

Insuffisance rénale chronique et grand âge

Mots clés :
Insuffisance
rénale
Créatinine
Néphrolo-
giste
Personne
âgée

Les études épidémiologiques montrent que le taux de filtration glomérulaire (TFG) calculé par la formule de Cockcroft est compris entre 30 et 60 ml/mn chez 2 sujets âgés de plus de 70 ans sur 3, sans toujours signifier la présence d'une insuffisance rénale chronique (IRC). D'autre part, l'IRC, en dehors du risque de suppléance qui ne concernera qu'une très petite minorité, apparaît avant tout chez la personne âgée comme un facteur de risque. Que valent donc nos critères diagnostiques usuels chez la personne âgée ? Qui est particulièrement à risque ? Que faire pour prévenir ou ralentir la progression de l'IRC à cet âge ? Les données sur ces points sont assez imprécises puisque les études ne concernent que rarement ces personnes âgées. Il existe cependant quelques points de repère récents¹⁻⁶.

Comment reconnaître l'IRC après 70 ans ?

Les données de larges enquêtes épidémiologiques anglaises et américaines¹ concordent avec des données plus parcellaires françaises². Alors que la prévalence de l'IRC tend à diminuer avant 65 ans, elle augmente après, de 30 à 40% selon les sources : elle est 7 fois plus fréquente après 75 ans qu'entre 20 et 40, 2 fois plus qu'entre 40 et 60¹. Aucune des formules qui évaluent le TFG n'est parfaite. L'équation MDRD prend mieux en compte l'âge après 65 ans pour des valeurs moyennes de masse musculaire et d'apports nutritionnels ; elle est aussi précise que de nouveaux marqueurs à l'étude, telle la cystatine C³. L'atteinte rénale (maladie-damage), qu'il y ait ou non baisse du TFG, est caractérisée par la présence de macro ou microalbuminurie^{2,3,5}. Après 70 ans, les IRC de stade 3 (TFG 30 à 59) restent le plus souvent remarquablement stables^{1,4}, et, selon les données françaises, plus de 85% de ces patients n'ont pas d'albuminurie, ce qui peut laisser supposer que le nombre de « malades » est surestimé à cet âge². Il reste donc beaucoup d'inconnues. La plupart de ces IRC relèvent des seuls soins primaires. Nous avons vu (*Bibliomed 604*) les critères de demande d'avis spécialisé.

Quelles sont les conséquences de l'IRC ?

L'IRC de stade 3 après 70 ans est environ 100 fois plus fréquente que l'insuffisance rénale terminale. Le risque de décéder d'autre chose est beaucoup plus élevé que celui de progresser vers le stade terminal, le plus souvent par maladies cardiovasculaires¹⁻⁴. Des études euro-

peennesⁱⁿ¹ ont par ailleurs montré la corrélation entre la dégradation du TFG et le développement de déficiences cognitives et d'incapacités fonctionnelles, ainsi qu'un risque accru de fractures du col du fémur chez la femme. On ne sait cependant pas si le traitement des facteurs de risque cardiovasculaires ralentit la progression de l'IRC ou prévient le déclin physique ou cognitif de ces patients¹. Avec l'avancée en âge, les priorités deviennent la qualité de vie (l'équilibre nutritionnel déjà fragile en fait partie et être préservé) et la prévention du risque médicamenteux².

Facteurs cliniques associés déterminants

Près d'une fois sur 2, l'IRC est due à une néphropathie hypertensive ou secondaire à un diabète. Chez les patients qui débute un traitement de suppléance (TFG < 15 ; âge moyen en France : 71 ans²), 4 sur 5 ont au moins une co-morbidité : HTA pour la majorité, diabète (36%), insuffisance cardiaque (29%), pathologies coronariennes (27%) et vasculaires périphériques (23%)². La prise en charge de ces facteurs est essentielle (*Bibliomed précédents*). Il est également important d'identifier les « progressseurs rapides », pour une prise en charge plus agressive et une adaptation de la posologie des médicaments². Chez les patients âgés, l'objectif est double : réduire le taux de complications et de mortalité cardiovasculaires ; préserver la qualité de vie⁶. Il faut y ajouter : éviter des mises en dialyse en urgence qui concernent encore 29% des patients âgés français².

Que conclure pour notre pratique ?

L'IRC du patient âgé nécessite d'adapter les critères diagnostiques habituels. Elle semble très fréquente. En dehors du risque iatrogène, le risque d'aboutir à l'insuffisance rénale terminale est faible et la progression le plus souvent lente. L'important est d'identifier les « progressseurs rapides » chez lesquels la dégradation progressive du TFG et la protéinurie traduisent l'évolution péjorative de la « maladie rénale ».

Deux priorités semblent s'imposer : préserver la qualité de vie ; fixer des objectifs « raisonnables » en cas de diabète et d'HTA. Les recommandations américaines distinguent pragmatiquement, entre 65 et 84 ans, 2 niveaux de stade 3^{5,6} : un TFG entre 59 et 45 relativement stable traduit surtout un danger cardiovasculaire et médicamenteux ; entre 45 et 30 et/ou avec protéinurie, le risque rénal doit faire préparer à la suppléance. Après 85 ans, l'IRC est alors rarement « néphrocentrique »⁶ : même avec un TFG à 15, le risque de décès devient plus important que le risque rénal.

Références

- 1- Ahmed AK et al. Chronic kidney disease in older people: Disease or dilemma? Saudi J Kidney Dis Transpl. 2010; 21: 835-41.
- 2- Stengel B et al. Epidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France. Presse Med. 2007; 36: 1811-21.
- 3- Coresh J, Astor B. Decreased Kidney Function in the Elderly: Clinical and Preclinical, Neither Benign. Ann Intern Med. 2006; 145: 299-301.
- 4- Kessler M. Conduite à tenir devant une insuffisance rénale chronique chez le sujet âgé. Rev Prat. 2005; 55: 2249-54.
- 5- O'Hare AM et al. Prognostic Implications of the Urinary Albumin to Creatinine Ratio in Veterans of Different Ages With Diabetes. Arch Intern Med. 2010; 170: 930-6.
- 6- Johansen KL. Chronic Kidney Disease in Elderly Individuals. Arch Intern Med. 2010; 170: 926-7.