



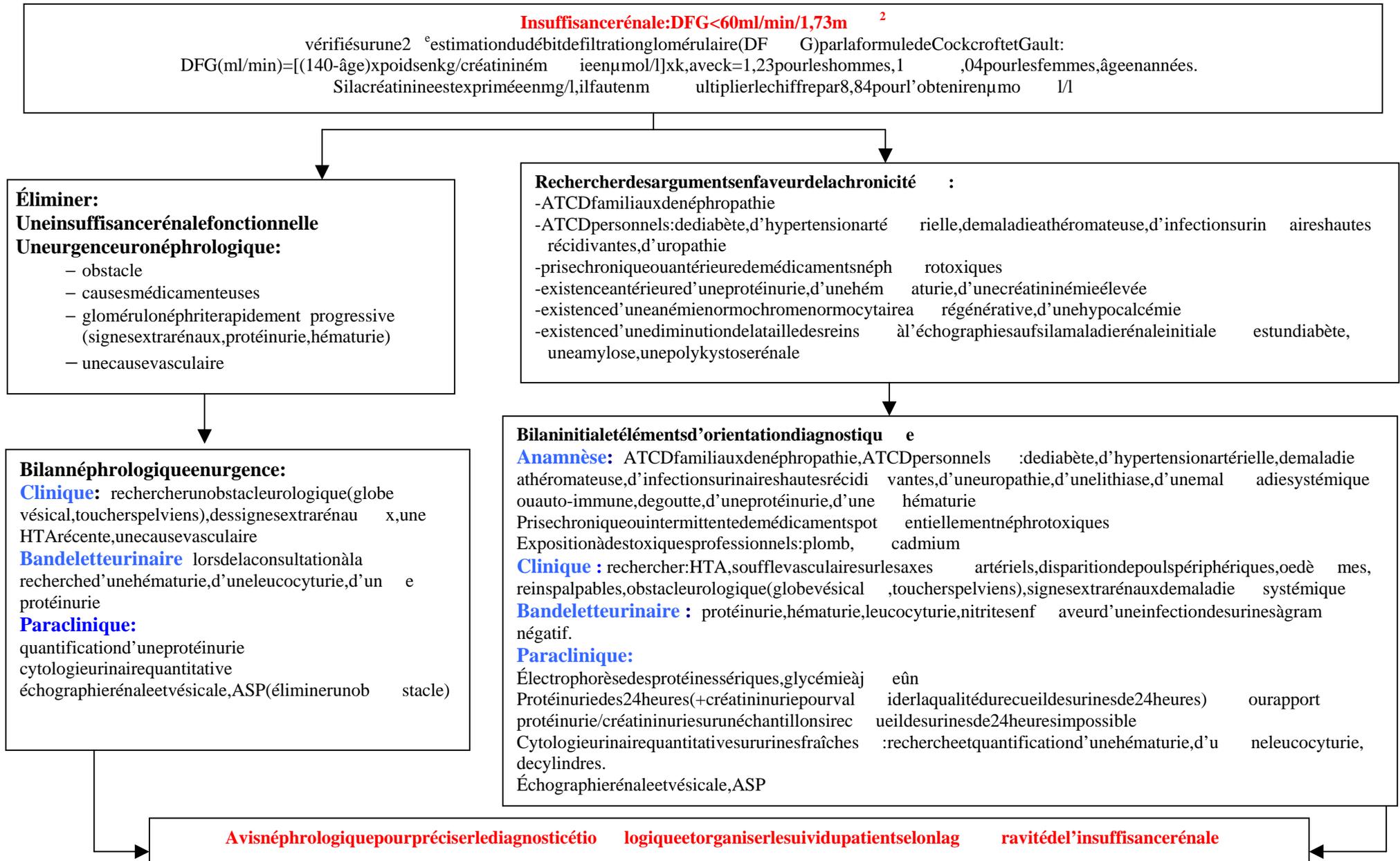
A g e n c e **N** a t i o n a l e
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte

Synthèse des recommandations

Septembre 2002

Service des recommandations et références professionnelles



Classification proposée de maladie rénale chronique et de sévérité d'insuffisance rénale

Stades	Définitions	DFG (ml/min/1,73m ²)
1	Maladie rénale chronique avec DFG ≥ 60	≥ 60
2	Insuffisance rénale modérée	30-59
3	Insuffisance rénale sévère	15-29
4	Insuffisance rénale terminale	< 15 ou [†] traitement de suppléance (dialyse ou transplantation)

* anomalies rénales biologiques et/ou histologiques et/ou morphologiques
[†] Les recommandations de l'ANAES de 1996: «indicateurs de l'insuffisance rénale chronique» sont cités dans l'ouvrage de référence: «Le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, soit habituellement lorsqu'il est clair que la créatinine atteint 5ml/min, le traitement doit être débuté».

Définition des marqueurs d'atteinte rénale: protéinurie, microalbuminurie chez diabétique de type 1, hématurie, leucocyturie, anomalies morphologiques

Albuminurie normale < 30mg/24heures
Microalbuminurie: 20-200µg/min ou 30-300mg/24heures
 ou rapport albuminurie sur créatininurie > 2mg/mmol
Protéinurie > 300mg/24heures ou: rapport protéinurie/créatininurie > 200mg/g
Hématurie pathologique: GR > 10/mm³ ou 10000/ml
Leucocyturie pathologique: GB 10/mm³ ou 10000/ml
Anomalies morphologiques à l'échographie rénale: asymétrie de taille, contours bosselés, reins de petite taille ou gros reins polycystiques, néphrocalcinose, calcul, hydronéphrose

Quelques fois le DFG, la persistance pendant plus de 3 mois de marqueurs d'atteinte rénale témoigne d'une maladie rénale qui impose un diagnostic étiologique et/ou une surveillance néphrologique.

Orientation du diagnostic étiologique devant une insuffisance rénale chronique

Néphropathie glomérulaire
Arguments cliniques:
 HTA, oedèmes, ATCD de protéinurie, d'hématurie
Arguments paracliniques:
 Protéinurie > 3g/24h ou > 300mg/mmol de créatinine
 Protéinurie associée à une hématurie et/ou cylindres hématiques
 Reins asymétriques, contours réguliers
 Atrophie harmonieuse à un stade évolué

Néphropathie tubulo-interstitielle
Arguments cliniques:
 HTA absente ou modérée et tardive
 ATCD d'infections urinaires hautes récidivantes, uropathie, goutte, maladie métabolique
Arguments paracliniques:
 Protéinurie de faible débit (souvent < 1g/24h)
 Leucocyturies sans germes
 Cylindres leucocytaires
 Atrophie rénale asymétrique, contours bosselés

Atteinte vasculaire parenchymateuse
Arguments cliniques:
 HTA ancienne
 Facteurs de risque cardiovasculaire
Arguments paracliniques:
 Protéinurie faible
 Reins détaillés asymétriques

Atteinte réno-vasculaire
Arguments cliniques:
 HTA sévère résistante à une bithérapie synergique
 Souffle vasculaire
 Facteurs de risque cardiovasculaire
Arguments paracliniques:
 Protéinurie faible
 Reins détaillés asymétriques (petit rein induit de la sténose)

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

1. La fonction rénale est appréciée par l'évaluation du débit de filtration glomérulaire (DFG). En pratique clinique courante utiliser la formule de Cockcroft et Gault pour estimer le DFG chez tous les patients.
2. Il est recommandé au biologiste de donner une estimation du DFG par la formule de Cockcroft et Gault pour chaque demande de créatininémie.
3. Quel que soit le DFG, la persistance pendant plus de 3 mois de marqueurs biologiques d'atteinte rénale (protéinurie, leucocyturie, hématurie, microalbuminurie chez le diabétique de type 1) et/ou d'anomalies morphologiques témoigne d'une maladie rénale qui impose un diagnostic étiologique (prendre un avis néphrologique) et/ou une surveillance néphrologique..
4. Un DFG < 60 ml/min/1,73 m² est une insuffisance rénale indiscutable qu'il y ait ou non des marqueurs d'atteinte rénale associés (biologiques et/ou morphologiques et/ou histologiques).
5. Lors de la découverte d'une insuffisance rénale, confirmer la réalité de l'insuffisance rénale, éliminer une insuffisance rénale aiguë et affirmer le caractère chronique, préciser le diagnostic étiologique (prendre un avis néphrologique).
6. Une estimation du DFG par la formule de Cockcroft et Gault (au mieux normalisée) est recommandée:
 - chez les patients ayant une anomalie rénale,
 - chez des patients ayant un risque de maladie rénale (notamment diabète, hypertension),
 - dans certaines circonstances (prescription d'aminoside, de chimiothérapie néphrotoxique, sujet âgé > 75 ans avant la prescription de médicaments à élimination rénale),
 - devant des anomalies cliniques ou biologiques extra-rénales (anémie normochrome, normocytaire arégénérative, troubles digestifs, anomalies du métabolisme phosphocalcique cliniques ou biologiques).
7. Une recherche de microalbuminurie est recommandée chez le patient diabétique de type 1 et 2 si la recherche de la protéinurie est négative à la bandelette urinaire.
8. Une recherche de protéinurie à la bandelette urinaire est recommandée chez les diabétiques une fois par an et les hypertendus une fois tous les 5 ans lorsque la première recherche est négative, complétée par un dosage de la protéinurie des 24 heures en cas de positivité.
9. Une recherche de protéinurie et d'hématurie est recommandée en présence d'œdèmes, lors de la suspicion d'une gammapathie monoclonale, dans le suivi des maladies inflammatoires chroniques et lors de la découverte d'un DFG inférieur à 90 ml/min/1,73 m².