

ITEM 119 : REINS DU SUJET AGE

Vieillesse rénale = modifications rénales structurelles et fonctionnelles, sans conséquence en situation normale, mais limitant les capacités d'autorégulation des reins, et majorant le risque d'insuffisance rénale aiguë

- **Mécanismes intrinsèques : génétique** (expression de protéines type Klotho, SOD...) / expression télomérique/ nombre de néphrons à la naissance.

- **Mécanismes extrinsèques : environnement** (charge protéique, métaux lourds, traitements néphrotoxique, lithiase ...) / comorbidités

- Le vieillissement rénal ne s'accompagne pas de **protéinurie** ou d'**hématurie** significative : toujours pathologique

Modification rénale	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse physiologique du DFG : 0,7 ml/min/an (à partir de 40 ans, on estime qu'on perd 10ml/min par décennie) - Créatininémie faussée par la diminution de la masse musculaire (une créat à 135 peut traduire une IRC stade IV) / surestimation du DFG chez le sujet âgé - Formule de Cockcroft peu précise après 75 ans - Diminution de la taille des reins, surtout aux dépens du cortex, avec contours restant réguliers - Modifications tubulaires et hydroélectrolytiques : dépassement des capacités d'adaptation rénale en cas de modification des apports, de pathologie associée ou de prescription médicamenteuse - Hyponatrémie atteint 16% en population gériatrique - Modifications endocriniennes : <ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'activité du SRAA : ↓ ARP, ARA2 et aldostérone - Résistance à l'EPO : ↑ de la concentration circulante d'EPO 			
	Troubles hydroélectrolytiques	Hydrique	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Capacité de concentration des urines ↳ Capacité de dilution des urines ↳ Déla sensation de soif par altération des osmorécepteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'hypernatrémie en cas de restriction d'accès à l'eau - Risque d'hyponatrémie en cas d'augmentation brutale des apports hydriques ou de traitement (diurétique, psychotrope...)
		Sodé	Réponse rénale retardée en cas de modification rapide des apports	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'hypovolémie si réduction des apports, pertes sodées, diurétiques... - Risque de surcharge hydrosodée en cas d'apports excessifs de sodium
		Potassique	Réduction du pool potassique : fonte musculaire, réduction des apports Diminution de l'excrétion urinaire (↓ chronique du SRAA)	<ul style="list-style-type: none"> - Hypokaliémie, aggravée par un diurétique thiazidique - Hyperkaliémie, aggravée par la prise d'IEC, ARA2, AINS ou diurétiques épargneurs de potassium
Calcique		Carence en vitamine D fréquente	- Hypocalcémie, hyperparathyroïdie secondaire	
Insuffisance rénale du sujet âgé	Insuffisance rénale aiguë		<ul style="list-style-type: none"> → L'incidence de l'insuffisance rénale aiguë augmente exponentiellement avec l'âge → Le risque d'insuffisance rénale chronique séquellaire augmente avec l'âge - IRA fonctionnelle : hypovolémie, insuffisance cardiaque, prise d'IEC, ARA2, AINS, diurétiques - IRA néphrotoxique : AINS, produits de contraste iodé, aminoside, chimiothérapie - IRA par obstacle : adénome ou cancer de prostate, cancer pelvien - Néphropathie : <ul style="list-style-type: none"> - Myélome - Glomérulonéphrite rapidement progressive (biopsie quel que soit l'âge) - Embolies de cristaux de cholestérols 	
	Insuffisance rénale chronique		<ul style="list-style-type: none"> - ↑ de l'incidence avec l'âge : 15% de DFG < 60 ml/min entre 65 et 75 ans, 50% > 85 ans - Causes fréquentes : - Maladie rénale ancienne d'évolution lente : polykystose rénale... - Maladie plus fréquente : néphropathie par obstacle, ischémique... - Risque de progression vers l'IRC terminale inférieur : la vitesse de progression de la maladie rénale chronique généralement n'est pas augmentée par le vieillissement, décès précoce lié aux comorbidités - Espérance de vie à 80 ans est de 8.3 ans en population générale ≠ 2.2 ans en cas d'IRCT (surmortalité d'origine cardio-vasculaire) 	
	Spécificités de prise en charge	Dialyse	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de l'HTA : éviter les variations brutales et l'hypotension orthostatique - Utilisation de bloqueur du SRA : risque élevé d'accident iatrogène (pathologie artérielle rénale plus fréquente) → suivi rapproché de la fonction rénale - Régime hypoprotidique (0.8g/kg/j) : généralement inutile (réduction spontanée des apports protidiques avec l'âge), risque de dénutrition en cas de régime restreint 	
		Transplantation	<ul style="list-style-type: none"> → Peut être réalisée > 70 ans si le bilan pré-greffe, notamment cardiovasculaire, le permet En cas de projet de greffe possible → demande une valeur précise du DFG par le dosage de la cystatine C ou au mieux par une mesure directe du DFG par technique de clairance. 	