Le Pharmacien en néphrologie

Volume 14, numéro 1 — Été 2011

Présidente:
Judith Marin, B. Pharm., M.Sc., PharmD
Spécialiste en pharmacie clinique - Néphrologie
Fraser Health Authority Renal Program
Judith.Marin@fraserhealth.ca

Agente de liaison externe:
Marisa Battistella, B. Sc. Pharm., PharmD
Pharmacienne clinicienne – Hémodialyse
University Health Network
Marisa.battistella@uhn.on.ca

Coordonnatrices de l'enseignement:
Jenny Ng, B. Sc. Pharm., ACPR
Pharmacienne clinicienne – Néphrologie
Sunnybrook Health Sciences Centre
Jenny.ng@sunnybrook.ca

Judith Marin, B. Pharm., M. Sc., PharmD

Coordonnatrice des communications:
Amy Sood, B. Sc. Pharm., PharmD
Coordonnatrice des soins pharmaceutiques
Manitoba Renal Program
asood@sbgh.mb.ca

Coordonnatrice du site Web:
Elaine Cheng, B. Sc. Pharm., ACPR, PharmD
Spécialiste en pharmacothérapie clinique – Néphrologie
Vancouver General Hospital
Elaine.Cheng@vch.ca

Secrétaire-trésorière:
Grace Leung, B. Sc. Pharm., PharmD
York Central Hospital
GLeung@yorkcentral.on.ca

Président désigné:
Robert Bell, B. Pharm., D.P.H.
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
RBell.hmr@ssss.gouv.qc.ca

CHANGEMENT D'ADRESSE / DE COORDONNÉES

Veuillez informer la coordonnatrice du site Web de vos changements d'adresse et de numéro de téléphone à elaine.cheng@vch.ca. Nous nous efforçons de garder à jour la liste d'adresses de nos membres. Merci!

Mot de la présidente

L'année 2011 a débuté sur une note emballante pour le Réseau de pharmaciens en néphrologie (RPN). En effet, le réseau a tenu sa toute première Journée annuelle de formation en néphrologie, qui s'est déroulée à Vancouver en avril dernier dans le cadre du Congrès mondial en néphrologie (World Congress of Nephrology [WCN]). Cette occasion a également été celle du premier partenariat du RPN avec l'American College of Clinical Pharmacy Nephrology Practice Research Network en vue de recruter parmi les pharmaciens américains spécialisés en néphrologie des conférenciers désireux de partager leurs expériences professionnelles. La Journée de formation du RPN et le WCN de 2011 ont tous deux été pour nos membres des occasions exceptionnelles de réseauter avec des pharmaciens en néphrologie du monde entier. Le RPN a également octroyé des bourses à quatre de ses membres, leur apportant ainsi le soutien financier nécessaire à leur participation à ces événements incontournables. Nos félicitations aux récipiendaires! Ils nous communiquent d'ailleurs leur compte rendu de la Journée de formation du RPN et du WCN dans ce numéro. Par ailleurs, le WCN a permis à la direction du RPN de dénicher des occasions de partenariat avec la Société canadienne de néphrologie (SCN) et le Canadian Kidney Knowledge Translation and Generation Network (CANN-NET). Nous espérons vivement que nos membres profiteront bientôt du fruit de ces collaborations.

Cette année extraordinaire est loin d'être terminée! Comme à l'habitude, le RPN sera l'hôte d'une soirée de formation à Toronto cet automne. La saison marquera également le retour des soirées de formation à Winnipeg et

DANS CE NUMÉRO ...

Profil d'un membre....2
Journée des professionnels de la santé en néphrologie....3
Boursiers du RPN....3
Président désigné du RPN....3
Congrès mondial en néphrologie de 2011 (WCN) – Faits saillants selon les boursiers du RPN....4-8
- Histoire de la néphrologie....4
- Anémie et EPO....5
- Prise en charge de la douleur chronique et de la néphropathie terminale chez les patients dialysés....6
- Bienfaits possibles du magnésium à titre de chélateur de phosphore....6

Conférences à venir....8
Commanditaires....9

VISITEZ NOTRE SITE WEB AU **www.renalpharmacists.net**

Mot de la présidente (suite)

à Vancouver. Nous vous transmettrons sous peu de plus amples renseignements sur ces activités!
Par ailleurs, je suis heureuse de vous informer qu'un vent de fraîcheur a soufflé sur la direction du RPN. Lorsque des postes sont devenus vacants, le personnel de direction a décidé de restructurer le comité. Ainsi, Marisa Battistella sera notre nouvelle agente de liaison externe et nous représentera auprès d'organismes comme la SCN, la Fondation canadienne du rein et le CANN-NET. Nous avons également le plaisir d'accueillir Robert Bell et Grace Leung qui occuperont respectivement les postes de président désigné du RPN et de trésorière. Grace remplacera Karen Wong qui a siégé sur le comité pendant de nombreuses années. Nous remercions d'ailleurs Karen de tout cœur de nous avoir fait profiter de ses compétences exceptionnelles en organisation, d'avoir géré de main de maître le budget du RPN et d'avoir rédigé des comptes rendus si exhaustifs de nos réunions. Karen, nous t'offrons nos meilleurs vœux. Amy Sood remplacera Reshma Dole et Ryan Leppert à la coordination des communications. Nous remercions Reshma et Ryan pour le travail remarquable qu'ils ont accompli avec le bulletin d'information du RPN ces dernières années. Jenny Ng et Judith Marin occuperont les postes de coordonnatrices à l'enseignement. Nous publierons bientôt sur notre site Web le nouvel organigramme de la direction du RPN ainsi que la description des rôles et responsabilités de chaque poste. En outre, nous sommes à la recherche d'un nouveau président désigné du RPN pour l'année 2012. Faites-nous signe si vous avez envie de vous joindre à notre dynamique équipe!

La direction du RPN cherche continuellement de nouveaux moyens de joindre ses membres. La traduction de notre bulletin d'information en français est une initiative qui plaira sans doute à nos collègues francophones. Vos idées et vos commentaires pour améliorer les activités de notre regroupement sont d'ailleurs les bienvenus, en tout temps.

Nous voici au mi-temps d'une année fort stimulante, riche en activités éducatives et en changements organisationnels. Nous vous souhaitons à tous de vous détendre cet été, en toute sécurité! Nous sommes impatients de vous retrouver frais et dispos cet automne, prêts à participer à nos soirées de formation!

Un bel été à tous!

Cordialement,
Amy Sood, B. Sc. Pharm., PharmD
Judith Marin, B. Sc. Pharm., M. Sc., PharmD
Présidente du RPN

Profil d'un membre

Grace Leung

Grace Leung a obtenue un baccalauréat en sciences pharmaceutiques à l'Université de Toronto et un doctorat en pharmacie à l'Université de la Floride. Jusqu'à ce jour, elle a consacré sa carrière presque exclusivement à la néphrologie. À titre de pharmacienne en néphrologie, elle a travaillé à l'hôpital St. Joseph's Healthcare de Hamilton et pour le compte du programme régional de dialyse de Scarborough, et travail maintenant pour le programme de néphropathie chronique de la région de York. Elle a pris une pause de la néphrologie pendant deux années et demie, au cours desquelles elle a occupé un poste de pharmacienne en information médicale chez AstraZeneca Canada.

Dans ses loisirs, Grace affectionne la lecture, la musique, la photographie et les voyages. La cuisine est son nouveau passe-temps (ou sa nouvelle technique de survie, si vous préférez), depuis qu'elle a dit « oui, je le veux » en octobre dernier.

Grace est très enthousiaste à l'idée de faire partie du comité directeur du RPN en qualité de secrétaire-trésorière et d'avoir ainsi la possibilité de collaborer avec des pharmaciens en néphrologie de partout au pays.

Journée des professionnels de la santé en néphrologie

Le 21 septembre 2011

L'un des nombreux attraits d'une carrière en néphrologie est l'interrelation entre les fournisseurs de soins de santé œuvrant dans ce domaine. Tous les jours, partout au Canada, des pharmaciens, des technologues, des infirmières, des nutritionnistes, des travailleurs sociaux et des médecins se consultent, s'efforçant de prodiguer des soins de qualité aux personnes atteintes de néphropathie chronique ou d'insuffisance rénale terminale. Le fort esprit d'équipe qui nous unit nous permet de relever ensemble les défis quotidiens de la pratique et d'améliorer l'état de nos patients.

Pour souligner cette journée spéciale, prenez le temps de vous dire à quel point vous appréciez travailler ensemble. Surtout, n'hésitez pas à imprimer et à distribuer l'affiche qui se trouve au lien ci-après.

http://www.renalpharmacists.net/sites/renalpharmacists.net/files/NephrologyHealthcareProfessionalsDay2011French.pdf

Boursiers du RPN

World Congress of Nephrology, avril 2011

Vivian Ng, Grand River Hospital, Kitchener, Ontario
Rene Breault, Université de l'Alberta
Cali Orslak, Health Science Center, Winnipeg, Manitoba
Evelena Verge, Central Health, Terre-Neuve

Félicitations! Vous trouverez le compte rendu du WCN de chacun de ces boursiers dans le présent bulletin d'information.

Président désigné du RPN

Le RPN accepte les candidatures au poste de président désigné pour l'année 2012. Les responsabilités imputées à ce poste sont décrites ci-après. D'une durée de trois ans, le mandat est réparti comme suit : première année, président désigné; deuxième année, président; et troisième année, président sortant. Si ce poste vous intéresse ou si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements ou des clarifications sur le sujet, veuillez écrire à l'adresse renalpharmacistsnetwork@gmail.com.

Président désigné

- Mandat de un an
- Rôle de président l'année suivante
- Soutien au président dans l'exercice de ses responsabilités
- Remplacement du président en son absence
- Mise en œuvre des nouveaux projets retenu par l'exécutif

Congrès mondial de néphrologie de 2011 (WCN), Vancouver, C.-B.

Faits saillants selon les boursiers du RPN

Histoire de la néphrologie

Compte rendu soumis par : Vivian Ng, pharmacienne agréée, ACPR, Grand River Hospital, Kitchener, Ontario

Cette année, le WCN s'est tenu dans la belle ville de Vancouver, aux premiers jours du mois d'avril. Assistant à l'événement pour la première fois, j'ai été impressionné par les plus de 400 conférenciers, les huit axes scientifiques thématiques regroupant les nombreuses séances, les quelque 1600 affiches et l'impressionnante délégation de confrères de partout dans le monde. Bien qu'une multitude d'exposés de nature clinique y aient été prononcés, j'ai voulu consacrer mon compte rendu à la présentation du docteur Leon Fine le dernier jour du congrès, qui s'intitulait Two Thousand Years of Nephrology History: Ten Enduring Scientific Landmarks (Deux mille ans d'histoire en néphrologie : dix découvertes scientifiques jamais démenties).

J'avais visiblement mal compris le titre de la présentation, puisque je m'y suis rendue en espérant entendre un exposé des études pivots déterminantes dans le domaine de la néphrologie. J'ai toutefois été agréablement surprise par l'intérêt du sujet réel. Le docteur Fine est président du comité d'histoire de la Société internationale de néphrologie depuis plus d'une décennie et se passionne manifestement pour le sujet. Dans son exposé, il a présenté les avancées marquantes qui ont jeté les bases de la pratique moderne en néphrologie. Cette présentation a ravivé mon appréciation du processus de découverte scientifique et des étincelles d'inspiration qui font jaillir de nouveaux travaux de recherche.

Voici les dix découvertes scientifiques déterminantes telles que présentées par le docteur Fine.

1. Découverte du rein comme structure anatomique à partir de laquelle l'urine est produite – Claude Galien (129-217 apr. J.-C.)
2. Découverte de la circulation du sang dans le corps entier à travers les artères et les veines par l'effet de pompage du cœur – William Harvey (1578-1657)
3. Découverte de l'existence d'une fine structure du rein laissant présager de la fonction de ce dernier – Marcello Malpighi (1628-1694)
4. Découverte de différentes formes de néphropathie responsables du dysfonctionnement de nombreux organes du corps – Richard Bright (1789-1858)
5. Découverte de l'existence d'une « unité » rénale discrète et du rôle de filtre du glomérule, lié à un système tubulaire – William Bowman (1816-1892)
6. Explication de la filtration glomérulaire par des principes physiques : émergence de la physiologie rénale comme discipline – Carl Friedrich Wilhelm Ludwig (1816-1895)
7. Découverte du maintien de la constance des fluides corporels par les reins – Ernest Henry Starling (1866-1927)
8. Découverte de la possibilité de déterminer la fonction rénale au niveau cellulaire – Hans H. Ussing (1911-2000)
9. Découverte du fondement immunologique de certaines maladies rénales, sensibles au traitement – Robert Schwartz et William Dameshek (1900-1965); Richard Lerner et Frank Dixon (1920-2008)
10. Découverte de la prolongation possible de la vie des patients atteints d'insuffisance rénale terminale : la dialyse et la transplantation – Willem Koff (1911-2009); Belding H. Scribner (1921-2003); Robert Schwartz et William Dameshek (1900-1965)

En prenant connaissance de cette liste, je me suis rendu compte que j'avais toujours tenu ces concepts comme véridiques. Il est incroyable de penser qu'à certains moments de l'histoire, ces concepts n'étaient pas des faits reconnus et qu'ils ont dû être prouvés scientifiquement par ces chercheurs. C'est

en étudiant le passé qu'on apprécie pleinement les avancées phénoménales de la néphrologie au cours des deux derniers millénaires.

Le docteur Fine a conclu son exposé par un message porteur d'espoir : peut-être qu'un jour, il devra remplacer la dixième découverte de sa présentation par une nouvelle, soit l'éradication de la maladie rénale. Bien que l'avènement de cette ère ne soit pas prévu dans un avenir rapproché, le WCN continuera lui d'être une occasion de partager et de mettre en commun les découvertes scientifiques afin de tendre vers l'atteinte de ce grand objectif. Le prochain congrès se tiendra à Hong Kong en juin 2013.

Thème 5 – Néphropathie chronique : pathogenèse, épidémiologie, prévention et conséquences
Séance 2 – Anémie et EPO

Compte rendu soumis par : Rene Breault, B. Sc. Pharm., PharmD, professeur adjoint de clinique, Faculté de pharmacie, Université de l'Alberta

Cette séance regroupait trois présentations sur l'anémie et l'usage de l'érythropoïétine (EPO) chez les patients atteints de néphropathie chronique.

Tout d'abord, Patrick Parfrey a présenté un survol de la littérature publiée à ce jour sur le sujet, puis traité des données de l'étude TREAT sur l'efficacité des agents stimulant l'érythropoïèse (ASE) dans le traitement de l'anémie. Il a souligné l'absence de bienfaits sur les paramètres cardiovasculaires et rénaux mis en lumière par l'étude et la découverte d'un risque accru d'accident vasculaire cérébral (AVC). Les facteurs qui ont été exclus après la répartition aléatoire comme prédicteurs de l'AVC comprenaient la tension artérielle systolique, le taux élevé d'hémoglobine, la numération plaquettaire et la prise d'une dose élevée de darbépoétine. Il semble que le risque le plus grave d'événements indésirables ait été observé chez les sujets présentant une faible réponse à la darbépoétine, et qu'il est vraisemblablement important de limiter la dose de ce médicament chez de tels patients. Selon l'hypothèse émise pour expliquer le risque accru d'AVC, les ASE posséderaient en quelque sorte une certaine capacité trophique qui accentue l'action de l'endothéline. Dans les vaisseaux sanguins déjà touchés par la sténose, cette action rétrécirait davantage la lumière de ces vaisseaux, diminuant par le fait même le débit sanguin. Soulignons que cette étude a été menée auprès de patients atteints d'une anémie modérée et qu'à ce jour, aucun essai à répartition aléatoire n'a encore porté sur des sujets souffrant d'une anémie grave. Les cliniciens doivent se demander pour quelle raison ils recourent à de tels agents : pour améliorer la qualité de vie du patient (auquel cas un taux d'hémoglobine cible allant jusqu'à 120 g/l pourrait être indiqué) ou pour parer à la nécessité d'une transfusion sanguine (auquel cas un taux d'hémoglobine de 100 à 110 g/l devrait suffire).

La seconde présentation a remis en question le paradigme selon lequel la néphropathie aurait simplement pour effet de diminuer la production d'EPO, engendrant ainsi l'anémie. Le conférencier a fourni une explication plus complexe du phénomène, qui implique divers facteurs de transcription dans la production de cette hormone, facteurs influencés par une faible disponibilité en oxygène.

La troisième présentation traitait de l'association entre les ASE et le cancer, le conférencier ayant indiqué que des doses élevées d'EPO pourraient potentiellement stimuler la vascularisation nerveuse et, conséquemment, « alimenter » les tumeurs. De telles doses s'accompagneraient donc d'un risque accru de tumeurs malignes chez les sujets présentant déjà des cellules tumorales.

Prise en charge de la douleur chronique et de la néphropathie terminale chez les patients dialysés

Compte rendu soumis par : Evelena Verge, Central Health, Terre-Neuve

L'une des présentations auxquelles j'ai assisté au WCN de 2011 à Vancouver était celle de la docteure Sara Davidson, intitulée *Management of Chronic Pain and Terminal Illness in Dialysis Patients* (Prise en charge de la douleur chronique et de la néphropathie terminale chez les patients dialysés). Fort instructif, cet exposé traitait d'un problème prévalent chez les personnes dialysées auquel on ne s'attaque pas toujours. La douleur chronique affecte environ 50 % de la population soumise à la dialyse, environ 75 % des patients déclarant éprouver une douleur pour laquelle ils n'ont reçu aucun analgésique. Or, lorsqu'on parvient à maîtriser adéquatement la douleur, on améliore considérablement la qualité de vie liée à la santé. Si possible, on doit évaluer et diagnostiquer la cause de la douleur. Malheureusement, dans bien des cas, la cause de la douleur ne peut être supprimée. L'échelle analgésique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) peut être employée auprès des personnes dialysées si l'on garde en tête qu'il s'agit d'une population sensible aux substances chimiques. Chez cette population, l'analgésique de choix recommandé en première intention pour soulager la douleur est l'acétaminophène. Les agents alternatifs comprennent l'hydromorphone (pour les patients dialysés, avec une mise en garde pour les sujets atteints de néphropathie chronique au stade 5 qui ne sont pas dialysés et les sujets ayant abandonné la dialyse), le fentanyl (à administrer avec prudence chez les sujets traités par des opioïdes pour la première fois), la méthadone, la gabapentine (jusqu'à concurrence de 300 mg/jour, bien qu'une dose de 600 mg puisse être tolérée) et la prégabaline (jusqu'à concurrence de 75 mg/jour). Il faut être prudent lorsqu'on administre de l'oxycodone, du tramadol (la dose maximale est de 50 mg, deux fois/jour, et la préparation à libération prolongée est déconseillée) et des antidépresseurs tricycliques (en raison de leur profil d'effets indésirables). Les analgésiques à proscrire incluent les anti-inflammatoires non stéroïdiens (bien que leur usage à court terme puisse être acceptable), la codéine (quoique la question soit discutable), la morphine administrée à long terme et la mépéridine. Une excellente ressource sur le sujet est offerte en ligne par la Kidney End of Life Coalition au http://kidneyeol.org/painbrochure9.09.pdf. Cette brochure comporte l'échelle analgésique de l'OMS adaptée aux contraintes des patients dialysés ainsi que des algorithmes de traitement de la douleur. En qualité de pharmaciens, nous sommes les membres de l'équipe de soins tout indiqués pour améliorer la vie quotidienne des patients dialysés en les aidant à maîtriser leur douleur.

Bienfaits possibles du magnésium à titre de chélateur du phosphore

Compte rendu soumis par : Cali Orsulak, B. Sc. Pharm., Centre des sciences de la santé, Winnipeg, Manitoba

La baisse de la phosphatémie constitue l'un des multiples défis auxquels sont confrontés les patients dialysés et les professionnels de la santé œuvrant en santé rénale. Chez les personnes atteintes de néphropathie chronique au stade 5, les preuves sont de plus en plus nombreuses à établir un lien entre une maîtrise inadéquate de la concentration sérique de phosphore et la hausse de la morbidité et de la mortalité. Conséquemment, la baisse de la phosphatémie semble devenir un objectif thérapeutique déterminant. En plus d'une dialyse optimale et des restrictions alimentaires, les chélateurs de phosphore à prise orale constituent le traitement de choix chez les patients présentant une hyperphosphatémie[1]. Même avec cet arsenal de moyens thérapeutiques, près de 50 % des patients ne parviennent pas à atteindre la phosphatémie cible selon la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI)[2].

Pour nous, pharmaciens, les médicaments employés comme chélateurs du phosphore viennent avec leur lot de défis. Le carbonate et l'acétate de calcium, le chlorhydrate et le carbonate de sevelamer, le lanthane ainsi que le carbonate et l'hydroxyde d'aluminium et de magnésium sont tous utilisés pour chélater le phosphore en présence d'insuffisance rénale terminale. Les questions de la tolérabilité, du

fardeau de la polypharmacie, du coût et de la toxicité entrent toutes en ligne de compte au moment du choix d'un agent.

Le magnésium (Mg) est le quatrième cation le plus abondant dans l'organisme. De la quantité totale de magnésium, 99 % se trouve à un niveau intracellulaire, en majorité dans les tissus osseux (60 %), le reste se retrouvre dans les tissus musculaires (20 %) et les tissus mous autres que musculaires (19 %). La magnésémie normale est de 0,62 à 1,02 mmol/l. De cette concentration, environ 15 % forme des complexes de bicarbonate, de citrate, de phosphate ou de sels de sulfate, 20 % se lie aux protéines et 65 % prend la forme biologiquement active d'ions libres[3].

Les sources riches en magnésium comprennent les légumes verts, les graines, les pois, les haricots, les noix, certains crustacés et mollusques, les épices et la farine de soya. Aux États-Unis, l'apport alimentaire quotidien recommandé est de 320 mg chez les femmes et de 420 mg chez les hommes[3].

Chez les personnes atteintes de néphropathie chronique, la magnésémie demeure habituellement dans les valeurs normales jusqu'à ce que le taux de filtration glomérulaire ralentisse à moins de 30 ml/min. Au stade 5 de la néphropathie chronique, l'hypermagnésémie est généralement légère et asymptomatique (< 2 mmol/l). À une concentration entre 2 et 3 mmol/l, il est possible qu'une léthargie, des étourdissements et une hyporéflexie se produisent[3]. Suivant l'instauration d'une dialyse, le magnésium est habituellement éliminé avec le liquide de dialyse. Toutefois, chez les sujets présentant une magnésémie normale (0,62-1,02 mmol/l), on peut présumer qu'il y aura assimilation de magnésium lorsqu'on utilise un dialysat qui en contient à une concentration supérieure à 0,5 mmol/l[3]. Fortement recommandée chez les personnes atteintes de néphropathie chronique, la restriction de la consommation de produits végétaux permet également de diminuer l'apport en magnésium[4].

Chez les sujets atteints de néphropathie chronique au stade 5, une magnésémie se situant dans les valeurs inférieures de la normale est fortement associée à la calcification vasculaire et à la mortalité d'origine cardiovasculaire. L'incidence de la maladie cardiovasculaire est significativement plus grande chez les patients présentant une carence en magnésium[3].

Des études observationnelles et prospectives d'envergure modeste semblent indiquer qu'en présence d'une néphropathie chronique au stade 5, une magnésémie accrue ou une supplémentation en magnésium exerce des effets bénéfiques sur la santé vasculaire et même sur la mortalité, sans entraîner d'effets indésirables sur le métabolisme osseux. Cependant, aucune étude à long terme possédant la puissance statistique nécessaire pour confirmer de telles observations n'a encore été menée[5].

L'usage des produits renfermant du magnésium chez les personnes atteintes de néphropathie chronique au stade 5 est peu répandu en raison du risque présumé d'hypermagnésémie et de symptômes gastrointestinaux. Toutefois, diverses études ont déterminé qu'on peut administrer du magnésium à bon nombre de ces sujets si l'apport total en calcium est réduit et les autres chélateurs cessés[3].

L'amélioration du profil de tolérabilité des chélateurs du phosphore découle de l'usage de préparations plus récentes renfermant du carbonate de magnésium ($MgCO_3$), moins susceptible de provoquer la diarrhée que l'hydroxyde de magnésium ($Mg[OH]_2$)[3].

Bon nombre d'études ont produit des résultats évoquant les bienfaits possibles du $MgCO_3$ à titre de chélateur du phosphore et prouvant sa tolérabilité. Il s'agit pour la plupart d'études d'envergure modeste menées auprès d'un échantillon de 15 à 255 patients sur une période allant de 21 jours à 3 ans. Dans ces études, on a confronté le $MgCO_3$ à divers agents de comparaison, comme le sevelamer, l'hydroxyde d'aluminium et le carbonate de calcium. De façon générale, les résultats n'ont révélé aucune différence significative entre le $MgCO_3$ et les agents de comparaison pour ce qui est de la maîtrise de la phosphatémie[3].

L'Étude CALMAG une étude multicentrique, prospective, contrôlée, avec groupes parallèles, à répartition aléatoire à l'insu des chercheurs, l'étude CALMAG a comparé la tolérabilité et l'efficacité de

l'association d'acétate de calcium et de carbonate de magnésium (OsvaRen®) à celles du chlorhydrate de sevelamer sur une période de 24 semaines, auprès de patients hémodialysés (n = 255). Les résultats révèlent que la prise quotidienne du médicament à l'étude était légèrement mais significativement supérieure chez le groupe sevelamer (CaMg : 7,3 ± 3,03 comprimés; sevelamer : 8,1 ± 2,87 comprimés; p = 0,0420). La non-infériorité de l'association a été prouvée en regard du paramètre d'évaluation primaire (phosphatémie), une augmentation significative de la magnésémie de l'ordre de 0,2597 mmol/l ayant été observée chez le groupe CaMg. Aucune différence n'a été enregistrée entre les deux groupes de traitement pour ce qui est de l'incidence des effets gastrointestinaux indésirables. Cependant, on a noté chez le groupe sevelamer une incidence accrue d'effets indésirables liés au traitement ayant entraîné l'abandon de ce médicament[1].

Bien que le produit OsvaRen®, commercialisé par Fresenius, ne soit pas encore commercialisé au Canada, les produits en vente libre qui renferment du carbonate ou de l'hydroxyde de magnésium pourraient être employés comme chélateurs du phosphore chez des patients dialysés choisis, en particulier chez ceux présentant une faible magnésémie, du moins d'ici à ce que des données à long terme plus exhaustives soient publiées.

1. De Francisco ALM et al. Evaluation of calcium acetate/magnesium carbonate as a phosphate binder compared with sevelamer hydrochloride in haemodialysis patients: a controlled randomized study (CALMAG study) comparing efficacy and tolerability. *Nephrol Dial Transplant* 2010: DOI 10.1093/ndt/gfq292.
2. Port FK. Improving outcomes for dialysis patients in the international Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Clin J Am Soc Nephol* mars 2006;1(2):246-55.
3. Covic A. Magnesium in chronic kidney disease-More than just phosphate binding. *European Neph* 2010;4:28-36.
4. Wyskida K et al. Daily Magnesium intake and hypermagnesemia in hemodialysis patients with chronic kidney disease. J *Ren Nutr* 2011:1-8.
5. Speigel D. Magnesium is Chronic Kidney Disease: Unanswered questions. *Blood Purif* 2011;31:172-176.

Conférences à venir

Prevention in Renal Disease 10th Annual Conference **(10e Conférence annuelle sur la prévention de la néphropathie), Toronto, Ontario**
Les 16 et 17 septembre 2011
Westin Prince Hotel, 900, chemin York Mills, Toronto, Ontario
Renseignements: http://www.nephroprevention.com/

BC Nephrology and Renal Transplant Days **(Journées sur la néphrologie et la transplantation rénale de la C.-B.), Vancouver, Colombie-Britannique**
Les 6 et 7 octobre 2011
Hyatt Regency Vancouver, 655, rue Burrard, Vancouver, Colombie-Britannique
Renseignements: http://www.bcrenalagency.ca/professionals/nephrologydays

CANNT 2011 – *Blazing New Trails* (ACITN – Emprunter de nouvelles avenues), Calgary, Alberta
Du 20 au 22 octobre 2011
Calgary Telus Convention Centre, 120, avenue Ninth Sud-Est, Calgary, Alberta
Renseignements: http://www.cannt.ca/en//files/CANNT%20PROGRAM%202011.pdf

American Society of Nephrology, Kidney Week 2011 (Semaine du rein 2011), Philadelphie, Pennsylvanie
Du 8 au 13 novembre 2011
Pennsylvania Convention Center, Philadelphie, Pennsylvanie
Renseignements: http://www.asn-online.org/education_and_meetings/kidneyweek/

Commanditaires

Le Réseau des pharmaciens en néphrologie souhaite remercier les commanditaires suivants de leur appui constant et de leur généreuse contribution.

Platine (> 9999 $)

Or (5000 - 9999 $)

Argent (2500 - 4999 $)

Bronze (< 2500 $)