

Point sur la prescription de la protéinurie en 2019

Proteinuria prescription in 2019

Franck Perrier¹
Laurence Piéroni²
Pour le groupe de travail
SFBC, SFNDT, SNP
« Actualités
sur les protéinuries »

¹ Laboratoire Oriade-Noviale,
Montalieu-Vercieu, France

² Département de
biochimie-hormonologie,
CHU de Montpellier, France
<l-pieroni@chu-montpellier.fr>

Article reçu le 07 janvier 2019,
accepté le 07 janvier 2019

Résumé. Aujourd'hui, les prescriptions médicales de protéinuries ou d'albuminuries, qui ne devraient dépendre que des pathologies des patients, dépendent encore trop du prescripteur. Selon sa spécialité ou les recommandations qu'il suit, l'examen sera différent. Les conséquences sont à la fois pratiques au niveau du laboratoire exécutant et économiques pour les patients et les prescripteurs. Cet article fait le point sur les différentes prescriptions encore pratiquées de nos jours qui posent problème pour leur interprétation.

Mots clés : prescription médicale, protéinurie

Abstract. Today, medical prescriptions of proteinuria or albuminuria, which are depending on medical status of patients, still depend on doctors. Indeed, according to their medical specialty or to the recommendations they are following, they could prescribe either proteinuria or albuminuria. The consequences are practical for laboratories and economical for patients and doctors. This article resumes different situations, which result in an erroneous interpretation of medical prescriptions.

Key words: medical prescription, proteinuria

Membres du groupe de travail mixte Société française de biologie clinique, Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation, Société de néphrologie pédiatrique : Jean-Philippe Bastard, Marie-Christine Beauvieux, Isabelle Benz-de Bretagne, Edith Bigot-Corbel, Anne Boutten, Marie-Christine Carlier, Elizabeth Caussé, Etienne Cavalier, Sophie Claeysens, Jean-Paul Cristol, Pierre Delanaye, Vincent Delatour, Soraya Fellahi, Marc Fila, Christophe Mariat, Nicolas Pallet, Franck Perrier, Laurence Piéroni, Elisabeth Plouvier, Christelle Roger, Sophie Séronie-Vivien

Alors que les sociétés savantes et les autorités sanitaires ont désormais encadré les prescriptions médicales concernant le dosage de protéines totales urinaires ou d'albumine urinaire, force est de constater qu'en pratique biologique quotidienne, ces recommandations ne sont pas ou sont peu suivies par les prescripteurs « de ville ». Une partie du problème lié à ces prescriptions vient du fait que les prescripteurs ne connaissent pas forcément les recommandations ou qu'ils ne connaissent que celles directement liées

à leur spécialité. Par ailleurs, les accords passés entre les caisses d'assurance-maladie et les syndicats de médecins imposent certaines règles de prescription, auxquelles ils doivent se soumettre pour percevoir la rémunération liée aux objectifs de santé publique.

Qui sont donc ces prescripteurs ?

Les prescripteurs sont :

- les médecins généralistes, cardiologues, médecins du travail pour les contrôles systématiques, le suivi des pathologies chroniques (diabète, hypertension. . .) ;
- les gynécologues et les sages-femmes pour le suivi de grossesse ;
- les néphrologues pour le suivi de la maladie rénale chronique ;
- les urologues pour l'anamnèse des calculs urinaires ;
- les rhumatologues pour la recherche d'anomalies phosphocalciques ;
- les hématologues pour le suivi des affections hématologiques malignes.

Les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes et les néphrologues représentent la très large majorité des prescripteurs. Les recommandations publiées

Tirés à part : L. Piéroni

dans les différentes spécialités médicales ne sont pas forcément concordantes et un patient peut être à la fois diabétique, insuffisant rénal et hypertendu.

Que disent les recommandations ?

HAS 2012 : Guide du parcours de soins du malade rénal chronique [1]

« Par souci de simplification de la pratique clinique, il est proposé de retenir en première intention le dosage de l'albumine urinaire (albuminurie/créatininurie) pour tous les patients, sans exclure la pratique du dosage de la protéinurie adaptée aux situations particulières (VIH, patients âgés...). Toujours par souci de simplification de la lecture du guide, seul le terme d'albuminurie a été employé. »

HAS septembre 2016 : Fiche mémo - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [2]

Le bilan clinique et paraclinique initial est réalisé par le médecin généraliste.

Le bilan paraclinique initial comporte, entre autres, la recherche d'une protéinurie quelle que soit la méthode. Il est précisé que « Le rapport albumine/créatinine urinaire ne se justifie pas chez le patient hypertendu sauf s'il est diabétique non protéinurique. »

HAS 2014 : Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [3]

On peut lire en page 43 de ce guide que « L'insuffisance rénale doit être recherchée 1 fois/an chez le sujet diabétique par les dosages couplés suivants :

- créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire ;
- albuminurie sur un échantillon urinaire (à tout moment de la journée), dont le résultat est exprimé sous la forme d'un ratio albuminurie/créatininurie. Le dépistage de marqueurs d'atteinte rénale (protéinurie, hématurie, leucocyturie) peut éventuellement être fait sur un échantillon d'urines avec un test de bandelettes urinaires. »

HTA et grossesse, décembre 2015 : Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle (SFHTA), avec le partenariat du Collège national des gynécologues et obstétriciens français [4]

La SFHTA est une filiale de la Société française de cardiologie.

« Il est recommandé de rechercher une protéinurie par bandelette ou recueil urinaire au moins une fois par mois chez toute femme enceinte. Un résultat supérieur ou égal à 1+ à la bandelette nécessite une confirmation au laboratoire

sur un échantillon matinal ou sur un recueil urinaire des 24 heures. Une protéinurie supérieure à 300 mg/24h ou un ratio protéinurie/créatininurie ≥ 30 mg/mmol (ou ≥ 300 mg/g) sont pathologiques. Découverte après la 20e semaine d'aménorrhée, elle définit la pré-éclampsie chez une femme hypertendue (contrôlée ou non). »

Ainsi, parmi les recommandations des différentes sociétés savantes et/ou des autorités, il est difficile de trouver un consensus et la variabilité des prescriptions reflète bien la variabilité ou l'imprécision des recommandations.

Quels sont les critères retenus pour les rémunérations des médecins sur objectifs de santé publique ?

Le principe de la rémunération des médecins sur objectifs de santé publique (ROSP) est de rémunérer chaque année le médecin en prenant en compte le niveau atteint et la progression réalisée au regard des objectifs intermédiaires et cibles. La ROSP 2011 a contribué à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé. La nouvelle convention 2016 conforte ce dispositif en améliorant sa réactivité et en faisant évoluer les indicateurs conformément aux recommandations médicales. Lorsqu'il n'existe pas de telle référence, les objectifs sont fixés à partir des pratiques observées pour l'ensemble des médecins concernés, ce qui permet de tenir compte des situations particulières sans procéder à l'exclusion de patients [5].

Les indicateurs définis pour les médecins traitants, mais pas pour les endocrinologues, diabétologues, pour les actes de biologie urinaires dans le cadre des maladies chroniques sont :

- diabète : « Part des patients traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon d'urines » ;
- Hypertension : « Part des patients traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ».

Ces objectifs concernent pour l'instant les médecins traitants adultes et enfants, les spécialistes en cardiologie, en endocrinologie, diabétologie et nutrition. On voit donc que les objectifs sont différents selon que l'on est médecin traitant ou diabétologue pour le suivi du patient diabétique. Cela peut sembler évident mais pour la prescription d'actes de biologie, la surveillance sera différente.

En pratique, qu'est-il prescrit ?

Médecins généralistes

Le libellé « protéinurie » ou « albuminurie » est utilisé indifféremment et les contextes cliniques (diabète, hypertension,

les deux, autre pathologie) ne sont jamais transmis au laboratoire.

Lorsque le laboratoire choisit de pratiquer l'un ou l'autre des libellés, en fonction des antériorités dont il dispose, par exemple, il peut lui être reproché de ne pas avoir réalisé les examens souhaités, ce qui pénalise les prescripteurs par rapport à leurs rémunérations sur objectifs de santé publique.

Privés d'informations cliniques, les laboratoires ont tendance à privilégier le dosage de microalbuminurie en première intention et d'induire automatiquement via leur middleware le dosage de protéinurie lorsque la microalbuminurie est au-delà de ses limites de linéarité. Ils ne facturent qu'un seul dosage.

Les laboratoires ont tendance à ajouter et à facturer une créatininurie à toute prescription de microalbuminurie dès lors que l'expression en ratio/créatininurie fait partie des recommandations de la HAS sur le diabète mais en dépit de la NABM qui ne stipule pas la possibilité pour le biologiste d'ajouter ce test à son initiative.

Gynécologues et sages-femmes

Les libellés « protéinurie » ou « albuminurie » sont souvent associés à celui de la glycosurie et deviennent « albumine/sucre ».

Les laboratoires qui connaissent en général le statut grossesse de la patiente à la lecture des autres examens prescrits sur l'ordonnance (sucre, toxoplasmose...) réalisent une protéinurie.

Cependant, rares sont les médecins ou les sages-femmes qui pensent à prescrire la créatininurie en plus de la protéinurie pour le suivi de grossesse (alors que les seuils d'alerte/pré-éclampsie sont maintenant bien donnés par rapport à la créatininurie).

Néphrologues

Ils prescrivent systématiquement micro-albuminurie et protéinurie sous forme de ratio, mais sans donner une information au laboratoire pour lui préciser si le patient est albuminurique ou déjà protéinurique. Or, le laboratoire n'a pas le droit de facturer les 2 examens.

Et lorsque l'on se réfère à nomenclature des actes de biologie médicale, voici ce que permet de facturer la NABM.

La nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) [6]

Il s'agit des actes suivants :

– Acte 2004 Protéinurie : recherche et dosage, si la recherche est positive, par une technique spectrophotométrique à l'exclusion des bandelettes (B 4) ;

– Acte 1133 Microalbuminurie (dosage immunochimique à l'exclusion des bandelettes) (B 15).

Ces actes sont prescrits dans les cas suivants :

– en suivi thérapeutique (diabète, hypertension artérielle, utilisation chronique de médicaments néphrotoxiques) sur prescription explicite ;

– avant de procéder au dosage de la microalbuminurie, une protéinurie doit être recherchée et dosée.

Si la protéinurie est positive, c'est-à-dire supérieure à 400 mg/24h, le dosage de la microalbuminurie est alors inutile. Ceci devra être explicité par un commentaire sur le résultat. La cotation de l'acte 1133 pourra néanmoins être appliquée.

La cotation de l'acte 1133 est non cumulable avec celle de l'acte 2004.

Il peut être effectué et coté à l'initiative du biologiste, sur les urines de 24 h, l'examen 0627 (créatininurie) lors de tout dosage spécifique inscrit à la nomenclature (à l'exclusion de la protéinurie et de la glycosurie, des cristallurie, citraturie et magnésurie).

Conclusion

En pratique, aujourd'hui, on s'aperçoit que la NABM n'est pas du tout en phase avec les recommandations. Le biologiste n'a pas l'initiative pour généraliser le rendu du rapport albuminurie/créatininurie ou protéinurie/créatininurie quand cela s'avère nécessaire. L'article de Souweine *et al.* dans ce numéro présente l'état des lieux des études cliniques et l'intérêt des dosages d'albuminurie ou de protéinurie dans différentes pathologies chroniques, qui devrait être connu par les prescripteurs pour améliorer leurs pratiques en routine.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt avec l'article.

Références

1. Guide du parcours de soins. Maladie rénale chronique de l'adulte de la HAS, Annexe 2 : Dosages urinaires des protéines et de l'albumine : tests et expressions équivalentes, 2012, page 32, accessible sur le site www.has.sante.fr.
2. Fiche mémo Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, 2016, accessible sur le site www.has-sante.fr.
3. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète, 2014, page 43, accessible sur le site www.has.sante.fr.
4. Recommandations pour la pratique clinique/HTA et grossesse, 2015, accessible sur le site www.cngof.fr.
5. Rémunérations des médecins sur objectifs de santé publique (convention 2016) accessible sur le site <http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/>.
6. NABM, accessible sur le site <http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/nabm/>.