

AMICALE CANEUM

Séance du jeudi 14 avril 2016

3e séance consacrée à l'insuffisance rénale (IR)

Avec la participation du Professeur Michel DELAHOUSE

Chef de service de néphrologie, hôpital Foch

Définition

La maladie rénale chronique est définie par la présence durant plus de 3 mois consécutifs d'une insuffisance rénale chronique ($DFG < 60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$) et / ou de marqueurs d'atteinte rénale (protéinurie, anomalies du sédiment urinaire, anomalies morphologiques rénales).

Joly D. in Rev Prat 2012;62:34-7. HAS 2012

Ne pas hésiter à faire un contrôle de la fonction rénale avant 3 mois (à 15 jours ou 1 mois) !

Diagnostic

- Jusqu'à quel âge la formule MDRD est elle fiable ?
De 18 à 70 ans chez le caucasien et pour l'afro-américain (noir) il faut multiplier par 1,21.

Les formules de calcul (MDRD, CKD-EPI) sont des estimations du DFG. Il faut une mesure standardisée du taux de créatinine.

Que faire pour le patient antillais : prendre la formule du sujet à peau noire

- à 90 ans : la formule MDRD est utilisable mais il vaut mieux utiliser la formule CKD-EPI
Chez la personne âgées : estimation de l'évolution de la fonction rénale, regarder les médicaments pris par le patient (faire des arrêts temporaires), sédiment urinaire, EPPS, syndrome inflammatoire, calcémie et imagerie rénale.
- Intérêt de l'échographie des voies urinaires dans le bilan initial ?
Systématique
- Microalbuminurie et rapport albuminurie/créatinurie quoi en faire ?
Seuil d'intervention par IEC : 30mg/mmol protéinurie/créatininurie

- Intérêt du dosage de la microalbuminurie en dehors d'un patient diabétique et hypertendu : oui
Intérêt du dosage de la protéinurie à la place de l'albuminurie car toutes les protéinuries ne sont pas des albuminuries.

On parle d'albuminurie et non plus de microalbuminurie. On faut faire le rapport albuminurie/créatininurie.

- La technique de mesure de la microalbuminurie et de l'albuminurie est-elle la même : il faut parler d'albuminurie

Classification

- Les stades d'IR, quelle corrélation avec la clinique ?
Pas de corrélation -
- Quel est l'intérêt des stades 1 2 et 3, quelle CAT en fonction ?
*Prendre en compte la rapidité d'évolution de l'IR.
Faire le bilan de la maladie rénale dès le stade 1 (1 marqueur et DFG entre 90 et 60).*

MDRD : estimation faite avec autant d'homme que de femme

Cockcroft : estimation faite sur un seul sexe

« les sujets qui ont un DFG estimé supérieur à 60 ml/min/1,73m² n'ont aucune raison d'être considérés comme ayant une maladie rénale chronique de stade 1 ou 2 » (D. Joly in supra) : sans protéinurie = vrai

Le risque se majore surtout à partir de 45ml/min

- Intérêt des sous classes 3a, 3b ?
Parce qu'à partir du stade 3B (inf 45) les signes apparaissent plus nettement.

Suivi

- Quel suivi pour la maladie rénale avec quelle fréquence ?
 - *Clinique : cf. tableau 2 guide HAS 2012*
 - *Examens complémentaires : cf tableau 2 guide HAS 2012*
- Quel intérêt de faire une recherche de protéinurie dans la surveillance et quel changement dans la CAT cela implique-t-il ?

Sous IEC surveillance de l'évolution de la protéinurie pour juger de l'efficacité

- *Il existe un lien entre le niveau de la protéinurie et le risque CV et l'évolution de la fonction rénale*
- *Pour freiner la progression de l'IR par blocage du système rénine-angiotensine la baisse du taux de la protéinurie n'est pas forcément un mode*

d'action des traitements – donc la baisse de la protéinurie n'est pas l'objectif principal

- *Il faut donner les doses maximales d'IEC en fonction de la tolérance*
- *Pas d'association IEC ARA II*

- *Quand doser la PTH ? stade 3b au moins une fois*
Rechercher et corriger une carence en vit D
Si hyperphosphatémie il faut essayer de diminuer les apports (voire chelateurs du phosphate)
- *Signes cliniques de décompensation fonction rénale ?*
OMI, prise de poids, dyspnée, signes cliniques d'anémie, signes neuro-musculaires (crampes), HTA, douleurs osseuses, crise de goutte, peau sèche, prurit intense, HVG.
- *A partir de quel moment lancer un bilan pré dialyse ?*
Et surtout parler de la greffe par donneur vivant
A partir de 20 de DFG (stade 3b)
- *Que faire avec l'indication LDL < 1 ?*
Efficacité du traitement du patient à haut risque CV donc LDL en dessous de 1gr.
Donner une dose donnée de statines sans surveillance du LDL par la suite.
- *Faut-il donner une statine systématiquement = OUI*
- *Que faire avec le suivi des Ca, Ph, Cholécalférol ... ?*
stades 3B (cf HAS)
- *Le phosphore peut-il être une urgence ? : pas dans le cadre d'une IRC*
- *Quand faire des substitutions vit D, unalpha ?*
Pas de Un Alpha en pratique courante
On corrige par la Un alpha si le taux de PTH ne se normalise pas après régularisation du dosage de vitamine D = FAUX, à faire par le spécialiste
- *Quels sont les critères d'urgence dans la maladie rénale ?*
Dépister les insuffisances rénales rapidement progressives +/- protéinurie

Traitement

Les bloqueurs du système rénine-angiotensine

- Chez un IR sans albuminurie sans HTA faut-il mettre un IEC ? *Non HAS*
- IEC indiqué chez IR avec TA = oui, microalbuminurie = 20 ?
- Faut-il augmenter les IEC (ramipril) à la dose maxi = OUI
- En fonction de la protéinurie, dose maximale tolérée = OUI
- Faut-il privilégier les ARA 2 ou IEC chez les diabétiques 2 = les 2 marchent
- Limites des prescriptions des IEC et des ARA 2 ?
Tolérance et effets indésirables (toux, kaliémie à maîtriser par régime et kayexalate)
Attention aux risques d'hypotension des Ara 2 et des IEC en cas de déshydratation même modérée et épisode intercurrent fébrile

Les traitements ayant une indication sur l'HTA chez l'IR en dehors des IEC et des ARA 2

- tous
- Les thiazidiques faut il en mettre = jusqu'à 30 de DFG
Préférer l'hydrochlorotiazide, le Logroton (association avec IC)
Indapamide (attention à l'hypokaliémie)
Pour le Furosémide : il faut trouver la bonne dose et on la donne 2 fois dans la journée (matin et midi)
- à partir de quand les arrêter ?
En dessous d'un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 30 le furosémide ne marche plus.
- Est ce que le Lasilix « protège » les reins = NON

Métabolisme phosphocalcique

- Si calcémie normale faut-il donner Ca si on donne Vit D = NON
- Quelle dose d'Uvedose et pour quel objectif : corriger la carence

- Un alpha, qu'est ce que c'est ?
Le calcidoll se transforme dans l'organisme en 1alpha 25 (OH)2 D3, forme active de la vitamine D même si la 1alpha hydroxylase est inopérante.

Voir PDF RUVAGM Pr Burtey

- Faut-il vacciner un patient de 90 ans contre HBV = NON

Fer et anémie

- Prescription de fer sur quel marqueur biologique et pour atteindre quel objectif
Dans l'IR il faut doser : dosage des cellules hypochromes
Sinon ferritine (<100) **et** coefficient de saturation < 20%

Médicaments associés

- Prévention iatrogénie rénale chez le patient poly-médicamenté ?
A chaque consultation on vérifie toujours tout !!
- Amoxicilline, toxicité et surdosage dans l'IR ?
Posologie en fonction du DFG (cf. BCB et Vidal) pour éviter effets II
Existe-t-il une toxicité rénale de l'amoxicilline à forte dose = OUI
- Augmentin avec clairance < 30, comment faire si besoin acide clavulanique ?
Pas d'augmentin en dessous de 30 de DFG car pas de forme disponible pour adapter la posologie de l'amoxicilline.
- IR et Xarelto ? *Cf. Vidal*
- Risque insuline retard et IR ? *Pas d'adaptation de dose*
- Indication des antiagrégants plaquettaires dans la maladie rénale = OUI

Place du néphrologue

- À quel stade faut-il envoyer un DNID chez le néphrologue ?
Stade 3B, <45 de DFG, ou aggravation rapide
- Bilan initial «optimum» avant d'envoyer chez le néphrologue ?
Cf. tableau annexe 2 HAS
- A partir d'une clairance à 45 de DFG selon l'HAS, y a-t-il intérêt à envoyer avant chez le néphrologue = OUI
- A partir de quel seuil de clairance faut-il envoyer un patient jeune chez le néphrologue ? bilan spécifique ? A partir de 60 de DFG

- EPO : une indication à adresser à un néphrologue (EPO devant être prescrite par le néphrologue) ?

Ordonnance faite par le néphrologue valable 1 an

Patients dialysés

- Faut-il adapter les doses des traitements chez une patiente dialysée ?
oui, site internet GPR
- Faut-il lui donner un IEC ? *Non*
- Les AINS sont-ils contre indiqués chez le dialysé = risque hémorragique plus important, pas de CI, attention héparine 3 fois par semaine !!!!
- L'acide urique est-il normalisé par la dialyse = épuration par la dialyse, mais il existe de goutteux sous dialyse
- Existe-t-il encore une fonction endocrinienne alors que la fonction excrétrice rénale n'est plus ? oui un peu mais ne suffit pas
- Faut-il instaurer un traitement par EPO si Hb inférieure à 10 g/l = OUI
 - Valeur cible entre 11 et 12
 - Hb qui augmente de 1,5 g par mois
 - MIRCERA 1 fois par mois

Scotomes : Problématiques importantes non évoquées par le groupe ?

- Transplantation donneur vivant
- Tenir compte de l'évolution de l'IR : dosages plus rapprochés que 3 mois
- Adresser au néphrologue pour avoir une information sur les possibilités de prises en charge