

SYNTHESE

Maladie rénale chronique de l'adulte : les points critiques du parcours

Validée par le Collège le 1er juillet 2021

Dépistage

→ Identifier le patient à risque de maladie rénale chronique (MRC)

Il s'agit de patient avec :

- diabète ;
- hypertension artérielle traitée ou non ;
- maladie cardiovasculaire athéromateuse ;
- insuffisance cardiaque ;
- obésité (IMC > 30 kg/m²) ;
- maladie de système ou auto-immune (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde...) ;
- affection urologique (malformation urinaire, infections urinaires récidivantes...) ;
- antécédents familiaux de maladie rénale avec insuffisance rénale évolutive ;
- antécédents de néphropathie aiguë ;
- traitement néphrotoxique antérieur (AINS au long cours, chimiothérapie, radiothérapie...) ;
- exposition aux produits de contraste iodés ;
- exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure) ;

→ Dépister la MRC chez le patient à risque une fois par an, en prescrivant un dosage sanguin de créatinine et un dosage urinaire d'albumine/créatinine (A/C)

- Le résultat de créatininémie doit être transmis avec l'estimation du DFG selon la formule CKD-EPI.
- L'examen d'urine est réalisé à partir d'un échantillon d'urine prélevé à toute heure de la journée (préférentiellement les urines du matin). Le dosage de créatinine urinaire est associé à celui de l'albumine. Le résultat transmis est le ratio albuminurie/créatininurie (A/C) et précise A1 : résultat normal (< 3 mg/mmol ou < 30 mg/g), A2 : albuminurie modérément augmentée (entre 3 et 30 mg/mmol ou 30-300 mg/g), A3 : albuminurie augmentée (> 30 mg/mmol ou > 300mg/g).

Diagnostic

- Confirmer la maladie rénale chronique :
- Répéter les tests 2 ou 3 fois au cours des 3 mois qui suivent le repérage d'une anomalie
- Rechercher la présence d'autres marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie ou protéinurie si non déjà faite, atteinte morphologique à l'échographie rénale hématurie, leucocyturie
- Apprécier le besoin de recours au néphrologue, et son degré d'urgence, en cas de signe d'atteinte rénale
- Rechercher la maladie en cause avec si besoin recours au néphrologue en cas de doute sur la nature de la maladie rénale ou de nécessité d'exams spécialisés

Prise en charge initiale

- Annoncer et expliquer la maladie
- Évaluer le stade, la sévérité de la MRC, son pronostic d'évolution vers le besoin de suppléance
- Évaluer le risque cardiovasculaire
- Rechercher la présence de complications
- Évaluer les besoins psycho-sociaux et professionnels du patient
- Orienter le patient dans le parcours de soins adapté
- Élaborer le plan personnalisé de coordination en santé, intégrant la prise en charge médico-administrative

Les critères à prendre en compte pour orienter le patient vers le néphrologue sont :

- l'étiologie de la MRC : certaines étiologies (comme la polykystose rénale, la néphropathie diabétique mal contrôlée, etc.), comportent un risque évolutif plus élevé
- le stade de la MRC (stades 3B, 4, 5 soit DFG < 45 mL/min pour 1,73 m²) ;
- la diminution du DFG appréciée à partir du déclin annuel (déclin rapide si ↓ DFG ≥ 5 mL/min par an), complétée par l'étude de l'évolution graphique fournie par le laboratoire ;
- la présence ou la persistance d'une albuminurie sévère (A/C > 500 mg/g ou >50 mg/mmol) ;
- une HTA non contrôlée (objectif thérapeutique non atteint).

Prise en charge et suivi

Dans toutes les situations

Objectifs

- Contrôler la progression de la MRC
- Contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire
- Chez le sujet âgé : lutter contre la iatrogénie, prévenir et corriger les facteurs de décompensation

Contenu

- Informer et éduquer le patient : à l'adoption des mesures de néphroprotection, au suivi des conseils diététiques, à l'adaptation du mode de vie (activité physique, sevrage tabagique) ; à l'autosurveillance du poids, de la pression artérielle ;
- Contrôler l'exposition aux produits néphrotoxiques : exposition professionnelle, médicaments néphrotoxiques (risques de l'automédication), produits pharmaceutiques utilisés à des fins diagnostiques en imagerie ;
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse des médicaments à élimination rénale ;
- Contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire, contrôler les facteurs de progression de la MRC : pression artérielle, albuminurie (traitement par IEC, ou ARA II si intolérance ou contre-indication) ;
- Suivre le calendrier vaccinal (en particulier les vaccinations contre la grippe, le pneumocoque)
- Surveiller la fonction rénale de manière séquentielle, dépister les complications (cf. tableau suivi biologique)

À partir du stade 3B

Objectifs

- Ralentir la progression de la MRC chaque fois que c'est possible, éviter le démarrage en urgence du traitement de suppléance
- Préserver la qualité de vie et l'intégration socioprofessionnelle

Contenu

- Prévenir, diagnostiquer et traiter les complications
- Préserver le capital veineux (expliquer tôt la perspective d'une fistule pour hémodialyse)
- Repérer et traiter les facteurs aggravants potentiellement réversibles et les causes de décompensation

Lorsque le besoin de suppléance est anticipé

Objectifs

- Préparer et faciliter le partage de la décision du mode de suppléance (ou de non-traitement) avec le patient
- Préparer le patient à la modalité de suppléance choisie

Contenu

- Annoncer le besoin de suppléance, proposer les alternatives de traitement possibles pour le patient
- Organiser la réunion de concertation pluridisciplinaire pour discuter et fixer les options de traitement possibles
- Intégrer le patient dans un programme d'accompagnement au choix de traitement « Décider ensemble d'un mode de suppléance »
- Préparer au traitement de suppléance

Préparation à la greffe

Pour les patients souhaitant bénéficier d'une transplantation rénale, les étapes à suivre sont les suivantes :

- Vérification de l'absence de contre-indication
- Orientation vers une équipe de transplantation, réalisation du bilan prétransplantation
- Recherche d'un donneur vivant
- Confirmation de l'indication et inscription sur la liste nationale d'attente
- Envisager une greffe préemptive chaque fois que c'est possible

Préparation à la dialyse

Si la transplantation n'est pas souhaitée par le patient ou si une greffe préemptive n'est pas possible, les étapes de préparation à la dialyse sont les suivantes :

- Évaluation des besoins en ETP et accès aux formations de techniques de dialyse
- Mise en place d'un abord de dialyse (cathéter de dialyse péritonéale, fistule artérioveineuse ou cathéter pour hémodialyse)
- Initiation de la dialyse

Mise en œuvre du traitement conservateur/palliatif¹

Pour les patients (leurs aidants) qui, dans le cadre d'une décision partagée, ne souhaitent pas être traités ni par la dialyse ni par transplantation rénale, la mise en œuvre d'un traitement conservateur/palliatif repose sur :

- La mise en place à domicile de soins pour améliorer la qualité de vie du patient et prolonger autant que possible sa vie tout en veillant à son confort et en évitant les hospitalisations
- L'organisation d'une prise en charge active, pluridisciplinaire et coordonnée des soins

Fréquence de suivi

La fréquence des consultations de suivi et du suivi biologique est décrite dans le tableau selon le stade d'évolution de la maladie rénale chronique. Ces modalités de suivi correspondent à un suivi minimal, *hors contexte de progression rapide ou de complications*, et ne précise pas non plus le suivi spécifique de certaines étiologies. Il doit aussi être adapté aux comorbidités associées et au contexte.

¹ La terminologie traitement conservateur ou traitement palliatif, non consensuelle, fait l'objet de discussion

Suivi clinique, biologique minimal de la MRC AVANT épuration extra-rénale (EER), en l'absence de complication ou de facteurs de progression rapide

Examens biologiques et fréquence	Stades 1, 2 et 3A (DFGe ¹ ≥ 45)	Stade 3B (DFGe entre 30 et 44)	Stade 4 (DFGe entre 15 et 29)	Stade 5 avant EER (DFGe < 15)
Consultation de suivi	MG au moins 1/an	MG : au moins 1/6 mois Si néphrologue (en alternance avec une IPA ²) : au moins 1/an	MG au moins 1/3 mois Néphrologue IPA ² ou infirmière de parcours, en alternance : au moins 1/6 mois	Une consultation par mois en alternance MG, Néphrologue, IPA ² ou infirmière de parcours Néphrologue : au moins 1/3 mois
EAL ³	1/an	1/an	1/an	1/an
Glycémie (chez non-diabétique)	1/an	1/an	1/an	1/an
Ag HBs (non vacciné) Ac anti-HBs (vacciné) ⁴	-	1/3 ans	1/an	1/an
Créatininémie	1/an	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois	tous les mois
Albuminurie ou protéinurie	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois	selon néphrologue
Na ⁺ , Cl ⁻ , K ⁺ , HCO ₃ ⁻ , calcium, phosphore	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois	tous les mois
Hémogramme avec compte réticulocytes	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Ferritine sérique ⁵	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminémie	-	1/an	tous les 1 à 6 mois	tous les 1 à 6 mois
Parathormone	-	selon la concentration initiale et la progression	tous les 1 à 6 mois	tous les 3 à 6 mois
Phosphatase alcaline	-	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Urée sanguine	-	-	tous les 1 à 3 mois	tous les 1 à 3 mois

¹ Débit de filtration glomérulaire estimé à partir de l'équation CKD-EPI et exprimé en ml/min/1,73 m². 2 IPA : infirmière de pratique avancée. 3 EAL : exploration des anomalies lipidiques. 4 Taux cible souhaité : Ac anti-HBs > 10 UI/L.

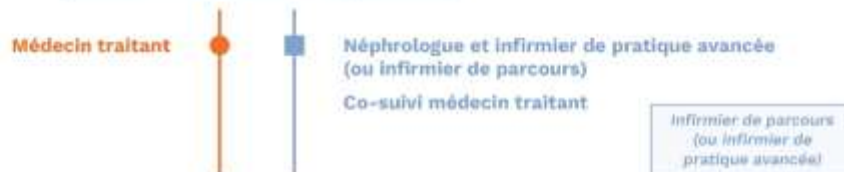
⁵ Conditions de prélèvement : les marqueurs du métabolisme du fer doivent être prélevés à distance d'une inflammation aiguë ; en cas de dosages répétés, il est préférable de les réaliser dans le même laboratoire ; le fer sérique et la transferrine doivent être prélevés le matin à jeun. La ferritine sérique est l'examen de première intention de recherche d'une carence en fer. En cas d'anomalie, le couple fer sérique et transferrine nécessaires pour le calcul du coefficient de saturation de la transferrine est réalisé en deuxième intention.

Organisation des parcours

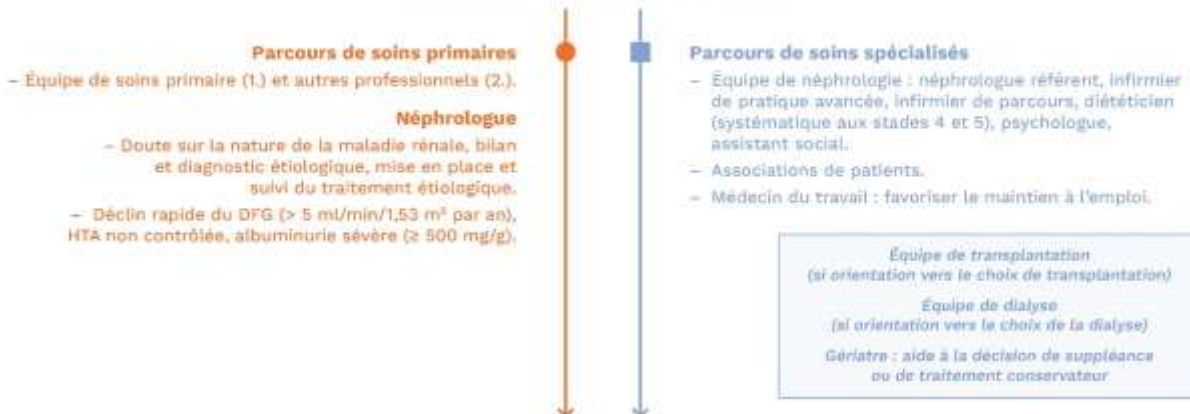
Situations de parcours



Coordination des soins selon les situations de parcours



Interventions selon les situations de parcours



Interventions communes à toutes les situations de parcours

1. Équipe de soins primaires

- Médecin traitant.
- Biologiste (DFG : estimation CKD-EPI et estimation brute en ml/min ; score KFRE).
- Pharmacien : contrôle des prescriptions, adaptation des posologies.
- IDE : information, ETP, aide à l'observance des traitements.

2. Autres professionnels, selon besoins

- Urologue : bilan et traitement des MRC d'origine urinaire.
- Interniste : bilans systémiques (maladies auto-immunes, syndromes auto-inflammatoires, etc.).
- Gériatre : dépistage et traitement des déficits fonctionnels, de la fragilité, des pathologies associées. Prise en charge d'état confusionnel aigu et/ou aggravation d'un syndrome démentiel.
- Cardiologue, médecin du sport : contrôle de la pression artérielle, comorbidités cardiovasculaires, évaluation de l'aptitude à l'activité sportive.
- Diabétologue : difficultés de contrôle glycémique, instauration d'insuline en injections multiples.
- Médecin du travail : recherche de néphrotoxicité professionnelle et adaptation du poste.
- Tabacologue.
- Enseignant en activité physique adaptée (STAPAS), éducateur sportif.
- Diététicien.
- Assistant social ; soutien social.

(L'accès aux spécialistes peut être facilité par le recours à la téléconsultation, la télésurveillance, le télésuivi.)

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Maladie rénale chronique de l'adulte : les points critiques du parcours**, Méthode, juillet 2021

Toutes nos publications :



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social