

Bien maîtriser la maladie rénale chronique pour agir tôt



Scannez ce QR code pour télécharger la version complète de ce numéro supplément.

La maladie rénale chronique (MRC) est une pathologie fréquente concernant environ 5 millions de personnes en France, parmi lesquelles près de 1,6 million présentent une insuffisance rénale chronique (DFG estimé $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$). Les stades avancés de la MRC nécessitent des traitements lourds tels que la dialyse ou la transplantation.

La maladie rénale chronique : un authentique fardeau de santé publique

La MRC correspond à une altération fonctionnelle du rein persistante plus de trois mois. Ses marqueurs comprennent : albuminurie ou protéinurie, hématurie, leucocyturie ou anomalies morphologiques à l'imagerie rénale. Après le diagnostic de MRC, le suivi et le traitement des patients se basent sur le risque de progression évalué par le rapport albuminurie/créatininurie (RAC) couplé au débit de filtration glomérulaire (DFG) estimé par la formule CKD-EPI. Un dépistage précoce et une prise en charge adaptée peuvent ralentir la progression de la MRC et prévenir les complications cardiovasculaires. Au stade dit terminal, elle nécessite une prise en charge par suppléance rénale : dialyse ou transplantation rénale. Les principales causes de MRC sont le diabète et les antécédents de maladie cardiovasculaire avec hypertension artérielle,¹ ainsi que l'obésité. Elles constituent à la fois des points de repère pour le dépistage de la MRC et des cibles thérapeutiques primordiales.

En l'absence d'action spécifique, la MRC risque de devenir la 5^e cause de mortalité en 2040,² sachant que la principale raison du décès chez les patients souffrant de MRC est

d'origine cardiovasculaire.³ La prévention et la prise en charge des complications cardiovasculaires sont donc essentielles.

Dans le cadre de la MRC, au-delà des critères cliniques et biologiques – évolution de la fonction rénale ou événements cardiovasculaires –, la santé perçue par les patients revêt une importance primordiale. Les symptômes les plus fréquemment ressentis par les patients atteints de MRC incluent la fatigue, les douleurs musculaires, les crampes, la dyspnée et la peau sèche.⁴ Selon les patients et leurs aidants, la capacité à participer aux activités de la vie quotidienne est un critère primordial de santé perçue.⁵ Enfin, les échelles de santé perçue sont une des cibles de la prise en charge thérapeutique et de la qualité des soins.



© Adobe Stock

Bien connaître le parcours de soins sur son territoire

La MRC peut servir de modèle d'évolution de l'organisation des soins.⁶ Le parcours de soins primaires de la MRC aux stades 1, 2 et 3A ou pour les formes stables se déroule en médecine de ville. Le médecin généraliste met en œuvre les recommandations, notamment en ce qui concerne l'annonce de la maladie, la détection des complications, l'évaluation du risque cardiovasculaire et des besoins psychosociaux des patients. Il a un rôle clé pour gagner en espérance de vie en bonne santé. Il est également primordial de placer le patient au cœur de son parcours de

1. Agence de la biomédecine. Les chiffres du R.E.I.N.

2. Kovesdy CP, Epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2011;12(1):7-11.

3. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C, et al., Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 2004;351(13):1296-305.

4. Faye M, Legrand K, Le Gall L, Leffondre K, Omourou AY, Alencar de Pinho N, et al., Five-Year symptom trajectories in nondialysis-dependent CKD patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2022;17(11):1588-97.

5. Matus Gonzalez A, Evangelidis N, Howell M, Jaure A, Sautenet B, Madero M, et al., « Outcomes for Clinical Trials Involving Adults with Chronic Kidney Disease » *Nephrol Dial Transplant* 2024:gfae010.

6. Alencar de Pinho N, Metzger M, Hamroun A, Laville S, Prezelin-Reydit M, Combe C et al., [Chronic kidney disease and nephrological practices in France: lessons from the CKDREIN cohort, 2013-2023]. *Nephrol Ther* 2023;19(4):233-50.

soins incluant des acteurs de santé sur son lieu de vie et la mise en place d'un programme éducatif de protection cardiovasculaire et rénale. L'indicateur central dans la prise en charge du patient est la pente de décroissance du DFG ;⁶ elle doit être partagée avec le patient et tous les acteurs du parcours.

Au stade 3B et surtout aux stades 4 et 5, la prise en charge se complexifie et est coordonnée par le néphrologue. Le « forfait MRC » comprend également l'intervention d'un(e) infirmier(ère) de coordination de parcours et une prise en charge diététique. La télésurveillance trouve également toute sa justification.

Lorsque l'insuffisance rénale chronique terminale est anticipée dans les deux ans, la prise en charge implique une décision partagée avec le patient sur le choix d'un traitement de suppléance ou d'un traitement conservateur. Le traitement conservateur est une option recommandée au même titre que la greffe ou la dialyse, surtout pour les patients âgés de plus de 75 ans. Il vise à maintenir la qualité de vie en évitant la dialyse aussi longtemps que possible. Une coordination efficace entre les professionnels de santé en ville et à l'hôpital est essentielle pour assurer le succès du programme de prise en charge de la MRC.

Dépistage et diagnostic de la MRC pour agir dès le stade 3

La MRC représente un défi croissant en matière de santé publique. En effet, sa prévalence est en augmentation constante et les répercussions sur la mortalité toutes causes confondues ainsi que les coûts de santé sont significatifs. Dans ce contexte, le dépistage précoce joue un rôle essentiel pour prévenir la progression de la MRC vers des stades avancés. Les stratégies de prévention primaire qui visent à réduire l'incidence de la maladie sont essentielles et elles nécessitent une approche de santé publique. Le rôle du médecin traitant se trouve davantage dans la prévention secondaire (identification et traitement des cas précoces) et la prévention tertiaire (limitation des incapacités chroniques dues à la maladie). Un dépistage annuel de la MRC chez tous les patients à risque doit être réalisé (Haute Autorité de santé, 2023) : dosage de créatinine avec estimation du DFG et une mesure du rapport albumine/créatinine (RAC) sur échantillon urinaire. L'adressage au médecin spécialiste dépend du risque de progression de la MRC. Certaines situations nécessitent une intervention urgente du néphro-

logue, tels qu'un déclin rapide du DFG, une hypertension non contrôlée ou une protéinurie élevée. Dans les autres cas, le médecin généraliste instaure des mesures de néphroprotection précoces pour ralentir la progression de la maladie. Elles incluent la néphroprotection, la normalisation de la pression artérielle, la correction des complications métaboliques et la limitation des épisodes d'insuffisance rénale aiguë et de la toxicité médicamenteuse. À noter que, ces dernières années, plusieurs essais thérapeutiques ont prouvé l'efficacité des iSGLT2 (gliflozines) dans la réduction de la progression de la MRC toutes causes confondues.^{7,8}

Néphroprotection médicamenteuse : au-delà du blocage du système rénine-angiotensine

Au-delà du traitement étiologique éventuel d'une MRC et du contrôle de l'ensemble des facteurs de risque vasculaires, un traitement symptomatique est nécessaire pour ralentir le déclin de la fonction rénale. Le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients atteints de MRC albuminurique est strict et nécessite des mesures de pression artérielle systolique avec une cible < 130 mmHg au cabinet ou < 125-130 mmHg en automesure.⁹ Les conditions de mesure en cabinet sont compliquées ; des automesures tensionnelles à domicile sont recommandées. En plus d'une restriction sodée, si le RAC est ≥ 30 mg/g, le traitement doit inclure, en première intention, un blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone par inhibiteur de l'enzyme de conversion ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2. Sous certaines conditions, en seconde intention, il faut associer un iSGLT2.^{7,8} Chez les patients diabétiques, en troisième intention, un antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes pourra être bientôt associé.¹⁰

Une restriction des apports en protéines ainsi qu'une prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaires sont essentielles pour retarder la progression de la MRC et réduire le risque cardiovasculaire.

7. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group ; Herrington WG, Staplin N, Wanner C, Green JB, Hauske SJ, Emberson JR et al. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2023;388(2):117-27.

8. Heerspink HJL, Stefansson BV, Vorrea-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou FF, et al, Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease ». *N Engl J Med* 2020;383(15):1436-46.

9. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al., 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension* 2020 ;75(6):1334-57.

10. Bakris et al., « Effect of Finerenone on Chronic Kidney Disease Outcomes in Type 2 Diabetes ».