

## PRISE EN CHARGE DU DIABETE AU LUXEMBOURG EN 2017

### FICHE 8 : DIAGNOSTIC, SUIVI ET TRAITEMENT DE LA NEPHROPATHIE LIEE AU DIABETE

La néphropathie chronique est diagnostiquée par la présence d'une excrétion élevée persistante d'albumine (albuminurie), un taux estimé de filtration glomérulaire abaissé et/ou d'autres manifestations d'atteinte rénale.

La néphropathie chronique attribuée au diabète survient chez 20 à 40 % des patients diabétiques.

La néphropathie liée au diabète se développe en général après une durée d'évolution d'au moins 10 années en cas de diabète de type 1, mais peut être présente dès le diagnostic en cas de diabète de type 2. Elle peut progresser jusqu'au stade d'insuffisance rénale chronique terminale et nécessiter la dialyse ou une transplantation rénale.

### Recommandations

#### Dépistage

---

- Au moins une fois par an, évaluer l'albumine urinaire par la mesure du rapport albumine urinaire/créatinine urinaire sur un échantillon d'urines du matin. Si le rapport est élevé une fois ( $\geq 30$  mg/g de créatinine), la mesure doit être répétée 2 à 3 fois dans les 3 à 6 mois suivants pour pouvoir affirmer le diagnostic,

**Remarque** : la bandelette urinaire et la recherche qualitative d'une protéinurie et d'une albuminurie ne sont des tests suffisamment sensibles,

**et**

- évaluer annuellement le débit de filtration glomérulaire (DFG) estimé (formule MDRD, CKD-EPI ou Cockcroft & Gault) :
  - chez les patients présentant un diabète de type 1 évoluant depuis au moins 5 années,
  - chez tous les patients présentant un diabète de type 2 dès le diagnostic,
  - chez tous les patients diabétiques présentant une hypertension artérielle associée au diabète. (grade B, ADA)

**Remarque** : Pour les patients âgés ou présentant une obésité la formule de Cockcroft & Gault donne une meilleure estimation.

#### Critères Diagnostiques :

---

- Rapport albumine urinaire/créatinine urinaire  $\geq 30$  mg/g de créatinine au moins deux fois à trois mois d'intervalle, hors contexte d'infection urinaire

**ou**

- DFG (débit de filtration glomérulaire)  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> de façon répétée. (recommandation d'expert)

**Remarque** : en cas d'altération du DFG sans albuminurie, une autre cause de néphropathie doit être recherchée



## Traitement

---

- Optimiser la pression artérielle et les glycémies pour réduire le risque d'apparition ou ralentir la progression de la néphropathie diabétique. (grade B, ADA)
- Pour les patients avec une néphropathie diabétique mais non-dialysés, l'apport alimentaire en protéines devrait être approximativement de 0,8 g/kg de poids corporel/jour. Pour les patients dialysés, des apports protéiques plus élevés sont en général nécessaires. (grade B, ADA)
- En cas de microalbuminurie (rapport albumine/créatinine urinaire compris entre 30 et 299 mg/g de créatinine), un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou par antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (Sartan) est recommandé, qu'il y ait ou non une hypertension artérielle, sauf chez la femme enceinte. (grade B, ADA)
- En cas de rapport d'albumine/créatinine urinaire  $\geq 300$  mg/g **et/ou** de DFG  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou par bloqueur du récepteur de l'angiotensine II (Sartan) est très fortement recommandé. (grade A, ADA)
- Il est recommandé de surveiller la créatinine et le potassium sériques en cours de traitement par IEC ou Sartan. (grade B, ADA)
- Il est recommandé de surveiller l'évolution du rapport albumine/créatinine urinaire 2 à 3 fois par an, chez les patients présentant une albuminurie et traités par un IEC ou un Sartan, pour évaluer la réponse au traitement et la progression de la néphropathie. (grade E, ADA)
- Un IEC ou un Sartan n'est pas recommandé en prévention primaire de la néphropathie diabétique chez des patients avec pression artérielle normale, un rapport albumine/créatinine urinaire normal ( $< 30$ mg/g) et un taux estimé de filtration glomérulaire normal. (grade B, ADA)
- Si le taux estimé de la filtration glomérulaire est  $< 60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>, il faut rechercher les complications potentielles de la néphropathie et envisager de prendre l'avis d'un néphrologue. (grade E, ADA)
- Les patients devraient être systématiquement adressés à un néphrologue (grade B, ADA), si :
  - le DFG est  $< 30$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>,
  - le DFG baisse rapidement,
  - l'albuminurie augmente rapidement,
  - le patient présente un syndrome néphrotique,
  - il y a incertitude sur l'étiologie de la néphropathie.
- Chez un patient présentant un diabète de type 2, la présence d'une néphropathie a un impact sur les classes thérapeutiques recommandées pour le contrôle glycémique. En cas de néphropathie sont recommandées après la metformine en deuxième intention un SGLT2 puis un analogue de la SGLT1. (consensus d'expert ADA et EASD, 2018)