DOSSIER N°: 241

ENONCE

Un homme de 48 ans est hospitalisé pour dyspnée. Il a une hypertension artérielle connue depuis environ 10 ans. Les examens effectués par la médecine du travail ont montré à plusieurs reprises la présence de sang et de protéines dans les urines. A l'âge de 20 ans, il a eu un épisode d'hématurie macroscopique. Il n'a jamais été régulièrement suivi. Deux ans plus tôt, il a consulté une fois dans le service. On notait alors un poids à 70 kg, une HTA (170/98 mmHg). La créatininémie était à 200 µmol/l avec une protéinurie à 3,1 g/24 h et 75 hématies/mm3 au sédiment urinaire. Il est ensuite perdu de vue. Lors de l'hospitalisation actuelle, le poids est de 74 kg, la tension artérielle à 188/105 mmHg et la fréquence cardiaque à 100/min. Il existe des oedèmes des membres inférieurs. L'auscultation cardio-pulmonaire met en évidence un frottement péricardique et des crépitants bilatéraux. Les résultats des examens complémentaires sont les suivants : NFS : GB : 4500/mm3, VGM : 90 fl, Hb : 9 g/dL, Plaquettes : 280.000/mm3, créatininémie : 860 µmol/L, urée : 57 mmol/L, Ionogramme : Na : 124 mmol/L, K : 6,8 mmol/L, Cl : 90 mmol/L, calcémie : 1,90 mmol/L, phosphorémie : 2,50 mmol/L (N : 0,8 à 1,2 mmol/L), albuminémie : 30 g/L. Gaz du sang : pH : 7,32, PCO_2 : 31 mmHg, HCO_3^- : 16 mmol/L, PO_2 : 70 mmHg. La diurèse est de 400 mL en 12 H. Ionogramme urinaire : Na : 20 mmol/L, K : 50 mmol/L. Protéinurie : 2 g/L, Sang : +++ à la bandelette. Echographie rénale : reins de taille mesurée à 8,5cm, sans dilatation pyélocalicielle.

QUESTION n°: 1

Quel est l'état d'hydratation de ce patient ? Justifiez votre réponse.

REPONSES n°: 1

Hyperhydratation globale Hyperhydratation extra cellulaire : oedèmes membres inférieurs HTA Prise de poids de 4kg Hyperhydratation intra cellulaire : hyponatrémie

---

QUESTION n°: 2

Quel est le trouble hydroélectrolytique menaçant le pronostic vital ? Comment appréciez-vous sa gravité ? Quel(s) traitement(s) discutez-vous en fonction de la gravité ?

REPONSES n°: 2

Hyperkaliémie ECG Traitement : Pas de bicarbonate de Na car il existe une hyperhydratation extra cellulaire Insuline + glucose (hypertonique) Hémodialyse en urgence Kayexalate En cas de signe électrique menaçant : gluconate de Calcium (Le salbutamol est contre-indiqué par l'insuffisance cardiaque (tachycardie)

QUESTION n°: 3

Comment caractérisez-vous l'atteinte rénale du patient ? Justifiez votre réponse. Quelle est la cause la plus probable de l'atteinte rénale actuelle ?

REPONSES n°: 3

Atteinte rénale : Insuffisance rénale chronique parenchymateuse glomérulaire terminale. Insuffisance rénale chronique : Elévation de l'urée et de la créatinine Anémie Hypocalcémie Antécédent d'insuffisance rénale Atteinte parenchymateuse : pas d'anomalies des voies excrétrices en échographie. diminution de la taille des reins. Glomérulaire : hématurie protéinurie à 2 g/l Terminale : Importance de la rétention azotée, péricardite urémique. Cause de l'atteinte rénale : Néphropathie à dépôts mésangiaux d'IgA ou maladie de Berger. Antécédents d'hématurie macroscopique.

QUESTION n°: 4

En utilisant les données recueillies 2 ans plus tôt, calculez la clairance de la créatinine selon la méthode de Cockroft. Interprétez le résultat.

REPONSES n°: 4

La clairance selon Cockroft 2 ans plus tôt : Poids 70 kg 46 ans Creat à 200 µmol/l 1,23 x (140-46) x 70/200 = 40,5 ml/min Soit une insuffisance rénale modérée.

QUESTION n°: 5

Deux ans plus tôt, quelles mesures thérapeutiques auriez-vous prescrit pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale?

REPONSES n°: 5

2 ans plus tôt : traitement anti-hypertenseur : - les objectifs de contrôle de PA sont < 130/80 mmHg - utilisation des bloqueurs du système rénine-angiotensine (IEC ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II) à visée anti-protéinurique. - prise en charge des facteurs de risque vasculaire : tabagisme, dyslipidémie prise en charge des complications métaboliques de l'insuffisance rénale métabolisme phospho-calcique, Acidose, anémie apports protidiques à 1 g/kg/j Suppression de tous les médicaments néphrotoxiques.

QUESTION n°: 6

Expliquez les anomalies phospho-calciques. Indiquez les modalités de traitement (en dehors de l'épuration extra-rénale) que vous allez prescrire.

REPONSES n°: 6

Hyperphosphorémie : liée au déficit d'élimination rénale Hypocalcémie : défaut de production de forme active de la vitamine D et de l'absorption digestive de calcium Hyperparathyroïdie secondaire à l'hypocalcémie, l'hyperphosphorémie et la carence en vitamine D. Modalités de traitement : - Chélateur du phosphore : sevelamer/Renagel© - Supplémentation en calcium - Pas de vitamine D, car risque d'hyperphosphorémie plus sévère, et d'élévation du produit P x Ca.

Néphropathie à IgA chez un homme de 48 ans

ITEM N° 253 : Insuffisance rénale chronique
ITEM N° 264 : Néphropathie glomérulaire
ITEM N° 328 : Protéinurie et syndrome néphrotique chez l'enfant et chez l'adulte