



Et ailleurs...?

Protéinurie, filtration glomérulaire et insuffisance rénale aiguë: message pour la pratique

La question

Environ 3 à 7% des patients qui entrent à l'hôpital souffrent d'insuffisance rénale aiguë (IRA). Quelle est l'importance du taux de filtration glomérulaire et de la protéinurie antérieure à l'épisode d'IRA dans la survenue de celui-ci et dans l'évolution de l'IRA? Ces questions sont capitales notamment pour la reconnaissance des patients à risque et pour éviter par exemple l'administration de médicaments néphrotoxiques (AINS, produits de contrastes entre autres).

La méthode

Une étude de cohorte comprenant environ 920 000 personnes (!) a été réalisée au Canada entre 2002 et 2007. Les patients ont été divisés en 4 groupes selon leur eTFG (>60 ml/min/1,73 m², 59,9–45, 44,9–30, 29,9–15). Les patients avec un eTGF <15 n'ont pas été inclus dans l'étude. Pour la protéinurie, 3 groupes ont été constitués: aucune, modérée, forte.

Les résultats

Durant un suivi médian de 35 mois, 6520 patients ont été admis avec une IRA et 615 avec une IRA nécessitant un traitement dialytique. Le résultat essentiel est l'importance majeure de la protéinurie de départ: par ex. pour les patients avec un eTFG >60 (presque normal), une protéinurie forte augmente le risque d'IRA de 4,4 fois par rapport aux patients avec une protéinurie nulle. Pour toutes les valeurs de eTFG, une protéinurie forte constitue un risque plus élevé d'IRA.

Les problèmes

Cette étude mammouth ne va pas sans quelques problèmes. (1) L'estimation du TFG reste une estimation mais il est peu probable que des mesures vraies du TFG (impossible à réaliser à une aussi immense échelle) modifient de façon significative les résultats. (2) De même, les mesures de protéinurie peuvent varier. (3) Le diagnostic d'IRA a été extrait des codes. (4) Des facteurs confondants ne peuvent être exclus: sévérité des maladies associées, utilisation de médicaments tels qu'IEC et AINS.

Commentaire

Il faut doser au moins une fois la protéinurie par bandelette ou le rapport protéinurie/créatininurie et une fois la créatinine sanguine pour éviter d'administrer des médicaments néphrotoxiques (AINS en particulier, certains antibiotiques) et pour évaluer la nécessité d'examen avec produit de contraste chez tous les patients avec protéinurie...

Lancet. 2010;376:2046–8 et 2096–103. / AdT

Bevacizumab: Janus? Les médicaments anti-angiogéniques sont devenus d'un usage courant en oncologie. Ils sont terriblement chers. Sont-ils «sûrs»? Une méta-analyse jette une lumière crue sur les effets secondaires mortels du bevacizumab (Avastin®). Associé aux taxanes et au dérivés du platine en particulier, le RR d'effets secondaires mortels est de 1,46 comparé à la chimiothérapie seule (p <0,01). L'incidence globale est de 2,5%. Surviennent en particulier les hémorragies, les neutropénies, la déhiscence des plaies et les perforations digestives. On ne bloque pas un mécanisme si fondamental comme l'angiogenèse sans en payer le prix.

JAMA. 2011;305:487–94 et 506. / AdT

Pontage aorto-coronarien et CK-MB. L'élévation des CK-MB en postopératoire d'un pontage aorto-coronarien est un mauvais signe. Une méta-analyse de presque 19 000 patients démontre une mortalité à 30 jours et à plus long terme qui augmente régulièrement à mesure que le rapport entre la valeur CK-MB postopératoire la plus élevée et la valeur normale haute s'élève. Micro-infarctus, embolies gazeuses, ischémie globale due à une cardioplégie suboptimale? Pas de réponses claires, malheureusement.

JAMA. 2011;305:585. / AdT

Séquençage du génome directement au consommateur: un coup d'épée dans l'eau?

Personne ne sait vraiment comment se comporte le consommateur qui cède au chant des sirènes des laboratoires qui proposent une information sur l'évaluation des risques de 20 à 40 maladies polygéniques communes par analyse génétique. 2037 personnes appartenant à des compagnies actives dans le domaine de la santé ou de technologie ont acheté, à prix subventionné, la «boussole» de santé (firme «Navigenics»). Ils ont été interrogé sur (1) la modification de leurs habitudes alimentaires (grasses), (2) sur leur niveau d'exercice physique et (3) sur leur anxiété après la réception des résultats. A trois mois après la réception des tests, pas de différence dans les trois items sauf pour le «désarroi» impliquant un risque vital. Finalement une réaction plutôt saine...!

New Engl J Med. 2011;364:524–34. / AdT

Auteur dans ce numéro: Antoine de Torrenté (AdT)