

NÉPHROLOGIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1 :

Un patient de 32 ans, porteur d'un syndrome d'Alport lié à l'X, est transplanté rénal depuis 2 ans. Il a bénéficié d'une transplantation rénale à partir d'un donneur décédé, avec un rein de bonne qualité et un traitement immunosuppresseur initial par basiliximab, tacrolimus, MMF et stéroïdes. L'évolution initiale de la greffe est très satisfaisante avec une fonction du greffon parfaite (créatinine de base à 80 $\mu\text{mol/l}$). Il est hypertendu traité par ramipril.

Son traitement habituel est le suivant :

- Advagraf (tacrolimus en monoprise) : 7 mg le matin
- Cellcept (Mycophénolate mofétil) : 1000 mg matin et soir
- Ramipril 5 mg le soir
- Uvédose 80000 UI 1 ampoule par mois

Il se présente en urgence pour une fièvre à 39 degrés évoluant depuis 48h avec des frissons, des myalgies. Il présente également une douleur du greffon et des brûlures mictionnelles. De plus, depuis 48h, il ne mange plus et présente quelques diarrhées liquides. Il a poursuivi son traitement habituel.

Question N°1 :

Quel est votre diagnostic le plus probable ? Quel traitement probabiliste faut-il débiter ?

Question N°2 :

A l'admission, le patient a perdu 3 kg et sa pression artérielle s'élève à 110/60 mmHg. Il n'est pas marbré.

Vous réalisez un bilan d'admission qui montre :

Urée 30 mmol/L, créatinine 180 $\mu\text{mol/L}$, Na 145 mmol/L, K⁺ 4 mmol/L, bicarbonates 15 mmol/L, GB 16000/mm³ à prédominance de polynucléaires neutrophiles, CRP 250 mg/L. L'ECBU confirme la présence d'Escherichia Coli à 10⁵ avec une leucocyturie significative.

Quelles sont les causes probables de l'insuffisance rénale aigue de ce patient ? Justifiez.

Question N°3 :

Quel est le traitement à mettre en place pour l'insuffisance rénale aigue ?

Question N°4 :

La fonction du greffon reste altérée après plus de 2 semaines, que faut-il craindre ?
Comment faire le diagnostic ?

Sujet 2 :

Patient : M. D., 75 ans.

Antécédents : Hypertension artérielle (HTA) depuis 20 ans, diabète de type 2 depuis 10 ans.

Mode de vie : Fumeur (30 PA), consomme de l'alcool occasionnellement.

Motif de consultation :

Ce patient est adressé par son médecin généraliste pour reprise de suivi de sa maladie rénale chronique d'origine diabétique et vasculaire, identifiée par biopsie rénale il y a 5 ans. À l'époque, la créatininémie était de 140 $\mu\text{mol/L}$, avec un DFG estimé à 44 ml/min/1.73m².

Examen clinique :

- Poids : 120 kg, Taille : 1,70 m (IMC = 41,5)
- TA : 145/90 mmHg
- Signes cliniques : Œdèmes légers des membres inférieurs. Auscultation cardiopulmonaire normale. Patient apyrétique.

Bilan biologique :

- Créatininémie : 190 $\mu\text{mol/L}$ (DFG estimé par CKD-EPI : 29 mL/min/1,73 m²)
- Hémoglobine : 95 g/L, VGM : 98 fL, Réticulocytes : 10 G/L, Leucocytes : 3 G/L, Plaquettes : 340 G/L, CRP 3 mg/L
- Calcium : 2,15 mmol/L, Phosphore : 1,6 mmol/L
- LDL cholestérol: 1,25 g/L
- HbA1c : 9 %
- Rapport albuminurie/créatininurie : 400 mg/mmol

Traitement actuel :

- Amlodipine 5 mg : 1 comprimé par jour
- Metformine 1000 mg : 1 comprimé matin et soir

Votre examen clinique et le reste du bilan biologique complémentaire (échographie rénale, immuno électrophorèse des protéines sanguines, bilan immunologique et viral) ne mettent pas en évidence de cause supplémentaire de MRC autre que celles évoquées initialement.

Question N°1 :

Quelles modifications apportez-vous au traitement médicamenteux de ce patient (hors anémie) ?

Question N°2 :

Quelles recommandations non médicamenteuses donnez-vous au patient ?

Question N°3 :

Quelle est votre prise en charge de l'anémie de ce patient en précisant vos cibles thérapeutiques ?

Question N°4 :

Quelle est votre prise en charge concernant les anomalies du bilan phosphocalcique ?

Sujet 3 :

Une jeune femme de 22 ans consulte aux urgences pour une fatigue intense et des diarrhées profuses. Elle n'a aucun antécédent particulier, ni de traitement médicamenteux.

Clinique: TA: 166/98 mmHg, FC: 85/min, T°: 37,3°C

Auscultation cardio-pulmonaire : normale, palpation abdominale : normale, examen neurologique : normal, aires ganglionnaires : libres, examen dermatologique, rhumatologique : normal.

Ionogramme sanguin: Na: 135 mmol/L, K: 4,8 mmol/L, créatinine: 345 µmol/L, urée: 23 mmol/L, chlore: 98 mmol/L, protides: 78g/L, RA: 22 mmol/L, Ca: 2,3 mmol/L, Ph: 1,4mmol/L.

NFS plaquettes: Hb: 10,2 g/dL, GB: 8,5 G/L; plaquettes: 45 G/L, réticulocytes : 253 000

Le iono urinaire retrouve Na 50 mmol/L, K 35 mmol/L, urée urinaire 120 mmol/L créatinine 3000 µmol/L , La bandelette retrouve protéines ++, hématurie +++.

L'échographie rénale est normale.

Question N°1 :

Quels examens biologiques demandez-vous en urgence pour étayer le diagnostic de l'anémie ? (3 examens attendus)

Question N°2 :

Quels seraient les éléments en faveur du diagnostic d'une microangiopathie thrombotique ?

Question N°3 :

Devant ce tableau quel est le diagnostic à éliminer en urgence, quel score permet de suspecter ce diagnostic et quel examen biologique urgent est nécessaire pour l'affirmer ou l'infirmer ?

Question N°4 :

Quel serait l'élément en faveur du diagnostic d'un syndrome hémolytique et urémique typique ?

Question N°5 :

Quelle attitude thérapeutique avez-vous pour cette patiente qui présente un SHU typique ?

Question N°6 :

Vous apprenez qu'elle a des antécédents familiaux (insuffisance rénale terminale chez son père, anémie et décès précoce chez sa tante paternelle), et elle a un C3 abaissé. Quelle attitude thérapeutique médicamenteuse (sans les posologies) préconisez-vous ?

Question N°7 :

Quel marqueur biologique spécifique permet de vérifier l'efficacité du traitement administré ?

Sujet 4 :

A la visite de médecine du travail, on détecte chez Mme W., 28 ans, enseignante, une protéinurie à +++ sur la bandelette urinaire, avec hématurie + et leucocyturie +.

La patiente rapporte une asthénie depuis 2-3 mois, avec une éruption cutanée du décolleté au soleil, des douleurs des doigts et des poignets au réveil, et des chevilles enflées en fin de journée. Elle ne prend aucun traitement en dehors d'une pilule oestro-progestative.

L'examen clinique retrouve en effet de légers œdèmes des membres inférieurs. La pression artérielle est à 152/97 mmHg. Le reste de l'examen est sans particularité.

Le bilan biologique sanguin est le suivant :

- Na 138 mmol/L, K 3,7 mmol/L, Cl 100 mmol/L
- Protides 52 g/L, albumine 18 g/L
- Calcium 1.97 mmol/L, phosphore 0,9 mmol/L
- Créatinine 82 µmol/L (DFG estimé par CKD-EPI : 84 mL/min/1.73m²)
- ASAT/ALAT normaux, bilirubine totale 34 µmol/L (normale : 2-17)
- Cholestérol total 4,5 g/L, triglycérides 1,30 g/L

- Hémoglobine 9.5 g/dL (VGM 98 fL, réticulocytes 234 G/L, haptoglobine basse), Leucocytes 2,8 G/L, plaquettes 340 G/L.
- BetaHCG négatifs

Le bilan urinaire est le suivant :

- Na 34 mmol/L, K 53 mmol/L, Cl 33 mmol/L
- créatinine 1 g/L, protéines 4,2 g/L
- Examen cyto-bactériologique des urines : hématies 36/mm³, leucocytes 25/mm³, culture stérile.

Question N°1 :

Quel tableau néphrologique présente cette patiente, et quelle en est chez elle l'étiologie la plus probable ? Justifiez les réponses.

Question N°2 :

Vous proposez une biopsie rénale. Que montrerait-elle s'il s'agit de la forme la plus sévère de cette atteinte rénale ?

Question N°3 :

Quel traitement symptomatique proposez-vous d'emblée ?

Question N°4 :

Quel traitement étiologique proposez-vous si la biopsie confirme une forme sévère, et avec quelles mesures préventives associées ?