

Algorithme clinique de la Trousse à outils KidneyWise

Introduction

La **Trousse à outils KidneyWise** (KidneyWise) est destinée à fournir des conseils aux fournisseurs de soins primaires sur l'identification et la gestion de la maladie rénale chronique (MRC) chez les adultes. KidneyWise permet également de préciser les personnes QUI sont susceptibles de bénéficier d'une orientation vers un néphrologue. KidneyWise n'est pas approprié pour le diagnostic ou le traitement des lésions rénales aiguës.

Ces critères d'orientation sont des recommandations. Certains patients qui ne répondent pas aux critères d'orientation peuvent néanmoins bénéficier de conseils en néphrologie. Les fournisseurs de soins primaires peuvent demander l'orientation d'un patient qui ne répond pas aux critères d'orientation énoncés ci-dessous. On encourage les fournisseurs de soins primaires à envisager d'utiliser le service provincial eConsultation s'ils souhaitent obtenir d'autres conseils sur la gestion des patients. Pour plus de renseignements sur eConsultation, veuillez consulter le site Web <https://econsultontario.ca/>.

Le Réseau rénal de l'Ontario, une agence du gouvernement provincial, maintenant entité de Santé Ontario, est chargé de la supervision et du financement de la prestation des services liés à la MRC partout en Ontario. En établissant des normes et des directives uniformes fondées sur les meilleures données probantes disponibles, ainsi que des systèmes d'information qui mesurent le rendement, le Réseau rénal de l'Ontario appuie un système de soins rénaux en Ontario en constante amélioration.

Veuillez consulter le site Web KidneyWise.ca pour de plus amples renseignements ainsi que des documents supplémentaires énumérés dans le tableau 1. Pour des renseignements sur l'Équation du risque d'insuffisance rénale (ERIR), veuillez consulter le site Web ontariorenalnetwork.ca/en/kidney-care-resources/clinical-tools/primary-care/kfre

Tableau 1 : Documents disponibles sur KidneyWise.ca

Trousse à outils KidneyWise	Documents de sensibilisation pour les fournisseurs de soins primaires	Documents pour les patients
- Algorithme clinique - Formulaire d'orientation en néphrologie - Résumé des données probantes	- Présentations des fournisseurs - Fiche d'information sur l'accès aux médicaments	- Fiche d'information pour les patients sur le dépistage de la MRC - Fiche d'information sur la santé des personnes noires et la MRC - Fiche d'information sur la santé des Autochtones et la MRC - Fiche d'information sur les médicaments inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)

Avertissement : La Trousse à outils clinique KidneyWise (« Trousse à outils ») a été créée par le Réseau rénal de l'Ontario, une entité de Santé Ontario. La Trousse à outils est sujette à des changements, des révisions ou des reformulations de temps à autre, sans préavis. La Trousse à outils est destinée à être utilisée par des professionnels de la santé. Elle ne remplace pas un jugement clinique indépendant. Les médecins et d'autres professionnels de la santé utilisant la Trousse à outils devraient toujours exercer leur propre jugement clinique lorsqu'ils prennent des décisions médicales. Si vous n'êtes pas un professionnel de la santé, alors vous utilisez la Trousse à outils à vos propres risques. Elle n'est pas destinée à constituer un avis médical ou un diagnostic professionnel, et ne doit pas être considérée comme telle. N'ignorez jamais les conseils médicaux professionnels et ne retardez pas la demande de ceux-ci en raison de quelque chose que vous avez lu sur ce site Web. En accédant à la Trousse à outils ou en l'utilisant, vous acceptez les Modalités. © 2025 Santé Ontario, tous droits réservés.

Algorithme clinique KidneyWise

Avertissement : Cet outil n'est pas approprié pour le diagnostic ou le traitement des lésions rénales aiguës

DÉTERMINER les populations à risque élevé de MRC

- Les membres des Premières Nations, les Inuits, les Métis, ou les Autochtones en milieu urbain, les personnes noires vivant en Ontario, ou les personnes atteintes de diabète sucré **devraient faire l'objet d'un dépistage annuel**
- Les personnes atteintes d'hypertension, de maladies cardiovasculaires, ou ayant un parent de premier degré atteint de maladie rénale terminale (MRT) **devraient se faire dépister tous les deux à trois ans dans le cadre des examens de santé périodiques.**

Voir « Identification des populations à risque élevé de MRC » dans la présente Trousse pour d'autres conseils

MESURER le DFG_e et le RAC dans l'urine

- Si DFG_e < 60, mesurez à nouveau dans 3 mois
- Si le RAC dans l'urine ≥ 3, mesurez à nouveau 1 ou 2 fois au cours des 3 prochains mois (résultat anormal : au moins 2 des 3 résultats ≥ 3)
- Reprenez les mesures plus tôt s'il y a des préoccupations cliniques concernant un des tests (DFG_e très faible ou en baisse rapide, RAC très élevé ou augmentation rapide)

La détection de la MRC devrait se faire en l'absence de maladie intercurrente aiguë ou de maladie spontanément résolutive. Examinez les causes réversibles avant de mesurer à nouveau (p. ex. les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les produits de contraste iodés intravasculaires parfois utilisés en imagerie diagnostique, hypertrophie bénigne de la prostate/rétention urinaire).

CONFIRMER le diagnostic de MRC après 3 mois

DFG_e ≥ 60 et RAC dans l'urine < 3

Mesurer à nouveau en fonction des intervalles de dépistage fournis ci-dessus, à moins que les circonstances cliniques n'indiquent le contraire

DFG_e 30–59 ou RAC dans l'urine 3–30 chez les personnes sans diabète ou RAC 3–60 chez les personnes diabétiques

La personne a une MRC

Surveiller dans les soins primaires

Vérifier les électrolytes et l'urine R+M

Suivre le DFG_e et le RAC dans l'urine tous les 6 mois

- ↳ Si le DFG_e reste stable pendant 2 ans, suivez les deux mesures chaque année
- ↳ Si l'un des éléments suivants, **orienter vers un néphrologue**, fournissez les antécédents médicaux et les valeurs de laboratoire avec les tendances du RAC dans l'urine, du DFG_e, et des PA :
 - Un changement dans l'ERIR, le DFG_e ou le RAC sur 5 ans qui répond à l'un des critères énoncés à droite
 - DFG_e < 45 et baisse rapide de > 5 mL/min en 6 mois, répété dans 2 à 4 semaines

Équation du risque d'insuffisance rénale (ERIR) sur 5 ans ≥ 5 % ou DFG_e < 30 ou RAC dans l'urine > 30 chez les personnes sans diabète ou RAC > 60 chez les personnes diabétiques

La personne a une MRC

Vérifier les électrolytes et l'urine R+M

Vérifier le FSC, le calcium, le phosphate et l'albumine

Orienter vers un néphrologue fournir les antécédents médicaux et la liste des médicaments. Assurez-vous d'inclure des renseignements sur les comorbidités et les valeurs de laboratoire avec les tendances du RAC dans l'urine, du DFG_e et des PA

GÉRER en soins primaires

- Gérer l'hypertension
- Réduire les facteurs de risque
- Ralentir la progression de la MRC
- Réduire au minimum d'autres lésions rénales

Voir « Gérer les patients atteints de MRC en soins primaires » dans la présente Trousse à outils pour d'autres conseils

Renseignements supplémentaires

Identification des populations à risque élevé de MRC

Déterminer les populations à risque élevé de MRC

Tableau 2 : Recommandations de dépistage pour les populations à risque élevé de MRC

Groupes à risque élevé	Âge pour commencer le dépistage	Intervalle de dépistage
Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones vivant en milieu urbain	≥ 18 ans.	Mesurer à nouveau chaque année
Personnes noires vivant en Ontario	≥ 40 ans.	Mesurer à nouveau chaque année
Diabète sucré	Évaluer le risque de MRC d'une personne au moment du diagnostic de diabète sucré, indépendamment de l'âge.	Mesurer à nouveau chaque année
Hypertension	Évaluer le risque de MRC d'une personne au moment du diagnostic d'hypertension, indépendamment de l'âge.	Envisager de mesurer à nouveau tous les 2 à 3 ans dans le cadre des examens de santé périodiques
Maladies cardiovasculaires	Évaluer le risque de MRC d'une personne au moment du diagnostic de maladie cardiovasculaire, indépendamment de l'âge.	Envisager de mesurer à nouveau tous les 2 à 3 ans dans le cadre des examens de santé périodiques
Parent du premier degré atteint de MRT	Il n'y a pas d'âge précis pour commencer le dépistage, car cela dépend des facteurs de risque individuels et des antécédents familiaux du patient. Envisager de dépister 10 ans avant l'âge auquel leur parent a développé une MRT.	Envisager de mesurer à nouveau tous les 2 à 3 ans dans le cadre des examens de santé périodiques

Facteurs supplémentaires à prendre en compte :

Âge : Il est reconnu que la prévalence de la MRC augmente considérablement avec l'âge. Envisager d'évaluer le DFG_e et le RAC dans l'urine chez les personnes de 60 ans et plus pour la MRC dans le cadre des examens de santé périodiques en fonction du jugement clinique.

Déterminants sociaux : Examiner comment les facteurs au-delà de la biologie contribuent aux disparités raciales, ethniques et autochtones en matière de santé, car ceux-ci peuvent influencer sur le risque qu'une personne développe une MRC. Ces facteurs comprennent, sans toutefois s'y limiter, des obstacles individuels (connaissance limitée, peur ou méfiance), des obstacles communautaires ou interpersonnels, des obstacles structurels, des facteurs sociaux ou historiques, le racisme structurel et les inégalités dans le système de santé.

Fragilisation : Les patients qui sont fragiles, en soins de longue durée, ou qui ont des comorbidités majeures peuvent ne pas bénéficier d'une orientation vers le néphrologue ou de la gestion de la MRC. Dans ces cas, les fournisseurs de soins primaires devraient utiliser leur jugement clinique pour décider s'ils doivent ou non dépister la MRC, même si le patient fait partie d'une population à risque élevé.

Autres occasions de détection de la MRC

Occasions de détection fortuite de la MRC

L'analyse d'urine (tests par bandelette urinaire) est couramment utilisée en réponse à des symptômes urinaires ou dans le cadre d'examens médicaux de routine. Dans de tels cas, l'analyse d'urine offre également une occasion de détection fortuite de maladie rénale chez les patients qui ne sont pas forcément à risque élevé de MRC. On encourage les fournisseurs de soins primaires à vérifier l'analyse d'urine pour des résultats positifs de présence de protéines et de sang, peu importe la raison pour laquelle une analyse d'urine a été demandée. L'analyse d'urine ne devrait pas être considérée comme un remplacement pour le dépistage du RAC et du DFGe chez les patients d'une catégorie de population à risque élevé de MRC.

Recommandations de suivi : Si l'analyse d'urine est positive pour la présence de protéines (c'est-à-dire que les résultats dépassent la quantité infime) ou de sang (les résultats dépassent la quantité infime), une analyse d'urine de suivi, une microscopie d'urine, un test de pression artérielle, un RAC dans l'urine et une créatinine sérique (DFGe) devraient être effectués dès que possible, et suivis environ 30 jours plus tard.

Utiliser les résultats du RAC et du DFGe pour gérer le patient ou l'orienter vers un néphrologue en fonction des recommandations de la présente Trousse à outils.

Si l'hématurie a été confirmée par la présence de globules rouges ≥ 3 et que les globules rouges par champ à fort grossissement (GR/CFG) une fois que les étiologies transitoires courantes ont été écartées, orienter vers un néphrologue si le patient répond à l'un des critères énoncés dans le tableau 3. Veuillez noter que certains patients peuvent nécessiter une orientation vers un urologue et un néphrologue. Veuillez consulter l'algorithme d'hématurie à la page suivante pour plus de renseignements.

Tableau 3 : Indications pour l'orientation des patients atteints d'hématurie vers un néphrologue chez les patients ayant des GR >3 GR/CFG.

**Veuillez noter que les patients peuvent nécessiter une orientation un néphrologue ou un urologue*

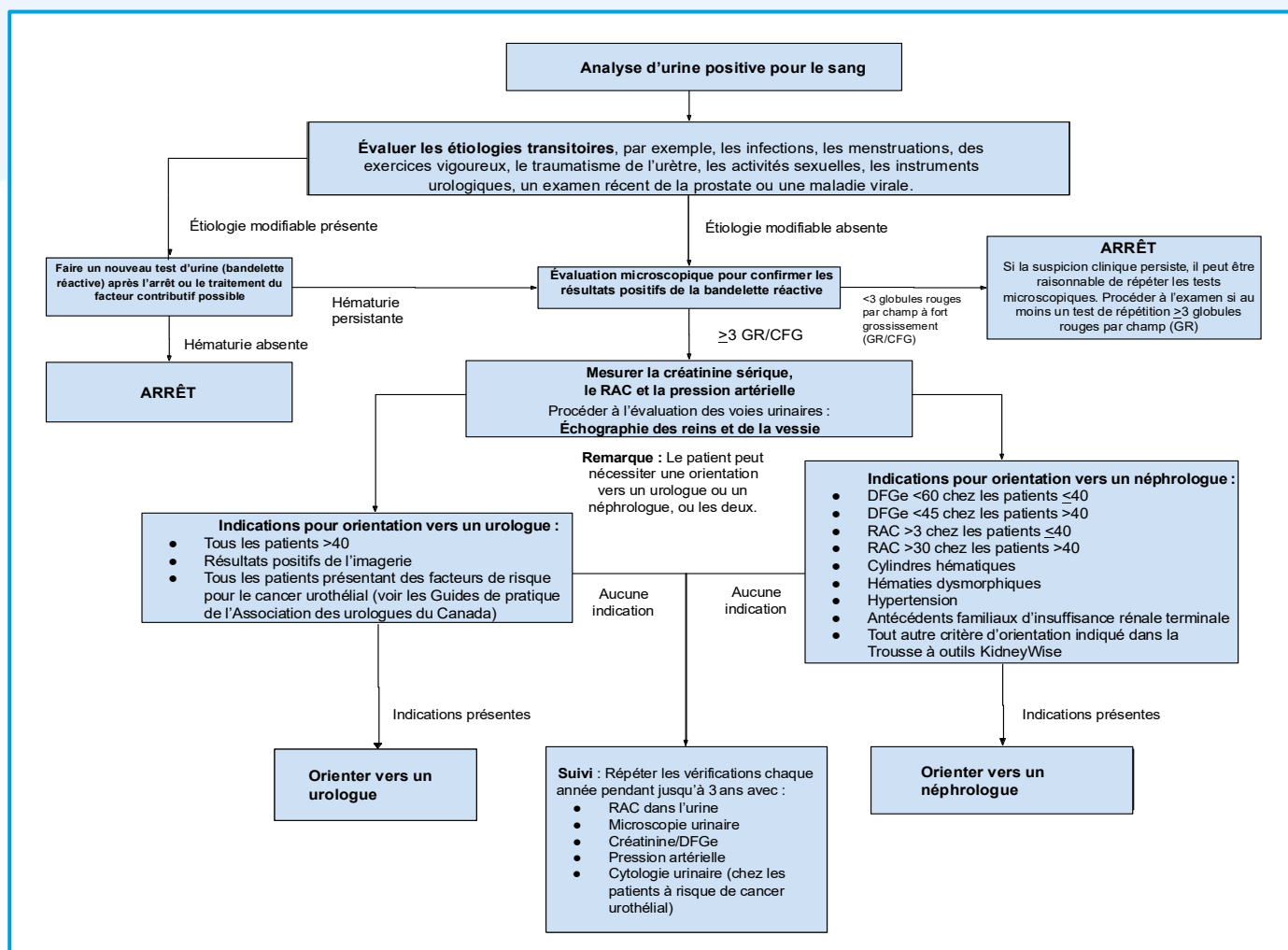
Critères où l'âge du patient ≤ 40	Critères où l'âge du patient >40
DFGe <60	DFGe <45
RAC >3	RAC >30
Cylindres hématiques	Cylindres hématiques
Hématies dysmorphiques	Hématies dysmorphiques
Hypertension	Hypertension
Antécédents familiaux de MRT	Antécédents familiaux de MRT
Tout autre critère d'orientation dans la Trousse à outils KidneyWise	Tout autre critère d'orientation dans la Trousse à outils KidneyWise

Indications supplémentaires pour orientation vers un néphrologue :

Une orientation vers un néphrologue est recommandée pour les indications suivantes, indépendamment du DFGe, du RAC ou de l'ERIR.

- Résistant (défini comme une PA élevée au-dessus de l'objectif malgré l'utilisation de 3 catégories d'antihypertenseurs ou plus en même temps) ou hypertension secondaire soupçonnée
- Glomérulonéphrite/vasculite rénale soupçonnée (voir l'algorithme de l'hématurie)
- Bilan métabolique pour calculs rénaux récurrents
- Trouble électrolytique cliniquement important

Algorithme d'orientation pour l'hématurie



Remarque : Il peut y avoir certains cas où les patients atteints d'hématurie isolée persistante peuvent bénéficier de conseils en néphrologie. On encourage les fournisseurs de soins primaires à envisager d'utiliser le service provincial eConsultation s'ils ne sont pas certains de devoir orienter un patient. Pour plus de renseignements sur eConsultation, veuillez consulter le site Web <https://econsultontario.ca/>.

Gestion des patients atteints de MRC en soins primaires

Changements du mode de vie : abandon du tabac, réduction de la consommation d'alcool, alimentation saine, régime à faible teneur en sel, activité physique d'intensité modérée, et maintien d'un poids santé

Gérer l'hypertension

- Cibler une PAS <120[^]
- Si RAC ≥ 3 , utilisez les iSRA (iECA/ARA) et ensuite d'autres antihypertenseurs au besoin
- Faites preuve de prudence lors du traitement des PAS pour atteindre la cible, et surveillez les effets indésirables. Une cible plus élevée (pression artérielle systolique [PAS] <140) peut être plus appropriée chez les personnes avec une fragilisation sévère, des résidents de SLD, une espérance de vie limitée (<3 ans), pression artérielle diastolique (PAD) <50, ou une hypotension orthostatique (PAS debout <110), et ceux avec un faible risque cardiovasculaire (PAS <130).

Gérer l'hyperlipidémie

Lancez la statine si :

- Âge ≥ 50 , ou
- Âge ≥ 18 avec diabète, maladie coronarienne connue, accident vasculaire cérébral antérieur, ou cote de risque de maladie cardiovasculaire sur 10 ans $> 10\%$

Gérer le diabète

Visez un HbA1c à un niveau approprié en utilisant les thérapies recommandées selon les lignes directrices de Diabetes Canada

Lancez un iSGLT2 si diabète de type 2 et DFG ≥ 20

Ralentir la progression de la MRC

Remarque : Les patients présentant un risque plus élevé d'événements cardiovasculaires et de progression vers la MRT peuvent bénéficier d'une introduction plus rapide des thérapies rénales que les délais recommandés ci-dessous. Les patients atteints de MRC qui sont par ailleurs stables bénéficieraient probablement d'une approche plus lente. Les risques globaux des patients et le niveau de fragilisation devraient être pris en compte pour déterminer les délais de lancement des traitements. Veuillez consulter un néphrologue si des conseils sont nécessaires pour un début de traitement plus rapide.

Lancez les iSRA (iECA/ARA) comme thérapie de première ligne si :

- RAC dans l'urine > 3 et diabète ou PA non à la cible
- Dans le contexte d'une hypotension symptomatique ou d'une hyperkaliémie incontrôlée, malgré un traitement médical, envisager de réduire la dose ou d'interrompre les iSRA

Lancez un iSGLT2 comme prochaine ligne de thérapie si le DFG ≥ 20 , et :

- Diabète de type 2, ou
- RAC dans l'urine ≥ 20 , ou
- Insuffisance cardiaque

Chez les personnes atteintes de diabète sucré, envisagez soit un ARM non stéroïdien, un GLP-1 RA, ou les deux en fonction des considérations supplémentaires

AMR* non stéroïdien :

- DFG ≥ 25 et RAC ≥ 3 et potassium $\leq 4,8$ mmol/l

**Les AMR non stéroïdiens sont prescrits en consultation avec un néphrologue ou un autre clinicien ayant de l'expérience dans le diagnostic et la gestion des patients atteints de MRC et de diabète de type 2.*

Agonistes du récepteur du GLP-1 :

- DFG > 25 et RAC > 10 malgré le traitement actuel avec (ou l'intolérance précédente aux) iSRA et iSGLT2, ou
- Incapable d'atteindre les cibles glycémiques malgré l'utilisation de la metformine et de l'iSGLT2 (ou intolérant un des médicaments)

[^]Veuillez noter que les Lignes directrices de pratique clinique de Diabetes Canada recommandent un objectif de PAS <130 pour gérer l'hypertension chez les personnes diabétiques.



De 1 à 2 mois



De 3 à 6 mois

Conseils utiles pour réduire les préjudices :

- Si DFGe < 60, évitez les néphrotoxines autant que possible (par exemple, anti-inflammatoires non stéroïdiens, les produits de contraste iodés intravasculaires).
- Si un contraste est nécessaire, envisagez l'hydratation orale, en évitant les diurétiques.
- De nombreux médicaments sont éliminés par les reins, et une utilisation inappropriée chez les patients ayant un DFGe réduit peut entraîner des dommages. Par exemple, le Baclofen a été associé à des résultats indésirables graves chez les personnes ayant une diminution de la fonction rénale. Il est essentiel de tenir en compte du fait que certains médicaments couramment prescrits peuvent nécessiter des ajustements posologiques ou devraient être évités complètement. Tenez compte du DFG lors du dosage des médicaments et envisagez d'inclure un DFGe récent sur les nouvelles ordonnances pour les patients ayant un DFGe <45.
- La créatinine sérique et le potassium doivent être vérifiés dans les 2 à 4 semaines suivant le début ou l'augmentation de la dose d'un iSRA, d'un iSGLT2 ou d'un ARM non stéroïdien.
- Les personnes atteintes de MRC sont plus susceptibles de subir des effets indésirables graves de nombreux médicaments. Tenez compte des facteurs individuels du patient, des avantages par rapport aux méfaits possibles, et utilisez la dose appropriée en fonction du niveau de fonction rénale de la personne.
- Les iSGLT2 peuvent augmenter le risque d'épuisement du volume, en particulier chez les personnes présentant des facteurs de risque supplémentaires comme le mauvais contrôle glycémique.

Annexe

Liste des acronymes utilisés dans cette ressource

- **GLP-1 RA**, agonistes du récepteur du peptide-1 de type glucagon
- **AINS**, anti-inflammatoires non stéroïdiens
- **ARM**, antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes
- **DFGe**, débit de filtration glomérulaire estimé
- **ERIR**, équation du risque d'insuffisance rénale
- **FSC**, formule sanguine complète
- **FSP**, fournisseur de soins primaires
- **GN**, glomérulonéphrite
- **GR**, globule rouge
- **HTN**, hypertension
- **IECA**, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- **ISGLT2**, inhibiteur du cotransporteur de sodium-glucose de type 2
- **MRC**, maladie rénale chronique
- **MRT**, maladie rénale terminale
- **PA**, pression artérielle
- **PMHX**, antécédents médicaux
- **RAC**, ratio albumine/créatinine **ARA**, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine
- **iSRA**, inhibiteurs du système rénine-angiotensine
- **SLD**, soins de longue durée