

Favoriser la participation à la recherche de haute qualité sur la MRC tout au long de la vie

1

Stratégie de traitement globale

Traiter les personnes atteintes de MRC avec une stratégie thérapeutique globale visant à réduire les risques de progression de la MRC et de ses complications associées, comprenant l'éducation, le mode de vie, l'exercice physique, l'arrêt du tabac, le régime alimentaire et les médicaments, lorsque cela est indiqué (Figure 1).

2

Régime alimentaire sain et diversifié

Adopter une alimentation saine et diversifiée, privilégiant les aliments d'origine végétale par rapport aux aliments d'origine animale et limitant les aliments ultra-transformés, peut contribuer à réduire les complications liées à la progression de la MRC telles que l'acidose, l'hyperkaliémie et l'hyperphosphatémie, avec un risque moindre de déperdition protéino-énergétique (Figure 1).

3

Individualiser le contrôle de la pression artérielle

Individualiser le traitement antihypertenseur et les objectifs tensionnels chez les personnes fragiles, présentant un risque élevé de chutes, une espérance de vie très limitée ou une hypotension orthostatique symptomatique (Figure 1).

4

iSRAA et iSGLT2

Les traitements néphroprotecteurs, dont l'efficacité à ralentir la progression de la MRC repose sur une base de preuves solide, incluent les iSRAA et les iSGLT2. Chez les personnes atteintes de MRC et d'insuffisance cardiaque, les iSGLT2 sont bénéfiques quel que soit le niveau d'albuminurie (Figure 1).

5

Modifications aiguës du DFG

Une baisse initiale du DFG est attendue après l'instauration des traitements avec effet hémodynamique, y compris les iSRAA et les iSGLT2. Une diminution du DFG $\geq 30\%$ par rapport à la valeur de base dépassant la variabilité attendue et doit faire l'objet d'une évaluation spécifique (Figure 2).

6

Maladie cardiovasculaire et imagerie

Estimer le risque cardiovasculaire à 10 ans à l'aide d'un outil validé intégrant la MRC, afin d'orienter le traitement de prévention des maladies cardiovasculaires. La MRC ne constitue pas une contre-indication à une prise en charge invasive chez les personnes présentant une maladie cardiaque aiguë ou instable. Les examens d'imagerie ne sont pas systématiquement contre-indiqués chez les personnes atteintes de MRC, les risques et bénéfices doivent être évalués individuellement. Les stratégies visant à réduire les risques liés aux examens d'imagerie utilisant des produits de contraste sont faciles à mettre en œuvre.

7

Effectuer une révision approfondie des médicaments

Effectuer régulièrement une vérification approfondie des médicaments, notamment lors des transitions de soins afin d'évaluer l'observance, la pertinence de poursuivre le traitement, et les interactions médicamenteuses potentielles, car les personnes atteintes de MRC suivent souvent des traitements complexes et sont suivies par plusieurs spécialistes (Figure 3). Limiter l'usage des médicaments en vente libre, de compléments alimentaires ou de remèdes à base de plantes potentiellement délétères. Les équations validées d'estimation du DFG utilisant la créatinine sont appropriées dans la plupart des situations pour ajuster les doses. Il convient de rappeler qu'une mesure validée du DFG reste la méthode la plus fiable.

8

Arrêt et reprise des traitements médicamenteux

Si des médicaments sont interrompus autour d'un épisode aigu, communiquer au patient concerné et aux professionnels de santé un plan clair concernant le moment de leur reprise à la personne concernée et aux professionnels de santé, et assurez-vous que cela soit consigné dans le dossier médical. L'absence de reprise de ces médicaments peut entraîner des complications involontaires.

9

Contrôle des symptômes dans la MRC

L'identification et l'évaluation des symptômes chez les personnes atteintes de MRC sont essentielles pour mettre en place des changements dans la prise en charge clinique, orienter le traitement vers une approche centrée sur le patient et favoriser la discussion sur les options de soins de support appropriées (Figure 4). Une communication efficace et une prise de décision partagée devraient être des principes fondamentaux entre les professionnels de santé et les patients, leur permettant d'identifier ensemble la charge symptomatique, les stratégies thérapeutiques possibles et des solutions centrées sur la personne.

10

Planification anticipée des soins

Les plans concernant les futurs états de santé doivent être convenus conjointement avec les personnes atteintes de MRC et leurs familles/aidants, et être connus de tous (Figure 5). La planification anticipée des soins est particulièrement importante pour ceux qui choisissent les soins de support (traitement conservateur).

Figure 1

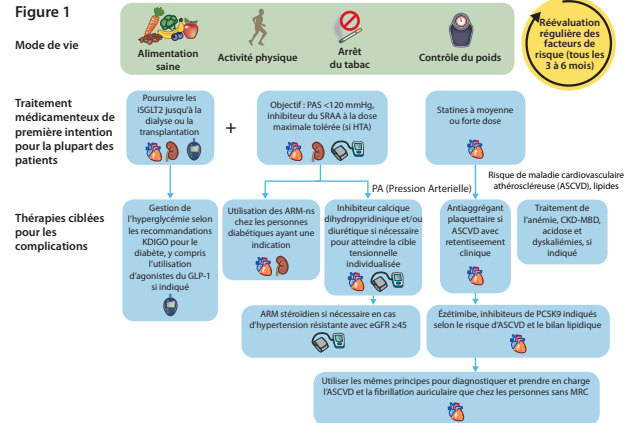


Figure 2

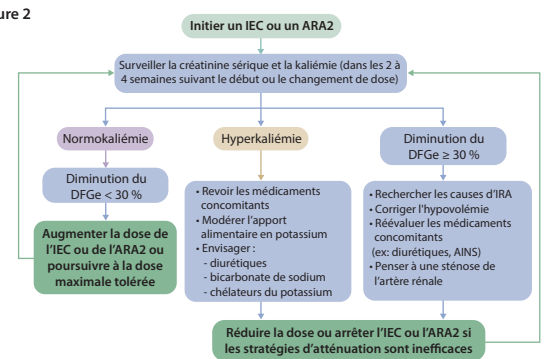


Figure 3

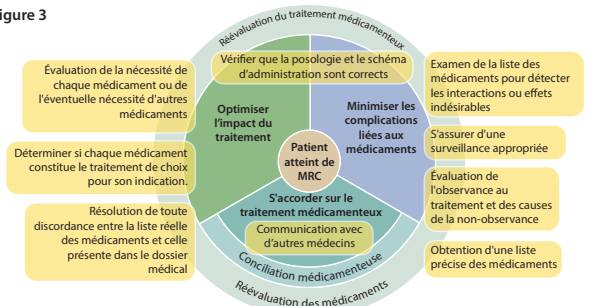


Figure 4

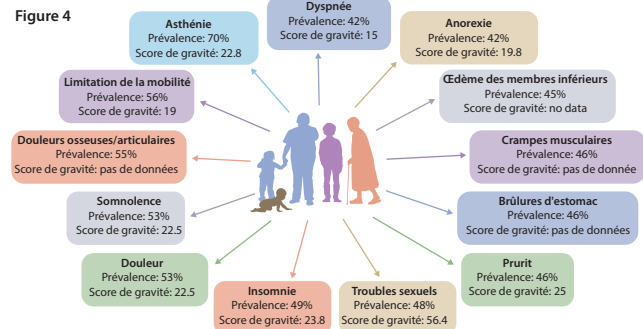
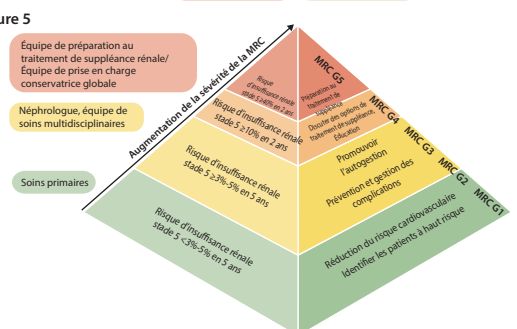


Figure 5



PA, pression artérielle; MRC, maladie rénale chronique; (e)DFG, débit de filtration glomérulaire (estimé); IEC, inhibiteurs du système rénine-angiotensine; CrS, créatinine sérique; SGLT2i, inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose-2; ASCVD, maladie cardiovasculaire athéroscléreuse ARMns: Antagoniste du récepteur minéralocorticoïde non-stéroïdien