

MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

NEWSLETTER N°58

ÉPIDEMIO

- Largement sous diagnostiquée
- Fréquente : 10% de la population (28% > 65 ans)
- 850 millions de personnes dans le monde - 100 millions en Europe
- Augmentation prévue de 17% dans les 10 prochaines années
- 2025 : 7e cause de mortalité au monde
- Estimation 2040 : 4e cause

FACTEURS DE RISQUE

- Diabète
- HTA traitée ou non
- Maladie cardiovasculaire athéromateuse
- Insuffisance cardiaque
- Obésité
- Maladies de système ou auto-immunes
- Affections urologiques
- Antécédents familiaux de maladie rénale avec insuffisance rénale évolutive
- Antécédents de néphropathie aiguë
- Traitements néphrotoxiques antérieurs
- Exposition aux produits de contraste iodés, radiothérapie
- Exposition à des toxiques professionnels

DÉFINITION DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE (MRC) (HAS2023)

La MRC est définie par la présence, pendant plus de 3 mois :

- de marqueurs d'atteinte rénale (min 1) :
 - Albuminurie ou protéinurie (rapport alb/créat : RAC)
 - Hématurie : GR > 10 mm³ ou 10 000/ml (après avoir éliminé une cause urologique)
 - Leucocyturie : GB > 10 mm³ ou 10 000/ml (en l'absence d'infection)
 - Anomalie morphologique à l'échographie rénale
- et/ou d'une IRC (DFG <60 ml/min/1,73 m²)

ESTIMATION DU RISQUE D'INSUFFISANCE RÉNALE : CALCUL DU SRR-KFRE

Le Score de Risque Rénal (SSR) ou Kidney Failure Risk Equation (KFRE) permet d'estimer, pour un patient ayant une maladie rénale chronique, le risque d'avoir une insuffisance rénale terminale (dialyse/greffe) à 5 ans. Il doit être évalué 1 fois par an chez un patient stable. Ce score est calculé sur 4 critères (âge, sexe, DFG, RAC)

A noter que ce score n'est valable que chez les adultes de plus de 18 ans ayant un DFG<60mL/min/1.73m².

Interprétation : le score KFRE ou SRR sert à optimiser le recours à un néphrologue selon le risque d'insuffisance rénale terminale à 5 ans.

- KFRE < 5% : risque faible - pas de consultation spécialisée sauf si le patient présente :
 - Un rapport albuminurie/créatinurie (RAC) > 300mg/g
 - Une micro-albuminurie persistante (RAC >30mg/g) chez un diabétique
 - Un DFG<30ml/min/1.73m²
 - Une diminution de DFG de plus de 5% par an
 - Un contexte de néphropathie ou une lithiase héréditaire
 - Une HTA résistante ou une suspicion de sténose de l'artère rénale
 - Un contexte de maladie systémique ou oncologique
 - Une hyperkaliémie > 5.5 mmol/L de façon répétée
- KFRE entre 5 et 15% : risque intermédiaire : une consultation avec un néphrologue est recommandée.
- KFRE > 15% : risque élevé : une consultation avec un néphrologue est indispensable.

MRC : Maladie Rénale Chronique

RAC : Rapport Albuminurie / Créatinurie

SSR : Score de Risque Rénal

KFRE : Kidney Failure Risk Equation

MATRICE KDIGO : RISQUES DE PROGRESSION DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE EN FONCTION DU DÉFIT DE FILTRATION GLOMÉRULAIRE ET DE L'ALBUMINURIE

Risque de progression de l'insuffisance rénale chronique en fonction du DFG et de l'albuminurie				RAC - Albuminurie/Créatinurie		
				A1	A2	A3
				Normale - légère	Modérée	Sévère
				<30mg/g <3mg/mmol	30-300mg/g 3-30mg/mmol	>300mg/g >30mg/mmol
Débit de filtration glomérulaire (DFG) (mL/min/1,73m²)	Stade	Description	DFG (mL/min/1,73m²)			
	G1	DFG normale	>90			
	G2	Diminution DFG légère	60-89			
	G3a	Diminution DFG légère à modérée	45-59			
	G3b	Diminution DFG modérée à sévère	30-44			
	G4	Diminution DFG sévère	15-29			
	G5	Insuffisance rénale terminale	<15			

- Faible risque (en absence d'autres marqueurs de maladies rénales)
Surveiller, suivi 1x/an
- Risque modéré
Traiter, suivi 1x/an
- Haut risque
Traiter, suivi 2x/an
- Très haut risque
Traiter et adresser au néphrologue, suivi 3x/an
- Très haut risque
Traiter et adresser au néphrologue, suivi au moins 4x/an

- Le stade G3 constitue un tournant évolutif et a été subdivisé en G3a et G3b pour affiner la stratification pronostique.
- Stade G3a** : 75% des patients. Risque de progression rénale relativement faible et risque cardiovasculaire majoré.
 - Stade G3b**: 25% des patients. Risque plus important à la fois rénal et cardiovasculaire.

PRÉVENTION DE LA MRC

- Traitement précoce et adapté des deux causes principales de l'insuffisance rénale :
- HTA (objectif TA<130mm Hg)
 - Diabète
- Indispensable pour éviter une évolution vers la MRC

- Prise en charge des autres facteurs de risque :
- Augmenter l'activité physique - Limiter la sédentarité
 - Alimentation équilibrée (diminuer la consommation de sel, d'alcool...)
 - Diminuer la surcharge pondérale
 - Eviter la consommation de tabac
 - Prendre en charge les autres facteurs de risque cardiovasculaire
 - Corriger les malformations des voies urinaires
 - Dépister/traiter les maladies auto-immunes
 - Eviter/supprimer les traitements toxiques pour les reins

Bibliographie :

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group.Kidney Int. 2024 Apr;105(4S):S117-S314.

Tangri N et al. A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure. JAMA. 2011 Apr 20;305(15):1553-9.

Tangri N et al Multinational Assessment of Accuracy of Equations for Predicting Risk of Kidney Failure: A Meta-analysis. . CKD Prognosis Consortium.JAMA. 2016 Jan 12;315(2):164-74. oi.

Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC) – HAS2021 maj 2023.