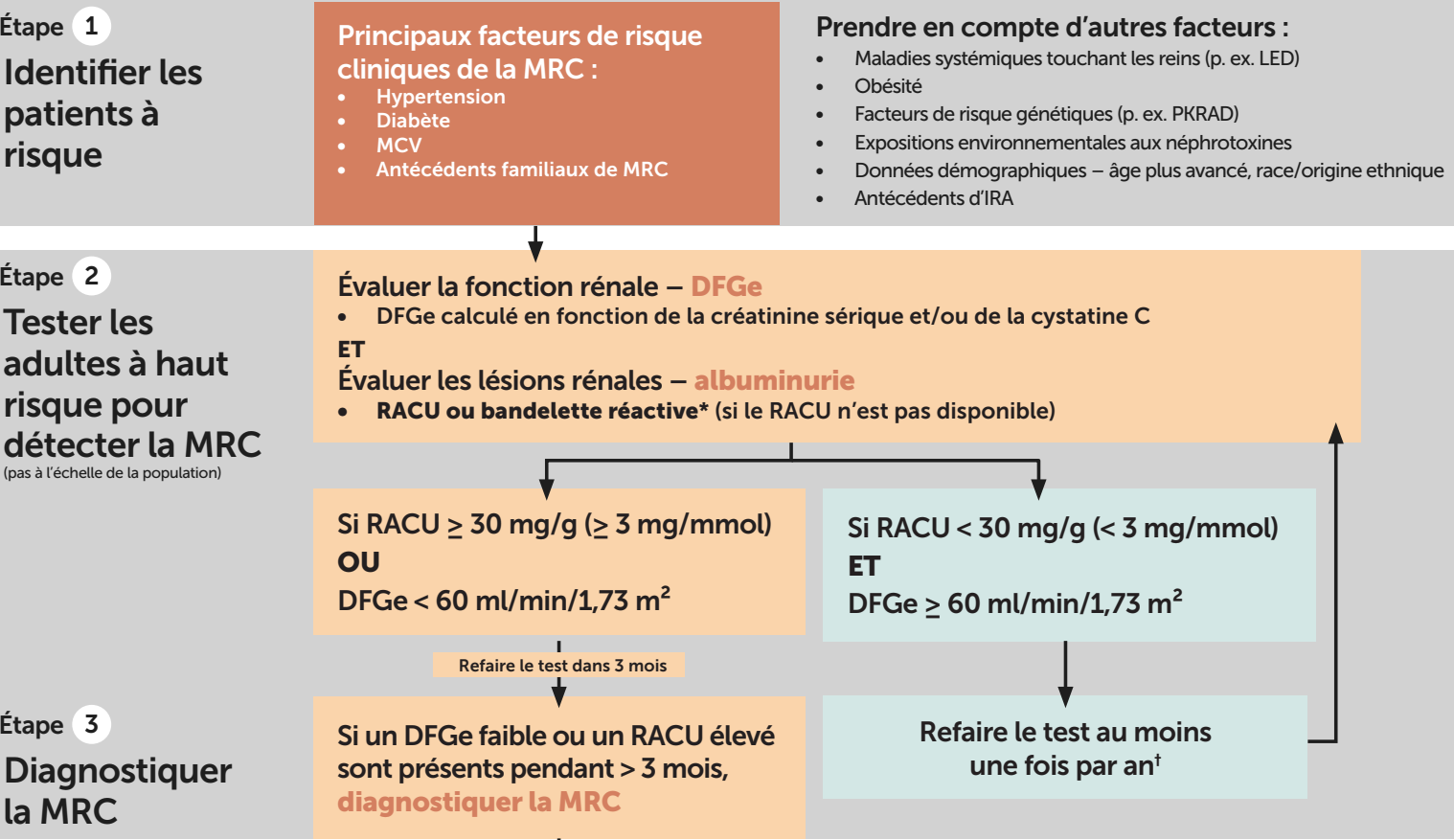


Maladie rénale chronique (MRC)

Identification et intervention précoces en soins primaires



La MRC est sous-diagnostiquée et sous-traitée dans la population générale¹
L'identification précoce, la stratification des risques et le traitement peuvent réduire les taux de morbidité et de mortalité dus à la MRC et à ses complications associées, telles que les MCV²



Étape 4

Stratifier et traiter

(voir également le Tableau 1)

Catégories de risque pour la progression de la MRC, la morbidité et la mortalité ; fréquence de surveillance (nombre de bilans de santé par an entre parenthèses) ; et consultation de néphrologie³

Catégorie d'albuminurie				Risque faible Maladie stable OUPAS de MRC en l'absence d'autres marqueurs de lésions rénales. [†] Nécessite des mesures une fois par an ou plus tôt en cas de nouveaux symptômes/ facteurs de risque.
Catégories de DFG _e (ml/min/1,73 m ²) Description et plage	Plage	A1 < 30 mg/g < 3 mg/mmol	A2 30–299 mg/g 3–29 mg/mmol	A3 ≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
	≥ 90 G1	Surveiller (1)	Traiter (1)	Traiter et consulter (3)
	60 à 89 G2	Surveiller (1)	Traiter (1)	Traiter et consulter (3)
	45 à 59 G3a	Traiter (1)	Traiter (2)	Traiter et consulter (3)
	30 à 44 G3b	Traiter (2)	Traiter et consulter (3)	Traiter et consulter (3)
	15 à 29 G4	Traiter et consulter (3)	Traiter et consulter (3)	Traiter et consulter (4+)
	< 15 G5	Traiter et consulter (4+)	Traiter et consulter (4+)	Traiter et consulter (4+)
				Risque modérément accru Nécessite des mesures au moins une fois par an
				Risque élevé Nécessite des mesures au moins deux fois par an
				Risque très élevé Traiter en concertation avec un néphrologue
				Nécessite la surveillance la plus étroite au moins quatre fois par an (tous les 1 à 3 mois)

Adapté de Boer et al. 2022³

Étape 5

Consultation en néphrologie

Prendre des mesures en fonction des catégories de risque de progression de la MRC, de morbidité et de mortalité, et de fréquence de surveillance (voir ci-dessus).

Les médecins généralistes doivent consulter un néphrologue lors de l'instauration du traitement ; certains patients peuvent être directement suivis par un néphrologue si cela est indiqué (voir Tableau 3).

Tableau 1. Traiter pour ralentir la progression de la MRC, réduire le risque de mortalité et prendre en charge les comorbidités

Modifications du style de vie	
Arrêt du tabac ; activité physique régulière ; régime alimentaire bien équilibré (éviter l'apport excessif en protéines et les aliments transformés, limiter l'apport en sodium < 2 g/jour)	
Traitement médical	
Traiter le diabète, l'hypertension et la MCV : Optimiser la pression artérielle et le contrôle glycémique	Assurer un traitement médical conforme aux recommandations pour ralentir la progression de la MRC et réduire le risque de MCV : doses maximales tolérées d' IEC/ARA , d' inhibiteurs du SGLT2 , d' ARM non stéroïdiennes dont les bénéfices ont été prouvés dans les essais sur les résultats rénaux et cardiovasculaires pour le DT2 ; envisager également un traitement hypolipédiant (statines) et/ou un traitement antiplaquettaire (pour les patients atteints de MRC à risque d'événements athérosclérotiques).
Considérations	
Ajuster la posologie des médicaments en fonction du DFG _e ; faire preuve de prudence lors de la prescription d'analgésiques, d'antimicrobiens, d'hypoglycémifiants, de chimiothérapies ou d'anticoagulants ; éviter les néphrotoxines (p. ex. AINS) et certains produits de contraste	

Tableau 2. Surveiller la progression de la MRC et les comorbidités

Progression de la MRC et comorbidités	Ce qu'il faut surveiller
Surveillance de la MRC	DFGe, RACU, analyse d'urine (sédiments urinaires)
MCV et dyslipidémie	Pression artérielle, stratification du risque cardiovasculaire, statut lipidique
Diabète	Glycémie, HbA1c

Identifier les complications de la MRC : anémie, troubles minéraux et osseux, acidose métabolique, etc.

Tableau 3. Considérations supplémentaires pour la consultation de néphrologie

- Baisse inexpliquée et progressive du DFG_e ≥ 5 ml/min/1,73 m² sur 12 mois ou baisse soudaine du DFG_e sur plusieurs jours ou semaines
- Albuminurie/protéinurie ou hématurie significatives inexpliquées
- Hyperkaliémie persistante, hypertension résistante (définie comme une hypertension non contrôlée sous trois agents antihypertenseurs, y compris un diurétique), calculs rénaux récurrents ou maladies rénales héréditaires (p. ex. PKRAD)
- Autres complications identifiées de la MRC (anémie, troubles minéraux et osseux, acidose métabolique, etc.)

La consultation avec un néphrologue peut avoir pour objectif d'identifier d'autres causes traitables ou d'élaborer un plan de traitement. Bien que certains patients puissent continuer à recevoir des soins en néphrologie, la plupart retourneront chez leur médecin généraliste

Envisagez d'utiliser d'autres directives KDIGO : KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf; KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/10/KDIGO-2022-Clinical-Practice-Guideline-for-Diabetes-Management-in-CKD.pdf>; KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2021-BP-GL.pdf>; KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2013-Lipids-Guideline-English.pdf>

Notes
* Si l'albuminurie est détectée par bandelette réactive, utiliser le RACU pour la quantification de l'excrétion urinaire de l'albumine. [†] Refaire le test en fonction de l'évaluation individuelle du patient, au moins une fois par an. [‡] Anomalies des sédiments urinaires, anomalies électrolytiques dues à des troubles tubulaires, anomalies histologiques rénales, anomalies structurales détectées par imagerie (p. ex. reins polykystiques, néphropathie de reflux) ou antécédents de transplantation rénale.

Abréviations
AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien ; ARA, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II ; ARM, antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes ; DFG_e, débit de filtration glomérulaire estimé ; DT2, diabète de type 2 ; G, fait référence à la catégorie DFG ; HbA1c, hémoglobine glyquée ; IECa, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; IRA, insuffisance rénale aiguë ; KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes (maladie rénale : améliorer les résultats globaux) ; LED, lupus érythémateux disséminé ; MCV, maladie cardiovasculaire ; MRC, maladie rénale chronique ; PKRAD, polykystose rénale autosomique dominante ; RACU, rapport albumine-créatinine urinaire ; SGLT2, co-transporteur sodium-glucose de type 2.

Références
1. Sundström J et al. *Lancet Reg Health Eur* 2022; 20: 100438.
2. Shlipak MG et al. *Kidney Int* 2021; 99 (1): 34–47.
3. Adapted from de Boer IH et al. *ADA/KDIGO Consensus Report: Diabetes Management in Chronic Kidney Disease*. *Diabetes Care* 2022; In press by Adapted from de Boer IH et al. *Kidney International* (2022); <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2018/03/ADA-KDIGO-Consensus-Report-Diabetes-CKD-KI-2022.pdf>.

Le PCDE approuve et soutient le document « Clinical One Pager for Primary Care » concernant l'identification et l'intervention précoces en matière de MRC.
Ce document a été mis en service et financé par AstraZeneca.