



Qui dépister ?

Tout le monde ou presque :
HTA, diabète, obèse, atcd perso ou familiaux, exposition a produits nephrotoxique etc...)

Comment dépister ?

**Créatininémie et calcul de la clairance
**Ratio protéinurie/créatinurie
(la gazette 3 disponible sur cardiomayotte.fr Vous explique tout)

	Ratio prot/creat (mg/mmol)
Pas de protéinurie	< 3
Microalbuminurie	Entre 3 et 30
Protéinurie augmentée	> 30

Comment classer le patient ?

Une maladie rénale chronique (MRC) se suit dans le temps : importance de L'EVOLUTION de la créat et de la protéinurie

DFG (mL/min/1.73m ²)	Stade	Définition	Fréquence du suivi
> 90 avec présence de protéinurie	1	MRC avec DFG normal	Annuel
Entre 60 et 89	2	MRC avec DFG légèrement diminué	Annuel
Entre 45 et 59	3A	IRC modérée	Annuel
Entre 30 et 44	3B	IRC modérée	3-6 mois
Entre 15 et 29	4	IRC sévère	1-3 mois
< 15	5	IRC terminale	Mensuel

Quelles étiologies évoquer ?

**HTA et diabète +++ (il doit y avoir une atteinte associée type rétinopathie)
**En l'absence d'argument pour une cause diabétique ou hypertensive, prendre avis pour des explorations étiologiques plus complètes (hématurie, diabète récent, sujet jeune etc...)

Qui adresser au néphrologue ?

**Étiologie non claire (hématurie, sd néphrotique...)
**Stade 4 et 5
**MRC évolutive : dégradation de la clairance > 5mL/min/an
Pour s'aider, utiliser le kidney failure Risk equation [KFRE](#)

Explorations complémentaires initiales :

**Bilan étiologique : Echographie rénale - HbA1c - EDP - sérologies VIH VHB VHC - Protéinurie/créatinurie sur échantillon – ECBU – Bilan hépatique

**Bilan des complications : NFS - ione urée créat – Ca – P - PTH – alb - vit D

**FDRCV associés : HbA1c ou GAJ – EAL

MAJ 06.2023 O Pointeau
Relu CHU La Réunion
Source HAS

Complications, à dépister à partir du stade 3 et à traiter

**Anémie normocytaire arégénérative

-> Introduire de l'EPO (aranesp 0.75 µg/Kg/2semaines) seulement en l'absence de carence (fer ou vitamine B12 ou Folate) et de sd inflammatoire et suivre son efficacité en fonction de l'évolution des réticulocytes. Ajouter au bilan EDP.

-> Carence en fer à supplémer per os si ferritine < 100 ou CST < 20%.

En l'absence d'efficacité de la suppléance per os, discuter fer IV

Objectif : Hb entre 10 et 12g/dL

Eviter transfusion (risque d'allo immunisation)

**Rétention hydrosodée

Suivi du poids et des œdèmes et de la TA

Si signes congestifs : intro diurétique de l'anse

**Dénutrition

Prise en charge thérapeutique :

**Education : [vidéo](#), connaître les signes de gravité (OMI, oligurie)

**RHD :

Alimentation équilibrée comme pour le reste de la population générale : variée, limiter les sodas et augmenter les apports en légumes. Limiter le sel.

Boisson : Il est important d'écouter son corps et de boire à sa soif.

Activité physique

**Traitement néphroprotecteur : à débiter en présence d'une protéinurie ou Cl < 60 mL/min

IEC ou ARA2 : à prescrire de façon progressive a la dose maximale tolérée (surveiller hyperkaliémie, dégradation > 30% de la fonction rénale) si possible pleine dose quel que soit la clairance.

Inhibiteur SGLT2 : a introduite entre 20 et 60 de clairance

Prise en charge des FDRCV : LE MEILLEUR TRAITEMENT :

Équilibre tensionnel et diabétique strict (cf feuilles d'aide a la décision)

**Vaccinations : VHB (double dose M0 M1 M6) et pneumocoque

**Anomalie du bilan phosphocalcique :

Doser le même jour : 25OH vit D Ca P Alb PTH

Supplémentation en vitamine D

-> zyma-D 4gouttes

Supplémentation en calcium

-> calcidia 1-0-1 entre les repas si besoin.

Introduction d'un chélateur du phosphore

-> renvela 800 mg x 3 au cours des repas si besoin

Objectif : Vit D > 30 ng/L, Ca et P dans les normes

**Troubles électrolytiques :

Acidose métabolique à traiter si RA < 20 mmol/L

-> bicarbonate 3g a 6g par jour

Hyperkaliémie si K > 5.5mmol/L

-> diminuer IEC, traiter acidose métabolique, chélateurs du K

ALD 100% (si Cl < 60 ou prot > 1g)
titre de séjour pour raison de santé

Toujours penser aux
médicaments (siteGPR.com)

Adapter les posologies,
Contre indiquer les AINS
Peser l'indication des injections
de PDC

Préserver le capital veineux
Faire très attention, ne pas faire de
prélèvements inutiles, piquer sur la
main. Eviter autant que possible le
bras gauche.
En hospitalisation : pas de perfusion
inutile. Toujours privilégier voie
orale.