



Surveiller ces insuffisants rénaux modérés qui ne se plaignent de rien

Votre consultation du 4 avril 2013

Mr R., 78 ans

- ✓ Diabète, HTA, séquelles d'AVC, Pace maker
- ✓ Diamicron, Amlor, Kardegic
- ✓ PA 176/78 mmHg, Poids 92 kgs, Taille 170
- ✓ « Ma femme me dit que j'ai peut être les reins malades. »
« Qu'en pensez vous docteur ? »

Comment rechercher une maladie rénale chronique dans les populations à risque ?

- Dosage créatininémie (avec DFG estimé)

ET

- Dosage protéinurie ou (Pu/créat. U ou Alb.U/créat.U)

une fois par an

Comment rechercher une maladie rénale chronique dans les populations à risque ?

- Dosage créatininémie (avec DFG estimé)

155 $\mu\text{mol/l}$

ET

- Dosage protéinurie ou (Pu/créat. U ou Alb.U/créat.U)

ACR 40mg/g

une fois par an

Pourquoi dépister une MRC ?

Mortalité cardiovasculaire

	ACR <10	ACR 10-29	ACR 30-299	ACR ≥300
eGFR > 105	0.9	1.3	2.3	2.1
eGFR 90-105	Ref	1.5	1.7	3.7
eGFR 75-90	1.0	1.3	1.6	3.7
eGFR 60-75	1.1	1.4	2.0	4.1
eGFR 45-60	1.5	2.2	2.8	4.3
eGFR 30-45	2.2	2.7	3.4	5.2
eGFR 15-30	14	7.9	4.8	8.1

I.Rénale terminale

	ACR <10	ACR 10-29	ACR 30-299	ACR ≥300
eGFR > 105	Ref	Ref	7.8	18
eGFR 90-105	Ref	Ref	11	20
eGFR 75-90	Ref	Ref	3.8	48
eGFR 60-75	Ref	Ref	7.4	67
eGFR 45-60	5.2	22	40	147
eGFR 30-45	56	74	294	763
eGFR 15-30	433	1044	1056	2286

Les questions



1. A t-il une IR ?
2. IRA ou IRC ?
3. Etiologie de l'IR ?
4. Prise en charge future ?

1) A t-il une IR?

DFG: dosage de la créatininémie

Créatininémie : 155 $\mu\text{mol/l}$

C créat.: **Cockcroft** : 40 ml/mn +

DFG: **MDRD**: 40 ml/mn/1,73 m² ++

DFG: **CKD-EPI**: 37 ml/mn/1,73 m² +++

Définition de l'insuffisance rénale

INSUFFISANCE RENALE

=

Diminution du
Débit de Filtration Glomérulaire(DFG)
< 60 ml/mn/1,73 m²

La maladie rénale chronique

Cinq stades

Stade 1: DFG > 90 ml/mn/1.73m²

Présence de marqueurs d'atteinte rénale (biologiques, morphologiques ou histologiques) avec DFG NI ou augmenté

Stade 2: 60 < DFG < 89

Présence de marqueurs d'atteinte rénale avec DFG légèrement diminué

Stade 3 A: 45 < DFG < 59 IRC modérée

Stade 3 B: 30 < DFG < 44 IRC modérée

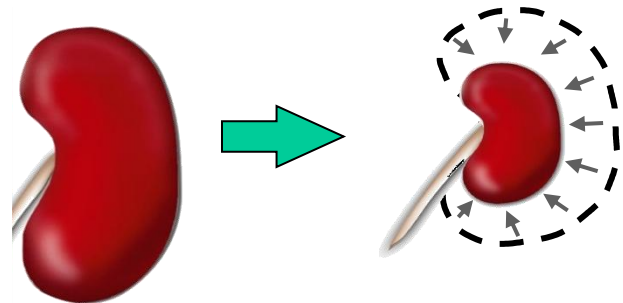
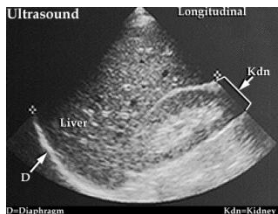
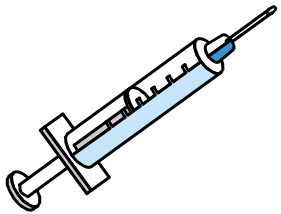
Stade 4: 15 < DFG < 29 IRC sévère

Stade 5: 15 < DFG IRC terminale

2) IRA ou IRC ?

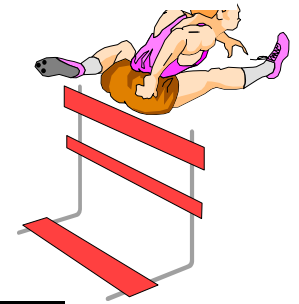
Les outils nécessaires

- Dosage antérieur créat.sg : **133 $\mu\text{mol/l}$ dec 2009**
- NFS : Anémie **Hb 10.5g/dl**
- Calcémie : Hypocalcémie **1.8 mmol/l**
- Échographie rénale: Petits reins **90 mm**



3) Diagnostiquer les **QUATRE** principales causes « curables » d'I Rénale du sujet âgé

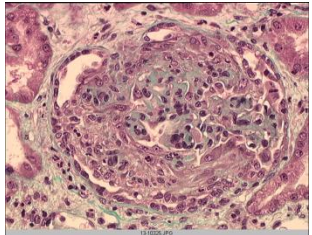
L'OBSTACLE



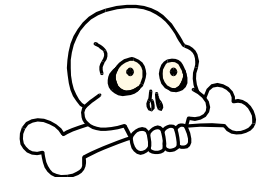
LA STENOSE BILATERALE des artères rénales



UNE GLOMERULONEPHRITE grave



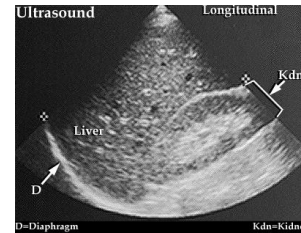
UN MYELOME



3) Cause curable?

Les outils nécessaires

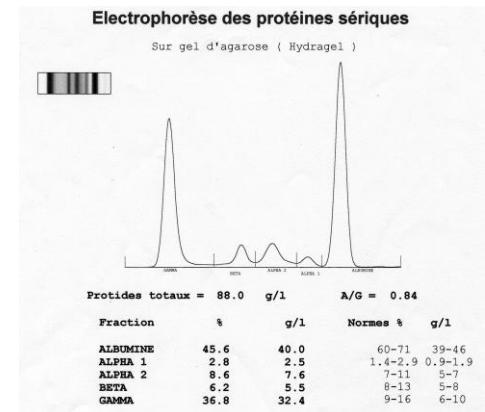
➤ Échographie rénale



➤ Protéinurie et ECBU



➤ Électrophorèse des protéines sanguines



QUI et QUAND ADRESSER au NEPHROLOGUE ?

LES PATIENTS qui ont:

- Une PU/24h > 500mg/j ou (ACR > 300mg/g ou PCR > 500mg/g)
- Une hématurie microscopique ou macroscopique
- Une anomalie à l'échographie rénale
- Une insuffisance rénale rapidement évolutive

QUI et QUAND ADRESSER au NEPHROLOGUE ?

ET LES PATIENTS qui N'ont :

- Ni protéinurie (vérifiée)
- Ni hématurie μ scopique (vérifiée)
- Ni anomalie à l'échographie rénale

Que fait on ?

« On ne veut pas les voir ! »

4) PRISE EN CHARGE DE L'IRC

TROIS OBJECTIFS

1. RALENTIR LA PROGRESSION DE L'IR à tous les stades

A. TRAITER L'HTA et réduire la PU

■ Objectifs tensionnels



- **PA < 140/90 mm Hg** en l'absence de diabète ou de Pu

- **PA < 130/80** si diabète ou Pu

Traitement IEC ou ARA2 (tolérer une augmentation de créat. de 30%+++)

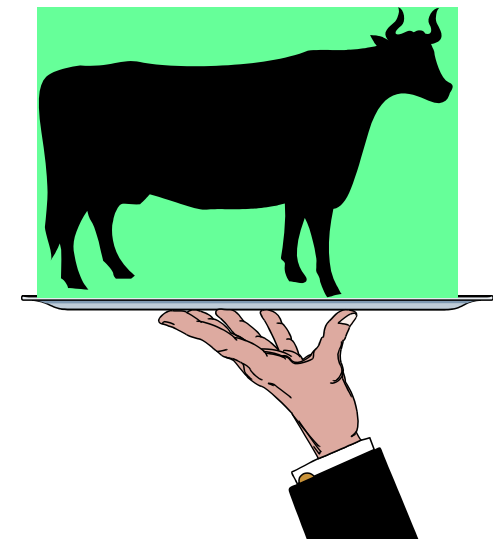
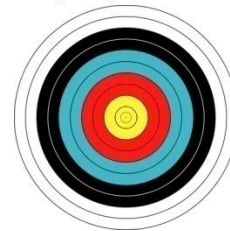
1. RALENTIR LA PROGRESSION DE L'IR

Stade 3B

B. RESTRICTION PROTIDIQUE

■ Réduire l'apport protidique

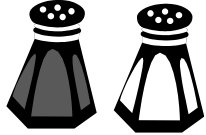
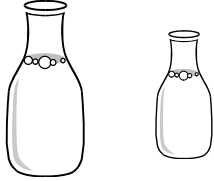
- Apport protidique
0,8 à 1 g/kg/j



2. TRAITER LES COMPLICATIONS

Stade 3B

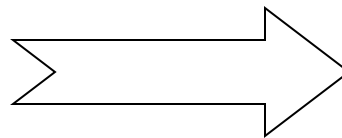
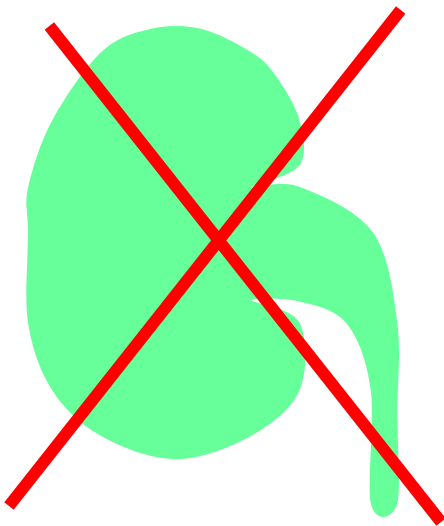
A. TROUBLES HYDROELECTROLYTIQUES

- Régime sodé : 6g NaCl/j 
- Apports hydriques: 1,5 l/j 
- Bicarbonates si $\text{HCO}_3^- < 22\text{mmol/l}$

2. TRAITER LES COMPLICATIONS

Stade 3B

B. L'ANEMIE

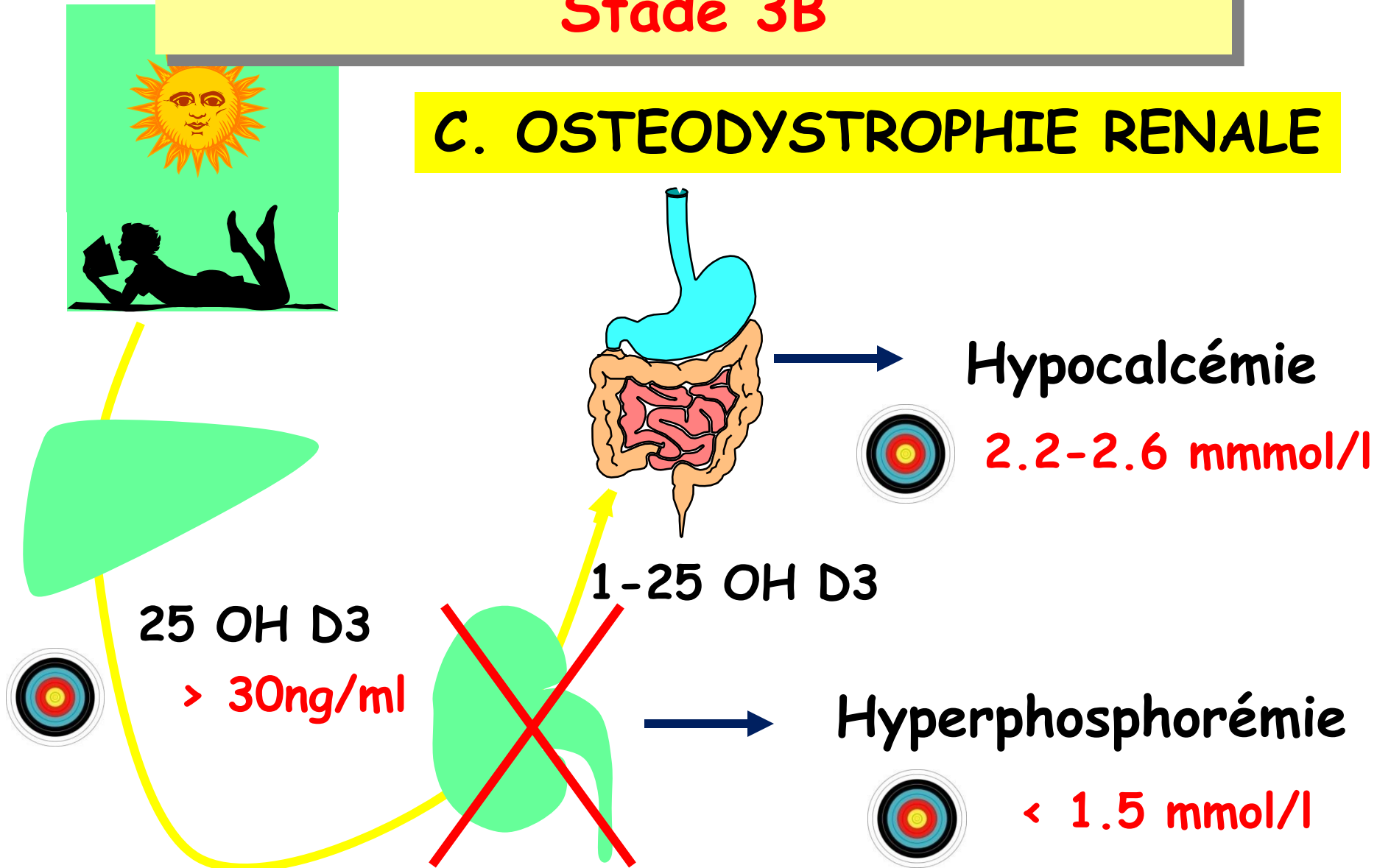


↓E.P.O

2. TRAITER LES COMPLICATIONS

Stade 3B

C. OSTEODYSTROPHIE RENALE



3. PREPARER à L'EPURATION

Stade 3B

- Vacciner contre l'hépatite B
- Protéger le capital veineux



Suivi minimal de la MRC

Recommandation HAS mai 2012

	Stade 3A DFG \geq 45	Stade 3B DFG entre 30 et 44
Suivi médical	MG 1/an	MG 1/6 mois Néphro 1/an
créatininémie	1/an	1/6 mois
albuminurie	1/an	1/6 mois
Na,Cl,K, HCO ₃ , Ca, Ph		1/6 mois
NFS		1/6 mois
Ferritine, CS		1/6 mois
albuminémie		1/an
25-OH D3		1/an
PTH		Selon concentration initiale
EAL		1/an
Ag HBs, Ac anti HBs		1/ an

CHU de Rouen

N° FINESS
760780239

Service de Néphrologie

Hémodialyse - Transplantation Rénale

☎ 02.32.88.90.02

ORD_PRESCRIPTEUR

Mr R.

Date de naissance : 02/04/1935

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)**

Rouen le 2 avril 2013

UVEDOSE 1 ampoule tous les 3 mois

CALCIDIA 1 sachet au milieu du repas du midi

VICHY celestin 500 ml/j

TRIA TEC 1.25 mg 1 cp le soir

DIAMICRON 1cp matin et soir

KARDEGIC 75 mg 1 sachet le midi

AMLOR 5 mg 1 gelule le matin

Frank Le Roy

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (liste ou hors liste)
(MALADIES INTERCURRENTES)**