



# MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Amélioration du repérage et prise en charge précoce des patients



La Maladie Rénales Chronique (MRC) touche en France environ 5 à 6 millions d'adultes. **Elle évolue le plus souvent lentement.**

- Il est important de pouvoir identifier les patients présentant un risque important d'évolution de la maladie rénale chronique afin de mettre en place un suivi néphrologique adapté.
- Deux algorithmes peuvent aider à la décision d'adressage : le Score de Risque Rénal et la matrice KDIGO.

## LE SCORE DE RISQUE RÉNAL (SRR)

Le Score de Risque Rénal (SRR) 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.

### Les enjeux :

- 30% des patients démarrent une dialyse dans des conditions d'urgence (*d'après les chiffres du rapport annuel du réseau Rein*)
- Parmi ces patients, une grande majorité est pourtant connue du système de santé pour des suivis de diverses maladies (*diabète, cancer, problèmes cardiaques, ...*) et ont une ALD.

### Les objectifs :

- **Améliorer** la pertinence de l'adressage au néphrologue
- **Réduire le délai d'accès** à la consultation néphrologique
- **Réduire** le nombre de patients nécessitant une dialyse

→ Le SRR est primordial pour le dépistage des patients présentant une maladie rénale chronique.

**POUR OPTIMISER LE DÉPISTAGE**

Si DFG < 60 ml/mn/1,73 m<sup>2</sup>, pensez à prescrire :

- **une prise de sang : Créatinine et dfg**
- **des urines : Créatininurie et albuminurie**

→ Vous pouvez aussi rajouter la phrase "si dfg < 60 faire KFRE"

## L'interprétation :

SRR < 5% à 5 ans



Risque faible d'IR terminale à 5 ans

Des mesures de néphro-protection peuvent être mises en place : règles hygiéno-diététiques, éviction des médicaments néphro-toxiques, adaptations thérapeutiques.

Un avis spécialisé est TOUTEFOIS souhaitable si le patient présente :

- Un rapport RAC > 300 mg/g à 2 reprises
- Une microalbuminurie persistante (RAC > 30 mg/g) chez un diabétique sous IEC ou ARA pleine dose ou dose max tolérée
- Un DFGe < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Une diminution du DFGe de plus de 10% par an
- Une néphropathie héréditaire ou kystique (plus de 4 kystes par reins)

SRR entre 5 et 15% à 5 ans



Risque intermédiaire d'IR terminale à 5 ans

Une consultation avec un néphrologue est recommandée.

SRR > 15% à 5 ans



Risque élevé d'IR terminale à 5 ans

Une consultation avec un néphrologue est indispensable.

## LA MATRICE KDIGO (2022)

La Matrice KDIGO (recommandations américaines) permet d'indiquer la nécessité de dépister, traiter et adresser les patients à un néphrologue en fonction de la valeur de rapport albuminurie/créatininurie et du DFG mesuré par la formule CKD-EPI.

		A1 Normale à légèrement augmentée	A2 Modérément augmentée	A3 Sévèrement augmentée
		0 < 30 mg/g	30 - 300 mg/g	≥ 300 ≤ 5 000 mg/g
G1	≥ 90	Dépister	Traiter	Traiter et adresser
G2	60-89	Dépister	Traiter	Traiter et adresser
G3a	45-59	Traiter	Traiter	Traiter et adresser
G3b	30-44	Traiter	Traiter et adresser	Traiter et adresser
G4	15-29	Traiter et adresser	Traiter et adresser	Traiter et adresser
G5	< 15	Traiter et adresser	Traiter et adresser	Traiter et adresser

MRC est classifiée selon :  
Le DFG (G) | Le RAC (A)

Risque de progression de MRC :



Faible



Modéré



Élevé



Très élevé

Ces deux algorithmes associent DFG et albuminurie pour aider le médecin dans la décision d'adresser un patient au néphrologue. Le médecin peut décider de passer outre les chiffres, notamment en cas de :

- Douce diagnostic
- MRC rapidement évolutive (baisse de DFG > 5ml/min/an)
- MRC compliquée (Hyperkaliémie - anémie - troubles phospho-calcique...)
- HTA non maîtrisée