



CHR
CITADELLE



NEPHROLOGIE
IMMUNO-INFECTIOLOGIE

Place de l'érythropoïétine chez le patient insuffisant rénal chronique de plus de 65 ans

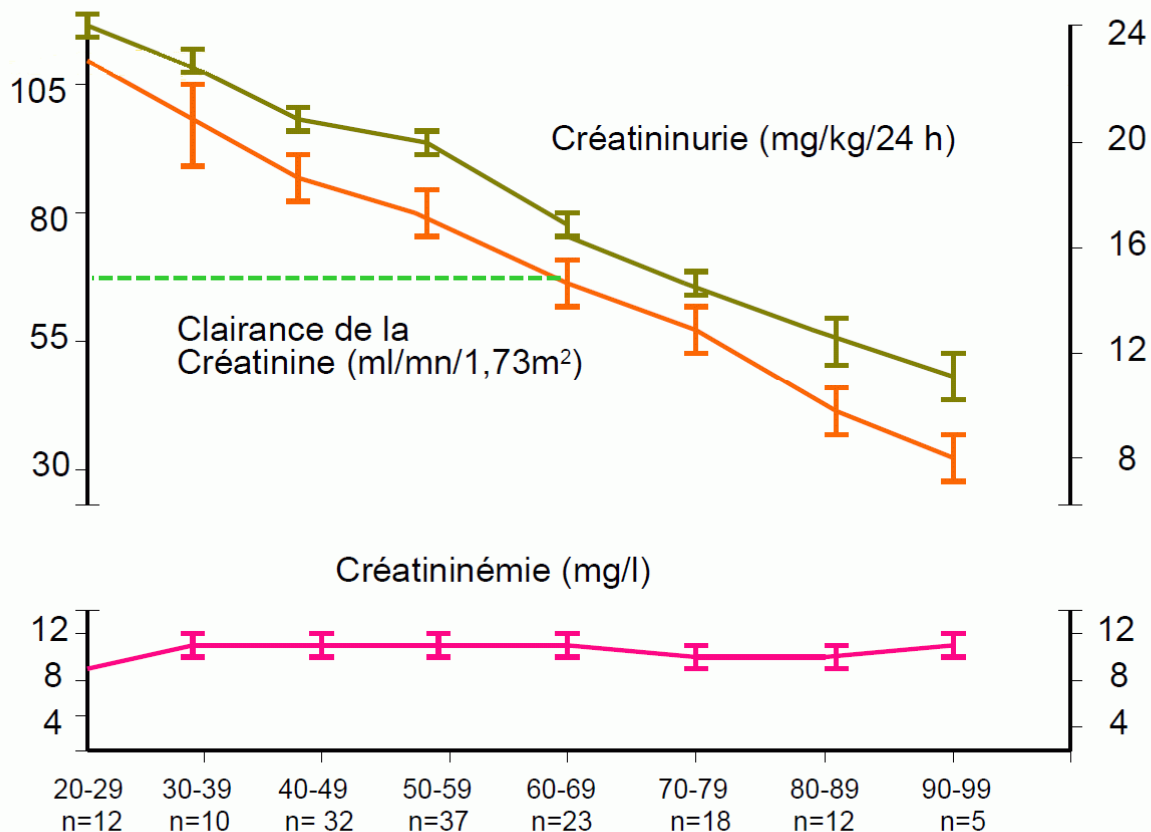
Dr C. Masset
Service de Néphrologie-
Immunologie-Maladies Infectieuses
CHR Citadelle
25/09/2011

Quelques rappels...

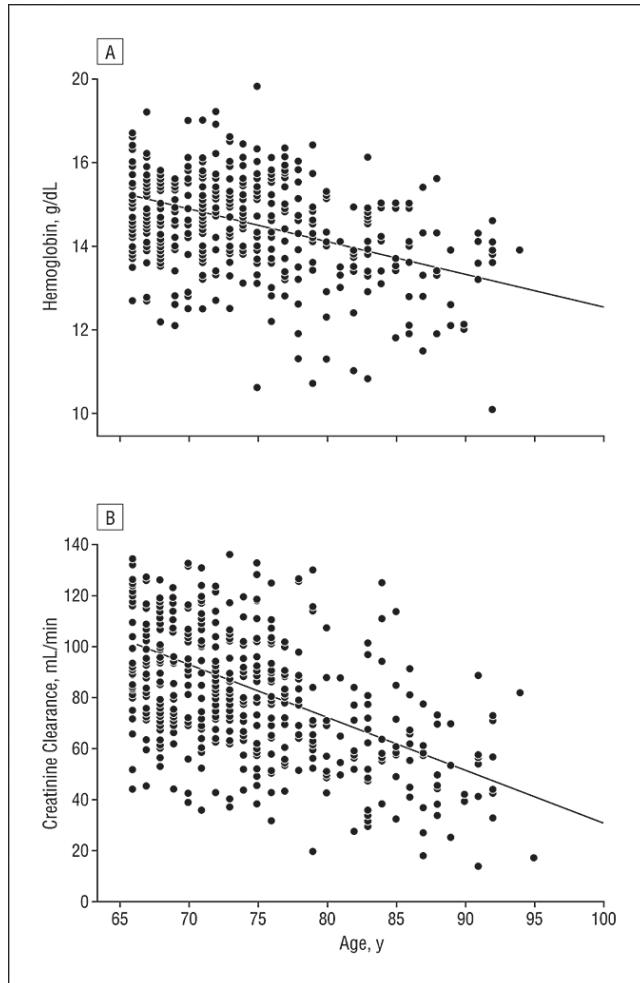
- A 80 ans, GFR Nle \approx 50-80ml/min
- \downarrow EPO dès GFR < 60ml/min
- Surévaluation de la FRR par les équations classiques et la créatinine
- Anémie > 10% des plus de 65 ans

Quelques rappels...

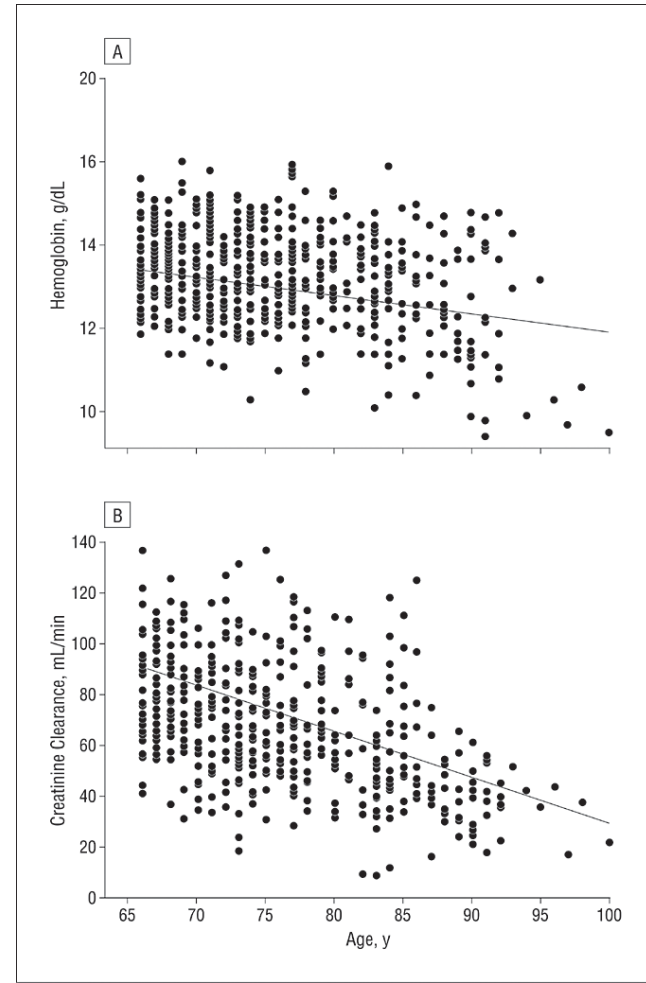
Créatininémie et clairance selon l'âge



Hémoglobine et clairance de créatinine en fonction de l'âge



Hommes



Femmes

Quelques rappels...

Stades IRC	Description	GFR
1	Atteinte rénale, GFR Nle ou ↑	≥ 90ml/min
2	Atteinte rénale, GFR légèrement ↓	60-89ml/min
3	GFR modérément ↓	30-59ml/min
<i>a</i>		<i>45-59ml/min</i>
<i>b</i>		<i>30-44ml/min</i>
4	GFR sévèrement ↓	15-29ml/min
5	IR terminale	< 15ml/min ou EER

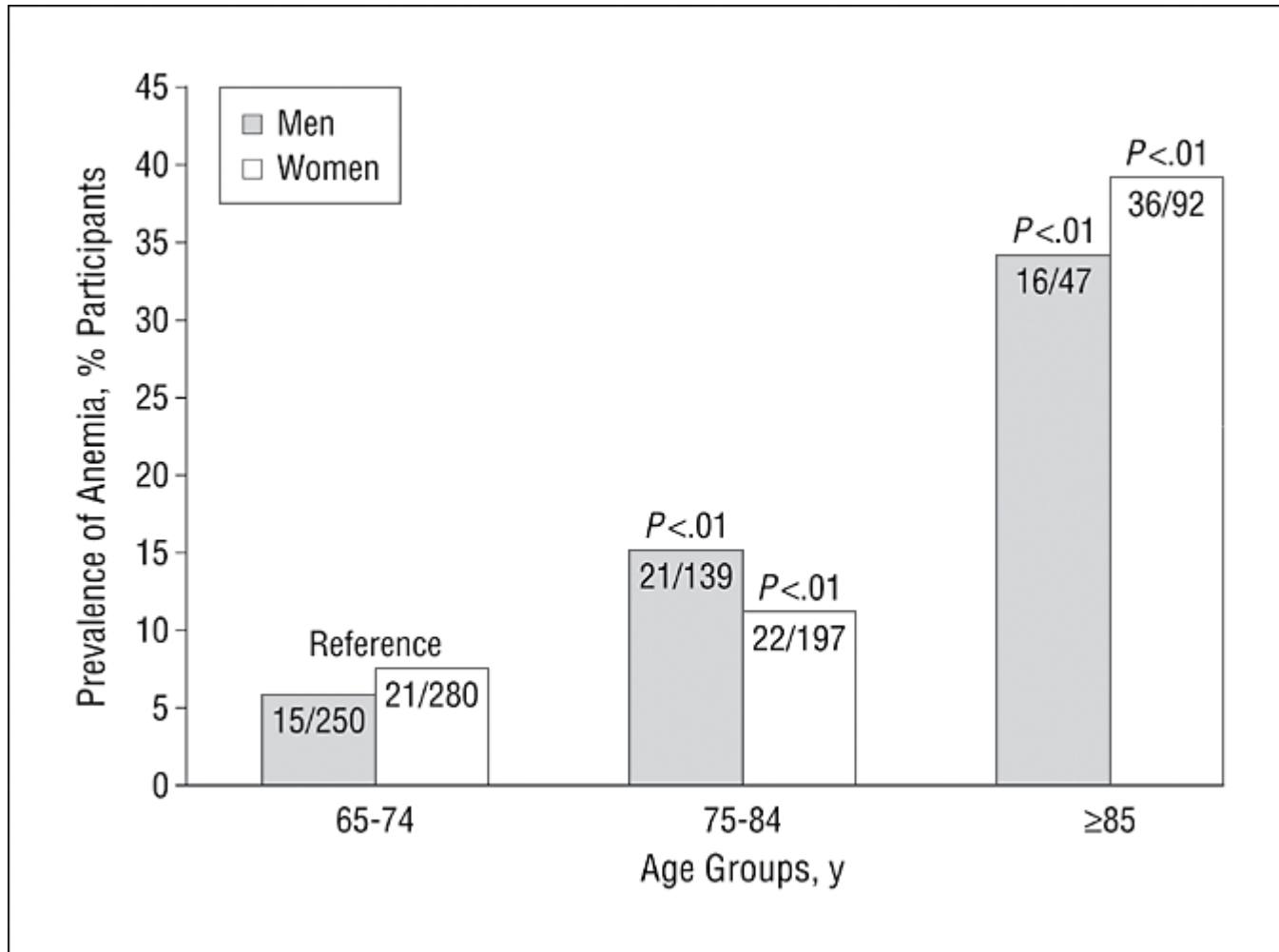
Anémie : définition (OMS)

- ♂ : Hb < 13g%
- ♀ : Hb < 12g% (hors grossesse)

- > 65 ans : Hb « Nle » ???

- ≈ 10-11% des > 65 ans
- Modérée : < 3% ont < 11g%

Anémie au-delà de 65 ans



Anémie > 65 ans : causes

- IRC \approx 8%
- « Malnutrition » \approx 30%
 - Déficit en fer
 - Déficit en folate et vitamine B12
- Néoplasies
 - Gastro-intestinales
 - Hématologiques : SMD & MM
 - Pic d'incidence \approx 70 ans

Approche diagnostique (1)

- Bilan sanguin
 - Sang complet + FHL, réticulocytose
 - Bilan martial
 - SI, ferritine, transferrine, coef de saturation
 - Folate et vit. B12
 - Fonction rénale
 - MAIS tendance à surévaluer la fonction rénale réelle du patient > 65 ans
 - Dosage EPO

Approche diagnostique (2)

- Anémie ferriprive
 - Ferritine < 12ng/ml ou Sat Tf ≤ 16%
 - Rechercher sang sur selles
 - Colono à discuter même si selles (-)
- ≈ 10% des > 65 ans
 - Valeurs « borderline » en folate et Vit. B12
- Toujours rechercher paraprotéine !
- Penser à
 - Causes médicamenteuses
 - C₂H₅OH
 - Dysthyroïdie, maladies hépatiques

Approche diagnostique (3)

- Place du dosage de l'EPO
 - Corrélation GFR-fonction rénale endocrine
 - ↓ linéaire dès que GFR < 60ml/min
 - Relation mal connue > 65 ans
- > 65 ans : EPO circulante < EPO attendue
 - Par rapport au degré d'anémie
 - ↓ des capacités de production en réponse à l'hypoxie ?
 - ↓ de la sensibilité rénale à l'hypoxie ?
 - Mauvaise évaluation de la GFR par les équations (MDRD, Cockcroft) !

Traitement

- Traiter les FACTEURS FAVORISANTS
- EPO recombinante
- Fer
 - PO en 1^{ère} intention
 - IV si malabsorption
- Hb cible ???

Traitement : cible et bénéfiques (1)

- Hb \approx 10-12 g%
- \uparrow de la qualité de vie
- \downarrow des troubles cognitifs
- \downarrow HVG
- \downarrow nécessité de transfusions
- \downarrow fréquence et durée d'hospitalisations
- PAS de bénéfices en terme de MORTALITE

Traitement : cible et bénéfiques (2)

- $Hb \geq 13g\%$
 - ↑ DC, IDM aigu, AVC, décès
 - ↑ risque de thrombose de l'accès vasculaire
 - !!! Polyvasculaire, affection pro-thrombotique (néo!), HTA mal équilibrée

Conclusions

- Diagnostic et mise au point
 - Comme dans la population « générale »
 - MAIS risque ↑ d'anémie « non rénale »
 - Association fréquente entre anémie « rénale » et « non rénale »
- EPO efficace
- Nécessité d'une supplémentation en fer (PO ou IV)
- Hb « cible » \approx 10-12g%