



**APPORT DU LABORATOIRE
DANS LE DÉPISTAGE
DE LA MALADIE RÉNALE
CHRONIQUE**

Épidémiologie

La Maladie Rénale Chronique (MRC) est une pathologie largement sous diagnostiquée :



Fréquente :
7 à 10%

des Français présenterait une atteinte rénale

Silencieuse et asymptomatique



Dépistage facile

Fait précocement il permet de retarder ou éviter des traitements lourds et onéreux

Définitions

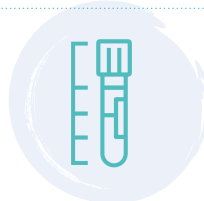


La MRC est définie, par la présence, pendant plus de 3 mois :
• de marqueurs d'atteinte rénale,
• et/ou d'une IRC (DFG estimé < 60 ml/min/1,73 m²).

L'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) est définie par une diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG), qui reflète le fonctionnement rénal. Le DFG est estimé à partir de la créatininémie en utilisant l'équation Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI).

Le seuil convenu pour définir la baisse du DFG est **< 60 ml/min/1,73 m²**.

Marqueurs d'atteinte rénale



- **Albuminurie** ou **protéinurie**
- **Hématurie** : GR > 10 /mm³ ou 10 000/ml (après avoir éliminé une cause urologique)
- **Leucocyturie** : GB > 10 /mm³ ou 10 000/ml (en l'absence d'infection)
- **Anomalie morphologique** à l'échographie rénale : taille et forme des reins, asymétrie de taille, contours bosselés, reins de petite taille ou gros reins polykystiques

Population à risque

Les patients avec :

- **Diabète**
 - **HTA** traitée ou non
 - **Maladie cardiovasculaire athéromateuse**
 - **Insuffisance cardiaque**
 - **Obésité** (IMC > 30 kg/m²)
 - **Maladies de système ou auto-immunes** (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde...)
 - **Affections urologiques** (malformation urinaire, infections urinaires récidivantes...)
- **Antécédents familiaux** de maladie rénale avec insuffisance rénale évolutive
 - **Antécédents de néphropathie aiguë**
 - **Traitements néphrotoxiques antérieurs** (médicaments néphrotoxiques, en particulier AINS, chimiothérapie...)
 - **Exposition aux produits** de contraste iodés, radiothérapie ciblant l'aire rénale...
 - **Exposition à des toxiques** professionnels (plomb, cadmium, mercure).



Fréquence et tests de dépistage



Un **dépistage annuel** de la population à risque est recommandé et comporte la prescription d'un **dosage sanguin de créatinine** et d'un **dosage d'albuminurie/créatininurie (RAC)**.



Le résultat de créatininémie doit être transmis avec l'estimation du **DFG selon**

la formule CKD-EPI. L'examen d'urine est réalisé à partir d'un **échantillon d'urine** prélevé à toute heure de la journée. (*Préférentiellement les urines du matin*).

→ Le terme **microalbuminurie** doit être abandonnée sur les prescriptions (recommandations KDIGO 2012)

→ **La recherche d'albuminurie**, marqueur précoce d'atteinte rénale est plus sensible que la recherche de protéinurie pour détecter une augmentation modérée ou un stade précoce de MRC

Diagnostic



Confirmer la MRC :

- **Répéter les tests** 2 ou 3 fois au cours des 3 mois qui suivent le repérage d'une anomalie
- **Rechercher la présence d'autres marqueurs d'atteinte rénale** : albuminurie ou protéinurie si non déjà faite, atteinte morphologique à l'échographie rénale, hématurie, leucocyturie.

Stratification du risque de MRC

Stratification du risque de progression de la MRC

Risque de progression de la MRC en fonction du DFG et de l'albuminurie				Catégories d'albuminurie persistante (description et valeurs)		
				A1	A2	A3
				Normale légère	Modérée	Sévère
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Catégories de Débit de filtration glomérulaire (DFG) (description et valeurs)	STADE	DESCRIPTION	DFG (mL/min/1.73m ²)			
	G1	Normal ou haut	≥ à 90			
	G2	Légèrement diminué	60-89			
	G3a	Insuffisance rénale légère à modérée	45-59			
	G3b	Insuffisance rénale modérée à sévère	30-44			
	G4	Insuffisance rénale sévère	15-29			
	G5	Insuffisance rénale terminale	<15			

- Faible risque (en absence d'autres marqueurs de maladie rénale)
- Risque modéré
- Haut risque
- Très haut risque

Quand orienter le patient vers le néphrologue :



- En fonction de l'**étiologie de la MRC** (polykystose rénale, la néphropathie diabétique mal contrôlée...) qui comportent un risque évolutif plus élevé
- **DFG < 45 ml/min/1,73 m²** chez les patients < 80 ans
- La diminution du DFG appréciée à partir du déclin annuel (déclin rapide si **↓ DFG ≥ 5 ml/min par an**)
- La présence ou la persistance d'une **albuminurie sévère** (RAC > 500 mg/g ou >50 mg/mmol) ;
- **Une HTA non contrôlée.**

Zoom sur Le score KFRE

Un score pronostic d'évolution vers l'insuffisance rénale terminale, le score Kidney Failure Risk Equation (KFRE) a été validé et mis à disposition.

Calculé à partir de 4 variables : l'âge, le sexe, la créatininémie et l'albuminurie (RAC), la valeur du score, en complément du jugement clinique, est recommandé comme apportant une aide à l'orientation des patients vers le parcours de soins adapté :

- Score à 5 ans < 3 % : parcours de soins non spécialisés
- Score à 5 ans > 3 % : parcours de soins spécialisés
- Score à 2 ans > 10 % : parcours de soins multidisciplinaire.



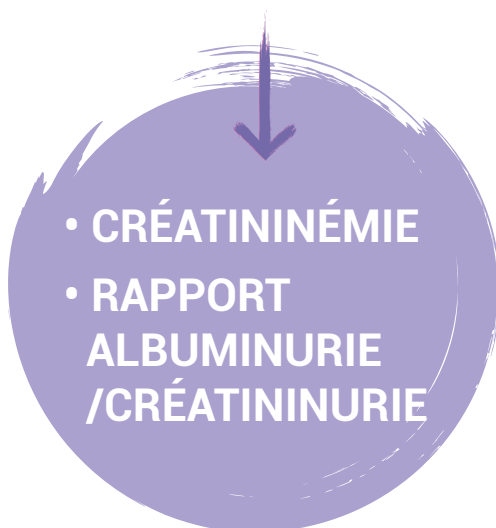
L'adaptation des posologies doit s'effectuer à partir de l'estimation du DFG obtenue par la formule CKD-EPI.



COMMENT MIEUX PRESCRIRE ?



Pour dépister la MRC,
pour la population à risque, une fois par an



Bibliographie :

Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC) - HAS septembre 23

Maladie rénale chronique de l'adulte : les points critiques du parcours - HAS septembre 23