

Titre

Néphropathie diabétique

Sous-titre

Prise en charge multidisciplinaire du diabète : recommandations pour la pratique clinique

Auteurs

Chantal Ardit, Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Biopôle 2, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, chantal.arditi@chuv.ch

Anne Zanchi, Service de néphrologie et service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne, anne.zanchi@chuv.ch

Isabelle Hagon-Traub, Programme cantonal Diabète, Avenue de Provence 12, 1007 Lausanne, isabelle.hagon@ehc.vd.ch

Bernard Burnand, Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Biopôle 2, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, bernard.burnand@chuv.ch

Texte

L'élaboration et la mise en œuvre de ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) vise à promouvoir l'application pertinente et coordonnée de pratiques de soins optimales d'un diabète par l'ensemble des professionnels des soins concernés. Ces RPC ont également pour but de fédérer et d'harmoniser la prise en charge du diabète, qui est actuellement très variable dans le canton de Vaud.

L'ESSENTIEL

Dépistage et surveillance au minimum une fois par année

- Diabète type 1 et 2, dépistage dès le diagnostic
- En cas de néphropathie chronique, un contrôle est indiqué à la fréquence de 2 à 4 x/an, à adapter selon le stade de l'atteinte rénale et de l'albuminurie

Tests à effectuer

- Rapport albumine/créatinine (ACR) urinaire sur spot urinaire
- Créatinine plasmatique (calcul de l'estimation de la filtration du débit de filtration glomérulaire (eGFR) et du déclin annuel de la fonction rénale)

Prise en charge

Contrôle glycémique

- Cible HbA1c 6.5-8%, à adapter individuellement
- Traitement antidiabétique à adapter selon l'atteinte rénale

Contrôle tensionnel

- Cible TA < 140/90 mmHg, à adapter individuellement, et TA < 130/80 mmHg si ACR ≥ 3mg/mmol ou à haut risque cardiovasculaire (surtout AVC)
- Traitement :
 - 1er choix : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA, sartan) ;
 - 2ème choix : anticalcique (amlodipine) ou diurétique (thiazidique si eGFR > 30mL/min) ;
 - 3ème choix : bêtabloquant (carvédilol, nébivolol)

RPC Diabète

- Si TA normale mais albuminurie confirmée, prescrire un IEC ou un ARA selon tolérance.
- Associations 'IEC et ARA', 'IEC et aliskiren', et 'ARA et aliskiren' contre-indiquées

Contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire étant fortement augmenté en cas de maladie rénale chronique ou de protéinurie, le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire (tabac, cholestérol) est primordial.

Adresser à un-e néphrologue

Si insuffisance rénale aiguë, ACR > 60 mg/mmol persistant, eGFR < 30 mL/min/1.73 m², suspicion d'une atteinte rénale d'origine non diabétique, complications métaboliques, hypertension résistante, hématurie.

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète et les noms des contributeurs sont disponibles sur le site : <http://www.recodiab.ch>. Merci de n'utiliser que ce site comme la seule source fiable et à jour des recommandations.