



- Lorsque les patients atteignent la défaillance rénale, la plupart des soins spécifiques aux reins sont dispensés par des néphrologues.
- Toutefois, les soins primaires continuent de jouer un rôle essentiel, tant pour assurer la continuité de soins primaires complets que pour favoriser une prise en charge partagée.
- De nombreuses personnes demandent conseil à leur médecin généraliste traitant, qui les connaît souvent le mieux, sur les traitements de suppléance rénale (TSR) et la prise en charge conservatrice des reins.
- Comprendre les différentes options vous permettra de les guider et de les soutenir dans leur prise de décision.

Déterminer le risque individuel d'évolution vers une défaillance rénale

Utilisez l'équation de risque de défaillance rénale pour déterminer la probabilité à 2 et 5 ans d'une défaillance rénale traitée (dialyse ou transplantation) pour un individu atteint de MRC de stade 3 à 5.

<https://www.kidneyfailurerisk.com>

L'équation du risque de défaillance rénale, associée à des considérations cliniques, peut être utilisée pour déterminer : la nécessité d'une consultation en néphrologie (lorsqu'elle est disponible) ; le moment opportun pour une prise en charge multidisciplinaire ; le moment opportun pour une formation sur les modalités de traitement ; et le moment opportun pour la préparation à un traitement de suppléance rénale.

MESSAGES CLÉS À COMMUNIQUER

➔ Adapter la communication en fonction de la charge du traitement (temps, déplacements et besoins des aidants), de l'adéquation clinique, des politiques locales et de ce qui est disponible et abordable.

TRANSPLANTER

- Chez les personnes éligibles, la transplantation rénale, notamment préemptive ou à partir d'un donneur vivant, peut offrir les meilleurs taux de survie et une meilleure qualité de vie. Les délais d'attente varient selon les régions.
- La greffe nécessite un suivi continu et le respect du traitement immunosuppresseur.
- Toutes les personnes nécessitant un traitement de suppléance rénale ne sont pas forcément médicalement aptes à subir cette intervention chirurgicale majeure.

DIALYSE (Hémodialyse ou dialyse péritonéale)

**« Compte tenu des données suggérant de faibles différences seulement dans les résultats entre la dialyse à domicile et en centre, le choix de la modalité devrait tenir compte des préférences, être éclairé et individualisé en fonction de la qualité de vie perçue, des objectifs de vie et de la charge symptomatique. »
(KDIGO 2023)**

Hémodialyse (HD)

- Nécessite une machine spécialisée pour « nettoyer » le sang.
- Effectuées plusieurs fois par semaine pendant un nombre d'heures variable afin de pouvoir administrer davantage de dialyses.
- Nécessite un accès vasculaire (cathéter, fistule artério-veineuse ou greffe) pour faire circuler le sang du patient à travers la machine et inversement. Une prise en charge précoce permet de planifier cet accès.
- Peut être livré à domicile ou en centre
 - Si vous habitez en centre-ville, les déplacements hors de votre domicile peuvent s'avérer plus difficiles.
 - Si la livraison a lieu à domicile, elle est effectuée par les personnes concernées ou leurs aidants, après formation.

Dialyse péritonéale (DP)

- Elle se pratique à domicile, par les personnes concernées ou leurs aidants, après une formation.
- Implique l'échange de liquide de dialyse par un cathéter placé dans la cavité péritonéale abdominale.
- Effectuée soit manuellement 2 à 4 fois par jour, soit par une machine automatisée pendant la nuit.

PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DES REINS

- Il ne s'agit pas d'une absence de traitement, mais d'une prise en charge active axée sur le contrôle des symptômes et la qualité de vie. Ce choix peut être éclairé – souvent par des personnes âgées ou fragiles qui ne peuvent ou ne souhaitent pas commencer une dialyse ou une greffe – ou constituer la solution par défaut en cas d'obstacles à l'accès aux soins.

— RÔLE DE L'ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES EN SOUTIEN À LA NÉPHROLOGIE —

RÔLE PERMANENT DE L'ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES

- Surveiller et gérer les comorbidités (hypertension, diabète, maladies cardiovasculaires).
- Maintenir les traitements médicaux recommandés (par exemple, les inhibiteurs du SRA et du SGLT2). Ces traitements peuvent continuer à être prescrits, mais ne doivent pas être instaurés chez les personnes dont le DFGe est inférieur à 20 mL/min.
- Conseils en matière de soins holistiques, y compris l'évaluation des besoins en matière de services sociaux et la gestion de la fragilité.
- Surveiller les problèmes de santé mentale.
- Promouvoir et fournir des conseils sur un mode de vie sain (alimentation, poids, activité physique).
 - Les conseils diététiques doivent être individualisés, notamment en cas de maladie rénale chronique plus avancée.



PRÉPARATION À LA MALADIE RÉNALE TERMINALE

Rôle de l'équipe de soins primaires :

- Implication dans la prise de décision partagée avec la personne concernée.

Rôle de l'équipe de néphrologie :

- Informer les individus sur les options disponibles, effectuer une évaluation clinique et implication dans une prise de décision partagée.
- Optimiser le ralentissement de la progression de la MRC.
- Conseiller sur les adaptations du mode de vie.
- Débuter le bilan pré-transplantation ou assurer la mise en place rapide d'un accès à la dialyse. Prévoir une formation à la dialyse à domicile si ce choix est fait.
- Explorez les options d'aide financière et aider à remplir les demandes (ou une équipe multidisciplinaire avec des travailleurs sociaux peut s'en charger).

INITIATION ET GESTION DE LA DIALYSE

Rôle de l'équipe de soins primaires :

- Être attentif à/aux :
 - Complications spécifiques de la dialyse : surcharge hydrique, septicémie, péritonite.
 - Symptômes de la MRC avancée : fatigue, prurit.
 - Toute détérioration clinique soudaine ou accélération du déclin de la fonction rénale avant le début de la dialyse nécessitant une prise de contact avec le service de néphrologie.

Rôle de l'équipe de néphrologie :

- Obtenir un consentement éclairé écrit pour la dialyse (le cas échéant).
- Viser un démarrage optimal de la dialyse planifiée en ambulatoire.
- Initier la dialyse et adapter le traitement en fonction des besoins individuels.
- Surveiller et gérer le traitement de dialyse, notamment en ajustant l'élimination des fluides et en gérant l'hyperkaliémie, la carence en fer et l'anémie.
- La dialyse n'est pas déterminée par un niveau spécifique de DFGe, mais il est généralement inférieur à 15 mL/min en fonction des symptômes, de l'incapacité à maintenir l'équilibre hydrique ou de l'aggravation de l'état nutritionnel (initiation de la dialyse selon KDIGO) et/ou des dérèglements biochimiques, par exemple l'urémie, l'acidose et l'hyperkaliémie.



GREFFER

Rôle de l'équipe de soins primaires :

- Assurer le suivi de la santé à long terme après la transplantation.
- Surveiller les risques liés à l'immunosuppression, surveiller les infections.

Rôle de l'équipe de néphrologie :

- Gérer l'ensemble du suivi post-transplantation, y compris la surveillance du fonctionnement du greffon et l'ajustement du système immunosuppresseur.
- Gérer toutes les complications (y compris le rejet).



PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DES REINS



Rôle de l'équipe de soins primaires :

- Gérer les symptômes, soins palliatifs et qualité de vie.

Rôle de l'équipe de néphrologie :

- L'équipe de néphrologie et/ou l'équipe de soins palliatifs seront étroitement impliquées dans la prise en charge.

Avertissement : Cette ressource vise à faciliter la prise de décision des professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne. Toutefois, les décisions finales concernant un patient doivent être prises par le ou les professionnels de la santé responsables, en concertation avec le patient et son aidant, le cas échéant. ISN décline toute responsabilité quant aux dommages pouvant résulter de l'utilisation des informations fournies dans cette ressource.