

### PRATIQUE GÉRIATRIQUE

#### Généralités

Chez la personne âgée, le suivi de la fonction rénale et du poids est nécessaire. A partir de **60 ans**, la créatininémie doit être dosée **1 fois/an**. Après **75 ans**, elle est dosée **plus fréquemment** et au moins tous les 3 mois dans certaines circonstances : anticoagulants oraux directs, patient insuffisant rénal sous diurétiques... Différentes méthodes d'estimation de la fonction rénale sont disponibles. Dans cette population, le choix se porte sur la formule de :

#### Cockcroft et Gault (CG)

#### Justification

- Prise en compte du poids
- Préférable à MDRD qui surestime la fonction rénale réelle de la personne âgée
- Permet l'adaptation posologique des médicaments

#### Formules

$$\text{Clairance CG en mL/min} = \frac{\text{Poids (kg)} \times (140 - \text{âge})}{0,814 \times \text{créatinine en } \mu\text{mol/L}}$$

Chez la femme le résultat est multiplié par 0,85.

Estimation plus précise du débit de filtration glomérulaire à l'aide de la formule de Cockcroft et Gault corrigée :

$$\text{Clairance CGc en mL/min/1,73m}^2 = \frac{\text{Clairance calculée (mL/min)} \times 1,73}{\text{Surface corporelle}}$$



**Médicaments avec recommandations en cas d'insuffisance rénale (contre-indication, adaptation posologique)**

Ex :

- Metformine
- Héparines de bas poids moléculaire
- Antibiotiques et Antiviraux
- Anticoagulants oraux directs
- Allopurinol, colchicine
- Médicaments à marge thérapeutique étroite (méthotrexate, digoxine)
- Antihypertenseurs...

### Suivi minimal de la maladie rénale chronique

	Stades 1, 2 et 3A (DFG <sup>1</sup> ≥ 45)	Stade 3b (DFG <sup>1</sup> entre 30 et 44)	Stade 4 (DFG <sup>1</sup> entre 15 et 29)	Stade 5 avant EER (DFG <sup>1</sup> < 15)
Suivi médical et fréquence de consultation	MG au moins 1/an	MG : au moins 1/6 mois Néphrologue au moins 1/an	MG au moins 1/3 mois Néphrologue au moins 1/6 mois	MG au moins 1/mois Néphrologue au moins 1/3 mois
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Implication du patient dans sa prise en charge : adoption mesures d'autosurveillance, de néphroprotection, sevrage tabagique, suivi des mesures hygiéno-diététiques : activité physique, alimentation (apports énergétiques, sel, apports protéiques, apports liquidiens)</li> <li>■ Marqueurs cliniques : poids (Indice de masse corporelle = poids/taille<sup>2</sup>), pression artérielle, diurèse, signes de rétention hydro-sodée, de déshydratation extra-cellulaire, troubles mictionnels</li> <li>■ Traitements : efficacité (atteinte des objectifs), observance, tolérance, automédication</li> <li>■ Qualité de vie, humeur (dépression)</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dépister les complications</li> <li>■ Dépister et prendre en charge les facteurs aggravants potentiellement réversibles</li> <li>■ Appliquer les mesures de protection du capital vasculaire</li> </ul>			
Suivi complémentaire	■ Préparer l'EER, un an avant le début prévisible de l'EER <sup>2</sup>			
Examens biologiques et fréquence	Selon besoin : cardiologue, diabétologue, diététicien, infirmier, psychologue, tabacologue, soutien médico-social			
EAL <sup>3</sup> , glycémie (chez non-diabétique)	1/an			
Ag Hbs (non vacciné) Ac anti-Hbs (vacciné) <sup>4</sup>	-	1/3 ans	1/an	1/an
Créatininémie	1/an	1/6 mois	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 1 à 3 mois
Albuminurie	1/an	1/6 mois	Tous les 3 à 6 mois	Selon néphrologue
Na <sup>+</sup> , chlore, K <sup>+</sup> , HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , calcium, phosphore	-	Tous les 6 à 12 mois	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 1 à 3 mois
Hémogramme avec compte réticulocytes	-	Tous les 6 à 12 mois	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 1 à 3 mois
<sup>5</sup> Ferritine sérique, fer sérique et transferrine (calcul du coefficient de saturation de la transferrine)	-	Tous les 6 à 12 mois	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 1 à 3 mois
Albuminémie	-	1/an	1/6 mois	1/6 mois
25-OH-vitD	1/an, en l'absence de carence			
Parathormone	-	Selon la concentration initiale et la progression		Tous les 3 à 6 mois
Phosphatases alcalines	-	-	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 1 à 3 mois
Urémie	-	-	-	Tous les 1 à 3 mois

<sup>1</sup> DFG en mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. <sup>2</sup> EER épuration extra-rénale. <sup>3</sup> EAL exploration des anomalies lipidiques. <sup>4</sup> Taux cible souhaité : Ac anti-Hbs > 10. <sup>5</sup> Conditions de prélèvement : les marqueurs du métabolisme du fer doivent être prélevés à distance d'une inflammation aiguë ; en cas de dosages répétés, il est préférable de les réaliser dans le même laboratoire ; le fer sérique et la transferrine doivent être prélevés le matin à jeun.

HAS, Points critiques du parcours de soins : maladie rénale chronique de l'Adulte - Février 2012