

# Néphropathie diabétique

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

CHANTAL ARDITI, Drs ANNE ZANCHI, ISABELLE HAGON-TRAUB et BERNARD BURNAND

Rev Med Suisse 2019; 15: 841

*L'élaboration et la mise en œuvre de ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) visent 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 an

- Diabète types 1 et 2, dépistage dès le diagnostic.
- En cas de néphropathie chronique, un contrôle est indiqué à la fréquence de 2 à 4 ×/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 ≥ 3 mg/mmol ou à haut risque cardiovasculaire (surtout AVC).
- Traitement:
  - 1<sup>er</sup> choix: inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA, sartan);
  - 2<sup>e</sup> choix: anticalcique (amlodipine) ou diurétique (thiazidique si eGFR > 30 ml/min);
  - 3<sup>e</sup> choix: bêtabloquant (carvédilol, nébivolol).
- Si TA normale mais albuminurie confirmée, prescrire un IEC ou un ARA selon tolérance.
- Associations IEC et ARA, IEC et aliskirène, et ARA et aliskirène 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 néphrologue

Si insuffisance rénale aiguë, ACR > 60 mg/mmol persistant, eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, suspicion d'une atteinte ré-

nale 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: [www.recodiab.ch](http://www.recodiab.ch)

#### CHANTAL ARDITI ET DR BERNARD BURNAND

Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Biopôle 2, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne

#### DR ANNE ZANCHI

Service de néphrologie et service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, CHUV, 1011 Lausanne

#### DR ISABELLE HAGON-TRAUB

Programme cantonal Diabète, Avenue de Provence 12, 1007 Lausanne  
[chantal.arditi@chuv.ch](mailto:chantal.arditi@chuv.ch) | [anne.zanchi@chuv.ch](mailto:anne.zanchi@chuv.ch)  
[isabelle.hagon@ehc.vd.ch](mailto:isabelle.hagon@ehc.vd.ch) | [bernard.burnand@chuv.ch](mailto:bernard.burnand@chuv.ch)