

Le patient polypathologique classique !

Homme de 65 ans, obèse, hypertendu, hypercholestérolémique, diabétique de type 2, fumeur
Dégradation de la fonction rénale : clairance à 15 ml/min

Règles hygiéno-diététiques

- **Arrêt** ferme et définitif du **tabac**
 - Aide à l'arrêt du tabac : brochure de conseils d'aide minimale à l'arrêt du tabac
 - Soutien psychologique
 - Substituts nicotiniques
 - Consultation de tabacologie pour évaluation de la dépendance (indice de Fragenström) et prise en charge personnalisée
- Règles **diététiques**
 - Apport calorique à adapter à sa DER et poids actuel : envisager régime hypocalorique pour réduire le surpoids (objectif tour de taille < 90 cm et BMI < 25) Essayer de se situer aux alentours de 30 kcal/kg/jour
 - Apport glucidique égal à 50 % des apports quotidiens
 - Apport lipidique égal à 30 % des apports quotidiens
 - Un tiers de graisses saturées
 - Un tiers de graisses polyinsaturées
 - Un tiers de graisses monoinsaturées
 - Favoriser les graisses végétales, et les poissons, enrichies en oméga 3, régime hypocholestérolémiant
 - Apport protéique à adapter au poids ici : 0,6-0,7 g/kg/jour
 - Privilégier le régime de type méditerranéens : régime enrichi en fruits et légumes frais, poissons
 - Trois repas par jour avec deux collations
 - Arrêt de l'alcool
 - Régime sodé à adapter à sa natriurèse : en règle général régime peu sodé (< 6g/j)
 - Apports hydriques à adapter la natrémie et à la soif du patient
- Favoriser l'**activité physique** aérobie : 30 minutes de marche 3 fois par semaine, lutter contre la sédentarité : transports en communs, escaliers plutôt qu'ascenseurs

Correction des troubles hydro-électrolytiques

- Lutte contre l'**hyperkaliémie**
 - Régime limité en potassium
 - Chélateurs du potassium : KAYEXALATE
- Lutte contre l'**acidose** métabolique
 - Apport d'eau de Vichy (attention à la teneur sodée) ou mieux comprimé de THAM (ALCAPHOR)
- Lutte contre l'**hyperphosphorémie**
 - RENAGEL
- Lutte contre l'**hypocalcémie**
 - supplémentation en vitamine D et calcium : OROCAL D3

Lutte contre l'hyperglycémie

- Cf RHD
- **Insulinothérapie sous cutanée optimisée**
- Auto-contrôles fréquents
- Education du patient et de son entourage vis-à-vis de l'insulinothérapie
- Objectif : HbA1C<6,5%

Equilibre tensionnel

- Cf RHD
- Favoriser les IEC, les ARAII, et le furosémide
- Objectif tensionnel fonction de la protéinurie (> 1g/j) respectivement 130/80 mmHg et 125/75 mmHg

Protection vasculaire

- Aspirine 75 mg/jour
- Lutte contre l'hyperhomocystéinémie : supplémentation en folates

Lutte contre l'hypercholestérolémie

- Cf RHD
- Statine : VASTEN
- Possibilité malgré contre-indication classique d'associer statine et fibrates avec diminution des posologies pour contrôle optimal

Prise en charge plus spécifique de l'IRC

- Traitement symptomatique d'un syndrome urémigène
 - Antihistaminiques anti-H1
 - Emollients cutanés
 - Clonazepam si neuropathie
 - Desmopressine si thrombopathie urémique
- Recherche d'un ulcère gastro-duodénal (d'autant plus que l'aspirine est introduite) clinique voire paraclinique proposée au patient
- Vaccinations
 - **VAT**
 - **Hépatite B** protocole renforcé (contrôle du taux d'Ig protectrice)
 - Anti grippale
 - Anti pneumococcique
- Préservation du capital veineux
- Réalisation d'une fistule artério-veineuse
- Supplémentation en **Fer 100 mg/jour (pendant 6 semaines) puis EPO** pour maintenir l'hémoglobine à 12 g/dl
- **Contre-indication des médicaments néphrotoxiques**
- Recherche des facteurs aggravants : surinfection
- Prévoir inscription sur la liste de Greffe Rénale de l'EFG
- Prise en charge à 100%
- Conseiller associations de malades

Moyen mnémotechnique pour l'IRC

PERIMETRES

P : P/Ca
E : Electrolytes
R : Régime
I : IEC + anti-HTA
M : CI néphrotoxiques
E : EPO Fer
T : Transplantation, foyers infectieux, vaccinations
R : Recherche de facteurs aggravants
E : EER, capital veineux, fistule
S : Social