



INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

DÉCOUVREZ POURQUOI LA PRESSION MONTE POUR DIAGNOSTIQUER L'IRC

Diminuez la pression, et agissez à
temps avec un diagnostic précoce



Table des matières

3	Prévalence et diagnostic
4	Le diagnostic fait la différence
5	Impact d'une intervention précoce
7	Parler de l'IRC avec vos patients
8	Stades de l'IRC
10	Facteurs de risque
11	Comment aider vos patients

UNE PRÉVALENCE ÉLEVÉE. UNE MALADIE LARGEMENT SOUS-DIAGNOSTIQUÉE.



L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une pathologie mettant en jeu le pronostic vital qui est largement sous-diagnostiquée.¹ 9 personnes sur 10 atteintes d'IRC l'ignorent – autant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement.¹ Même au stade 3, seulement 10 % des patients sont diagnostiqués.^{2,3}

L'IRC est une maladie dite «silencieuse» car la plupart des patients ne présentent aucun symptôme jusqu'à ce que la maladie progresse, ce qui contribue à son sous-diagnostic.⁴



Soyez vigilant pour le bien de vos patients. Ils comptent sur vous pour diagnostiquer leur IRC à un stade précoce. Cette brochure fournit des informations et des conseils utiles pour discuter de l'IRC avec vos patients – notamment, concernant les personnes à haut risque, les recommandations de dépistage et les raisons pour lesquelles une intervention précoce peut ralentir la progression de la maladie.

«Souligner les risques aurait été un signal d'alarme.»

Patient atteint d'IRC



VOUS POUVEZ FAIRE **LA DIFFÉRENCE.**



En diagnostiquant l'IRC précocement, vous pouvez faire la différence. Détecter les patients et intervenir précocement peut ralentir la progression de la maladie, préserver la fonction rénale et réduire les complications.^{2,5}



Vos patients à haut risque méritent une attention particulière. L'hypertension et le diabète sont les causes les plus courantes d'IRC et de détérioration de la fonction rénale chez l'adulte.^{1,6,7} D'autres facteurs de risque courants comprennent les maladies cardiovasculaires.⁷

Contrôlez régulièrement le DFGe dans le cadre du bilan métabolique de vos patients. Connaître leurs paramètres peut vous orienter vers un diagnostic précoce, vous permettant d'intervenir de manière adéquate. Aidez vos patients à vivre plus longtemps la vie qu'ils mènent et qu'ils aiment.^{2,5}



DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé (ml/min/1.73 m²).



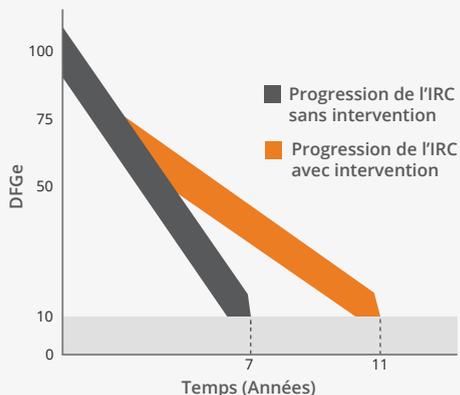
«Je souhaiterais dire aux personnes nouvellement diagnostiquées: ne paniquez pas»

Patiente atteinte d'IRC

UNE INTERVENTION PLUS PRÉCOCE A UN IMPACT SIGNIFICATIF

Il a été démontré qu'une intervention précoce ralentissait la progression de la maladie chez les patients atteints d'IRC et réduisait le risque de complications, tandis qu'un déclin de la fonction rénale s'est avéré avoir des répercussions considérables, notamment en termes d'événements CV, d'hospitalisation et de mortalité.^{2,5,8}

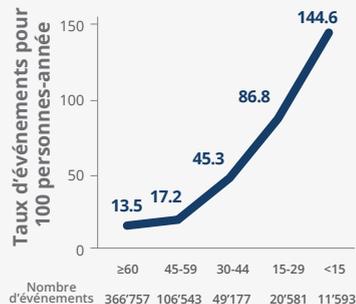
UNE INTERVENTION PRÉCOCE RETARDE LA DÉTÉRIORATION DE LA FONCTION RÉNALE^{5,a}



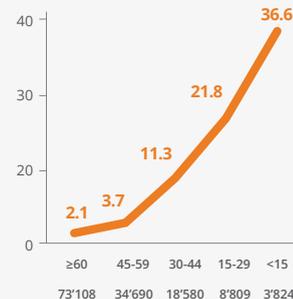
LA PROGRESSION DE L'IRC AUGMENTE LE RISQUE DE COMPLICATIONS^{10,b}



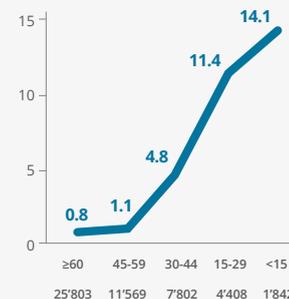
Taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge



Taux d'insuffisance cardiaque et d'événements CV standardisé selon l'âge



Taux de mortalité toutes causes confondues standardisé selon l'âge



DFGe (ml/min/1.73 m²)

^a D'après le Département de la santé publique de l'Alabama, 2007.^b Adapté d'après Go AS et al, 2004.¹⁰ IRC, insuffisance rénale chronique; CV, cardiovasculaire; DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé (ml/min/1.73 m²).

LA PRESSION MONTE DANS LES REINS – CELA PEUT ENTRAÎNER DES COMPLICATIONS.



Même si les patients IRC ne ressentent peut-être aucun symptôme à un stade précoce, la pression intraglomérulaire augmente.^{1,6,11} En l'absence de contrôle, cette pression peut causer des lésions irréversibles aux néphrons, entraînant une diminution de la fonction rénale, des complications et, qui peut en définitive affecter la qualité de la vie.^{1,2,9}



L'IRC a un effet multiplicateur en augmentant le risque d'autres maladies, et elle est souvent associée à d'autres pathologies.⁴ Par exemple, dans une étude américaine, les patients âgés atteints d'IRC avaient un risque de décès 13 fois supérieur avant d'atteindre le stade de l'insuffisance rénale terminale (IRT) et un risque de mortalité cardiovasculaire 6 fois plus important.^{10,11}

**«Au début, la maladie
est silencieuse.
On ne remarque rien.»**

Patient atteint d'IRC

N'ATTENDEZ PAS POUR PARLER DE L'IRC AVEC VOS PATIENTS.



Il n'est jamais facile d'annoncer un diagnostic «défavorable» à un patient. L'IRC ne fait pas exception. Très peu de patients comprennent la fonction des reins et ce que ce que signifie l'insuffisance rénale. Certains savent seulement que l'insuffisance rénale comporte un risque de dialyse. Mais vous pouvez donner de l'espoir à vos patients en intervenant précocement, ce qui permet de ralentir la progression de la maladie et de prolonger l'espérance de vie sans dialyse.

*«Jamais personne
ne m'a parlé de l'IRC.»*

Patient atteint d'IRC

DIMINUER LA PRESSION. DIAGNOSTIQUER ET DISCUTER.

Un diagnostic précoce est essentiel. Les outils nécessaires à ce diagnostic sont facilement accessibles. Le calcul du DFGe dans le cadre du bilan métabolique de vos patients peut vous aider à effectuer aisément le suivi de leur fonction rénale.

Vérifiez si les laboratoires d'analyses médicales avec lesquels vous travaillez calculent le DFGe pour vous. Les résultats des analyses peuvent facilement être communiqués à vos patients en termes de déclin de la fonction rénale.

Ce tableau illustre les 5 stades de l'IRC, allant d'une atteinte rénale légère aux stades 1 et 2, à une atteinte modérée aux stades 3A et 3B, une fonction rénale sévèrement diminuée au stade 4 et une insuffisance rénale terminale au stade 5.¹²

STADES		DFGe	% DE FONCTION RÉNALE	
STADE 1	Lésions rénales minimales avec un DFGe normal	90 ou plus	90% à 100%	
STADE 2	Lésions rénales avec un légère diminution du DFGe	60 à 89	60% à 89%	
STADE 3a	Diminution légère à modérée du DFGe	45 à 59	45% à 59%	
STADE 3b	Diminution modérée à sévère du DFGe	30 à 44	30% à 44%	
STADE 4	Diminution sévère du DFGe	15 à 29	15% à 29%	
STADE 5	Insuffisance rénale terminale	<15	<15%	

Adapté d'après la National Kidney Foundation..¹²

DIMINUER LA PRESSION. DIAGNOSTIQUER ET DISCUTER.

En complément du DFGe, le rapport albumine/créatinine urinaire (RACU) constitue un autre moyen de diagnostiquer ou de confirmer un diagnostic d'IRC. Sa détermination est nécessaire pour confirmer un diagnostic d'IRC de stade 2. Les recommandations KDIGO peuvent vous aider à effectuer le suivi et à évaluer les paramètres biologiques de vos patients afin de mieux déterminer la fréquence à laquelle ils doivent être dépistés (nombre de fois par an).^{13,14}

FRÉQUENCE DE SUIVI RECOMMANDÉE¹⁷

(Nombre de fois par an) par stade de DFGe
et catégorie d'albuminurie

				Catégories d'albuminurie persistante Description et fourchette de valeurs		
				A1	A2	A3
				Normale à légèrement 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
Stade d'IRC (DFGe) Description et fourchette de valeurs	1	Normal ou élevé	≥90	1 en présence d'IRC	1	2
	2	Légèrement diminué	60 - 89	1 en présence d'IRC	1	2
	3a	Légèrement à modérément diminué	45 - 59	1	2	3
	3b	Modérément à sévèrement diminué	30 - 44	2	3	3
	4	Sévèrement diminué	15 - 29	3	3	4+
	5	Insuffisance rénale terminale	≤15	4+	4+	4+

- Risque faible (en l'absence d'autres marqueurs de maladie rénale, absence d'IRC)
- Risque modérément accru
- Risque modérément à sévèrement accru
- Risque élevé
- Risque très élevé

Les patients ayant un DFGe normal, mais une albuminurie sévèrement augmentée (> 300 mg/g) présentent toujours un risque d'atteinte de la fonction rénale¹³

KDIGO recommande d'orienter ces patients vers un néphrologue en raison d'une IRC avancée¹⁴

FACTEURS DE RISQUE DE L'IRC

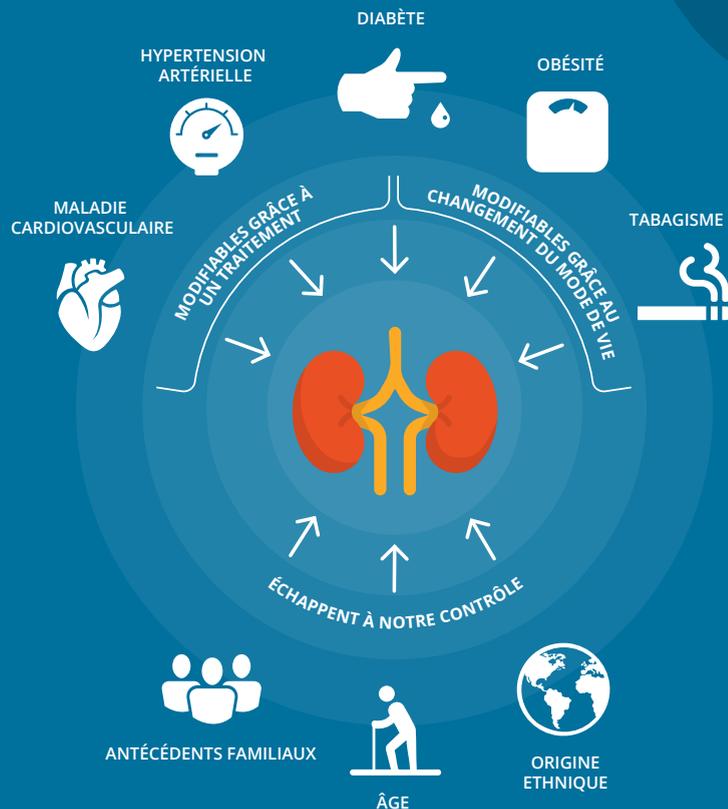
Bien que l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires soient les facteurs de risque d'IRC les plus fréquents, il en existe d'autres – certains sont modifiables et d'autres pas.⁶⁻⁸ Les patients qui remplissent un ou plusieurs de ces facteurs présentent un risque élevé d'IRC; ils doivent donc être dépistés régulièrement.^{4,8}

Les comorbidités, l'origine ethnique et certains facteurs socio-économiques, peuvent avoir une incidence sur le risque d'un patient de développer une IRC.^{7,8,15,16}

Par exemple, les Asiatiques du Sud-est et les Afro-Américains présentent un risque accru d'IRC.^{4,16,17} Les raisons de ce phénomène ne sont pas complètement élucidées, mais le DT2 et l'hypertension artérielle jouent un rôle.^{1,7,16,17} En outre, la néphropathie à IgA, une maladie auto-immune, est plus courante chez les patients en Asie.^{16,18} Dans cette population de patients, un dépistage effectué à l'aide du RACU est recommandé en complément du DFGe.¹⁷

Chez les personnes ayant une ascendance africaine récente à la fois dans les populations américaines et subsahariennes, on estime que les variants du gène APOL1 sont à l'origine d'une augmentation de 15 % du risque d'IRC au cours de la vie.¹⁹ Les Afro-Américains ont environ 3 x plus de risque de développer une insuffisance rénale terminale que les Caucasiens, ce qui s'explique en partie par des comorbidités et des facteurs socio-économiques.⁸

FACTEURS DE RISQUE DE L'IRC



Les facteurs de risque sont classés par catégorie sur le schéma ci-contre: certains ne peuvent pas être modifiés, tandis que d'autres peuvent être pris en charge grâce à un traitement et un changement du mode de vie.²⁰

DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé (ml/min/1.73 m²); RACU, rapport albumine/créatinine urinaire.

VOS PATIENTS COMPTENT SUR VOUS. DIAGNOSTIQUEZ L'IRC PRÉCOCEMENT.

Vous contrôlez déjà la tension artérielle, la glycémie et les taux de cholestérol de vos patients. **Pourquoi ne pas accorder également une priorité majeure à leur fonction rénale?** L'IRC est un problème tout aussi urgent et poser un diagnostic aux stades les plus précoces est essentiel.^{1,5}

Comme l'IRC est une maladie évolutive qui ne provoque souvent aucun symptôme avant un stade avancé, beaucoup de patients ignorent qu'ils en sont atteints jusqu'à ce que l'insuffisance rénale terminale soit imminente.⁴

Mais en intervenant précocément, vous pouvez contribuer à retarder la progression de la maladie, en préservant la fonction rénale et la qualité de vie.^{1,2,5}

Alors, dépistez vos patients régulièrement, en particulier ceux qui sont à haut risque. Effectuez un suivi de leurs paramètres rénaux – cela pourrait faire toute la différence.



AVEC LE SOUTIEN DE LA



European Renal Association –
European Dialysis and Transplant Association



Primary Care Diabetes Europe



Société suisse des patients
insuffisants rénaux
www.maladierenale.ch

Références: 1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, Lancet, 2020;395(10225):709–733. 2. Ravera M, Noberasco G, Weiss U, et al. CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population. Am J Kidney Dis. 2011;57(1):71–77. 3. Ryan TP, Sloand JA, Winters PC, Corsetti JP, Fisher SG. Chronic kidney disease prevalence and rate of diagnosis. Am J Med. 2007;120(11):981–986. 4. NIH NIDDK. Kidney Disease Stats. December 2016. Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/kidney-disease>. 5. Alabama Department of Public Health. Special Task Force on Chronic Kidney Disease report. Publié en avril 2007. Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.alabamapublichealth.gov/publications/assets/kidneydiseasereport.pdf>. 6. Ghaderian SB et al. The role of diabetes mellitus and hypertension in chronic kidney disease. J Renal Inj Prev. 2014;3(4):109–110. 7. Couser WG et al. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. Kidney Int. 2011;80(12):1258–1270. 8. National Kidney Foundation. Kidney disease: the basics. Factsheet. Publié le 14 mai 2020. Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.news/newsroom/factsheets/KidneyDiseaseBasics>. 9. Schnaper HW. Remnant nephron physiology and the progression of chronic kidney disease. Pediatr Nephrol. 2014;29(2):193–202. 10. Go Alan S et al. Chronic Kidney Disease and the Risks of Death, Cardiovascular Events, and Hospitalization. N Engl J Med 23 September 2004; 351:1296–1305. 11. Dalrymple LS et al. Chronic kidney disease and the risk of end-stage renal disease versus death. J Gen Intern Med. 2011;26(4):379–385. 12. National Kidney Foundation. Estimated glomerular filtration rate (eGFR). Publié le 14 septembre 2020. Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.kidney.org/atoz/content/gfr>. 13. National Kidney Foundation. Kidney failure risk factor: urine albumin-to-creatinine ratio (UACR). Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.kidney.org/content/kidney-failure-risk-factor-urine-albumin-to-creatinine-ratio-uacr>. 14. Levin A et al. Summary of KDIGO 2012 CKD Guideline. Kidney Int. 2014;85(1):49–61. 15. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Race, ethnicity, & kidney disease. March 2014. Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/race-ethnicity>. 16. National Kidney Foundation. IgA Nephropathy. Publié le 15 juin 2020. Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.kidney.org/atoz/content/iganeph>. 17. Kataoka-Yahiro M et al. Asian Americans & chronic kidney disease in a nationally representative cohort. BMC Nephrol. 2019;20(1):10. 18. Prakash S et al. Continental variations in IgA nephropathy among Asians. Clin Nephrol. 2008;70(5):377–384. 19. Dummer Patric D et al. APOL1 kidney disease risk variants – an evolving landscape. Semin Nephrol 2015 May; 35(3):222–236. Dernier accès le 1^{er} février 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562465/>. 20. Braun LA et al. High burden and unmet patient needs in chronic kidney disease. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2012;5:151–63.



AstraZeneca AG, Neuhofstrasse 34, 6340 Baar, www.astrazeneca.ch

