



Cas pratiques

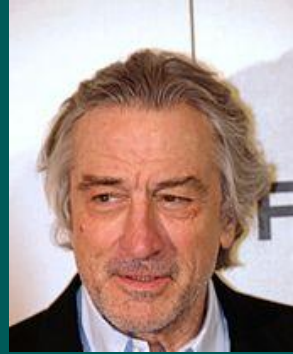
Insuffisance rénale chronique

Anne-Sophie SIPERT

ANEPC/SFPC

Avril 2013

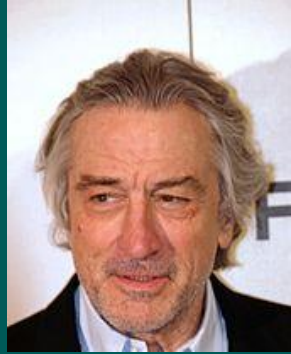
Cas n°1



Mr Ampère 67 ans artisan plombier à la retraite [1,75 m/70 Kg] fréquente votre officine. Il est suivi par un MG et son traitement habituel est le suivant:

- Olmesartan 20 mg le matin
- Hydrochlorothiazide 50 mg le matin
- Rosuvastatine 10 mg le soir
- Allopurinol 200 mg par jour
- Ysomega 1G 3 par jour

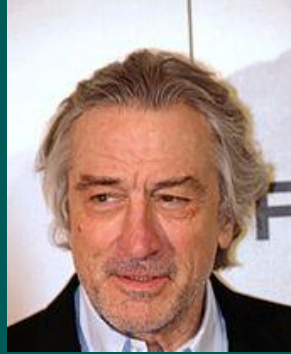
Question n°1



Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de risque d'IRC

1. Age
2. Sexe
3. Activité professionnelle
4. HTA
5. Hypercholestérolémie

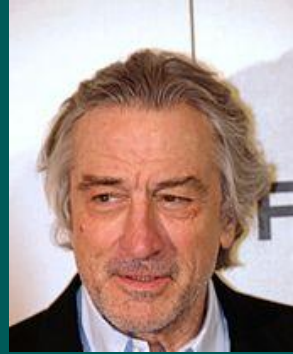
Question n°1



Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de risque d'IRC

1. Age
2. Sexe
3. Activité professionnelle
4. HTA
5. Hypercholestérolémie

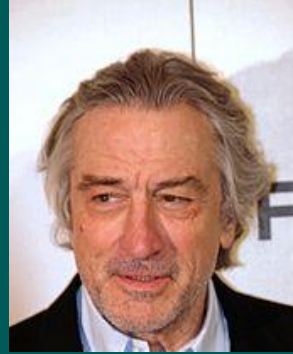
Question n°2



Quel(s) est(sont) l(es) élément(s) biologique(s) qui permettrai(en)t d'évaluer la fonction rénale

1. Créatininémie
2. Clairance de la créatinine selon Cockcroft & Gault
3. eDFG selon MDRD
4. Protéinurie
5. Urémie

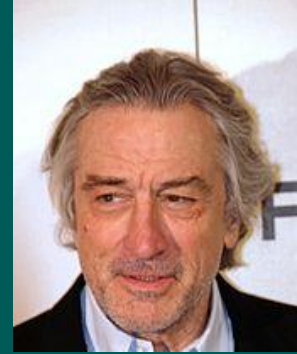
Question n°2



Quel(s) est(sont) l(es) élément(s) biologique(s) qui permettrai(en)t d'évaluer la fonction rénale

1. Créatininémie
2. Clairance de la créatinine selon Cockcroft & Gault
3. eDFG selon MDRD
4. Protéinurie
5. Urémie

Question n°3



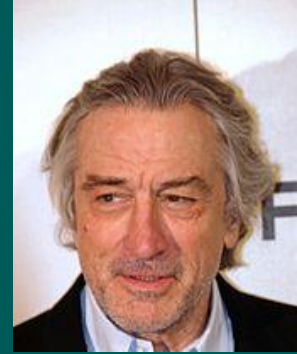
Lors de sa dernière venue à l'officine Mr Ampère a apporté ses dernières analyses qui donnent les résultats suivants:

- Créatinémie 175 μ mol/L soit 36 mL/min/1,73m² selon MDRD
- LDL Cholestérol: 2,2g/L (< 1,6 g/L)
- Uricémie: 0,30 g/L (N: 0,20-0,5 g/L)
- Kaliémie: 5 mmol/L
- Hb = 9,7mg/dL

Quelle(s) intervention(s) faites-vous?

1. Proposer de diminuer la posologie Allopurinol
2. Proposer de changer de statine
3. Demander au patient s'il a déjà consulté un néphrologue
4. Demander au MG si le patient a déjà consulté un néphrologue
5. Demander au MG l'évolution de l'eDFG sur les 3 derniers mois

Question n°3



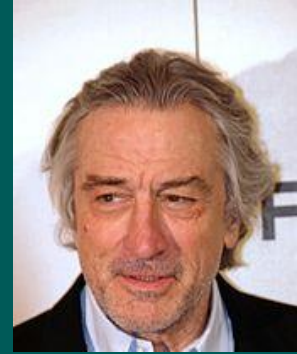
Lors de sa dernière venue à l'officine Mr Ampère a apporté ses dernières analyses qui donnent les résultats suivants:

- Créatinémie 175 μ mol/L soit 36 mL/min/1,73m² selon MDRD
- LDL Cholestérol: 2,2g/L (CT = 3g/L)
- Uricémie: 0,30 g/L (N: 0,20-0,5 g/L)
- Kaliémie: 5 mmol/L
- Hb = 9,7mg/dL

Quelle(s) intervention(s) faites-vous?

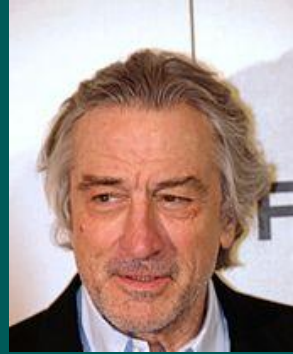
1. Proposer de diminuer la posologie Allopurinol
2. Proposer de changer de statine
3. Demander au patient s'il a déjà consulté un néphrologue
4. Demander au MG si le patient a déjà consulté un néphrologue
5. Demander au MG l'évolution de l'eDFG sur les 3 derniers mois

- Mr Ampère revient un mois après une hospitalisation en néphrologie.



- Son traitement est le suivant:
 - Irbesartan 300 mg le matin
 - Furosemide 40 mg le matin
 - Atorvastatine 40 mg le soir
 - Allopurinol 100 mg par jour
 - Calcidose 1 sachet par jour
 - Cholecalciferol (100 000ui 1 /3 mois)
 - Kayexalate 1 cuillère mesure (15 g) tous les 2 jours
 - Darbepoetin alpha 30 µg/semaine
 - Tardyféron-B9 1 cp/ jour

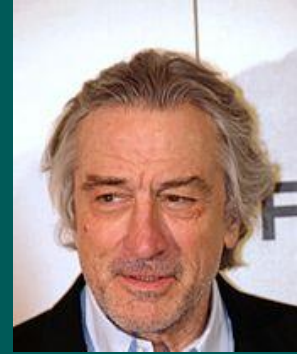
Question n°4



Concernant le traitement ARA2 / furosémide

1. Contrôle de l'HTA
2. Ralentissement de la progression de l'IRC
3. Posologie ARA2 à diminuer [D max = 300mg/jour]
4. Le furosémide est privilégié à l'HCTZ du fait de la perte d'activité de ce dernier
5. La posologie du furosémide pourra être augmentée autant que de besoin

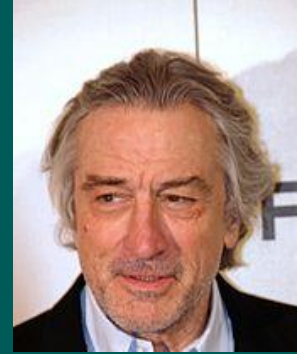
Question n°4



Concernant le traitement ARA2 / furosémide

1. Contrôle de l'HTA
2. Ralentissement de la progression de l'IRC
3. Posologie ARA2 diminuer [D max = 300mg/jour]
4. Le furosémide est privilégié à l'HCTZ du fait de la perte d'activité de ce dernier
5. La posologie du furosémide pourra être augmentée autant que de besoin

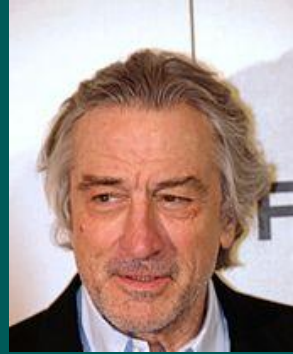
Question n°5



Concernant le traitement hypocholestérolémiant

1. Le contrôle insuffisant du LDL cholestérol nécessite une augmentation des doses d'Atorvastatine
2. La rosuvastatine est contre-indiquée en cas d'IRC stade 4
3. La rosuvastatine a des Cs multipliées par 3 en cas d'IRC stade 4
4. L'Atorvastatine ne subit pas de modification pharmacocinétique en cas d'IRC
5. Les statines ont des paramètres pharmacocinétiques très différents

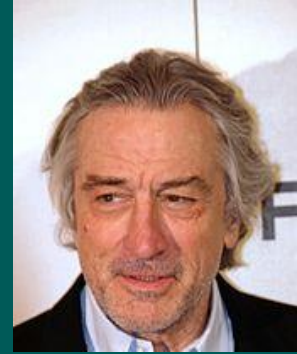
Question n°5



Concernant le traitement hypocholestérolémiant

1. Le contrôle insuffisant du LDL cholestérol nécessite une augmentation des doses d'Atorvastatine
2. La rosuvastatine est contre-indiquée en cas d'IRC stade 4
3. La rosuvastatine a des Cs multipliées par 3 en cas d'IRC stade 4
4. L'Atorvastatine ne subit pas de modification pharmacocinétique en cas d'IRC
5. Les statines ont des paramètres pharmacocinétiques très différents

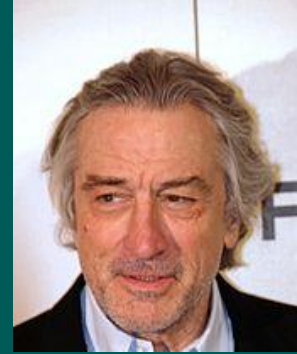
Question n°6



Concernant l'Allopurinol [100mg/jour]

1. La posologie est adaptée à la fonction rénale
2. Les effets indésirables qui surviennent en cas de surdosage sont de type cutanées
3. Son utilisation ralentit la progression de l'IRC
4. Son utilisation est possible en cas de dialyse
5. Chez un sujet normo-rénal la posologie d'initiation est de 300 mg/jour

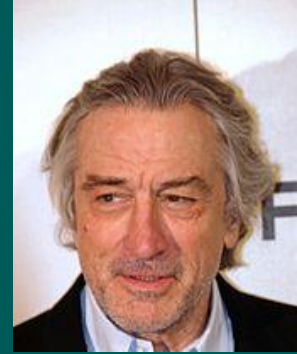
Question n°6



Concernant l'Allopurinol [100mg/jour]

1. La posologie est adaptée à la fonction rénale
2. Les effets indésirables qui surviennent en cas de surdosage sont de type cutanées
3. Son utilisation ralentit la progression de l'IRC
4. Son utilisation est possible en cas de dialyse
5. Chez un sujet normo-rénal la posologie d'initiation est de 300 mg/jour

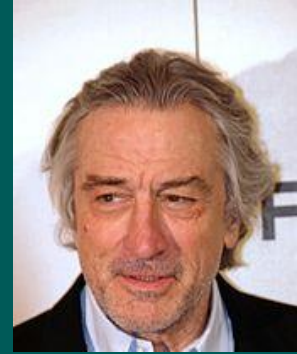
Question n°7



Concernant les autres traitements

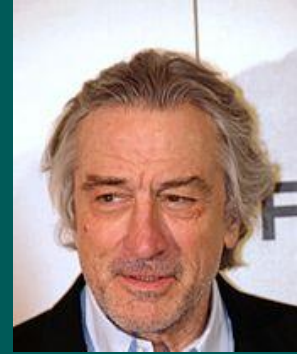
1. L'hyperkaliémie est une complication fréquente de l'IRC
2. Le calcidose peut être remplacé par de l'Ostram
3. Le calcidose/Uvedose peut être remplacé par du CacitD3 en 1 prise quotidienne
4. Le recours à l'EPO peut être envisagé dès un eDFG <40 mL/min
5. L'Uvedose peut être remplacé par du Stérogyl

Question n°7



Concernant les autres traitements

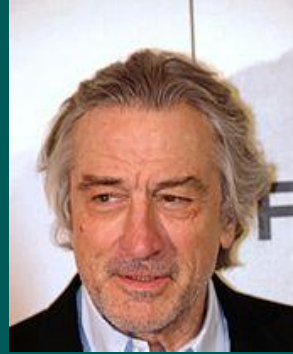
1. L'hyperkaliémie est une complication fréquente de l'IRC
2. Le calcidose peut être remplacé par de l'Ostram
3. Le calcidose/Uvedose peut être remplacé par du CacitD3 en 1 prise quotidienne
4. Le recours à l'EPO peut être envisagé dès un eDFG <40 mL/min
5. L'Uvedose peut être remplacé par du Stérogyl



Mr Ampere est hospitalisé pour PTH. Il sort d'orthopédie avec le traitement suivant:

- Rivaroxaban 10 mg /jour
- Paracétamol 1000g X 4
- Tramadol LP 100 mg x 2

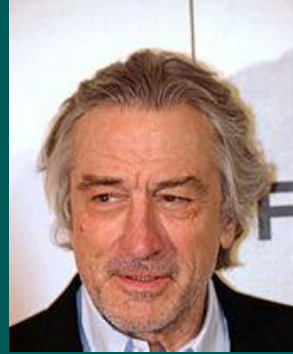
Question n°8



Que pensez-vous du traitement par rivaroxaban?

1. Diminuer à 5 mg /jour
2. Proposer la Calciparine
3. Alternative possible avec HBPM
4. Alternative possible: dabigatran 110 mg x 2
5. Alternative possible: dabigatran 75 mg x 2

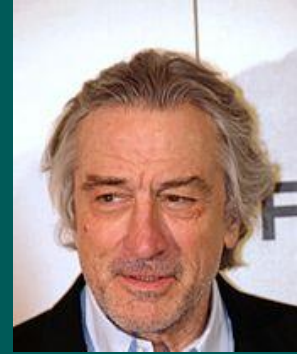
Question n°8



Que pensez-vous du traitement par rivaroxaban?

1. Diminuer à 5 mg /jour
2. Proposer la Calciparine
3. Alternative possible avec HBPM
4. Alternative possible: dabigatran 110 mg x 2
5. Alternative possible: dabigatran 75 mg x 2

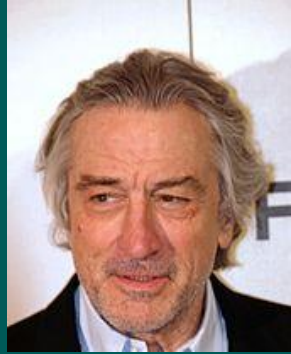
Question n°9



Concernant le traitement antalgique, quelle(s) affirmation(s) est(sont) vraie(s)?

1. Diminuer le paracétamol à 1000 mg x 3
2. Diminuer le paracétamol à 500 mg x 4
3. Modifier le tramadol à 50 mg x 2
4. Modifier le tramadol à 50 mg PRN sans dépasser 4/jour
5. Le paracétamol est néphrotoxique

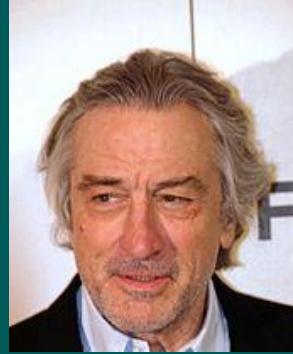
Question n°9



Concernant le traitement antalgique, quelle(s) affirmation(s) est(sont) vraie(s)?

1. Diminuer le paracétamol à 1000 mg x 3
2. Diminuer le paracétamol à 500 mg x 4
3. Modifier le tramadol à 50 mg x 2
4. Modifier le tramadol à 50 mg PRN sans dépasser 4/jour
5. Le paracétamol est néphrotoxique

Question n°10

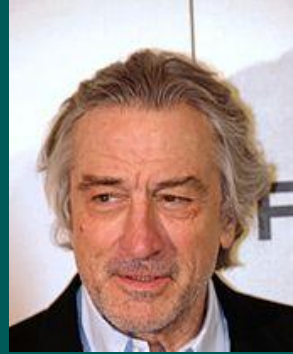


A J25 Mr Ampere se présente aux urgences avec une hyperthermie à 39°5 et sa cicatrice est très inflammatoire avec un écoulement « louche ». Des prélèvements sont effectués et une antibiothérapie par Vancomycine associée à la Pipéracilline + Tazobactam initiée

Que proposez vous?

1. Vanco. 15mg/Kg en bolus puis 2g/24h SE + Tazo 4g x 3
2. Vanco. 7,5mg/Kg en bolus puis 1g/24h SE + Tazo 4g x 3
3. Vanco. 5mg/Kg en bolus puis 0,5g/24h SE + Tazo 4g x 2
4. Vancomycinémie 48h plus tard
5. Vancomycinémie 24h plus tard

Question n°10



A J25 Mr Ampere se présente aux urgences avec une hyperthermie à 39°5 et sa cicatrice est très inflammatoire avec un écoulement « louche ». Des prélèvements sont effectués et une antibiothérapie par Vancomycine associée à la Pipéracilline + Tazobactam initiée

Que proposez vous?

1. Vanco. 15mg/Kg en bolus puis 2g/24h SE + Tazo 4g x 3
2. **Vanco. 7,5mg/Kg en bolus puis 1g/24h SE + Tazo 4g x 3**
3. Vanco. 5mg/Kg en bolus puis 0,5g/24h SE + Tazo 4g x 2
4. **Vancomycinémie 48h plus tard**
5. Vancomycinémie 24h plus tard

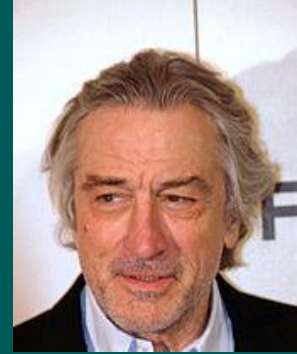
RCP Vanco: Sujet aux fonctions rénales et hépatiques normales: 2 g/jour oui mais

Clcr (ml/min)	Vancomycine (mg/jour)
100	1545
90	1390
60	925
30	465
10	155

soit de la formule :

dose journalière (mg/jour) = (clairance de la créatinine [ml/min] x 15) + 150.

Question n°11

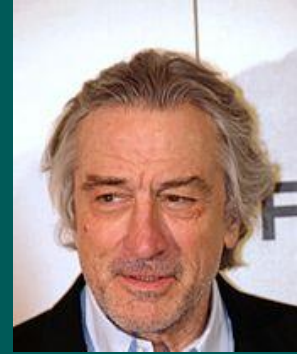


Au bout d'une semaine de traitement, la thérapeutique est modifiée par l'association Rifampicine + Ofloxacine

Que proposez vous?

1. RMP 600 mg x 2 + Ofloxacine 200 mg x 3
2. RMP 600 mg x 2 + Ofloxacine 200 mg x 2
3. RMP 300 mg x 2 + Ofloxacine 200 mg/jour
4. Rifampicinémie à J 2
5. Respecter un intervalle de deux heures entre la prise de Tardyferon et l'Ofloxacine

Question n°11



Au bout d'une semaine de traitement, la thérapeutique est modifiée par l'association Rifampicine + Ofloxacine

Que proposez vous?

1. RMP 600 mg x 2 + Ofloxacine 200 mg x 3
2. **RMP 600 mg x 2 + Ofloxacine 200 mg x 2**
3. RMP 300 mg x 2 + Ofloxacine 200 mg/jour
4. **Rifampicinémie à J 2**
5. **Respecter un intervalle de deux heures entre la prise de Tardyferon et l'Ofloxacine**

Cas n°2



Mme Daubié 64 ans (1,50 m et 41 Kg) se présente à l'officine avec son ordonnance à renouveler et les résultats de son bilan annuel

Sa PA est à 138/86 mmHg, FC 50 bat/min, créatinémie est de 110 $\mu\text{mol/L}$, l'eDFG calculé par le laboratoire selon MDRD est de 46 mL/min/1,73m² et son HbA1c est à 7,0%

Traitement habituel

- Metformine 1000 mg x 2
- Sitagliptine 100 mg/jour
- Aténolol 50 mg x 2
- Amlodipine 5 mg/j
- Indapamide 1,5 mg/j
- Atorvastatine 20 mg
- Ranitidine 150 mg/jour

Question n°12



Que pensez-vous du statut rénal de Mme Daubié
(plusieurs réponses possibles)

1. IRC stade 3
2. Son DFG vrai doit être bien inférieur à $46 \text{ mL/min/1.73m}^2$
3. Son DFG vrai doit être bien supérieur à $46 \text{ mL/min/1.73m}^2$
4. IRC stade 4
5. Il faudrait un résultat antérieur pour pouvoir statuer

Question n°12



Que pensez-vous du statut rénal de Mme Daubié
(plusieurs réponses possibles)

1. IRC stade 3
2. Son eDFG doit être bien inférieur à $46 \text{ mL/min/1.73m}^2$
3. Son DFG vrai doit être bien supérieur à $46 \text{ mL/min/1.73m}^2$
4. IRC stade 4
5. Il faudrait un résultat antérieur pour pouvoir statuer

Question n°13



Que pensez-vous du traitement anti-diabétique?
(Metformine 1000 mg x 2 ; Sitagliptine 100 mg/jour)

1. L'HbA1c est satisfaisante, je continue
2. Diminution à 50 mg de sitagliptine/jour
3. Diminution à 500 mg x 2 de metformine
4. Remplacement Sitagliptine par vildagliptine 100 mg/j
5. Ajout de repaglinide 0,5 mg x 3
6. Passage insulinothérapie

Question n°13



Que pensez-vous du traitement anti-diabétique?

1. L'HbA1c est satisfaisante, je continue
2. Diminution à 50 mg de sitagliptine/jour
3. Diminution à 500 mg x 2 de metformine
4. Remplacement Sitagliptine par vildagliptine 100 mg/j
5. Ajout de repaglinide 0,5 mg x 3
6. Passage insulinothérapie

Question n°14



La PA est normale; que pensez-vous du traitement anti-hypertenseur? (Aténolol 50 mg x 2 ; Amlodipine 5 mg/j ; Indapamide 1,5 mg/j TA138/86 mmHg)

1. La PA est satisfaisante, je continue
2. Ajout IEC ou ARA2
3. Remplace Indapamide par Furosémide
4. Baisse posologie aténolol
5. Je ne peux pas conclure, il me manque des données cliniques

Question n°14



La PA est normale; que pensez-vous du traitement anti-hypertenseur?

1. La PA est satisfaisante, je continue
2. Ajout IEC ou ARA2
3. Remplace Indapamide par Furosémide
4. Baisse posologie aténolol
5. Je ne peux pas conclure, il me manque des données cliniques

Question n°15



Que pensez-vous du traitement par anti-H2?
(ranitidine 150mg/jour)

1. RAS
2. Traitement adapté
3. Diminution posologie (75mg/jour)
4. Proposition d'IPP (meilleure tolérance/rein)
5. J'en sais rien, il me manque des données cliniques

Question n°15



Que pensez-vous du traitement par anti-H2?

1. RAS
2. Traitement adapté
3. Diminution posologie (75mg/jour)
4. Proposition d'IPP (meilleure tolérance/rein)
5. J'en sais rien, il me manque des données cliniques