

Insuffisance rénale aiguë (IRA) organique

[Néphro](#) – [Urgences](#)

Fiche réalisée selon le [plan MGS](#)

[Item ECNi 343](#)

Dernières mises à jour

Sources

Sommaire

1) Généralités ¹

Déf : Baisse brutale et importante de la filtration glomérulaire, se traduisant par une augmentation de la créatininémie, due à une atteinte du parenchyme rénal.

▪ Etiologies

Nécrose tubulaire aiguë (NTA) [80%] : 3 grandes causes

- Ischémie tubulaire par évolution d'une hypoperfusion rénale (souvent par choc).
- Obstruction tubulaire par précipitation = [myélome](#), [syndrome de lyse](#), médicament formant des cristaux (aciclovir, MTX, bactrim, cyclosporine...)
- Toxique = médicament (aminoside, iode), myoglobine / hémoglobine, ecstasy.

Néphrite interstitielle aiguë (NIA) [10%]

- Infection : pyélonéphrite aiguë ascendante ou hématogène, leptospirose, fièvres hémorragiques virales

- Immuno-allergique : médicaments (sulfamides, AINS, Fluoroquinolone...)

Néphropathie vasculaire aiguë [5%]

- [Maladie des embols de cholestérol](#)
- [Syndrome hémolytique et urémique](#)
- [Thrombose / embolie des artères rénales](#)

Néphropathie glomérulaire aiguë [5%]

- Syndrome néphritique aigu
- [Glomérulonéphrite rapidement progressive](#)

2) Diagnostic ¹

Clinique	Paraclinique
Absence d'amélioration après revascu	IRA avec fonction natriurique inadaptée Echo normale

A) Clinique

Absence d'amélioration après reperfusion !

Autres selon l'étiologie

Type	Signes cliniques
NTA	contexte (pas d'HTA / OMI)
NIA	signe infectieux ou allergique (pas d'HTA / OMI)
Néphropathie vasc. aiguë	HTA et FdR CV ++
Néphropathie glom. aiguë	± HTA / OMI

B) Paraclinique

Bio :

- *sanguin* : [insuffisance rénale aiguë](#), absence d'amélioration après reperfusion !

– *urinaire* : fonction natriurique inadaptée ($\text{Na}^+ > 20\text{mmol/L}$ et $\text{Na}^+/\text{K}^+ > 1$) sauf dans les causes glomérulaires (Na^+ faible)

C) Différentiel

Autres causes d'[insuffisance rénale aiguë](#). Une **écho rénale** est systématique pour éliminer une cause obstructive (pas de dilatation pyélocalicielle)

3) Evolution ¹

La mortalité est de 50 % et la récupération de la fonction rénale est lente voire inexistante, sauf pour les NTA.

▪ Evolution des NTA ⁰

Histoire naturelle : évolution classique en 3 phases

- chute rapide de la fonction rénale
- plateau pendant 1-3 semaines
- récupération spontanée, complète dans 90% des cas .

Pronostic :

- sans complication, prise en charge rapide : <30% de décès
- complications de l'insuffisance rénale aiguë : >70% de décès

▪ Complications

[Complications communes aux IRA](#), fréquentes

4) PEC ¹

A) Bilan

▪ Bilan étiologique

Sédiment urinaire : souvent perturbé, selon l'étiologie

	Protéinurie	Hématurie	Leucocyturie
NTA	absente / faible	non	non
NIA	faible	±	OUI
Néphropathie vasc. aigüe	absente / faible	±	non
Néphropathie glom. aigüe	> 1,5 g/L	±	non

* Il n'existe pas de protéinurie dans les NTA sauf en cas d'occlusion tubulaire (myélome multiple et syndrome de lyse). Mais il ne s'agit pas d'albumine donc la BU reste négative.

Ponction-biopsie rénale : indiqué *ssi*

- suspicion de NIA ou de néphropathie glomérulaire (sauf SNA de l'enfant)
- certaines néphropathies vasculaires
- NTA sans facteur déclenchant évident ou absence de récupération partielle après 3-4 semaines

▪ Suivi ⁰

Terrain

- comorbidité : insuffisance rénale chronique ou autre
- liste complète des médicaments

Clinique

- diurèse
- signe de complications

Biologique

- Bilan hydro-électrolytique (Na⁺, K⁺, Cl⁻, glucose, Ca²⁺, calcul de l'osmolalité)
- Bilan gazeux artériel
- Bilan urinaire

ECG ([signe d'hyperkaliémie](#))

B) Traitement symptomatique

Traitement préventif des complications

- Arrêt des médicaments néphrotoxiques et adaptation de la posologie des médicaments à élimination rénale
- Prévention des hémorragies digestive (IPP¹, anti-H₂ et pansement gastrique⁰)
- Apport calorique et azoté suffisant

Correction des troubles hydro-électrolytique

- Hyperkaliémie (systématique et en urgence)
- Acidose métabolique (non systématique) ssi hyperkaliémie menaçante, déficit en bicarbonate (diarrhée) ou acidose mixte.
- Hyperhydratation extracellulaire : diurétique de l'anse PO ou IV

Epuration extra-rénale : les indications à la dialyse dans le cadre de l'IRA (en dehors des complications) sont⁰

- Urémie > 40 mmol/L
- Oligo- / anurie pendant > 72h
- Acidose métabolique sévère (pH < 7,15) – Hyperkaliémie menaçante (> 6 mmol/L ou > 5,5 mmol/L après traitement médical)
- Hypercalcémie ne répondant pas au traitement médical
- Oedème pulmonaire de surcharge ne répondant pas au traitement médical
- Intoxications sévères au lithium, salicylées, metformine, dépakine
- Syndrome de lyse tumorale

C) Prévention

Élément indispensable du à la gravité de l'insuffisance rénale aiguë !

Prévention de...	Patients concernés	Mesures
------------------	--------------------	---------

<p>NTA ischémique</p>	<p>Infection grave / choc Post-chirurgie lourde Sujet âgé, diabétique, athéromateux, insuff. rénal chr.</p>	<p>Maintien d'une volémie efficace Diurèse efficace (± utilisation diurétique de l'anse)</p>
<p>Tubulopathie liée à l'iode</p>	<p>Sujet âgé, diabétique, insuffisant rénal / cardiaque chr. Myélome</p>	<p>Limitier les examens ! Arrêt des AINS / diurétique Hydratation correcte (± perf. 0,9% 12h pré et post exam) PCI de faible osmolarité / faible quantité</p>
<p>Néphrotoxicité médicamenteuse (aminoside)</p>	<p>tous ! (risque majoré si déshydratation / diurétique)</p>	<p>Eviter coprescription néphrotox. Prescription courte sinon dose adaptée au taux résiduel Poso selon clairance de la créat. si IRC</p>
<p>Néphrotoxicité liée au syndrome de lyse</p>	<p>Rhabdomyolyse ou lyse tumorale</p>	<p>Hydratation massive avec diurèse forcée Alcalinisation urines ssi rhabdomyolyse</p>