VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 125 – Avril 2014

Maladie rénale et la personne âgée

Au cours du vieillissement, d'importantes modifications des structures du rein et de la fonction rénale sont observées. La distinction entre des lésions dues à des maladies spécifiques ou simple vieillissement rénal reste un problème difficile à élucider. Toute la difficulté des praticiens actuellement est de savoir ce qui est dû au physiologique et ce qui mérite des explorations néphrologiques voire un avis spécialisé. Quel est le bilan minimum néphrologique à réaliser en ambulatoire et les mesures pour ralentir de la progression de l'insuffisance rénale et tous les risques de iatrogénie chez la personne âgée ?

Modifications parenchymateuses et vasculaires

A partir de 40 ans la taille des reins diminue progressivement pour aboutir à 80 ans à une diminution d'environ 20 à 30 % au niveau de la taille et 40 % au niveau du volume. Cette diminution de la masse rénale est essentiellement corticale associée à des modifications du lit vasculaire rénal conduisant à une oblitération du capillaire glomérulaire et une sclérose glomérulaire.

Modifications hémodynamiques

Le flux plasmatique rénal est estimé à 600 mL/min chez l'adulte jeune. Il diminue en moyenne de 10 % par décennie après 40 ans pour atteindre 300 mL/min à 85 ans. Cette réduction est principalement liée à la diminution du flux cortical et apparaît secondaire à la présence de lésions d'endartériosclérose.

Modifications de la filtration glomérulaire chez la personne âgée

La décroissance moyenne de la filtration glomérulaire au cours du vieillissement est associée à des modifications anatomiques et fonctionnelles et peut être la conséquence de manifestations extra-rénales. Ainsi le vieillissement rénal n'est peut-être pas inéluctable si on prend en compte certains facteurs confondants impliqués dans le développement de la sclérose glomérulaire telle que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète ou certains autres facteurs nutritionnels.

La mesure de débit de la filtration glomérulaire chez la personne âgée

L'insuffisance rénale est définie par la mesure du débit de filtration glomérulaire (DFG). La formule Cockroft and Gault surestime le débit de filtration glomérulaire en cas de surcharge pondérale et sous-estime le débit de filtration glomérulaire chez la personne de plus de 80 ans (20 à 30 %). La formule MDRD peut être utilisée de façon quotidienne pour estimer le débit de filtration glomérulaire. Le CKD-EPI est la formule donnant l'estimation la moins biaisée, mais elle est complexe et nécessite un dosage de la créatinine plasmatique (exprimée en µmol/L) par une méthode enzymatique traçable IDMS. Il est préférable de suivre un patient dans un seul laboratoire pour permettre la comparaison avec les résultats antérieurs.

Quel bilan néphrologique minimal réaliser en ambulatoire ?

Devant toute maladie rénale chronique chez la personne âgée, avant de conclure à un vieillissement rénal un bilan minimal est indispensable. Celui-ci comprend :

- Estimation du débit de filtration glomérulaire par la formule MDRD.
- Mesure de la calcémie, phosphorémie, taux d'hémoglobine.
- Analyse du sédiment urinaire à la recherche d'une leucocyturie et, ou, hématurie par un ECBU ou une cytologie urinaire.
- Mesure de la protéinurie. Celle-ci doit être idéalement sur les urines de 24 heures. En cas d'impossibilité de réaliser ce recueil (incontinence…), on pourra estimer les degrés de protéinurie par la mesure du rapport microalbuminurie/créatininurie ou protéinurie /créatininurie : la microalbuminurie est définie par un chiffre de 30-300 mg/g créatininurie, la protéinurie est au-delà de 300 mg/g créatininurie.
- Echographie rénale et des voies excrétrices. Le doppler des artères rénales en première intention n'apporte aucun élément diagnostique et par conséquence il doit rester un examen prescrit sur des arguments cliniques par le spécialiste.

Mesures de protection ou de ralentissement de la progression de la maladie rénale chronique

Plusieurs mesures ont prouvé leur efficacité dans le cadre du ralentissement de la progression de la maladie rénale chronique :

- L'équilibre tensionnel est un facteur important dans le ralentissement de la progression de la maladie rénale chronique : l'objectif doit être une tension artérielle inférieure à 140/90.
- Les bloqueurs du système rénine angiotensine (BSRA) : à tension artérielle égale, les BSRA permettent d'avoir une néphro-protection supérieure aux autres antihypertenseurs. Ces thérapeutiques permettant de ralentir la progression de l'insuffisance rénale, mais peuvent devenir néphrotoxiques dans certaines circonstances telle que l'hypovolémie (diarrhée, vomissement…), les injections de produits de contraste iodé et en cas de 'association avec les AINS. Dans ces circonstances, il est indispensable de suspendre les BSRA.
- Une restriction protidique à 0.8 g/kg/jour chez la personne âgée. Les personnes âgées ont tendance à diminuer leur apport protidique spontanément, par conséquence il n'y pas besoin de recourir à une restriction protidique.
- Veiller à la bonne vidange vésicale. En effet devant toutes symptomatologies évoquant une difficulté de vidange vésicale, une exploration de la vidange vésicale est nécessaire.

Iatrogénie

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, ont le risque d'aggraver l'insuffisance rénale.
- Les diurétiques souvent utilisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, de l'hypertension peuvent entraîner chez la personne âgée des troubles hydro-électrolytiques telle que l'hyponatrémie, des hypovolémies qui peuvent aggraver la maladie rénale chronique et ce d'autant plus s'il y a une association avec les BSRA. Ces thérapeutiques méritent une surveillance de l'état clinique régulière et un ajustement de la posologie à chaque consultation.
- Les IEC/ARA2 : utilisés souvent comme traitement de l'HTA et de l'insuffisance cardiaque. Ils ont risque d'aggravation de MRC, en cas hypovolémie et en cas d'association avec les AINS.

Le vieillissement rénal confère une « fragilité » rénale, susceptible d'insuffisance rénale aigue (IRA), de trouble hydro électrolytique et de risque élevé de maladie rénale chronique après un épisode d'IRA. Dans le cadre du suivi de la maladie rénale chronique la place du médecin référent non spécialiste est primordiale : il doit dépister les patients, tenter de ralentir l'évolution de la maladie principalement par la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire et du diabète, puis orienter le patient vers le néphrologue.

Dr A GUERRAOUI, Calydial Vienne

Prochaine Réunion Pluridisciplinaire de Concertation et de Formation **: Mercredi 21 mai** à partir de 19 h 45 à l'internat de l'hôpital de Vienne
« Accompagner la phase diagnostique de la maladie d'Alzheimer »

Réseau gérontologique VISage *- Centre Hospitalier Lucien Hussel - BP 127 - 38209 VIENNE cedex - n° finess : 960820108 -*
visage@ch-vienne.fr – secretariat.visage@ch-vienne.fr – 04 74 31 32 97