



WWW.BIOEXCEL.FR

Rédaction : Dr G. JACOB  
Médecin biologiste  
geraldine.jacob@bioexcel.fr

## Newsletter #25

### MALADIE RENALE CHRONIQUE(MRC): DEPISTER ET PREVENIR LES COMPLICATIONS

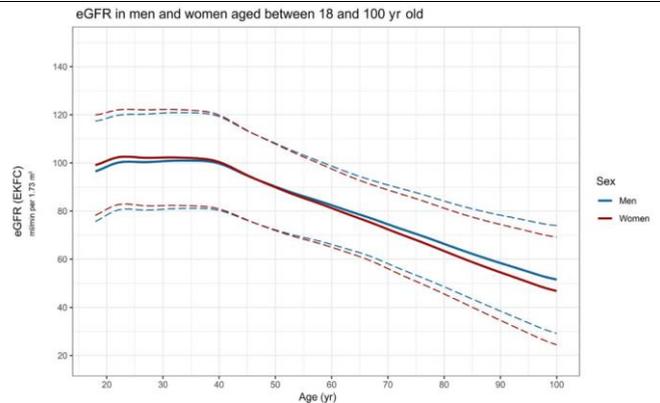
La MRC est une pathologie fréquente et d'installation silencieuse. 1 patient sur 4 de plus de 65 ans est concerné. Une prise en charge active permet d'éviter la progression de la MRC vers les stades avancés et prévient les complications cardio-vasculaires. Le point sur les nouveautés parues au JO en mai dernier.

#### Dépistage et suivi de la néphropathie DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE

##### 5 stades de la MRC :

- Stade 1 : DFGe normal ( $\geq 90$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>)
- Stade 2 : DFGe de 60 à 89 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Stade 3a : DFGe de 45 à 59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Stade 3b : DFGe de 30 à 44 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Stade 4 : DFGe de 15 à 29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Stade 5 : DFGe  $< 15$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

Les stades 1 et 2 évoquent une MRC si un ou plusieurs marqueurs d'atteinte rénale associés et persistant  $> 3$  mois (albuminurie, hématurie, leucocyturie ou anomalie morphologique rénale).



##### DFGe « normal pour l'âge »

La décroissance annuelle physiologique attendue du DFGe est de 1 mL/min/1,73m<sup>2</sup> après 40 ans.

#### PROTEINURIE

**Protéinurie : rapport protéinurie/créatininurie (RPC)**

**Albuminurie : rapport microalbuminurie/créatininurie (RAC)**

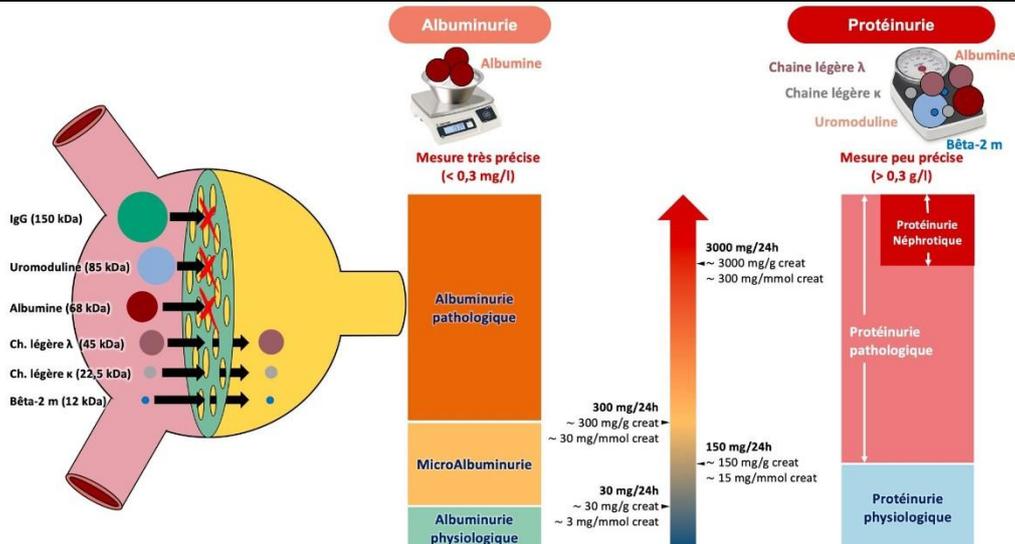
⇒ **Meilleure sensibilité du RAC pour détecter stade précoce de MRC (+ ROSP)**

« Reflet souffrance micro angiopathique diffuse »

- Marqueur d'atteinte d'organe cible dans HTA
- Risque de survenue de mortalité toutes causes, mortalité cardiovasculaire, IR terminale, progression de la MRC

##### Dans la population générale :

- une protéinurie avérée est prédictive d'insuffisance rénale
- la protéinurie **initiale** prédit la vitesse de dégradation de la fonction rénale



## Qui dépister ?

Pathologies à risque rénal :



Mais aussi :

- Obésité > 30 kg/m<sup>2</sup>
- Maladie cardiovasculaire
- ATCD familiaux d'IRC (ex PKR)
- Uropathies obstructives
- Maladies de système/auto-immunes (ex: myélome, lupus, amylose)
- Médicaments néphrotoxiques (ex AINS, COXIB, Li, PCI ...)
- ATCD d'insuffisance rénale aiguë

## Comment bien rédiger la prescription de dépistage de la MRC ?

**Prise de sang :**  
**Créatininémie + DFG**

### Prélèvement d'urine sur échantillon :

- **Ratio albuminurie/créatininurie**

**Intérêt d'écrire en toute lettre qu'un prélèvement d'urine est requis**

=> Difficulté à obtenir parfois le prélèvement d'urine quand il n'est pas anticipé par le patient (récupération flacon ou arrivée au labo sans avoir uriné au préalable+++)

## Quand adresser au néphrologue ?

Intérêt de **cibler** les patients en stade avancé ou en forme rapidement progressive

**Adressage immédiat** si stade 3b, 4 ou a fortiori 5, RAC > 500 mg/g ou DFG < 20 mL/min/1.73m<sup>2</sup> chez le sujet âgé et/ou si déclin rapide (>5ml/an) ou si hématurie/leucocyturie (cause glomérulaire) ou si MRC héréditaire ou déjà compliquée (hyperkaliémie, anémie,...).

Pour les autres patients :

Deux outils de stratification du risque sont à disposition :

- **Score de risque rénal (SRR) ou KFRE**
- **Matrice KDIGO**

## Score SRR

Score prédisant chez un patient atteint de MRC le risque **d'évoluer à 5 ans vers un stade terminal nécessitant dialyse/greffe**

(publication Tangri & al JAMA 2016, 31 cohortes internationales, 721000 patients)

Le score s'établit sur 4 critères :

Calcul sur <https://kidneyfailurerisk.com/>

- L'âge et le sexe
- Le **DFGe** (score valide **uniquement** si DFGe < 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>)
- Le **rapport albuminurie/créatininurie** (RAC)

## Compte rendu BIOEXCEL d'une interprétation de SRR / KFRE

Estimation du risque évolutif d'une maladie rénale chronique (MRC) à :	Score de Risque Rénal (SRR) ou KFRE		
2 ans			>10%
5 ans	<3%	>3%	
Conduite à tenir	Mesures néphro-protectrices : règles hygiéno-diététiques, éviction des médicaments néphro-toxiques, adaptation thérapeutique	Consultation néphrologique souhaitable	Consultation néphrologique indispensable, parcours de soin multidisciplinaire



## Matrice KDIGO

Risque de progression de la MRC, de morbidité et de mortalité en fonction du DFG et de l'albuminurie

Stade	Description	DFG (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	RAC Rapport albuminurie / créatininurie		
			A1 Normale à légère < 30 mg/g < 3 mg/mmol	A2 Modérée 30 à 299 mg/g 3 à 29 mg/mmol	A3 Sévère ≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
G1	MRC à fonction rénale normale	≥ 90	●	●	●
G2	Insuffisance rénale légère	60-89	Surveiller	Traiter	Traiter et adresser au néphrologue
G3a	Insuffisance rénale légère à modérée	45-59	Traiter	Traiter	●
G3b	Insuffisance rénale modérée à sévère	30-44	Traiter	●	Traiter et adresser au néphrologue
G4	Insuffisance rénale sévère	15-29	●	Traiter et adresser au néphrologue	Traiter et adresser au néphrologue
G5	Insuffisance rénale terminale	< 15	Traiter et adresser au néphrologue		

- Faible risque (en l'absence d'autres marqueurs de maladies rénales)
- Risque modéré
- Haut risque
- Très haut risque
- ☐ Zone du médecin généraliste

## Bilan complémentaire devant une MRC débutante sans orientation

### Bilan sanguin

- NFS + ionogramme sanguin complet + glycémie

### Bilan urinaire

- ECBU (recherche hématurie, leucocyturie)

### Echographie rénale

## A retenir :

- Déclin **physiologique** de la fonction rénale
- **Savoir repérer les valeurs trop faibles de DFG en fonction de l'âge et/ou les déclin rapides** dans le temps et **prescrire dans ce cas un RAC d'exploration** : meilleure sensibilité que le ratio P/C pour détecter stade précoce de MRC et risque cardio vasculaire associé.
- **Patients à risque**: essentiellement **diabétiques et hypertendus** : selon une estimation de 2023 en région Occitanie, seuls 45 % des personnes diabétiques et 30 % des personnes hypertendues bénéficient d'un RAC chaque année.
- **Intérêt de noter explicitement** sur la prescription et d'annoncer oralement au patient qu'un **échantillon d'urine va être nécessaire ainsi que son importance. Privilégier le recueil sur échantillon plutôt que sur urine de 24H (HAS). En cas de prélèvement à domicile, prévenir le patient qu'il peut se procurer un flacon de recueil en pharmacie ou au laboratoire.**
- Intérêt de **cibler et d'adresser** les patients en stade avancé ou en forme rapidement progressive au **néphrologue** (aide via outils score SRR et matrice KDIGO)

### Calcul du score SRR/KFRE

<https://kidneyfailurerisk.com/>

## Pour aller plus loin :

### **Bien maîtriser la maladie rénale chronique pour agir tôt.**

*La Revue du Praticien. Juin 2024 ; Tome 74 ; N°6*

Rapport albuminurie/protéinurie : oui, mais pourquoi ? 02/01/2025

Enquête *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 20(3):p 367-376, March 2025.

Haute Autorité de Santé - Guide du parcours de soins Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC) :

Avis n° 2023.0034/AC/SEAP du 27 septembre 2023 du collège de la Haute Autorité de santé

Décision du 22 avril 2025 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

En pratique :

- Standardisation des dosages urinaires : **toute protéinurie prescrite donne lieu au dosage du RPC** (rapport protéinurie/créatininurie)
- Abandon de la formule Cockcroft-Gault et MDRD
- **Courbe annuelle de l'évolution du DFG** pour mettre en évidence les déclin de DFGe
- **Intégration du score SRR** (Score de Risque Rénal) ou **KFRE** (Kidney Failure Risk Equation)

The KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease (CKD)

Dépliant de sensibilisation édité par Francerein.org / Conseil National Professionnel de Néphrologie (CNP) et le Collège de la Médecine Générale (CMG)