

NEPHROLOGIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet : N°1

Madame D, 66 ans vous est adressée en urgence pour une insuffisance rénale aiguë (créatinine plasmatique : 650 $\mu\text{mol/L}$). Cette patiente originaire de Grande Bretagne est de passage en France. Son interrogatoire est difficile car la patiente est confuse. Vous apprenez qu'elle a bénéficié d'un pontage axillo-bifémoral 6 mois auparavant pour un athérome aortique calcifié important. Elle a été hospitalisée peu de jours avant son départ pour la France, pour un œdème pulmonaire. Elle a aussi pour antécédent un cancer colique et une sigmoïdectomie pour sigmoïdite. Il y a deux mois, sa créatinine plasmatique était à 180 $\mu\text{mol/L}$

Son état général s'est altéré progressivement depuis son arrivée il y a 1 semaine en France avec ces derniers jours l'apparition d'une diarrhée.

Son traitement comporte : Atorvastatine 10mg, Acide acétyl-salicylique 75mg, Irbesartan 300mg, Furosémide 40mg et Bromazepam.

A l'examen clinique, elle pèse 67 kg pour un poids habituel de 65kg. Sa pression artérielle est mesurée à 170/80 mmHg. Elle a quelques œdèmes des membres inférieurs sans anomalie cutanée particulière. Son auscultation cardiaque est normale. Il existe des sous-crépitations diffus à l'auscultation pulmonaire. Elle a très peu uriné depuis le matin.

Le bilan biologique est le suivant : Na : 113 mmol/L, K : 6,8 mmol/L, Glycémie: 5.6 mmol/L, Hb : 12,2 g/dL, GB : 6 G/L, Plaquettes : 208 G/L, CRP : 10 mg/L.

Bandelette urinaire : Protéinurie : trace, Hématurie : trace : Leucocyturie : neg.

ECG: rythme sinusal à 45/min avec des ondes T amples et pointues, allongement de l'espace PR

QUESTION N°1 :

Quel est l'état d'hydratation de la patiente ? Justifiez votre réponse

QUESTION N°2 :

Quels traitements prescrivez-vous à son arrivée ?

QUESTION N°3 :

Quels sont vos hypothèses diagnostiques quant à l'origine de l'insuffisance rénale ?



Sujet : N°2

Monsieur P, âgé de 68 ans, est adressé aux urgences pour syndrome œdémateux. Ses antécédents comportent un diabète de type II connu depuis 20 ans mais non suivi et traité par metformine, une obésité (93 kg il y a 6 mois pour 170 cm), une hypertension artérielle non traitée, un tabagisme actif et une goutte. Il ne prend de l'aspirine qu'en cas de céphalées. Le patient a constaté l'apparition progressive au cours de la dernière année d'œdèmes des membres inférieurs avec une nette aggravation ces dernières semaines. Une dyspnée avec orthopnée, apparue la veille, conduit à son hospitalisation en urgence.

L'examen clinique relève un état général conservé, un poids à 112 kg, une pression artérielle à 192/102 mmHg et une fréquence cardiaque à 94/min sans hypotension orthostatique. La température est à 37°4. Il existe d'importants œdèmes des membres inférieurs bilatéraux, mous. Les poulx pédieux et poplités ne sont pas perçus. L'auscultation pulmonaire relève des râles crépitants bilatéraux.

Les examens sanguins montrent : Sodium 131 mmol/L, Potassium : 4,4 mmol/L, Bicarbonates 20 mmol/L, Protides 54 g/L, urée 12 mmol/L, Créatinine 168 µmol/L, DFG estimé en CKD-Epi à 35 ml/min/1,73m², Calcium 2,2 mmol/L, Phosphate 1,4 mmol/L, EPS Albumine 29 g/L sans pic monoclonal, CRP 4 mg/L, Glycémie 12 mmol/L, hémoglobine 12,3 g/dL, Leucocytes 9,5 G/L, plaquettes 250 G/L, tests hépatiques normaux, troponine normale.

La bandelette urinaire montre : Sang -, Leucocytes -, Protéines +++++, Nitrites -

Le ionogramme urinaire sur échantillon montre : Sodium : 20 mmol/L, Potassium : 26 mmol/L, Protéinurie : 7 g/L, créatinine : 10 mmol/L.

La radio de thorax montre un émoussement des culs de sac et des opacités périhilaires bilatérales.

QUESTION N°1 :

Comment caractérisez-vous le syndrome néphrologique ?

QUESTION N°2 :

Quelles sont les principes de votre prise en charge initiale ?

QUESTION N°3 :

Pour contrôler l'hypertension, quelles sont les mesures à prendre et les classes médicamenteuses à privilégier ?

QUESTION N°4 :

Quel est l'objectif tensionnel ?

QUESTION N°5 :

En dehors de l'hypertension, quelles sont les principales mesures thérapeutiques à prendre ?



Sujet : N°3

Monsieur N, 68 ans arrive aux urgences pour un syndrome confusionnel. Ce patient a pour antécédent principal une hypertension artérielle traitée par Valsartan. Il a des douleurs diffuses depuis quelques semaines qu'il traite par Diclofénac.

L'examen clinique est pauvre. Il n'y a pas de signes de focalisation à l'examen neurologique. Sa pression artérielle est mesurée à 110/75 mmHg.

Le bilan biologique est le suivant :

Na : 142 mmol/L, K : 5.9 mmol/L, créatinine sérique : 300 µmol/L, CRP : 26 mg/L, Hb : 11.4 g/dL, GB : 6,5 G/L, Plq : 103 G/L, Calcémie : 3.5 mmol/L, Protidémie : 113 g/L, albuminémie : 17.4 g/L, alpha 1 : 2.1 g/L, alpha 2 : 5.3 g/L, bêta : 3.8 g/L, gamma : 84.4 g/L.

Urines : Urée : 216 mmol/L, créatinine : 5821 µmol/L, Na : 20 mmol/L, K : 32 mmol/L. Protéinurie : 4.4g/L, Hématurie : 1000 /mL, Leucocyturie : 1000 /mL

L'échographie rénale de débrouillage est normale.

QUESTION N°1 :

Quelle est votre prise en charge des troubles ioniques ?

QUESTION N°2 :

Quels examens complémentaires demandez-vous pour préciser l'anomalie protidique ?

QUESTION N°3 :

Vu le tableau clinico-biologique, quelles anomalies histologiques rénales vous semblent les plus probables ?