

QUIPO :

QUI ADMINISTRE LES EPO EN PRÉ-DIALYSE ?

L'anémie est une pathologie très fréquente chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique (IRC) à un stade avancé. En effet l'IRC entraîne une production insuffisante d'érythropoïétine (EPO), souvent associée à une carence en fer par défaut d'absorption, ce qui va induire une diminution de la production des globules rouges et entraîner l'anémie.

Sylvie LE STUM, Cécile VIGNEAU, infirmières, Service de néphrologie, CHU Pontchaillou, RENNES,
Pr Corinne ISNARD BAGNIS, Service de néphrologie, CHU Pitié Salpêtrière, PARIS,
Pr Gabriel CHOUKROUN, Chef de service de néphrologie, CHU, AMIENS,
Pr Nassim KAMAR, Service de néphrologie, CHU Rangueil, TOULOUSE,
Pr Yann LEMEUR, Chef du service de néphrologie, CHU La Cavale blanche, BREST,
Pr Emmanuel OGER, Service de pharmacologie, CHU Pontchaillou, RENNES

OBJECTIFS

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans un rapport de juin 2013, recommande comme traitement l'utilisation d'Agents Stimulant l'Érythropoïèse (ASE) par injection, et en complément (et suivant le taux de ferritine) du fer par voie orale ou intraveineuse. Les objectifs sont d'atteindre un taux d'hémoglobine compris entre 10 et 12 g/dl avec un coefficient de saturation de la transferrine > 20 % et une ferritinémie > 200 ng/ml. Le traitement de cette anémie n'est pas à négliger car il va permettre : d'éviter les transfusions sanguines, de limiter les complications cardio-vasculaires, d'améliorer la qualité de vie et de prolonger la survie.

En mettant en place l'étude QUIPO, « qui administre les EPO en pré dialyse », nous avons voulu faire une photographie des pratiques des patients IRC en France sur l'administration des ASE pendant la période 2011/2012.

Notre objectif principal était de faire une photographie des pratiques d'administration des ASE pour les patients en pré dialyse en France et du rythme des contrôles biologiques. Secondairement, il s'agissait de déterminer si les contrôles et les répercussions de l'anémie étaient différents selon le type et le mode d'administration de l'ASE. Nous avons aussi souhaité faire une analyse médico-économique pilote des différents modes d'administration des ASE (en fonction du rythme d'injection et du mode d'administration).

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Pour cela, nous avons mis en place cette étude observationnelle dans 10 centres de consultation de néphrologie (CH et CHU) en France, préalablement tirés au sort. Nous avons utilisé un questionnaire décrivant la population concernée (données sociodémographiques), les ha-

bitudes d'injection et de surveillance des ASE, les données biologiques, et la répercussion de la maladie.

Ce questionnaire était complété par le néphrologue au cours d'une consultation incluant une prescription d'ASE.

RÉSULTATS

Nous avons inclus en 6 mois, 143 patients suivis pour Insuffisance Rénale Chronique (IRC) non encore dialysés. Ces patients (53 % d'hommes et 47 % de femmes) présentaient un âge moyen de 66,4 (+16,9) ans, un délai moyen de suivi en consultation de néphrologie de 4 ans, 38,6 % étaient diabétiques et leur débit de filtration glomérulaire (estimé par la formule du MDRD) était de 22,8 +11,6 ml/min/1,73 m². Quinze pour cent de ces patients n'ont pas d'activité professionnelle, 41,6 % sont en activité et 43 % à la retraite.

Les ASE les plus prescrites sont l'Aranesp® et le Mircera® (respectivement 50,3 % et 36,3 %) principalement, sachant qu'à cette période,

le laboratoire Roche a rencontré des soucis d'approvisionnement en Mircera®, ces chiffres ne sont donc pas totalement représentatifs.

L'injection se fait dans 70,2 % des cas par une IDE, 29,7 % seulement des patients font leurs injections eux-mêmes (ou leur conjoint). Parmi ces patients, on se rend compte que 56,8 % ont une activité professionnelle, et 34,7 % sont inactifs ($p = 0.0002$). Celle-ci est faite à domicile pour 86,7 % des patients (60 % des patients sans autre soin associé).

42 % des patients disent ressentir une amélioration de leur état général, quel que soit l'ASE ($p = 0,82$) en moyenne au bout de 3 jours.

18 % des patients vont ressentir une douleur à l'injection, parmi ces 18 %, 20 % quand c'est l'infirmière qui injecte et 16,6 % quand c'est le patient (différence non significative). Cette douleur est ressentie par 26,4 % des patients sous ARANESP® et 11,8 % des patients sous Mircera® ($p = 0.018$).

La seringue utilisée est jetée dans la poubelle personnelle dans 27,5 % des cas, même si c'est une IDE qui est venue injecter le produit (différence non significative), et dans 26,8 % des cas, elle est mise dans un container spécifique.

D'un point de vue médico-économique, le recours à une infirmière est significativement plus cher ($p = 0.0016$) quel que soit l'ASE et le rythme d'injection. Par exemple, pour 1 injection par semaine le coût global médian (par µg) passe de 19,70 €/mois à 42,30 €/mois et pour 1 injection par mois de 2 €/mois à 7,60 €/mois.

Concernant les données biologiques, nous retrouvons un taux d'hémoglobines moyennes à 11,4 + 1,3 g/dl et 11,3 + 1,2 g/dl au contrôle précédent, une ferritinémie moyenne à 229+211 UI/ml. Aucun autre traitement de l'anémie n'est associé pour 42,3 % des patients. Et pour ceux qui en ont un, 35,7 % sont sous fer per os, ou sous fer intraveineux (8,9 %).

DISCUSSION

Cette étude de pratique a mis en évidence la faible proportion de patients s'injectant eux-mêmes leur ASE (moins de 30 %, même chez les patients actifs) ainsi que la place importante de l'infirmière dans la prise en charge du patient en pré-dialyse. Pour la grande majorité, l'infirmière ne fait que l'injection et souvent à domicile, mais chez les patients les plus âgés, le recours à une infirmière est encore plus important, car dans 40 % des cas, elle fait un autre soin dans

le même temps. De plus, instinctivement, on pourrait penser que les patients, comme les soignants, préfèrent utiliser les ASE de demi-vie longue, diminuant ainsi le nombre d'injections, le recours à l'IDE et donc le coût du traitement. Ce surcoût s'ajoute aussi au manque actuel d'infirmières libérales et devrait donc être considéré comme un objectif majeur de nos programmes d'éducation thérapeutique. Cependant, il faut nuancer ce constat, car la mise en place de ces programmes, nécessaires pour une prise en charge optimale et individualisée des patients, nécessite du temps d'infirmières spécialisées et dédiées (temps qui, bien sûr, a aussi un coût).

Il existe, d'autre part un effet « placebo » de l'injection, car plus de 40 % des patients décrivent ressentir une amélioration après leur injection, or l'augmentation de l'hémoglobine demande 3 semaines avant d'être effective. Ce chiffre est encore plus important chez les patients avec des injections plus rapprochées, et explique peut-être le non-espacement des injections. Pour ces raisons et peut-être d'autres, certains patients préfèrent donc garder des injections hebdomadaires.

Cette étude de pratique a mis en évidence le respect des recommandations de la prise en charge de l'anémie de l'insuffisant rénal. En effet, le taux d'hémoglobine et de la ferritinémie moyenne sont dans les cibles même s'il existe une assez grande variabilité de ce marqueur.

CONCLUSION

Même si les patients pré-dialytiques sont bien pris en charge sur le plan de l'anémie en France, il faut remarquer que l'éducation thérapeutique fait probablement défaut pour permettre une meilleure prise en charge des patients par eux-mêmes, peut être faute de temps médical ou infirmier dédié dans la majorité des structures de néphrologie à l'heure actuelle. Le surcoût, engendré par nos pratiques, est loin d'être négligeable, compte tenu du nombre de patients insuffisants rénaux chroniques suivis actuellement, avant le stade de la dialyse. En effet il serait intéressant de l'évaluer et de le comparer avec le coût du financement d'IDE dédiées à l'éducation thérapeutique qui devrait être obligatoire dans nos services, mais ceci pourrait être l'objet d'une autre étude.

Cependant, ce problème des auto injections dépasse largement le cadre de l'injection et de son coût, mais montre qu'il est indispensable de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique des patients en pré-dialyse pour améliorer la compréhension de leur maladie et ainsi favoriser une prise en charge plus autonome du patient.