

Récupération après insuffisance rénale aiguë[☆]

Aurélien Bataille, Matthieu Legrand

Disponible sur internet le :

Hôpital Saint-Louis, département d'anesthésie, réanimation et centre des brûlés, université Paris Diderot, Inserm U942 et réseau INI-CRCT, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

Correspondance :

Matthieu Legrand, Hôpital Saint-Louis, département d'anesthésie, réanimation et centre des brûlés, université Paris Diderot, Inserm U942 et réseau INI-CRCT, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France.
matthieu.m.legrand@gmail.com

Mots clés

Insuffisance rénale chronique
Récupération
Pronostique

■ Résumé

Il est désormais admis qu'un épisode d'insuffisance rénale aiguë (IRA) ne s'accompagne pas d'une réparation *ad integrum* mais qu'une cicatrice rénale persiste. Ainsi le risque de développer une insuffisance rénale chronique après un épisode d'IRA est augmenté. Cette cicatrice rénale apparaît être secondaire à la mise en jeu de processus fibrotiques. Un suivi néphrologique à distance par certaines équipes dans les suites d'une IRA a été proposé, dans l'espoir de diagnostiquer plus rapidement l'éventuel développement d'une IRC et d'engager des mesures de protection rénale non spécifiques. À ce jour, aucune mesure spécifique n'a cependant été identifiée pour limiter les conséquences de l'IRA.

Keywords

Renal failure
Chronic kidney disease
Acute kidney disease

■ Summary

Renal recovery after acute kidney injury

Acute kidney injury (AKI) has been associated with an increase risk of chronic kidney disease. Repair after AKI might be inadaptative with recovery not being ad integrum. This renal scar appears to be due to activation of fibrotic processes. A nephrologist follow-up after an episode of AKI has been proposed, with the goal of early detecting sustained alteration of renal function and risk of chronic kidney disease. Of note, no specific measure has been identified so far to limit the consequences of the AKI and prevent chronic kidney damage.

[☆] Le Congrès, Conférence d'Actualisation, © 2017, Sfar, Paris.

Définitions de l'insuffisance rénale aiguë

Les stades de l'insuffisance rénale aiguë

Des modifications successives ont été apportées aux recommandations sur la définition de l'IRA. Après RIFLE en 2004 [1] puis AKIN en 2007 [2], une synthèse a eu lieu lors du travail collaboratif KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group 2012). Aujourd'hui, bien que cette définition ait des limites, notamment pour les formes les plus frustes d'agression rénales, cette synthèse permet une uniformisation de la définition de l'insuffisance rénale aiguë (*acute kidney injury* des anglosaxons).

L'insuffisance rénale aiguë est définie par les critères suivants :

- augmentation de la créatinine de $\geq 26,5 \mu\text{mol/l}$ sur une période de 48 h ;
- augmentation de la créatinine de $\geq 1,5$ fois la valeur de base sur une période de 7 jours ;
- diminution de la diurèse de $< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ sur 6 h.

Différents stades d'intensité pathologique croissante sont proposés. (tableau I).

Le stade chez un patient donné est déterminé par le critère le plus péjoratif entre « créatinine plasmatique » et « diurèse ». L'IRA est donc définie par une réduction de la filtration glomérulaire diagnostiquée en pratique par :

- la réduction de la clairance de la créatinine plasmatique et donc son augmentation sur deux prélèvements successifs ;
- la réduction du débit urinaire, en deçà de $0,5 \text{ ml/kg/h}$ de diurèse.

Cette stratification a permis plusieurs avancées. La première est la normalisation des définitions et l'homogénéisation des pratiques. Cette stratification a permis d'attirer l'attention des cliniciens sur la surveillance du débit urinaire et rappeler la nécessité d'un dosage régulier de la créatinine en situation à risque. La deuxième est d'ordre sémiologique. Aujourd'hui, les patients sont uniformément classés selon cette définition en recherche clinique. La troisième avancée est d'ordre pronostique. Ainsi une hausse de la créatinine plasmatique ou un épisode d'oligurie (combinés, ou individuellement) selon cette définition, a été associée à une augmentation du risque de mortalité en réanimation. De plus, sans grande surprise, un stade de l'IRA plus élevé, est associé à une mortalité plus importante. Des limites existent à ces définitions arbitraires et à cette stratification précise. Deux semblent au premier plan. La première est que la définition des seuils semble difficile à apprécier au plan physiopathologique. L'agression rénale et la souffrance tubulaire et glomérulaire relèvent effectivement d'un processus *continu*. La deuxième limite s'intéresse à la nature même du diagnostic positif d'IRA : la réduction du débit de filtration glomérulaire, et en aucun cas la nature ou sévérité des lésions histologiques est illustré par ces définitions. Les experts sollicités pour KDIGO relèvent bien que les données cliniques sur lesquelles sont fondées ces définitions proviennent

TABLEAU I

Stade	Créatinine plasmatique	Diurèse
1	$\geq 26,5 \mu\text{mol/L}$ ou 1,5 à 1,9 fois la créatinine plasmatique de base	$< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ pendant 6 h à 12 h
2	2,0 à 2,9 fois la créatinine plasmatique de base	$< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ pendant $\geq 12 \text{ h}$
3	3,0 fois la créatinine plasmatique de base ; ou créatinine plasmatique $\geq 354 \mu\text{mol/L}$; ou mise en route d'une épuration extrarénale	$< 0,3 \text{ ml/kg/h}$ pendant $\geq 24 \text{ h}$ ou anurie pendant $\geq 12 \text{ h}$

pour l'essentiel de données obtenues chez des patients de réanimation et non dans les services hospitaliers non aigus.

Approche nosologique de la récupération de l'insuffisance rénale

L'attention portée à la récupération est plus récente. Il existe des définitions qui sont actuellement opérationnelles, mais sans qu'il existe le même large consensus que pour la définition de l'IRA. Il est probable qu'elles seront amenées à être modifiées dans le futur, car des éléments diagnostiques manquent pour la mesure précise de la fonction rénale une fois l'IRA installée. Une évolution est donc attendue et donc souhaitable, car elle sera le témoin d'une meilleure approche nosologique de la récupération rénale. Néanmoins les éléments actuels les plus récents proviennent du consensus du groupe ADQI (*Acute Disease Quality Initiative*) et sont les suivants [3] :

- une IRA persistante caractérise une IRA, définie par les critères de créatinine plasmatique ou de débit urinaire KDIGO, qui se prolonge plus de 48 heures après le début de l'IRA. Une récupération complète de l'IRA, définie selon les critères KDIGO, dans les 48 heures après le début de l'IRA caractérise une IRA de récupération rapide. Il est à noter que le terme fonctionnel ou « pré-rénal » de l'IRA n'est pas repris. Il est maintenant établi que cette dichotomie entre le caractère fonctionnel et organique de l'IRA est erroné, des dommages tubulaires ayant été observé même dans les formes dites « fonctionnelles » de l'IRA et qu'à l'inverse une fonction tubulaire conservée a pu être observée dans des cas d'IRA non rapidement réversibles. Le caractère rapidement réversible ou persistant relève donc plus de la persistance et de la profondeur de l'agression et du terrain plus que de mécanismes différents chez les patients de réanimation ;
- bien que la durée de récupération d'une IRA persistante soit inconnue, un minimum de 48 heures est nécessaire pour séparer deux épisodes distincts d'IRA ;
- le terme de maladie rénale aiguë est proposé pour définir l'évolution de l'état pathologique après agression rénale

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8950814>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8950814>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)