Clairance de la créatinine basse

Conduite à tenir

Centre hospitalier intercommunal André Grégoire

bagnolet
fontenay-sous-bois
les lilas
montreuil-sous-bois
noisy-le-sec
romainville
rosny-sous-bois
villemomble
vincennes

17 Janvier 2015
XII^{ème} Rencontre des Amicales de Paris

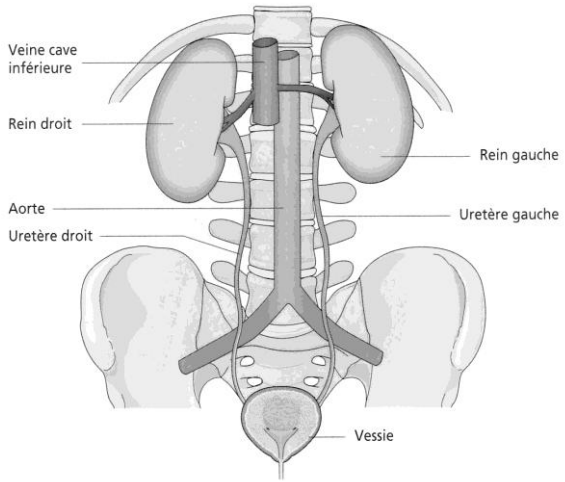
Dr. X. Belenfant
Réseau de Néphrologie en Ile de France
Service de néphrologie – CH Montreuil

Rénif
Réseaux de néphrologie d'Ile-de-France

Clairance de la créatinine ou **eDFG**

- **Créatinine plasmatique**
  - Calorimétrique *(Jaffé)*: marge d'erreur ++
  - **Enzymatique ++ ou IDMS** : *reproductivité*

- **Clairance de la créatinine**
  - [créatinine]u x volume diurèse / [créatinine]p
  - Formule Cockroft et Gault



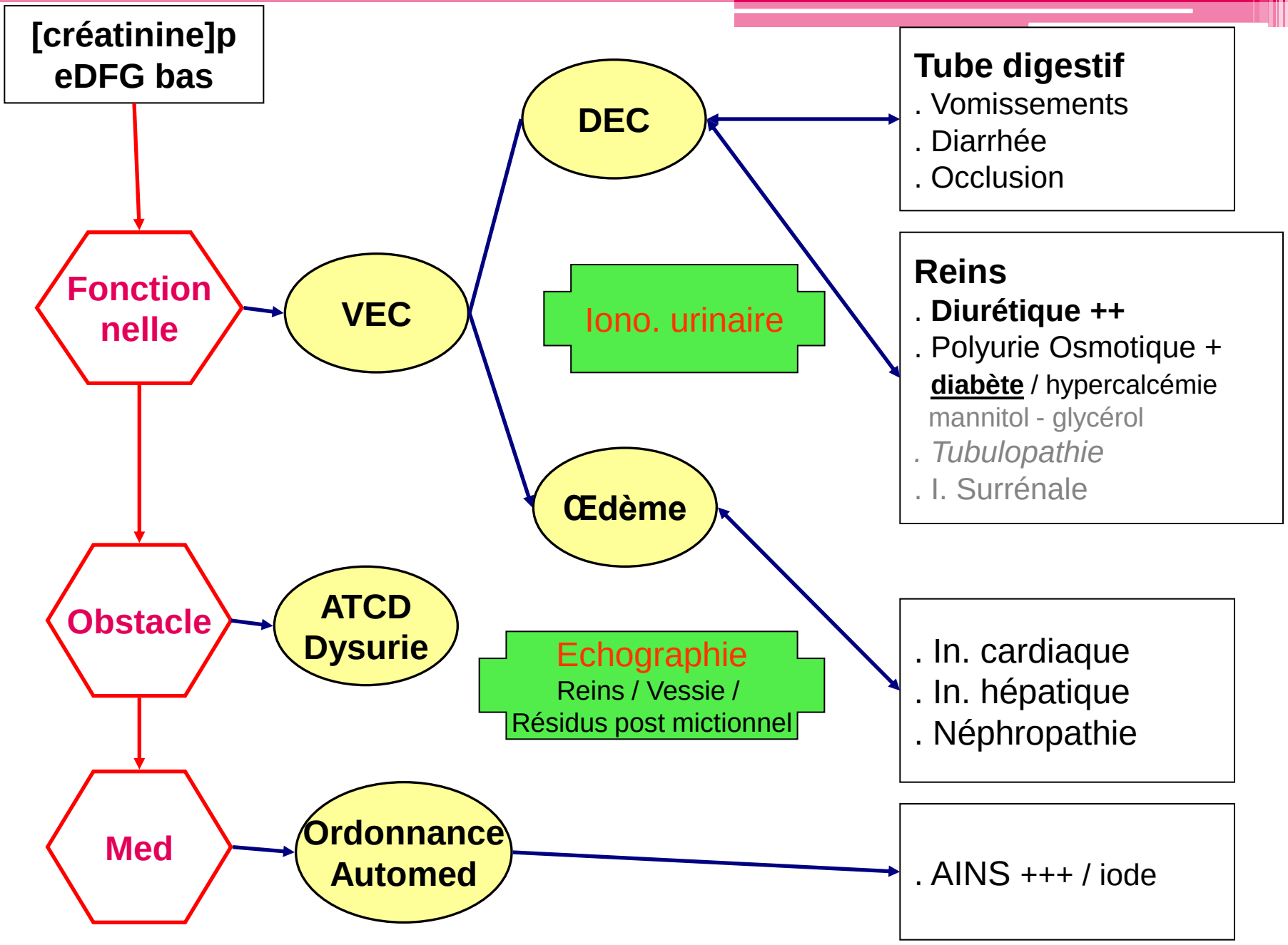
- **eDFG** = **e**stimation du **d**ébit de **f**iltration **gl**omérulaire
  - Variables : **âge /sexe / [créatinine]p**
  - MDRD (2002)
    - *= 186 x [**créatinine**] $^{-1,134}$ x [**âge**]^{0,30}1x [0,742 si F] x [1,210 si noir]*
  - **CKD EPI** (2009) ++

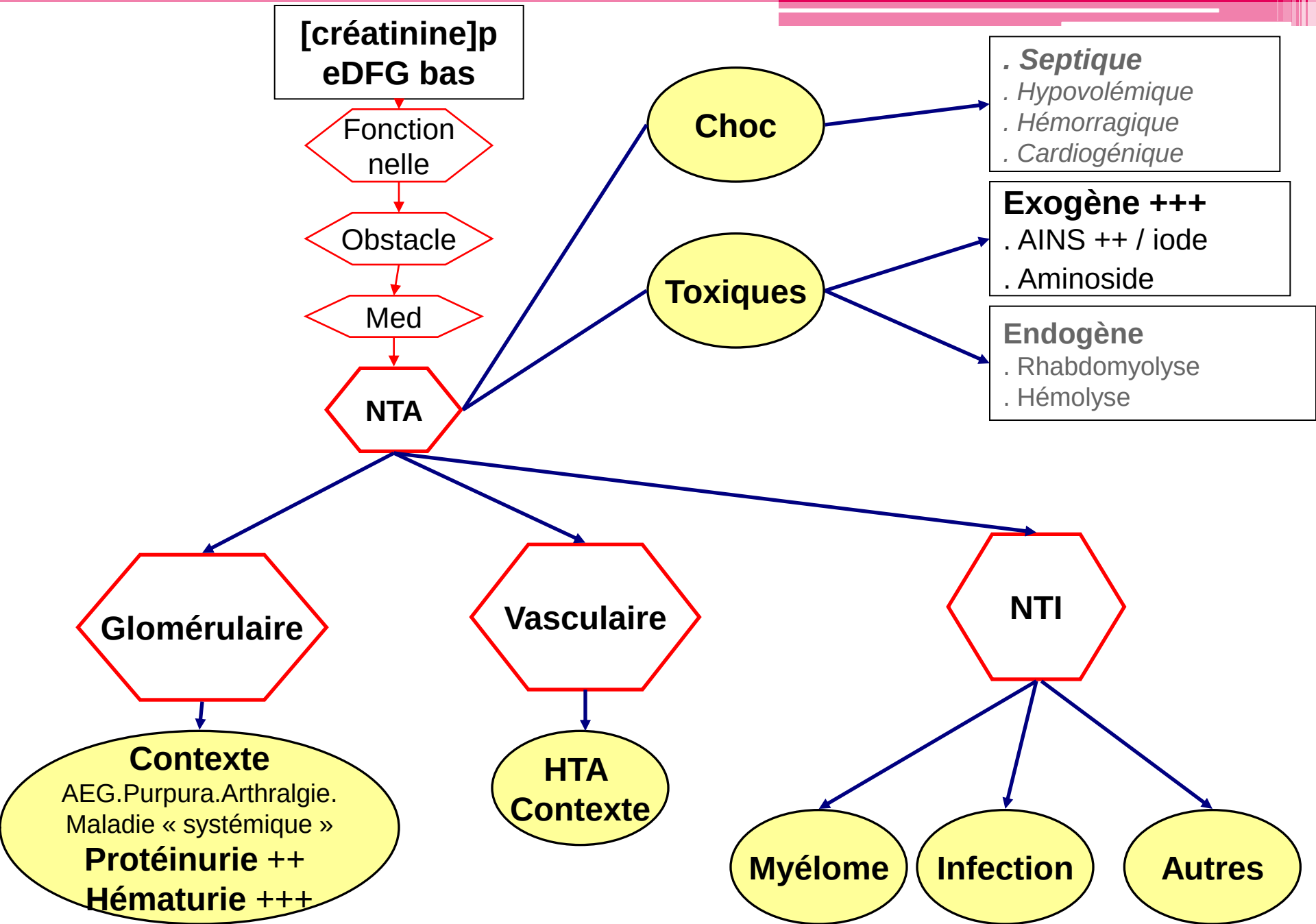
- I rénale = **eDFG < 60 ml/min/1,73 m²**

HAS 2012

eDFG < 60 ml/min/1,73 m²:
CAT = Contexte clinique +++++

- Pathologie aigue
  - Anamnèse +++
  - Clinique : volume extra-cellulaire ++ / urologique / signes généraux / BU
- Pathologie chronique
  - L'analyse des ATCD personnel +++


[créatinine]p
eDFG bas
Fonction nelle
VEC
DEC
Iono. urinaire
Œdème
Tube digestif
. Vomissements
. Diarrhée
. Occlusion
Reins
. Diurétique ++
. Polyurie Osmotique +
diabète / hypercalcémie
mannitol - glycérol
. Tubulopathie
. I. Surrénale
Obstacle
ATCD
Dysurie
Echographie
Reins / Vessie /
Résidus post mictionnel
. In. cardiaque
. In. hépatique
. Néphropathie
Med
Ordonnance
Automed
. AINS +++ / iode


[créatinine]p
eDFG bas
Fonction nelle
Obstacle
Med
NTA
Choc
. Septique
. Hypovolémique
. Hémorragique
. Cardiogénique
Toxiques
Exogène +++
. AINS ++ / iode
. Aminoside
Endogène
. Rhabdomyolyse
. Hémolyse
Glomérulaire
Vasculaire
NTI
Contexte
AEG.Purpura.Arthralgie.
Maladie « systémique »
Protéinurie ++
Hématurie +++
HTA
Contexte
Myélome
Infection
Autres

Insuffisance rénale **chronique**

- *Recherche d'une IRA : négative*

- Arguments **en faveur**
  - **Contexte** +++ : HTA / diabète / maladie urologique
  - **Critères « majeurs » +++**
    - **[créatinine]** augmentée depuis **> 3 mois**
    - **Taille des reins** diminuée **< 10 cm**

  - *Critères « mineurs »*
    - *Anémie normochrome, arégénérative*
    - *Hypocalcémie / hyperphoshorémie*

En pratique

- **eDFG**
  - Formule **CKD EPI** ++++
    - *Dosage enzymatique ou IDMS*
  - A défaut : MDRD

- Outils diagnostiques : Anamnèse / Examen clinique +++
  - Bandelette urinaire

- **Prévention (++) IRA** iatrogène = éducation
  - **Arrêt** des IEC/ARA2, diurétique par le patient **si**
    - **Vomissements / diarrhée**
    - *Mémo : arrêt aussi de . . . Metformine . . . (acidose lactique)*
  - Automédication par AINS : éduquer ++

www.renif
http://cuen.fr/umvf/

Quand adresser au spécialiste ?

- **IRA ? Urgent ++**
  - Si : obstacle / maladie de système / diagnostic incertain

- Protéinurie / albuminurie / et/ou hématurie sans cause urologique

- Insuffisance **rénale chronique si** :
  - eDFG < 30 ml/min/1,73 m²
  - Diagnostic **étiologique incertain**
  - Évolution **rapide** : baisse > 5 ml/min/an
  - Cibles **thérapeutiques non atteintes** / HTA « résistante »
  - **Lithiase** urinaire **récidivante**
  - **Maladie** rénale **héréditaire**

A discuter

- Insuffisance rénale
  - Diagnostic étiologique clair : diabète / HTA
  - eDFG stable ou baisse lente (< 2-4 ml/min/an)
  - Absence de protéinurie
  - Absence de complications « spécifiques »
  - HTA bien contrôlée

- Sujet jeune / possibilité IRC terminale à moyen-long terme
  - **1ière** visite **précoce** ++++
  - Suivi conjoint

1ière consultation

- **Tous les examens antérieurs** ++++++
  - Biologie +++
- Au minimum
  - **Sang** : [créatinine], ionogramme, NFS
  - **Urines** : ratio protéinurie / créatininurie + ECBU
  - **Echographie : Reins** / Vessie
    - Résidus post mictionnel si dysurie ou Homme ou diabète

- Si IRC en plus
  - **Sang** : Calcium, phosphore, 25 OH vitamine D, PTH, phosphatase alcaline, bicarbonate / NFS + si anémie : réticulocytes, ferritine et/ou Cs, Albumine /
  - + selon le contexte : +/- EPP, +/- selon le contexte

Merci de votre attention

Avis spécialisé : rarement / Mais . .

- Insuffisance rénale aigue
  - Glomérulaire
  - Suspicion de myélome
  - Diagnostic incertain

- Insuffisance rénale chronique
  - Diagnostic étiologique incertain
  - Evolution rapide : baisse eDFG > 5 ml/min/an
  - Protéinurie de fort débit
  - Cibles thérapeutiques difficile à atteindre

Demande d'avis : 1ière consultation

- **Documents**
  - Tous les **anciens examens** biologiques +++
  - **Ordonnance** récente

- **Examens**
  - **Minimum** :
    - Sang : créatinine, ionogramme
    - Urines : ratio protéinurie / créatinine ; ECBU
    - Echographie reins, vessie
  - Si IRC : en sus
    - **Sang** :
      - calcium, phosphore, 25 OH vitamine D, PTH, bicarbonate, albumine +/- *EPP*
      - NFS / *si anémie : réticulocytes , ferritine, CS*
      - Bilan lipidique / si diabète : Hb A1c
    - **Echographie** : si homme / diabète / dysurie : résidus post-mictionnel