

Recommandations pour le dépistage et l'identification de l'insuffisance rénale chronique (IRC)



L'insuffisance rénale chronique (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». Une personne adulte sur dix en Suisse est concernée. Cependant, la majorité des cas ne sont pas diagnostiqués. Aujourd'hui, une IRC se traite bien. Il est donc important de la détecter précocement. Étant donné que l'IRC est généralement asymptomatique, les personnes présentant un facteur de risque devraient être dépistées (Fig. 1)¹.

Dépistage, classification et stratification du risque d'IRC

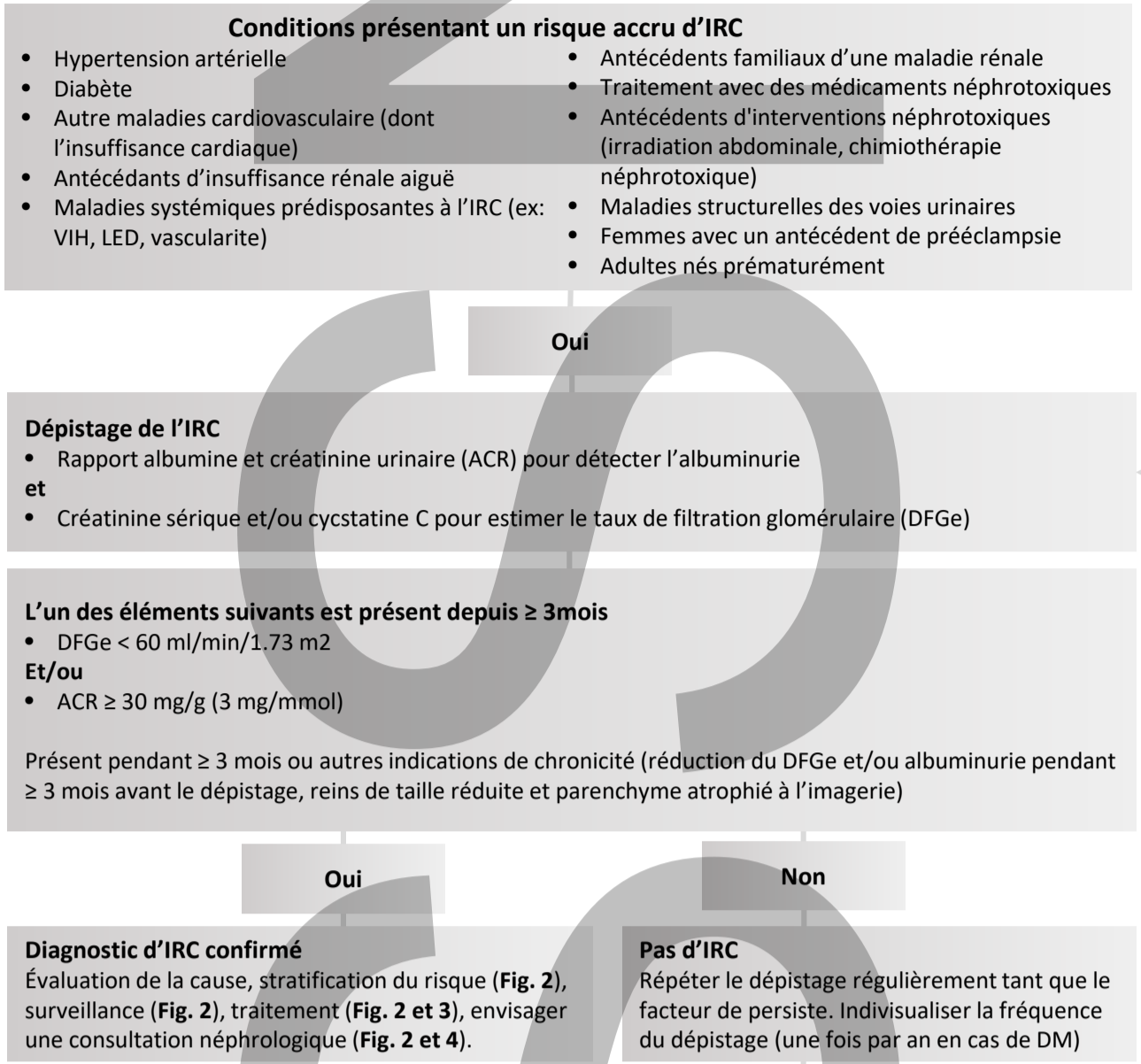


Figure 1 – Algorithme suggéré pour dépister les personnes à risque d'IRC (ACR: rapport albumine/créatinine urinaire, DFGe: débit estimé de filtration glomérulaire, DM : Diabète mellitus ; VIH: virus de l'immunodéficience humaine, LED: Lupus Erythémateux Disséminé).

l'IRC est classée en fonction de:

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

				Catégories Albuminurie Description et intervalles		
				A1	A2	A3
				Normale à modérément augmentée	Modérément augmentée	Gravement 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 ²) 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	Sévérement diminué	15-29	Référer 3	Référer 3	Référer 4+
	G5	Insuffisance rénale terminale	≤ 15	Référer 4+	Référer 4+	Référer 4+

■ 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

Figure 2: Stades, classification et stratification du risque d'IRC selon KDIGO. La grille de DFG et d'albuminurie illustre le risque de progression d'IRC, le risque cardiovasculaire et le risque de mortalité selon les couleurs allant du risque le plus faible au plus élevé (vert, jaune, orange, rouge, rouge foncé). Les chiffres dans les cases représentent la fréquence minimale recommandée de suivi (nombre d'exams de contrôle par an) (Adapté d'après²)

Prise en charge de l'IRC

Hygiène de vie

- Alimentation saine**
 - Grande proportion de fruits et légumes
 - Protéine 0.8 g/kg/j
- Apport en Sel**
 - <5g/j
- Activité physique**
 - 150 min par semaine
- Gestion du poids**
 - Arrêt du tabac

Autres mesures

- Surveiller régulièrement le DFGe estimé et ajuster les dosages des médicaments en fonction de celui-ci.
- Éviter les médicaments néphrotoxiques (AINS, autres).
- Utiliser les produits de contraste iodés par voie intraveineuse uniquement en cas d'indication claire.

Traitement médicamenteux de première ligne

- iSGLT2***
 - Si DFGe entre 20 - 45 ml/min
 - Si DFGe > 45 ml/min et ACR > 20mg/mmol, DM ou insuffisance cardiaque
 - Peut être poursuivi jusqu'à la dialyse ou la transplantation
- Contrôle de la pression artérielle/inhibition du SRA (système rénine-angiotensine)**
 - Objectif de pression artérielle systolique : 120-129mmHg**
 - Inhibiteurs du SRA à la dose maximale tolérée et autorisée (en cas d'HTA ou d'un ACR > 3 mg/mmol)

Mesures supplémentaires pour freiner la progression de l'IRC et contrôler les facteurs de risque cardiovasculaires

- Gestion de l'hyperglycémie**
 - Conformément à la directive SGN/SGED pour la gestion de la néphropathie diabétique³
 - Si possible, utiliser des agonistes des récepteurs GLP-1*
 - MRA non stéroïdien ***
 - En cas de DM2 + dose maximale tolérée d'inhibiteurs du SRA + eGFR ≥ 25 ml/min + K+ ≤ 5 mmol/l + ACR ≥ 3 mg/mmol*
 - Anti-calcique dihydropyridines et/ou diurétique**
 - Si nécessaire, pour atteindre l'objectif de pression artérielle
 - MRA stéroïdien**
 - Si nécessaire, en cas d'hypertension résistante, si eGFR ≥ 45 ml/min
 - Pas de combinaison avec MRA non stéroïdien
- *Concernant les conditions exactes de prise en charge des coûts, nous renvoyons à la liste des spécialités <https://www.xn--speziallittenliste-yqb.ch/default.aspx>

- Statines**
 - Chez les patients non dialysés avec un DFGe < 60ml/min
 - Traitement modéré ou fort
- Anti-plaquettaire**
 - En prévention secondaire lors d'évènement cardiovasculaire avéré
- Ezetimibe, iPCSK9**
 - Si indiqué, en fonction du risque CV et du profil lipidique
- **Il n'existe pas de valeurs cibles universellement reconnues pour la TA chez les patients atteints d'IRC. KDIGO recommande une pression artérielle mesurée de manière standardisée en cabinet < 120 mmHg⁴, tandis que l'ESH/ESC propose une cible de 120 à 129 mmHg⁵. La valeur cible doit être adaptée individuellement en fonction du risque et de la situation globale du patient (fragilité, comorbidités, hypotension orthostatique, etc.).**

Traitement des complications de l'IRC

- Anémie**
 - Exclure les causes non rénales d'anémie
 - Objectifs :
 - Ferritine:300-500 ng/ml
 - TSAT > 30 %
 - Hb : 10-11,5 g/dl
 - Hb : 10-11,5 g/dl
 - Vitamine B12/acide folique
- Gestion du potassium**
 - Surveillance du K+ avant et après le début ou l'augmentation de la dose des inhibiteurs du SRA, s-nsMRA, et Bactrim
 - conseil nutritionnel en cas d'hyperkaliémie
 - envisager chélateur du K+
- Os**
 - Optimiser le taux de 25-OH vitD
 - Substituer le calcium uniquement en cas d'apport insuffisant
- Acidose**
 - envisager le bicarbonate de sodium si le bicarbonate sérique est <18 mmol/l

Figure 3 –Gestion non médicamenteuse et médicamenteuse d'IRC et de ses complications (modifié d'après¹);CV: Cardiovasculaire; FRCV : facteur de risque cardiovasculaire; GLP1: agoniste des récepteurs du glucagon-like peptide-1 ; DM2: diabète de type 2; Hb : hémoglobine ; ACOD : anticoagulation oraux directs ; (n)sMRA : antagoniste (non) stéroïdien des récepteurs des minéralocorticoïdes ; PCSK9i : inhibiteur de la proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9 ; SRA : système rénine-angiotensine ; SGLT2i : inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 ; TSAT : saturation de la transferrine ; FA : fibrillation auriculaire.

Référer à un-e néphrologue

- ACR systématiquement > 300 mg/g (30 mg/mmol)
- IRC d'origine inconnue
- DFGe < 30 ml/min/1.73 m² (préparation à la suppléance rénale)
- IRA ou chute brutale et persistante du DFGe
- Progression de l'IRC/détérioration du DFGe
- Hématurie glomérulaire
- IRC + hypertension résistante
- Anomalies persistantes du potassium sérique
- Maladie rénale héréditaire
- Néphrolithiase récurrente ou étendue

Figure 4 – Recommandations pour l'orientation vers un néphrologue (IRA : insuffisance rénale aiguë), DFGe: débit estimé de filtration glomérulaire

Références: 1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Kidney International 2024, 2. American Diabetes Association. Diabetes Care 2021, 3. Zanchi et al. Swiss Med Wkly. 2023, 4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. Kidney International 2021, 5. Mancia, Journal of Hypertension 2023, 6. McEvoy, European Heart Journal 2024.