



CENTRE HOSPITALIER
DE MÂCON

GUIDE DU PARCOURS DE SOINS

**Maladie Rénale Chronique
de l'adulte**

Résoval Macon

Découverte d'une insuffisance rénale chronique par le médecin généraliste : quelle conduite à tenir?

Quelques clés pour une prise en charge
multidisciplinaire efficiente

1) Coopération spécialiste – médecin généraliste: prise en compte des spécificités du territoire

- Equipe de néphrologie du CH Mâcon
- Polyvalence des praticiens
- Champs d'activité

- Démographie de la population particulière
- Bassin géographique étendu

2) Consultations de néphrologie: quelques chiffres

- Evolution importante du nombre des consultations : **3146 en 2015 vs 2194 en 2012**
- Points positifs :
 - très peu d'IRC vues tardivement,
 - peu de perdus de vue,
 - éducation thérapeutique et étude cohorte
- Points négatifs : délais long pour 1^{ère} fois

3) Préambule : Quand adresser le patient en Cs spécialisée de néphrologie?

- **Buts de la consultation spécialisée :**
 - Diagnostic étiologique
 - Limiter la progression de l'IRC : mesures de néphro-protection
 - Prise en charge des complications de la MRC
 - Anémie
 - Troubles minéraux osseux
 - Dénutrition protéino énergétique
 - Equilibre hydro-sodé
 - Education thérapeutique, RNB +++

3) Quand adresser le patient en Cs spécialisée de néphrologie? (2)

- **Intérêt d'une prise en charge précoce, soit dès une clairance inférieure à 60 ml/mn = augmentation de la survie du patient !**

4) Stratégie pour le médecin traitant : étapes

- **A) Faire pratiquer une créatininémie :**

- **Chez les patients ayant un risque de maladie rénale :**

Age +++ ,

Antécédents de maladie rénale familiale,

Contexte diabète, HTA, et maladie chronique en général,

Dysglobulinémie monoclonale ,

Prise prolongée et régulière de médicaments néphrotoxiques

- **Dans certaines circonstances :**

Avant et après injection de produits de contraste iodés,

Avant la prescription de médicaments à élimination rénale surtout chez le sujet âgé de plus de 75 ans

- **Devant des anomalies cliniques extra rénales :**

Troubles digestifs généraux,

Surcharge hydro sodée

- **Chez les patients ayant une anomalie de l'appareil urinaire : BU perturbée à la médecine W**

4) Stratégie pour le médecin traitant : étapes (2)

- **B) DFG < 60 ml/mn : quelle signification?**

- Chiffres de créatininémie supérieurs à 90 $\mu\text{mol/L}$ chez la femme et 115 $\mu\text{mol/L}$ chez l'homme
- TOUJOURS estimer un DFG , préférer les formules MDRD et CKD-EPI au Cockcroft
- Lien internet <http://www.sfndt.org/sn/eservice/calcul/eDFG.htm>

- **Eliminer une IRA**

- Contexte évocateur d'IRA Fonctionnelle : déshydratation sur diarrhées, fièvre, diurétisation intensive
- En dehors de ce contexte : admission urgente en service de néphrologie

- **Si IRC : quelle est l'évolution?**

- Élément clé de la prise en charge
- En pratique : recontrôle de la créat à 1 mois
 - » Si stabilité : bilan étiologique minimum et Cs de néphrologie dans les délais (délai = en mois, clairance/10)
 - » Si aggravation : Avis néphrologique rapide

4) Stratégie pour le médecin traitant : étapes (3)

• C) Classification stade IRC

Février 2012

Tableau 1. Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	→ → Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs).



4) Stratégie pour le médecin traitant : étapes (4)

- **D) Orienter le Diagnostic étiologique de la MRC**
 - **Age avancé, notion de vieillissement rénal**
 - **Interrogatoire** : maladies rénales familiales, contexte général , exposition aux toxiques professionnels, exposition répétée et prolongée à certains médicaments néphrotoxiques
 - **Recherche de signes de retentissement clinique** : Troubles digestifs généraux, HTA, surcharge hydro sodée
 - **Marqueurs d'atteinte rénale**
 - Intérêt des examens urinaires
 - Morphologie rénale en échographie

5) Résumé



- Mesure de créatininémie et calcul de clairance
- Distinguer l'IRA de l'IRC
- Adresser en Cs dès que clairance inférieure à 60 ml/mn
- Dans les délais si stabilité de l'IRC, sinon avis téléphonique
- Bilan initial :
 - Échographie rénale : morphologie ?
 - BU et ECBU : meilleure étude du sédiment urinaire
 - Sur les urines de 24h : Iono urée créat protéinurie
 - NFP Iono sang urée créat calcium phosphore réserve alcaline albumine protides acide urique
 - EPPS si âge supérieur à 65 ans