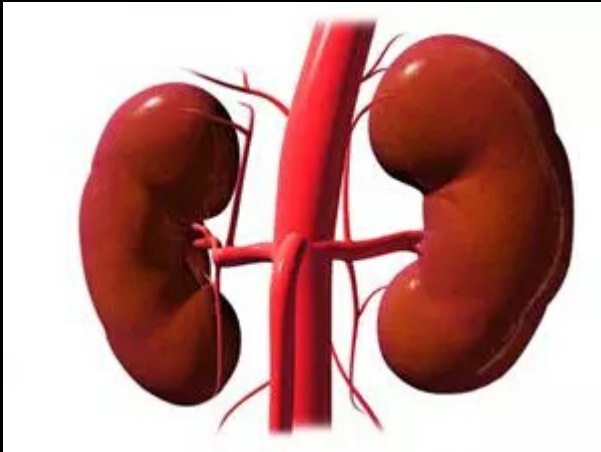


Prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique

Pr MC TEHIR

Néphrologie Dialyse et Transplantation rénale
CHU Annaba



PLAN

I. OBJECTIFS

II. PRISE EN CHARGE AVANT LE STADE TERMINAL

A. TRAITEMENT NEPHROPROTECTEUR

B. TRAITEMENT CONSERVATEUR

C. STRATEGIE THERAPEUTIQUE EN FONCTION DU DFG

III. TRAITEMENT DE SUPPLEANCE

IV. TRAITEMENT PREVENTIF ET DEPISTAGE

V. CONCLUSION

OBJECTIFS

- ❖ Connaître **les facteurs de progression** des maladies rénales chroniques et les mesures thérapeutiques adaptées.^{[L][SEP]}
- ❖ Diagnostiquer **les complications** des maladies rénales chroniques et Connaître le principe de leur traitement.^{[L][SEP]}
- ❖ Expliquer **les modalités des traitements** de suppléance de l'insuffisance rénale terminale.

Définition de la MRC

selon le débit de filtration glomérulaire (DFG)

Stade	Description	DFG (ml/min/1.73m ²)*
1	Atteinte rénale** avec DFG normal	≥90
2	Atteinte rénale avec légère ↘ DFG	60–89*
3	↘ modérée du DFG	30–59
4	↘ sévère du DFG	15–29
5	Insuffisance rénale terminale	<15 ou dialyse

* Pendant au moins 3 mois

** Anomalies de PA, urinaires, morphologiques, histologiques

K/DOQI clinical practice guidelines, *AJKD* 2002 et ANAES 2002

II. PRISE EN CHARGE AVANT LE STADE TERMINAL

A. TRAITEMENT NEPHROPROTECTEUR

La néphroprotection vise à protéger le rein contre :

- Les mécanismes d'autodestruction ➡ Réduction néphronique.
- Les Facteurs de risque de progression des maladies rénales chroniques



Rythme évolutif

GN rapidement progressives + les NAS malignes

Evolution très rapide/ stade terminal atteint en 1 à 2 ans

Néphropathie diabétique + l'Amvlose rénale

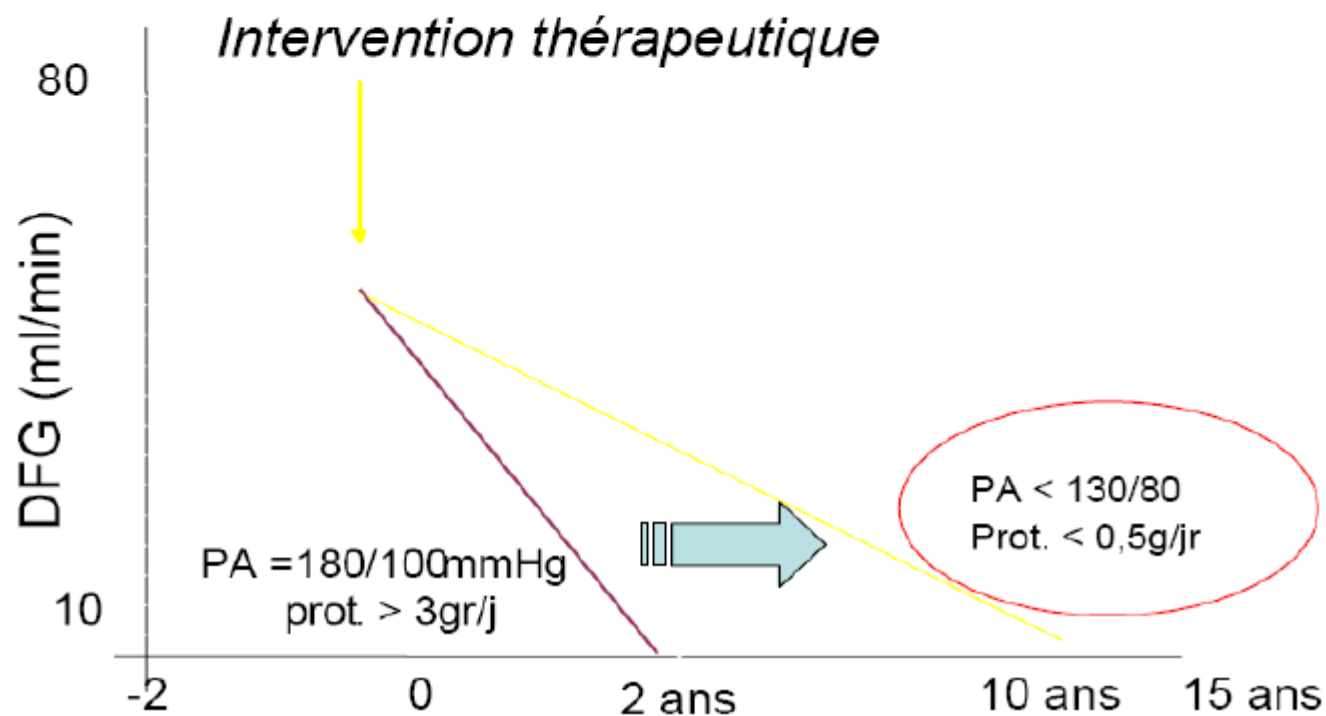
Evolution rapide / stade terminal atteint 4 à 5 ans

NIC + NAB,

Evolution lente
IRT en 10 à 30 ans



Un des enjeux: ralentir la progression de l'IRC



Facteurs de progression de la MRC

Modifiables

Albuminurie +++

HTA +++

Obésité

PTH
Ca×P
Vitamine D

Alimentation hyperprotidique,
hyper lipidique (?)

Non Modifiables

Composante génétique

Susceptibilité ethnique

Hyperfiltration glomérulaire

Facteurs de progression de la MRC

Parmi les facteurs de risque modifiables pouvant être l'objet d'un impact thérapeutique : les deux de loin les plus importants sont l'hypertension artérielle et la protéinurie

Les cibles à atteindre pour ces deux facteurs :

PA < 130/80 mmHg

et protéinurie < 0,5 g/j

Les **AA II** et les **IEC** sont recommandés pour ralentir la progression de la MRC .

B. TRAITEMENT CONSERVATEUR :

- Prévenir et traiter les complications de l'insuffisance rénale chronique
- Préparer le patient au traitement de suppléance

1. Traitement des anomalies phospho-calciques

- Contrôle de l'hyperphosphorémie par :
 - restriction des apports alimentaires
 - utilisation des chélateurs du phosphore (Carbonate de Ca, Rénagel, ...)
- Contrôle de l'hypocalcémie par l'apport de calcium (Carbonate de Ca) et de vit D
- Parathyroïdectomie
 - Médicale freination des parathyroïdes par des calci-mimétiques (Mimpara)
 - Chirurgicale : réduction de 3,5 / 4 glandes parathyroïdes

2. Correction de l'anémie

- Traitement des carences en fer, en acide folique et en Vit B 12
- injections hebdomadaires en érythropoïétine

3. Traitement des facteurs de risques cardio vasculaire :

HTA, Dyslipidémie, Obésitéect

4. La préservation du capital veineux

Les prises de sang s'effectuent au membre supérieur ayant le moins bon réseau veineux ou bien du côté non dominant, dans la perspective de la création d'une fistule artério-veineuse pour une hémodialyse éventuelle.

5. La vaccination contre l'hépatite B

Elle doit s'effectuer précocement au cours de l'évolution de l'insuffisance rénale chronique pour augmenter les chances de réponse vaccinale

6. Adaptation des médicaments chez l'insuffisant rénal

C. STRATEGIE THERAPEUTIQUE EN FONCTION DU DFG

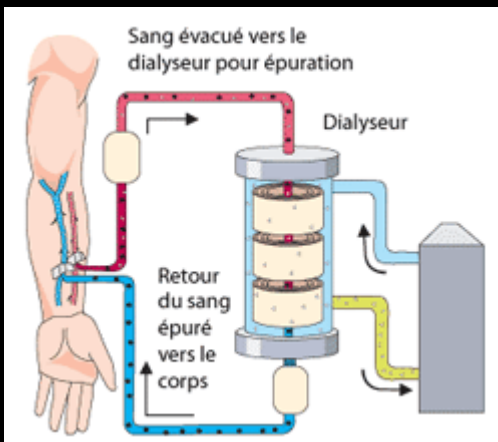
STADES	Définitions	Intervention*
1 & 2	Maladie Rénale Chronique et DFG 60 mL/min/1,73 m²	• Diagnostic étiologique et traitement • Ralentir la progression • Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire et des comorbidités : HTA, dyslipidémie, tabagisme, diabète • Eviction des produits néphrotoxiques.
3	Insuffisance Rénale Modérée 30 ≤ DFG ≤ 59 mL/min/1,73 m²	• Idem stades 1, 2 • Diagnostic, prévention et traitement des complications, des comorbidités : HTA, déséquilibre nutritionnel protéino-énergétique, anémie, anomalie du métabolisme phosphocalcique et atteintes osseuses (ostéite fibreuse, ostéomalacie, ostéopathie adynamique), acidose métabolique et hyperkaliémie • Préserver le capital veineux pour les futurs abords vasculaires • Vaccination contre le virus de l'hépatite B

C. STRATEGIE THERAPEUTIQUE EN FONCTION DU DFG

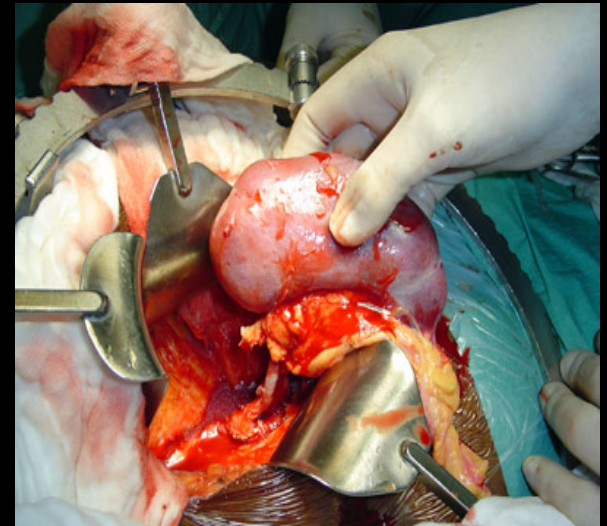
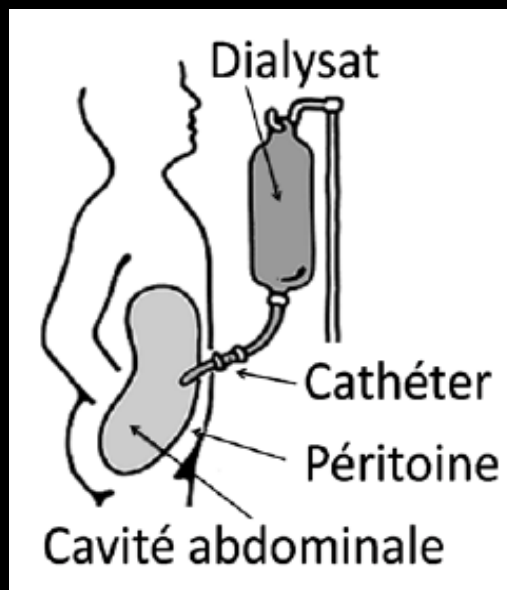
4	$15 \geq \text{DFG} \geq 29$	- idem stade 1, 2 et 3 - information et préparation au traitement de suppléance: dialyse péritonéale, hémodialyse, transplantation rénale avec donneur cadavérique ou donneur vivant
5	$\text{DFG} < 15$	Traitement de suppléance (dialyse et /ou transplantation)

V. TRAITEMENT DE SUPPLEANCE

Hémodialyse

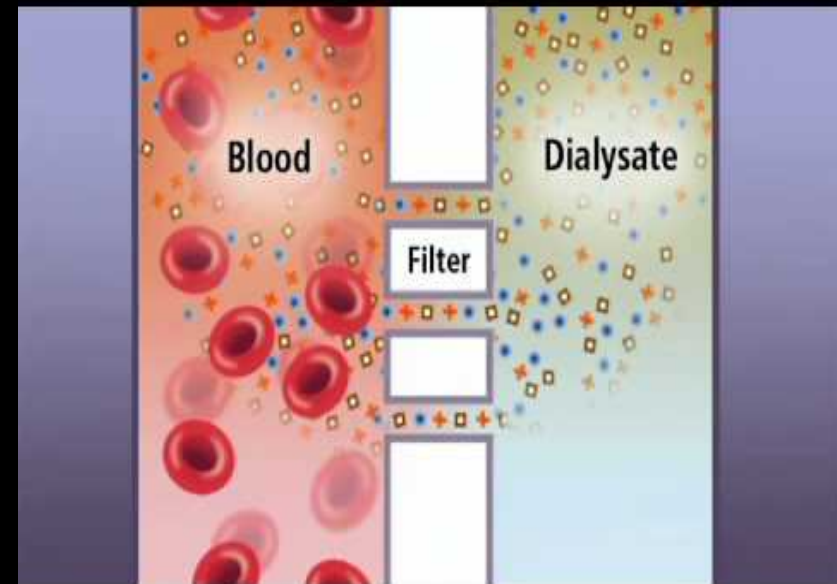


Dialyse péritonéale



Hémodialyse

- la technique de dialyse, la plus utilisée dans le monde (en Algérie, + de 90 % es IRCT)
- la plus coûteuse qui permet les durées de survie les plus longues
- deux types d'échanges sont utilisés pour
- le traitement par l'hémodialyse :
 - Des transferts diffusifs
 - Des transferts convectifs



PRINCIPE



PRINCIPE





DP : Comment cela fonctionne-t-il



DPCA : dialyse péritonéale continue ambulatoire



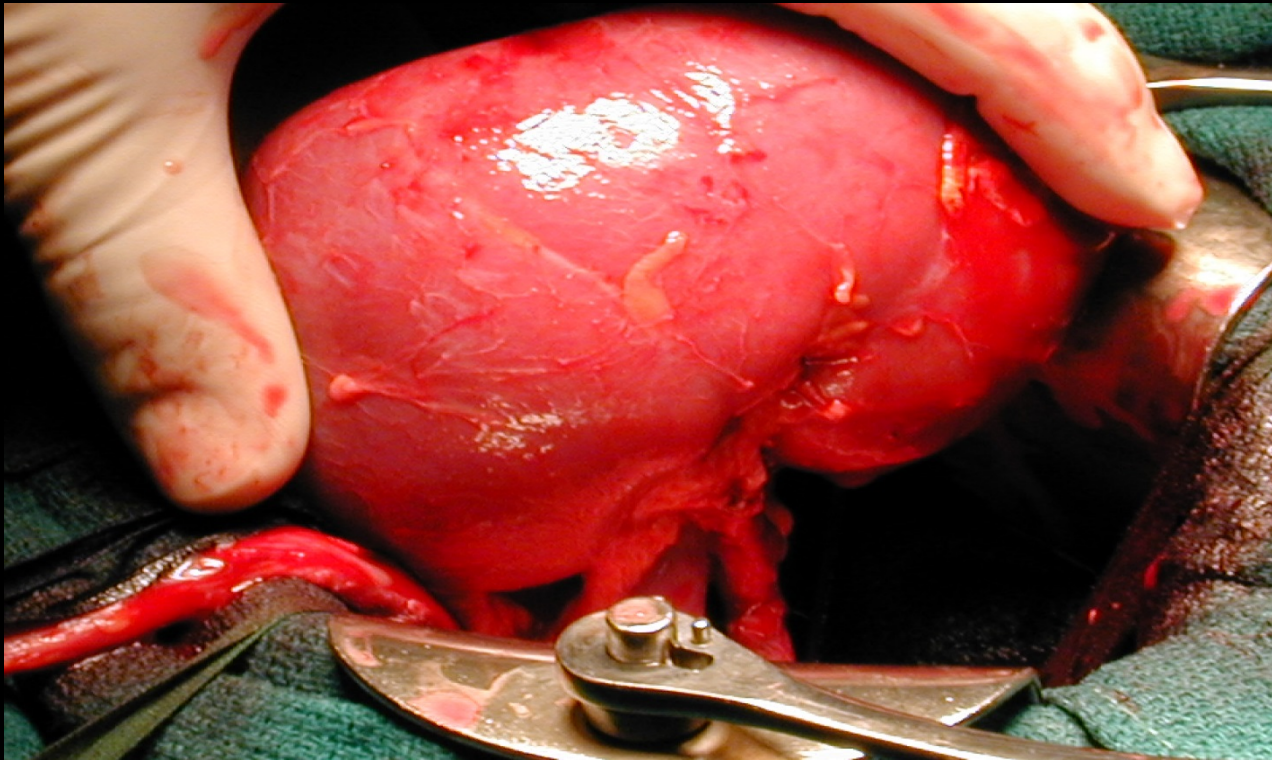
DPA : dialyse péritonéale automatisée



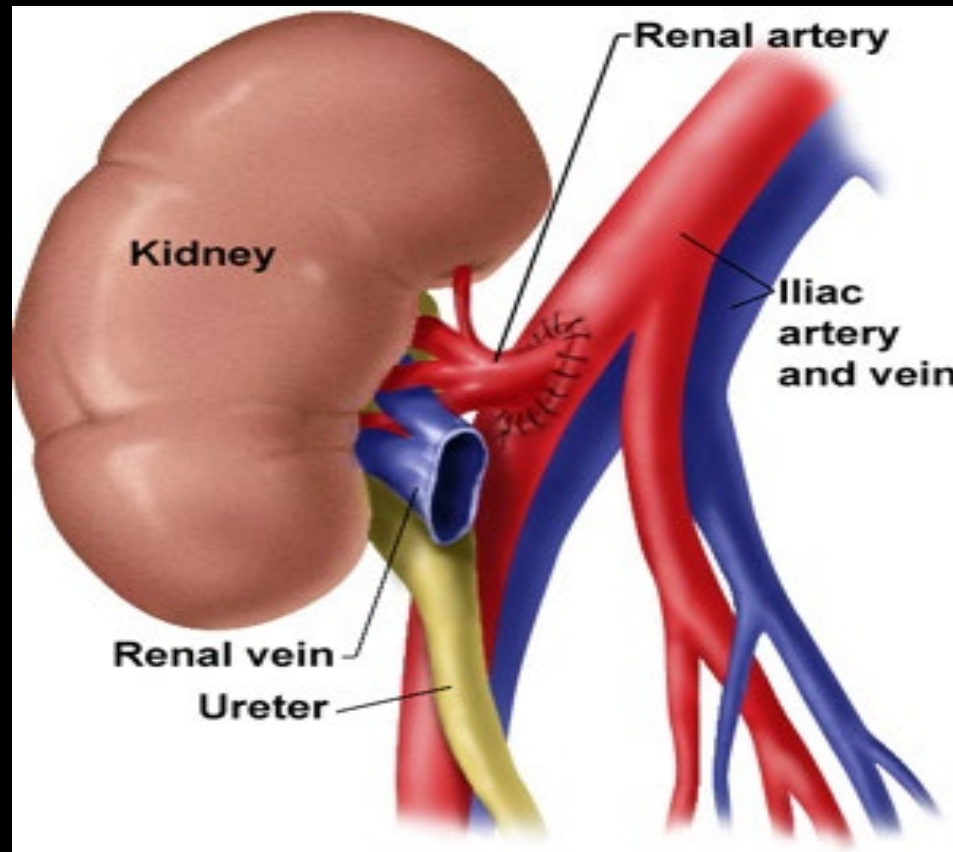
DP en Pratique



Transplantation Rénale



Transplantation Rénale : principe



contre-indication TR

absolue ou à une mauvaise indication :

- insuffisance cardiaque sévère,
- coronaropathie non stabilisée,
- maladie psychiatrique en évolution etc.
- Il s'agit alors de peser le pour et le contre, ce qui est parfois difficile.
- Enfin, des doutes concernant l'observance d'un patient peuvent constituer sinon une contre-indication du moins une indication à attendre et à observer

Préparation à la TR

- La détermination des groupes tissulaires d'histocompatibilité (groupes HLA [human leukocyte antigen] A, B DR et DQ), qui indique le degré de compatibilité entre donneur et receveur, est effectuée par les méthodes de biologie moléculaire.

Tableau 1.

Examens complémentaires à réaliser avant une transplantation.

État étudié	Examens
Cardiovasculaire	ECG, échographie cardiaque Scintigraphie myocardique ou échographie-dobutamine Coronarographie (indiquée par le cardiologue) Échodoppler des axes artériels périphériques Tomodensitométrie sans injection des axes iliaques
Phosphocalcique et osseux	Calcémie, phosphatémie, phosphatases alcalines, PTH, vitamine D
Infectieux	Examen ORL et stomatologique Sérologies VIH, HTLV, CMV, EBV, VHB, VHC, HHV-8, toxoplasmose, syphilis
Urologique	Cystographie (non systématique, indiquée par l'urologue) PSA chez l'homme de plus de 50 ans
Digestif	Fibroscopie gastrique (si indication) Coloscopie (même rythme que la population générale)
Immunologique	Groupe sanguin ABO et recherche d'agglutinines irrégulières Groupe HLA-A, B, DR, DQ Recherche d'anticorps anti-HLA par lymphocytotoxicité et Luminex® Recherche d'anomalie du complément (si contexte évocateur)
Coagulation	Recherche d'un facteur de thrombophilie Exploration d'un éventuel syndrome des antiphospholipides (si contexte évocateur)

MRC, la face cachée

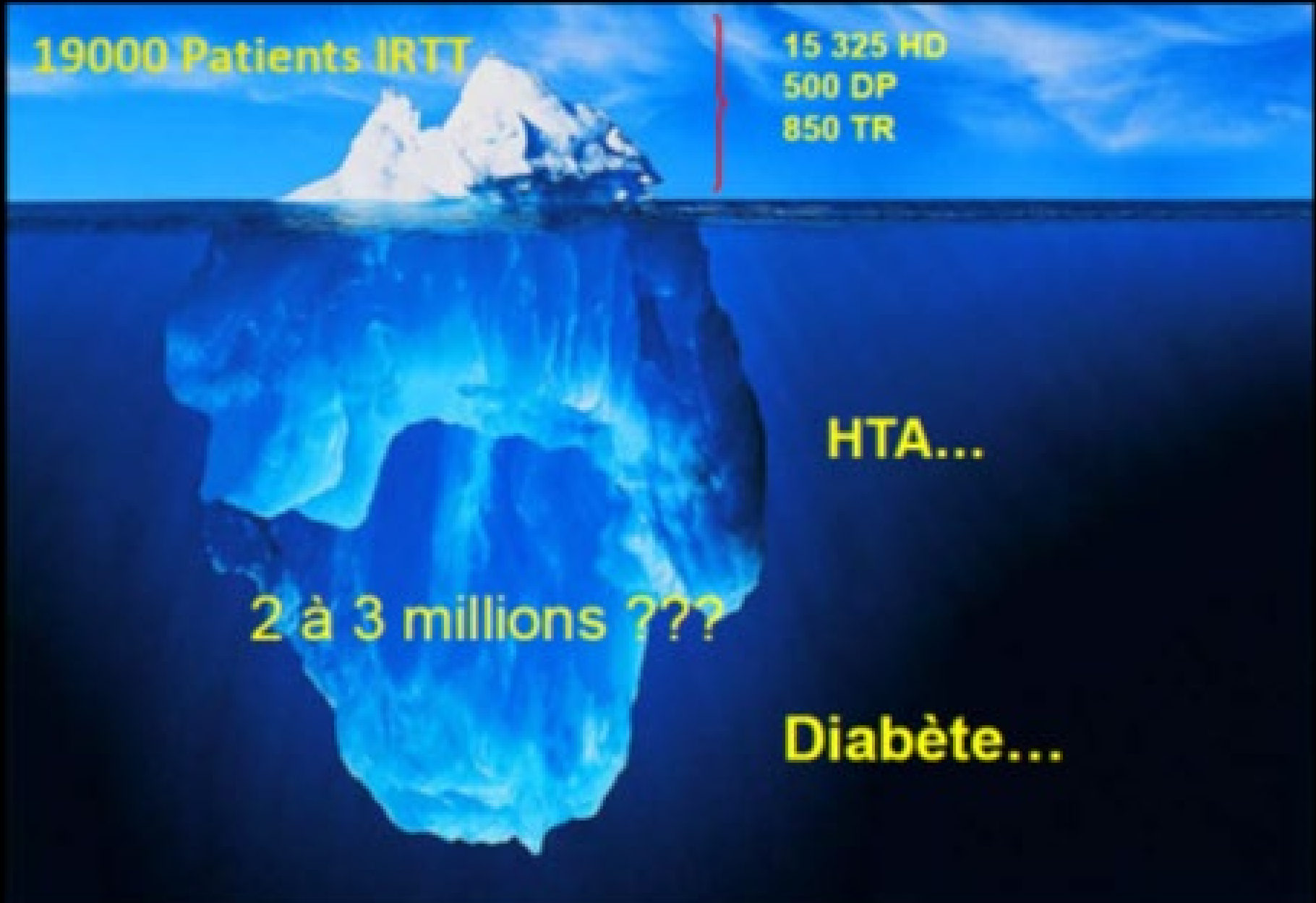
19000 Patients IRTT

15 325 HD
500 DP
850 TR

2 à 3 millions ???

HTA...

Diabète...



VI. Dépistage et la prévention de la MRC

- C'est un enjeu majeur de santé publique compte tenu de la forte prévalence de la MRC et des risques cardiovasculaires et d'IRCT
- La difficulté majeure réside dans le fait que la MRC est une maladie silencieuse « silent killer ».
- Il est donc important de la dépister de façon systématique dans les groupes à risque, en particulier les patients avec un diabète, une hypertension artérielle ou une maladie cardiovasculaire qui doivent être dépistés en priorité

Groupes à risque pour un dépistage ciblé de la MRC

- Priorité très élevée :
 - Diabète +++
 - Hypertension artérielle
 - Maladie cardiovasculaire
- Dépistage à considérer :
 - âge élevé
 - antécédents familiaux de maladie rénale chronique
 - Obésité
 - Autres facteurs de risque cardiovasculaire
 - Réduction néphronique (antécédents de néphrectomie ou de petit poids de naissance)
 - médicaments néphrotoxiques
 - infections chroniques des reins ou des voies urinaires
 - cancers des reins, des voies urinaires, ou hémopathies

- Un dépistage ciblé repose sur la prise de la tension artérielle, la mesure de la protéinurie (microalbuminurie chez les Patients diabétiques) et le dosage de la créatinine et de la Kaliémie dans les groupes à haut risque (diabète, HTA, maladie cardiovasculaire)

Références

- Krummel T., Bazin D., Faller A.-L., Hannedouche T. Diagnostic, facteurs de risque et traitement de l'insuffisance rénale chronique de l'adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Néphrologie, 18-060-A-05, 2011.
- Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int* 2005;**67**:2089-100.
- ANAES 2002. Recommandations pour le diagnostic de l'insuffisance rénale (National Kidney Foundation 2002) chronique de l'adulte.