

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 11 avril 2017

Hôpital cantonal de Genève

Insuffisance rénale aiguë acquise en communauté : prévention et prise en charge

Prof. P. Saudan

La littérature sur les insuffisances rénales aiguës acquises en communauté (IRA-AC) n'est pas très volumineuse, en comparaison de celle concernant les IRA-AH c'est-à-dire acquises à l'hôpital...c'est 20 fois moins de citations sur le Net...

Il faut différencier les IRA-AC dans les pays en développement à bas revenu et celles dans les pays développés à haut revenu...

Chez les premiers les causes sont surtout infectieuses, obstétricales, traumatiques et autres causes que je n'ai pas eu le temps de noter...l'âge moyen est autour de 40 ans et la mortalité est élevée (15-45%)...la mortalité des IRA-AC dépasserait même celle des patients HIV (1.6 millions de morts par IRA-AC contre 1.4 millions de morts par HIV...). Une grande partie de cette mortalité va naturellement dépendre de l'accès à la dialyse ou non...

Dans les pays développés par contre, l'IRA-AC c'est typiquement un homme proche de 80 ans, déjà insuffisant rénal chronique (IRC) connu, qui a déjà un traitement à base d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et de diurétiques, qui a un épisode infectieux accompagné de diarrhées (par exemple parce qu'on lui a donné du CoAmoxi) et qui développe subitement une hyperkaliémie et une élévation de la créatinine sérique de 30% ou plus...

Le traitement dans ce cas comporte essentiellement une réhydratation et éventuellement une dialyse.

Ceci illustre bien que la majorité des IRA-AC dans nos pays sont d'origine **pré-rénale**...avec comme facteurs de risque principaux :

- L'âge
- Le sexe masculin
- Une IRC préexistante
- Un diabète
- Une insuffisance cardiaque
- Une hypovolémie
- Une infection
- La prise de médicaments néphrotoxiques

A partir de 50 ans, nous sommes tous confrontés à une baisse de notre « réserve rénale » ; pour les patients avec une IRC, ils sont en vasodilatation permanente avec un taux élevé de prostaglandines, donc sensibles à l'administration d'anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) qui les neutralisent...

Parmi les médicaments potentiellement néphrotoxiques en plus des AINS il faut se souvenir des diurétiques, des anti-infectieux, des anticancéreux, mais aussi des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) qui peuvent déclencher une néphrite interstitielle immuno-allergique, et qui augmente d'un facteur 5 le risque de développer une IRA-AC (RR=5).

Une raison de plus de réévaluer le bien-fondé d'une prescription d'IPP de longue durée...

Bien sûr il faut aussi mettre les IEC et Sartans qui, bien qu'ils soient souvent prescrits comme néphroprotecteurs par exemple dans le diabète, contribuent à déclencher une IRA-AC de par leur action sur les pressions intra-rénales.

On pense en particulier au mélange détonant...

IEC (ou Sartans) + Diurétiques + AINS



On pourrait aussi dire que diurétiques + IEC + âge > 60ans...c'est risqué...et qu'il est important d'informer le patient qu'en cas de déshydratation par état fébrile, diarrhées ou vomissements il faut interrompre le traitement momentanément (et se souvenir d'avertir l'entourage aussi...qui parfois met un point d'honneur à encourager la prise journalière envers et contre...).

Chez un patient déjà IRC stade 3, la mortalité en cas d'IRA-AC est de 50% à 5 ans...et la mortalité lors d'âge avancé, de l'existence d'une hypertension artérielle (HTA) ou d'une coronaropathie est multipliée par 10.

Donc si on suspecte une IRA-AC et qu'elle est confirmée par une élévation de la créatinine
(cf classification KDIGO ci-dessous)

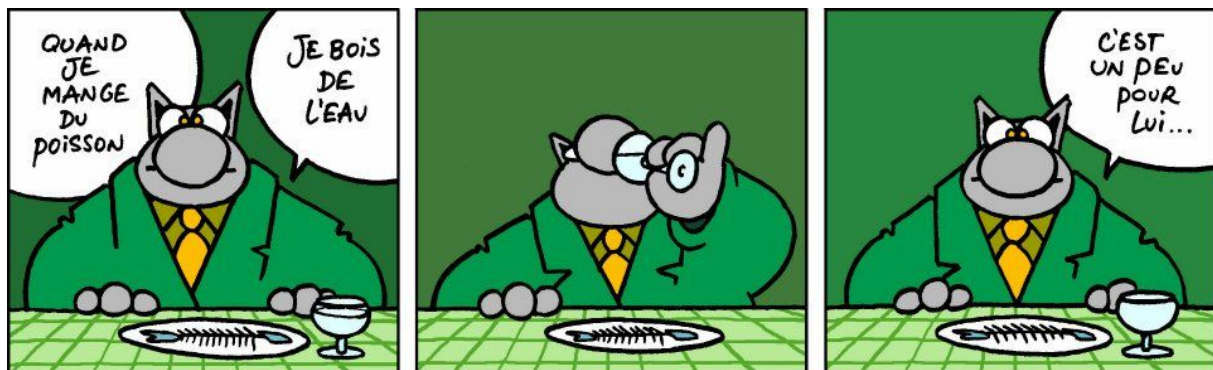
- Stade 1 : augmentation de plus de 26 micromoles de créatinine en 48h ou augmentation de plus de 50% en 7 jours avec une diurèse < 0.5 mL/kg/h
- Stade 2 : doublement de la créatinine avec une diurèse < 0.5 mL/kg/h pendant plus de 12h
- Stade 3 : triplement de la créatinine ou augmentation de plus de 354 micromoles si aucune valeur antérieure connue

On identifiera l'origine souvent prérénale (85% des cas) par une anamnèse, un examen clinique, un sédiment urinaire (Na urinaire bas < 20Meq/L) et éventuellement une échographie rénale.

Faut-il hospitaliser ou non ?

Cela dépend de l'âge, de la gravité de l'IRC, des polymorbidités, du sexe (masculin) et de la toxicité des médicaments incriminés.

Donc on retiendra qu'un homme âgé, avec des polymorbidités, éventuellement une IRC débutante et des combinaisons de médicaments potentiellement néphrotoxiques doit éveiller notre attention...Qu'il est important d'informer le patient (et son entourage) de l'importance d'interrompre le traitement en cas d'hypovolémie...et de boire...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch