

# Recommandations pour le dépistage et l'identification de l'insuffisance rénale chronique (IRC) pour les médecins généralistes

Société suisse de néphrologie

## 1

### L'IRC en Suisse

- En raison du vieillissement de la population suisse et de la hausse des maladies qui nuisent aux reins (ex. le diabète, l'hypertension artérielle), la prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) augmente.<sup>1</sup> Les données suggèrent qu'un adulte sur dix en Suisse est atteint d'IRC.<sup>2</sup>
- Il est important de prévenir, de détecter rapidement l'IRC et de prendre en charge de manière optimale ces patients.
- Cet objectif ne peut être atteint que dans le cadre d'un effort collaboratif impliquant les médecins généralistes et les spécialistes.

## 2

### Définition de l'IRC

- L'IRC est définie comme «une anomalie de la structure ou de la fonction rénale, présente pendant plus de 3 mois avec des implications pour la santé».<sup>3</sup>
- L'IRC est classée en fonction de sa cause, du DFGe et de la catégorie de l'albuminurie (Figure 1).<sup>3</sup>

## 3

### Détection précoce de l'IRC

- Des traitements sont disponibles pour prévenir la progression de l'IRC, réduire ses complications (comme les maladies CV) et en conséquence, réduire significativement la morbidité ou mortalité liée.
- Cependant, étant donné que l'IRC est souvent asymptomatique, elle est largement sous-diagnostiquée. 9 néphropathes sur 10 ignorent leur maladie.<sup>4</sup> Par conséquent, les personnes présentant un risque accru d'IRC devraient être dépistées.
- Les patients souffrant d'hypertension artérielle, de diabète sucré ou de maladies cardiovasculaires doivent être dépistés pour l'IRC<sup>5</sup> au moins une fois par an.<sup>3,6</sup>
- Les autres populations à risque devraient également faire l'objet d'un dépistage régulier (Figure 2).
- L'approche du dépistage consiste à la fois à déterminer le DFGe (par mesure de la créatinine, cystatine C, ou les deux) et à quantifier l'albuminurie.<sup>3,5</sup>

## L'IRC

est classée en fonction de:

- Cause (C)
- DFGe (G)
- Albuminurie (A)

- Risque faible  
(peut refléter une IRC si d'autres marqueurs d'insuffisance rénale sont présents; sinon pas d'IRC)
- Risque modérément accru
- Risque modéré à fortement accru
- Risque élevé
- Risque très élevé

				Catégories Albuminurie Description et intervalles		
				A1	A2	A3
				Normale à modérément augmentée	Modérément augmentée	Sévèrement augmentée
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Catégories de DFGe (ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) Description et valeur	G1	Normal ou hyperfiltration	≥90	1 si IRC	Traiter 1	Référer 2
	G2	Diminution légère	60-89	1 si IRC	Traiter 1	Référer 2
	G3a	Diminution légère à modérée	45-59	Traiter 1	Traiter 2	Référer 3
	G3b	Diminution modérée à sévère	30-44	Traiter 2	Traiter 3	Référer 3
	G4	Sévèrement diminué	15-29	Référer 3	Référer 3	Référer 4+
	G5	Insuffisance rénale terminale	≤15	Référer 4+	Référer 4+	Référer 4+

Figure 1 - Classification et stratification des risques de l'IRC selon KDIGO. Les grilles DFGe et Albuminurie montrent le risque de progression, de morbidité et de mortalité par couleur, du risque le plus bas au risque le plus élevé (vert, jaune, orange, rouge, rouge foncé). Les chiffres figurant dans les boîtes sont un guide de la fréquence des visites (nombre de fois par année). (Standards of Medical Care in Diabetes 2021 de l'ADA).<sup>3,7</sup>

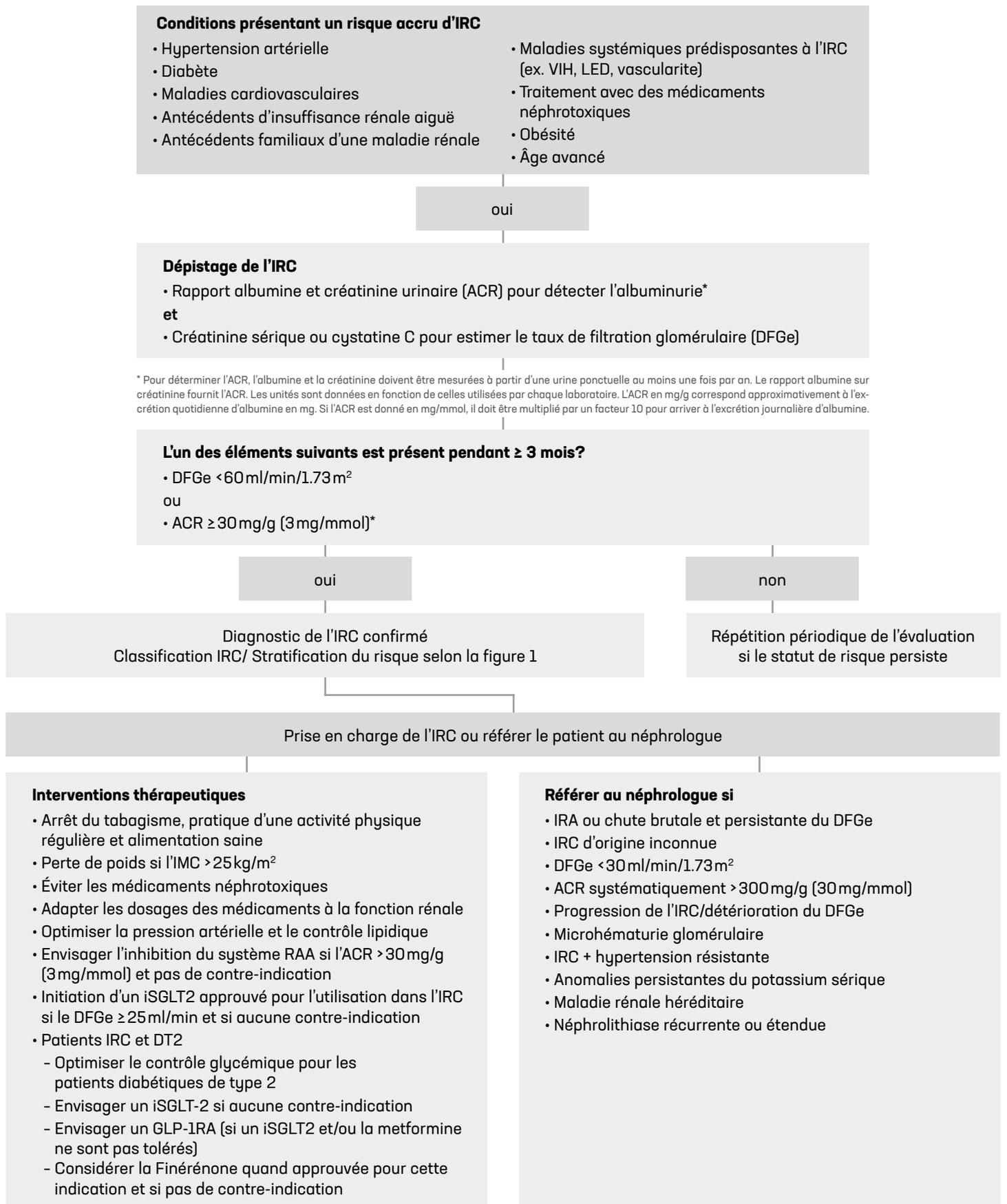


Figure 2 - Algorithme suggéré pour dépister, stratifier et gérer les personnes à risque ou atteintes d'IRC et quand se référer à un néphrologue (IRA: insuffisance rénale aiguë, iSGLT2: inhibiteur du co-transporteur sodium-glucose type 2, GLP1-RA: agoniste des récepteurs du peptide 1 semblable au glucagon, IRC: insuffisance rénale chronique, système RAA rénine-angiotensine-aldostérone, rapport ACR: rapport albumine créatinine urinaire, DFGe: débit estimé de filtration glomérulaire, VIH: virus de l'immunodéficience humaine, LED: lupus érythémateux disséminé).<sup>3,5,8</sup>

Auteurs: Harald Seeger, Sophie de Seigneux, Pietro Cippà, pour la Société suisse de néphrologie.

Références: 1. Xie Y, et al., Kidney Int. 2018;94(3):567-81. 2. Ogna VF, et al., Swiss Med Wkly. 2016;146:w14313. 3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Kidney Int 2013;3 (Suppl):1-150. 4. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Lancet,2020;395(10225):709-733. 5. Shlipak MG, et al., for Conference Participants, Kidney International (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.10.012>. 6. SGED: GDMD Kriterien für ein „gutes“ Disease Management Diabetes in der Grundversorgung, [https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user\\_upload/6\\_Diabetologie/64\\_Ressourcen\\_Hausarzt/Diabetes\\_Kriterien\\_2017\\_SGED\\_def.pdf](https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/64_Ressourcen_Hausarzt/Diabetes_Kriterien_2017_SGED_def.pdf). 7. American Diabetes Association. Diabetes Care, 2021 Jan;44: 10.2337/dc21-S005. 8. Delanaye P, et al. JASN 30: 1785-1805, 2019.

La mise en page de ce livret a été réalisée avec le soutien institutionnel d'AstraZeneca.

