



DÉPISTER ET PRÉVENIR LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE – MRC

Conduite à tenir et information du patient

i après avis de la HAS

La persistance d'un DFG < 60 ml/min/1,73 m² et/ou d'une protéinurie^[1] - A/C^[2] ≥ 3 mg / mmol sur au moins 2 examens successifs indique une maladie rénale chronique (MRC).

① Qui dépister et comment^[3] [4] ?

Chez qui rechercher une MRC ?

Dans les populations à risque, avec les pathologies suivantes :

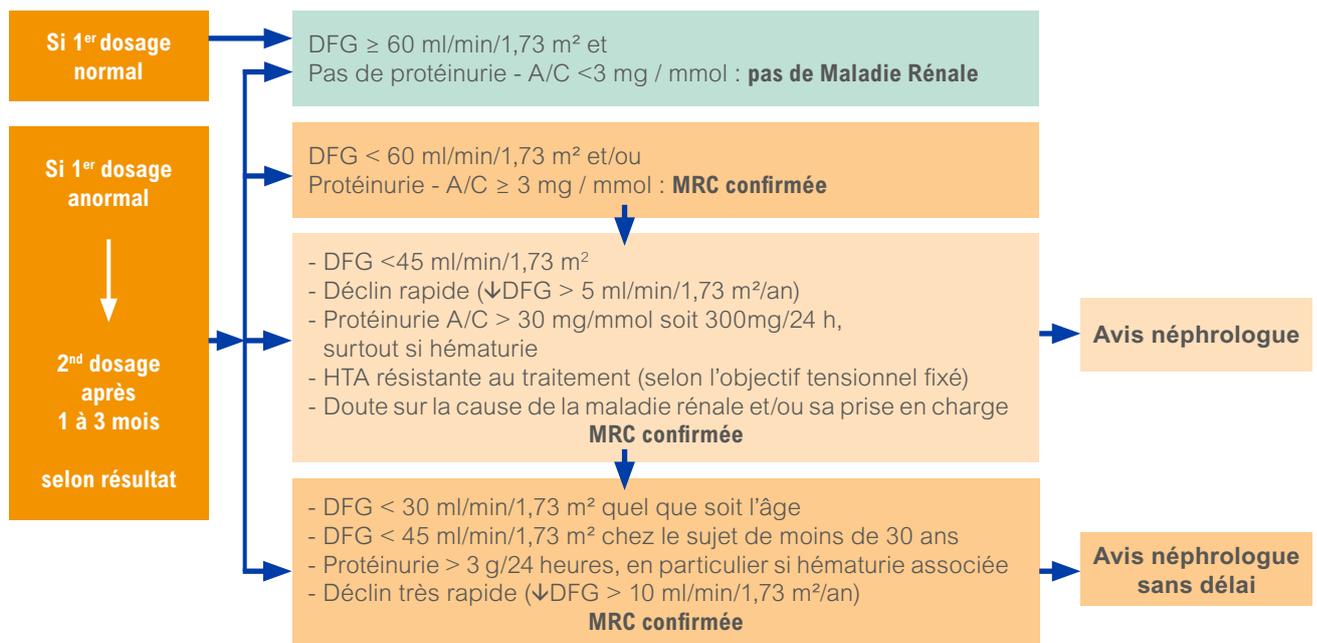
- diabète
- maladie cardiovasculaire athéromateuse
- insuffisance cardiaque
- hypertension artérielle traitée ou non
- affection urologique (uropathie obstructive, infections urinaires récidivantes...)
- antécédents familiaux de maladie rénale ayant évolué au stade d'IRCT
- antécédents de néphropathie aiguë
- maladie de système ou auto-immune (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde...)
- VIH maladie
- hépatite virale chronique C
- exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure)
- traitement néphrotoxique antérieur (médicaments néphrotoxiques en particulier AINS, exposition aux produits de contraste iodés, chimiothérapie, radiothérapie...)
- obésité (IMC > 30 kg/m²) avec au moins une comorbidité.

Que faire ?

Doser une fois par an :

- **la créatininémie** avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) et
- **la protéinurie**
 - réalisée à partir d'un échantillon urinaire à tout moment de la journée
 - le dosage de l'albuminurie est privilégié chez le malade diabétique.

② Quand demander l'avis du néphrologue^[3] ?



Avant toute consultation chez le néphrologue, compléter le bilan par un ECBU et une échographie rénale

Attention : Toute anomalie de la fonction rénale peut révéler une maladie rénale aiguë



③ Conduite à tenir en cas de MRC et informations des patients

► Réduire le risque cardiovasculaire et ralentir la progression de la maladie rénale

- Contrôler la PA (PA < 140/90 mm Hg voire moins chez certains^[5], idéalement vérifiée en ambulatoire),
- Dépister et prendre en charge l'hypotension orthostatique,
- Réduire la protéinurie (cible : < 0,5 g/24h) et normaliser l'apport sodé (cible : 6-8 g/jour),
- Réduire modérément l'apport protéique (cible: 0,7-0,8 g/kg/j) chez certains patients,
- Identifier la nécessité d'un traitement comprenant un IEC ou un ARA 2, idéalement à dose maximale tolérée,
- Rechercher un contrôle glycémique optimal chez le patient diabétique,
- Identifier la nécessité d'un traitement par statine,
- Identifier l'atteinte des organes cibles (cœur, cerveau, gros vaisseaux) et la traiter.

► Renforcer la vigilance des traitements

- Éviter les produits néphrotoxiques (AINS, aminosides, produits de contraste iodés, lithium,...),
- Adapter la dose des médicaments le nécessitant selon le débit de filtration glomérulaire ou DFG (inhibiteurs de la xanthine oxydase, antibiotiques...),
- Arrêter temporairement les diurétiques et bloqueurs du système rénine en cas de gastro entérite.

► Identifier et corriger les anomalies métaboliques

- Surveiller le bilan biologique
 - **de base** : (DFG et protéinurie ou albuminurie chez le diabétique)
Tous les F mois (F= DFG/10 en mois : si DFG à 40 = tous les 4 mois ; si DFG à 60 = tous les 6 mois...), adapter selon la progression de la MRC: ionogramme, urée, créatininémie, calcémie, phosphorémie, albumine, réserve alcaline, NFS.
 - **spécifique** : tous les ans : PTH, vitamine D, recherche carence martiale,
- Corriger les anomalies métaboliques: hypocalcémie, hyperphosphorémie, carence en fer ou en vitamine D, hyperparathyroïdie, anémie, hyperkaliémie.

► Informer le patient et proposer une éducation thérapeutique (ETP)

- Convenir d'objectifs partagés pour :
 - Adapter le mode de vie : diététique, activité physique, sevrage tabagique^[6],
 - Inciter le malade à l'auto-surveillance du poids et de la PA,
- Sensibiliser le malade : au risque de l'automédication, à l'intérêt de la vaccination contre la grippe saisonnière, aux prélèvements sanguins à effectuer sur le dos des mains,
- Demander l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée inscrites sur la liste.

Un profil personnalisé est joint à ce mémo.

^[1] Par souci de simplification de la lecture du mémo, seul le terme de protéinurie a été employé

^[2] A/C (protéinurie ou albuminurie/créatininurie), à partir d'un échantillon urinaire (et non plus nécessairement sur 24 heures)

^[3] HAS – Guide du parcours de soins – Maladie Rénale Chronique de l'adulte – Février 2012

^[4] National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic kidney disease: early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. London: NICE; 2014 - <http://www.nice.org.uk/guidance/CG182/>

^[5] Patients diabétiques, ou avec protéinurie persistante

^[6] Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. HAS 2014