettent d'intégrer le dépistage de la maladie rénale chronique dans les programmes en cours ou les bilans de santé. Par exemple, le dépistage de la maladie rénale chronique peut être intégré au dépistage des maladies infectieuses ou aux programmes de santé maternelle dans les pays à faible revenu, et au dépistage de l'hypertension ou du diabète dans les pays à revenu plus élevé.

Mais de telles stratégies nécessiteront une meilleure sensibilisation à la maladie et un engagement accru de la part des décideurs politiques. Ce n'est qu'alors que la communauté mondiale pourra éviter l'impact croissant de la maladie rénale chronique sur la santé mondiale, l'économie, la vie des patients et des soignants et l'environnement.



REFERENCES

- Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, Rosenberg M, Jha V, Zoccali C. A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Nephrol Dial Transplant*. 2019;34(11):1803-5.
- Gansevoort RT, Matsushita K, van der Velde M, Astor BC, Woodward M, Levey AS, et al. Lower estimated GFR and higher albuminuria are associated with adverse kidney outcomes. A collaborative meta-analysis of general and high-risk population cohorts. *Kidney Int*. 2011;80(1):93-104.
- van der Velde M, Matsushita K, Coresh J, Astor BC, Woodward M, Levey A, et al. Lower estimated glomerular filtration rate and higher albuminuria are associated with all-cause and cardiovascular mortality. A collaborative meta-analysis of high-risk population cohorts. *Kidney Int*. 2011;79(12):1341-52.
- Global Burden of Disease Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020;395(10225):709-33.
- ERA-EDTA Council ERACODA Working Group. Chronic kidney disease is a key risk factor for severe COVID-19: a call to action by the ERA-EDTA. *Nephrol Dial Transplant*. 2021;36(1):87-94.
- Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nat Rev Nephrol*. 2024.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Seattle, WA: IHME, 2024.10 June 2024. Available from: https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf.
- Global Burden of Disease Forecasting Collaborators. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2204-56.
- Dharmarajan SH, Bragg-Gresham JL, Morgenstern H, Gillespie BW, Li Y, Powe NR, et al. State-Level Awareness of Chronic Kidney Disease in the U.S. *Am J Prev Med*. 2017;53(3):300-7.
- Alma MA, van der Mei SF, Brouwer S, Hilbrands LB, van der Boog PJM, Uiterwijk H, et al. Sustained employment, work disability and work functioning in CKD patients: a cross-sectional survey study. *J Nephrol*. 2023;36(3):731-43.
- Kula AJ, Prince DK, Katz R, Bansal N. Mortality Burden and Life-Years Lost Across the Age Spectrum for Adults Living with CKD. *Kidney360*. 2023;4(5):615-21.
- Cordero L, Ortiz A. Decreased life expectancy: a health outcome not corrected by kidney replacement therapy that emphasizes the need for primary prevention of CKD. *Clin Kidney J*. 2024;17(5):sfae053.
- Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, Anderson N, Calvert M, Cockwell P, et al. Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2022;19(4):e1003954.
- Esposito CC, S., Rangaswami, J., Wu, M.-S., Hull, R., Elsayed, H., Reichel, H., Garcia Sanchez, J. J., Pentakota, S., Kularatne, T., Fifer, S. PACE-CKD: Health-related quality of life of patients with CKD and caregivers: results from a US survey [abstract]. *Nephrol Dial Transplant*. 2023;38.
- Garcia Sanchez JJ, Kularatne, T., West, B., Rao, N., Wright, J., Hull, R., Fifer, S. POS-291 PaCE CKD: Impact of CKD on patients and carers--qualitative insights from a series of multinational interviews [abstract]. *Kidney Int Reports*. 2022;7(2).
- Michalopoulos SN, Gauthier-Loiselle M, Aigbogun MS, Serra E, Bungay R, Clynes D, et al. Patient and Care Partner Burden in CKD Patients With and Without Anemia: A US-Based Survey. *Kidney Med*. 2022;4(4):100439.
- Chadban S, Arici, M., Power, A., Wu, M.-S., Saverio Mennini, F., Arango Álvarez, J. J., Garcia Sanchez, J. J., Barone, S., Card-Gowers, J., Martin, A., Retat, L. Projecting the economic burden of chronic kidney disease at the patient level (Inside CKD): a microsimulation modelling study. *eClinicalMedicine*. 2024.
- Jha V, Al-Ghamdi SMG, Li G, Wu MS, Stafylas P, Retat L, et al. Global Economic Burden Associated with Chronic Kidney Disease: A Pragmatic Review of Medical Costs for the Inside CKD Research Programme. *Adv Ther*. 2023;40(10):4405-20.
- Essue BM, Laba T, Knaut F, et al. Economic burden of chronic ill health and injuries for households in low- and middle-income countries. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, et al., eds. *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty* 3rd edition Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017. p. 121-46.
- Ashuntantang G, Osafo C, Olowu WA, Arogundade F, Niang A, Porter J, et al. Outcomes in adults and children with end-stage kidney disease requiring dialysis in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(4):e408-e17.
- Pollock C, James G, Garcia Sanchez JJ, Carrero JJ, Arnold M, Lam CSP, et al. Healthcare resource utilisation and related costs of patients with CKD from the UK: a report from the DISCOVER CKD retrospective cohort. *Clin Kidney J*. 2022;15(11):2124-34.
- Turchetti G, Bellelli S, Amato M, Bianchi S, Conti P, Cupisti A, et al. The social cost of chronic kidney disease in Italy. *Eur J Health Econ*. 2017;18(7):847-58.
- Erickson KF, Zhao B, Ho V, Winkelmayer WC. Employment among Patients Starting Dialysis in the United States. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2018;13(2):265-73.
- Zoccali C, Barraclough, K., Eckelman M, Cases Amanos, Al, Germond-Duret, Cl, Pecoits-Filho, R., Garcia Sanchez, J. J., Selvarajah, V, Hubbert, L., Nicholson, L. . The environmental impact of chronic kidney disease internationally: results of a life cycle assessment [abstract]. *Nephrol Dial Transplant*. 2023;38:2695.
- Connor A, Lillywhite R, Cooke MW. The carbon footprints of home and in-center maintenance hemodialysis in the United Kingdom. *Hemodial Int*. 2011;15(1):39-51.
- Yau A, Agar JWM, Barraclough KA. Addressing the Environmental Impact of Kidney Care. *Am J Kidney Dis*. 2021;77(3):406-9.
- Department of Health and Human Services. Chronic kidney disease in the United States, 2023. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/kidney-disease/php/data-research/index.html>.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(4S):S117-S314.
- Paidi G, Iroshani Jayarathna AI, Salibindla D, Amirthalingam J, Karpinska-Leydier K, Alshowaikh K, Ergin HE. Chronic Kidney Disease of Unknown Origin: A Mysterious Epidemic. *Cureus*. 2021;13(8):e17132.
- Lebov JF, Engel LS, Richardson D, Hogan SL, Hoppin JA, Sandler DP. Pesticide use and risk of end-stage renal disease among licensed pesticide applicators in the Agricultural Health Study. *Occup Environ Med*. 2016;73(1):3-12
- Provenzano M, Puchades MJ, Garofalo C, Jongs N, D'Marco L, Andreucci M, et al. Albuminuria-Lowering Effect of Dapagliflozin, Eplerenone, and Their Combination in Patients with Chronic Kidney Disease: A Randomized Crossover Clinical Trial. *J Am Soc Nephrol*. 2022;33(8):1569-80.
- Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, Mahaffey KW, Mann JFE, Bakris G, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2024;391(2):109-21.

33. Apperloo EM, Neuen BL, Fletcher RA, Jongs N, Anker SD, Bhatt DL, et al. Efficacy and safety of SGLT2 inhibitors with and without glucagon-like peptide 1 receptor agonists: a SMART-C collaborative meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2024;12(8):545-57.
34. Neuen BL, Heerspink HJL, Vart P, Claggett BL, Fletcher RA, Arnott C, et al. Estimated Lifetime Cardiovascular, Kidney, and Mortality Benefits of Combination Treatment With SGLT2 Inhibitors, GLP-1 Receptor Agonists, and Nonsteroidal MRA Compared With Conventional Care in Patients With Type 2 Diabetes and Albuminuria. *Circulation.* 2024;149(6):450-62.
35. Rossing P, Anker SD, Filippatos G, Pitt B, Ruilope LM, Birkenfeld AL, et al. Finerenone in Patients With Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes by Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitor Treatment: The FIDELITY Analysis. *Diabetes Care.* 2022;45(12):2991-8.
36. Shlipak MG, Tummalapalli, S. L., Ebony Boulware, L., Grams, M. E., Ix, J. H., Jha, V., Kengne, A.-P., Madero, M., Mihaylova, B., Tangri, N., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., Zoungas, S. . The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference *Kidney Int* [Internet]. 2021;99:34-47. Available from: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(20\)31210-2/fulltext#articleInformation](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(20)31210-2/fulltext#articleInformation).
37. Cusick MM, Tisdale RL, Chertow GM, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD. Population-Wide Screening for Chronic Kidney Disease : A Cost-Effectiveness Analysis. *Ann Intern Med.* 2023;176(6):788-97.
38. Komenda P, Ferguson TW, Macdonald K, Rigatto C, Koolage C, Sood MM, Tangri N. Cost-effectiveness of primary screening for CKD: a systematic review. *Am J Kidney Dis.* 2014;63(5):789-97.
39. Tangri N, Moriyama T, Schneider MP, Virgitti JB, De Nicola L, Arnold M, et al. Prevalence of undiagnosed stage 3 chronic kidney disease in France, Germany, Italy, Japan and the USA: results from the multinational observational REVEAL-KD study. *BMJ Open.* 2023;13(5):e067386.
40. Flores E, Martinez-Racaj L, Torreblanca R, Blasco A, Lopez-Garrigos M, Gutierrez I, Salinas M. Clinical Decision Support System in laboratory medicine. *Clin Chem Lab Med.* 2024;62(7):1277-82.
41. Flores E, Salinas JM, Blasco A, Lopez-Garrigos M, Torreblanca R, Carbonell R, et al. Clinical Decision Support systems: A step forward in establishing the clinical laboratory as a decision maker hubA CDS system protocol implementation in the clinical laboratory. *Comput Struct Biotechnol J.* 2023;22:27-31.
42. Salinas M. Laboratory Medicine: from just testing to saving lives. *Clin Chem Lab Med.* 2023;61(10):1677-8.
43. Sahay M. Hub and spoke model for kidney care -- from prevention to treatment. *Indian J Nephrol.* 2024; 34:545-7. doi: 10.25259/IJN_165_2024.
44. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Back M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2022;75(5):429.
45. European Renal Association. Available from: <https://www.era-online.org/publications/do-you-know-your-abcde-profile/>.
46. Ortiz A, Wanner C, Gansevoort R, Council ERA. Chronic kidney disease as cardiovascular risk factor in routine clinical practice: a position statement by the Council of the European Renal Association. *Eur J Prev Cardiol.* 2022;29(17):2211-5.
47. World Bank Country and Lending Groups. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. 2024.



globalkidneyalliance.org



AstraZeneca has provided a financial sponsorship to the **Global Alliance for Patient Access** as the secretariat of the Global Patient Alliance for Kidney Health.