

## **Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger**

### **1 Il ne faudrait pas amorcer l'administration d'un agent stimulant l'érythropoïèse (ASE) chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique (IRC) ayant un taux d'hémoglobine égal ou supérieur à 100 g/L qui ne présentent pas de symptômes d'anémie.**

Il n'a pas été démontré que l'administration d'un ASE dans le but de normaliser les taux d'hémoglobine chez les patients atteints d'IRC a des effets bénéfiques, autant pour ce qui est de la survie que de la maladie cardiovasculaire. L'utilisation de cet agent risque même d'être nuisible par rapport à un traitement permettant de retarder l'administration d'un ASE ou d'atteindre des cibles relativement modérées (90–110 g/L).

### **2 Il ne faudrait pas prescrire d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) aux personnes souffrant d'hypertension, d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance rénale chronique, peu importe la cause, y compris le diabète.**

L'administration d'AINS, y compris d'inhibiteurs de la cyclo-oxygénase de type 2 (COX-2) pour le traitement pharmacologique de la douleur musculosquelettique peut provoquer une hausse de tension artérielle, réduire l'efficacité des antihypertenseurs, causer une rétention hydrique et aggraver la maladie rénale chez ces personnes. Il existe d'autres médicaments sur ordonnance pouvant être plus sûrs et aussi efficaces que les AINS.

### **3 Il ne faudrait pas prescrire d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) en association avec des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) pour traiter l'hypertension artérielle, une néphropathie diabétique ou l'insuffisance cardiaque.**

Administrés en association, les inhibiteurs de l'ECA et les ARA II sont liés à un risque accru d'hypotension symptomatique, d'insuffisance rénale aiguë, d'hyperkaliémie; ils risquent en plus d'accroître le taux de mortalité.

### **4 Il ne faudrait pas amorcer d'hémodialyse chronique sans s'être assuré que le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe de soins en néphrologie ont tous pris part au processus décisionnel.**

La décision d'amorcer une hémodialyse chronique devrait être un processus auquel participent le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe de soins en néphrologie. Ce processus doit permettre au patient d'établir ses objectifs personnels et ses préférences et d'être informé du pronostic, des bienfaits escomptés et des effets néfastes de l'hémodialyse. Selon le peu de données observationnelles dont nous disposons, la survie pourrait ne pas varier de façon significative chez les patients âgés ayant un taux élevé de co-morbidités qui amorcent une hémodialyse chronique et ceux qui suivent un traitement conservateur.

### **5 Il ne faudrait pas amorcer d'hémodialyse chez les patients externes atteint d'IRC de stade 5 en l'absence d'indications cliniques.**

L'amorce d'une hémodialyse chronique avant l'apparition des symptômes d'urémie ou autres indications cliniques est associée à un lourd fardeau et à des désagréments, sans compter que le patient ne bénéficie d'aucun bienfait sur le plan clinique. Dans ses récentes lignes directrices, la Société canadienne de néphrologie recommande au néphrologue de suivre de près le patient dont le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) est inférieur à 5 ml/min et de retarder le début de l'hémodialyse jusqu'à ce que les symptômes d'urémie, d'une surcharge volumique, d'une hyperkaliémie ou d'une acidose deviennent problématiques ou que le DFGe devienne inférieur à 6 ml/min.

## Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*, la Société canadienne de néphrologie (SCN) a formulé des recommandations avec l'aide du Groupe de travail sur la campagne *Choisir avec soin* relevant du Comité responsable des lignes directrices de pratique clinique. Le Groupe de travail a mené un sondage pour demander aux membres de la Société de voter pour 5 tests, 5 examens et 5 traitements qui, à leur avis, sont surutilisés, mal utilisés ou encore risquent d'avoir des effets nuisibles. Le sondage a été mené auprès de 400 membres et le taux de réponse s'est élevé à 22 %. Les réponses ont été groupées par thèmes et fréquence d'occurrence. Trois membres du groupe de travail ont chacun révisé cette liste et proposé 10 recommandations principales découlant des réponses au sondage. Les 3 listes ont été révisées par le Groupe de travail, puis une liste provisoire des 10 principales recommandations a été dressée selon les critères suivants : solidité des preuves; risques d'effets nocifs; rentabilité; fréquence dans la pratique clinique et pertinence en néphrologie. La liste provisoire des 10 principales recommandations a été soumise à l'assemblée générale annuelle de la SCN; la Société a demandé à ses membres de signifier leur accord sur chacune des recommandations. En plus de s'occuper du vote des membres de la SCN, le Groupe de travail a examiné la solidité des preuves et le potentiel de chaque recommandation pour un impact clinique significatif, et s'est entendu sur une liste de 5 examens et traitements. Les 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> recommandations ont été adaptées avec la permission de l'American Society of Nephrology, à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question<sup>©</sup> publiée en 2012.

## Sources

- 1** Druke TB, Locatelli F, Clyne N, et coll. Normalization of hemoglobin level in patients with chronic kidney disease and anemia. *N Engl J Med*, le 16 novembre 2006; 355(20):2071-2084.  
Moist LM, Troyanov S, White CT, et coll. Canadian Society of Nephrology commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in CKD. *Am J Kidney Dis*, novembre 2013; 62(5):860-873.  
Pfeffer MA, Burdmann EA, Chen CY, et coll. A trial of darbepoetin alfa in type 2 diabetes and chronic kidney disease. *N Engl J Med*, le 19 novembre 2009; 361(21):2019-2032.  
Singh AK, Szczec L, Tang KL, et coll. Correction of anemia with epoetin alfa in chronic kidney disease. *N Engl J Med*, le 16 novembre 2006;355(20):2085-2098.
- 2** Gooch K, Culleton BF, Manns BJ, et coll. NSAID use and progression of chronic kidney disease. *Am J Med*, mars 2007; 120(3):280.e281-287.  
KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis*, 2002; 39(2 Suppl 1):S1-266.  
Management of chronic heart failure: A national clinical guideline. [Internet, cité en février 2007]. Édimbourg (Royaume-Uni) : Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Sponsored by NHS Quality Improvement Scotland. Disponible ici : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign95.pdf>.  
National Heart, Lung, and Blood Institute. [Internet, cité en 2007]. U.S Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Disponible ici : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>.
- 3** Fried LF, Emanuele N, Zhang JH, et coll. Combined angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy. *N Engl J Med*, le 14 novembre 2013; 369(20):1892-1903.  
Heran BS, Musini VM, Bassett K, Taylor RS, Wright JM. Angiotensin receptor blockers for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 4:Cd003040.  
Mann JF, Schmieder RE, McQueen M, et coll. Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*, le 16 août 2008; 372(9638):547-553.  
Phillips CO, Kashani A, Ko DK, Francis G, Krumholz HM. Adverse effects of combination angiotensin II receptor blockers plus angiotensin-converting enzyme inhibitors for left ventricular dysfunction: a quantitative review of data from randomized clinical trials. *Arch Intern Med*, le 8 octobre 2007; 167(18):1930-1936.  
Yusuf S, Teo KK, Pogue J, et coll. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med*, le 10 avril 2008; 358(15):1547-1559.
- 4** Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant*, mai 2011; 26(5):1608-1614.  
Jassal SV, Trpeski L, Zhu N, Fenton S, Hemmelgarn B. Changes in survival among elderly patients initiating dialysis from 1990 to 1999. *CMAJ*, le 23 octobre 2007; 177(9):1033-1038.  
Kurella M, Covinsky KE, Collins AJ, Chertow GM. Octogenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. *Ann Intern Med*, le 6 février 2007; 146(3):177-183.  
Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med*, le 15 octobre 2009; 361(16):1539-1547.  
Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant*, juillet 2007; 22(7):1955-1962.
- 5** Cooper BA, Branley P, Bulfone L, et coll. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med*, le 12 août 2010; 363(7):609-619.  
Nesrallah GE, Mustafa RA, Clark WF, et coll. Canadian Society of Nephrology 2014 clinical practice guideline for timing the initiation of chronic dialysis. *CMAJ*, le 4 février 2014; 186(2):112-117.  
Susantitaphong P, Altamimi S, Ashkar M, et coll. GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a meta-analysis. *Am J Kidney Dis*, juin 2012; 59(6):829-840.

## Au sujet de Choisir avec soin

*Choisir avec soin* est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne *Choisir avec soin* reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez [www.choisiravecsoin.org](http://www.choisiravecsoin.org). Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

## À propos de La Société canadienne de néphrologie

La Société canadienne de néphrologie (SCN) est une fière partenaire de *Choisir avec soin* – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCN regroupe des médecins et des chercheurs spécialisés dans le traitement des personnes atteintes de maladie rénale et dans la recherche associée à ces maladies rénales. La mission de la SCN est de promouvoir les soins de la plus grande qualité pour les patients souffrant de maladie rénale en établissant des normes élevées de formation, d'éducation et de recherche médicale afin d'améliorer les connaissances, les compétences et les attitudes des néphrologues, d'encourager la recherche en sciences biomédicales portant sur les reins, les troubles rénaux et les thérapies de remplacement rénal, d'améliorer la prestation des soins de santé liés à la néphrologie, de promouvoir le développement professionnel continu des néphrologues et d'encourager et de soutenir l'approche scientifique et éthique dans le développement de la spécialité.