

Synthèse à destination du médecin traitant

La maladie rénale chronique (MRC) est définie **par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale** qui peuvent être des anomalies morphologiques, histologiques, urinaires, ou un DFG anormal. La MRC est classée en stades de sévérité croissante selon le niveau de débit de filtration glomérulaire (DFG) et de protéinurie (Annexe 2).

Les causes de la MRC peuvent être variées mais les anomalies congénitales du rein et des voies urinaires sont les plus fréquentes. Le principal risque de la MRC, indépendamment de sa cause, est l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique voire terminale (IRT).

La MRC peut rester longtemps silencieuse ; cependant, son dépistage précoce permet une prise en charge appropriée des complications dès leur apparition, avec pour objectif de ralentir l'évolution vers l'IRT. Les prises en charges très spécialisées relevant d'une prise en charge hospitalière par le néphrologue pédiatre ne sont pas détaillées.

Le dépistage de la MRC doit être proposé dans les **populations à risque** : enfants nés avec un poids de naissance < 2,5 kg, antécédent de malformation rénale ou des voies urinaires en pré- ou post-natal, antécédent familial de MRC, infections urinaires à répétition, antécédent personnel de néphrectomie partielle ou totale, d'épisode d'insuffisance rénale aiguë, de traitement de cancer, d'HTA, de cardiopathie congénitale, de maladie de système, de traitement prolongé par médicaments néphrotoxiques, ou d'obésité. En dehors de ces circonstances, une cassure de la courbe de croissance, une HTA, une asthénie, un syndrome polyuro-polydypsique doivent faire évoquer une MRC.

Le dépistage doit comporter la réalisation d'une **bandelette urinaire** (qui peut être complétée par une mesure sur échantillon urinaire du rapport protéinurie (ou albuminurie) sur créatininurie), la mesure de la **pression artérielle** (Annexe 3), et éventuellement une estimation du **débit de filtration glomérulaire** (DFGe) par la formule Schwartz (Annexe 4). Le bilan peut être complété par une imagerie (échographie) rénale et des voies urinaires. **En cas d'anomalie du bilan** de dépistage, le médecin généraliste doit **référer l'enfant en consultation de néphrologie pédiatrique**.

Le rôle du néphrologue pédiatre est de confirmer la MRC, de préciser le diagnostic étiologique et les complications éventuelles, puis d'assurer le suivi de l'enfant, adapté au stade de la MRC, en coordination avec le médecin généraliste et/ou le pédiatre traitant.

Le traitement de la cause, s'il existe, est instauré par le néphrologue, ainsi que le traitement des complications (anémie, troubles du métabolisme osseux, troubles nutritionnels, retard de croissance, hypertension artérielle). Tout traitement doit être adapté au DFG. Le médecin expliquera aux parents la nécessité d'effectuer les prélèvements sanguins sur le dos des mains pour préserver le capital veineux dans l'hypothèse d'une dialyse à venir.

Le suivi par le médecin généraliste/pédiatre doit comporter une évaluation régulière de l'état nutritionnel (courbe de croissance, respect des apports nutritionnels conseillés pour l'âge), du risque cardio-vasculaire (mesure de la PA, recherche de surpoids/obésité, aide au sevrage tabagique si besoin). Les vaccinations doivent être à jour selon le calendrier vaccinal recommandé dans la population générale. Les mesures de néphroprotection doivent être rappelées : éviction du tabac, dangers de l'automédication (notamment avec les AINS), information sur les traitements (et vérification de l'observance), risques liés aux produits de contraste iodés. La modification du mode de vie et l'éducation thérapeutique sont des points essentiels de la prise en charge et impliquent le médecin généraliste/pédiatre, le

néphrologue, le diététicien. Le suivi biologique (DFGe, protéinurie, hémogramme...) dépend du stade de la MRC.

Un accompagnement et un soutien psychologique de l'enfant, de ses parents et de la fratrie peuvent être nécessaires, ainsi que le recours à une assistance sociale. Le médecin généraliste, le pédiatre traitant ou le néphrologue pédiatre font également le lien avec le médecin scolaire. Les patients avec MRC grave bénéficient d'une ALD 30.

La MRC pédiatrique, outre les complications habituelles de l'IRC (anémie, os, dénutrition, cardio-vasculaire...) nécessite une prise en charge spécifique en raison des enjeux cruciaux à cet âge que sont : la croissance et le développement psychomoteur, la scolarité et l'insertion sociale de l'enfant. **Les coordonnées des centres de références, de la filière et des associations de patients sont dans l'Annexe 6.**