

NEPHROLOGIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Tous les sujets sont à valider

Sujet N°1

Vous voyez en consultation un homme de 34 ans pour dépistage de polykystose rénale. Ses antécédents familiaux sont marqués par le décès brutal de son grand père à l'âge de 61 ans après 5 ans de dialyse et 4 ans de transplantation, une polykystose chez sa mère ayant débuté la dialyse à 55 ans et une tante transplantée. Il n'a pas d'antécédent personnel hormis une HTA traitée par son médecin traitant par rilmenidine 1 mg matin et soir depuis 5 ans.

Il se considère comme bon vivant et ne souhaitait pas de prise en charge en néphrologie ayant souffert de l'impact de cette pathologie dans sa famille. Dans le contexte d'un nouveau projet de grossesse, son épouse « l'a forcé » à voir un néphrologue. Le couple a déjà 2 enfants de 7 et 10 ans.

Sa taille est de 1,80 m, son poids de 95 kg. La pression artérielle est mesurée à 150/95 mmHg en consultation. L'examen clinique est sans particularité.

Il se présente avec un bilan biologique sommaire : créatinine à 95 $\mu\text{mol/L}$ (CKD-EPI 91 ml/min/1,73m²), Acide urique 450 $\mu\text{mol/L}$, microalbuminurie 130 mg/L, natriurèse 240 mmol/l, créatinine urinaire à 15 mmol/L, glycémie à jeun 5,3 mmol/l.

Question N°1 :

Quel examen proposez-vous pour faire le diagnostic de polykystose rénale ?

Question N°2 :

Le diagnostic de polykystose rénale est confirmé. Quels examens complémentaires proposez-vous ? Justifiez

Question N°3 :

Quels conseils hygiéno-diététiques proposez-vous ?

Question N°4 :

Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous pour l'hypertension artérielle ?

Question N°5 :

La femme du patient vous demande la conduite à tenir pour leurs enfants ?



Question N°6 :

Quelques mois plus tard, le patient se présente aux urgences de votre hôpital pour une violente douleur lombaire droite. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N°7 :

Quels examens proposez-vous ?

Question N°8 :

La numération montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, la C Réactive Protéine est à 128 mg/l et l'ECBU montre une leucocyturie avec bacilles gram négatif au direct. Quel diagnostic retenez-vous et quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Question N°9 :

Une IRM rénale est réalisée et la volumétrie rénale est rendue à 1120 ml/m. Un traitement par tolvaptan vous paraît-il indiqué ? Justifiez

Question N°10 :

Le traitement par tolvaptan est introduit. Quelles informations donnez-vous au patient concernant le traitement et les modalités de surveillance ?

Sujet N°2

Vous suivez Mr B, 55 ans, transplanté rénal depuis 5 mois, pour une polykystose rénale autosomique dominante. Il était hémodialysé depuis 1 an. Il a comme autres antécédents une HTA connue depuis 20 ans et bien équilibrée par un IEC et un anticalcique et une colique néphrétique gauche à l'âge de 30 ans. Il a reçu un greffon venant d'un cousin âgé de 50 ans. Ils ont 4 mismatches sur 8. Le receveur n'était pas immunisé, n'avait pas d'anticorps contre le donneur et avait un crossmatch en FASC qui était négatif. Le statut virologique était CMV Donneur +/Receveur -, EBV Donneur +/Receveur +.

Il a reçu un traitement d'induction par Basiliximab 20mg J0 et J4 et stéroïdes et son traitement de maintenance comportait lors de la dernière consultation de l'ENVARUSUS® (Tacrolimus) 4 mg/j, CELLCEPT® (Mycophénolate Mofétil) 2000 mg/j et du CORTANCYL® (Prednisone) 5 mg/j. Les suites de greffe ont été simples. Il a reçu une antibioprophylaxie peri-opératoire par AUGMENTIN (Clamoxyl + Ac Clavulanique) puis du BACTRIM® (Cotrimoxazole) 400 mg/j. IL a reçu du ROVALCYTE® (Valganciclovir) 450mg/j. Il est également traité par RAMIPRIL 5 mg/j et EUPANTOL® (Pantoprazole) 20 mg/j.

Il se présente en consultation pour asthénie intense, dyspnée d'effort, une fièvre à 38°2 évoluant depuis 48h avec quelques frissons et une diarrhée aqueuse. TA : 123/67 mm Hg, FC : 98/min, pas de signe d'hypoperfusion périphérique.

Question N°1 :

A ce délai de greffe, quelles sont vos grandes orientations étiologiques concernant la fièvre chez ce patient ?

Question N°2 :

Quels examens paracliniques demandez-vous ?

Question N°3 :

Il n'y a pas d'autre point d'appel infectieux clinique ou para-clinique évident. Le laboratoire vous appelle pour vous communiquer les premiers résultats biologiques : Na 132 mmol/l, K 4 mmol/l, RA 16 mmol/l, Hémoglobine 9.5 g/dL, plaquettes 160 G/L, Leucocytes 2,0 G/L dont 0,5 G/L de polynucléaires neutrophiles, protéine C réactive à 80 mg/L. Le direct de l'examen cyto bactériologique urinaire est négatif.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question N°4 :

Quelle attitude thérapeutique proposez-vous ?

Question N°5 :

Les prélèvements bactériologiques reviennent négatifs. La PCR CMV plasmatique revient positive à 40000 UI/mL. Quel diagnostic retenez-vous et sur quels arguments ?

Question N°6 :

Quelle prise en charge proposez-vous ?

Question N°7 :

Le malade ressort de l'hôpital une semaine plus tard avec une NFS normalisée, un ionogramme et une CRP normaux et une créatinémie à 110 µmol/l. Il est revu en consultation un mois plus tard. Il est apyrétique. Sa pression artérielle est normale. Sa créatininémie est à 255 µmol/L.

Quelles sont vos principales hypothèses ?

Question N°8 :

Quels examens paracliniques demandez-vous ?

Question N°9 :

Les examens morphologiques sont normaux. Le ionogramme retrouve Na 135 mmol/l, K 4,5 mmol/l, RA 19 mmol/l, Ca 2,35 mmol/l, P 1,6 mmol/l, protides 72 g/l, CRP 7 mg/l. Le T0 de tacrolimus est à 8 ng/ml. Le ionogramme urinaire Na 85 mmol/l, K 13 mmol/l, protéinurie/créatinine 30 mg/mmol, leucocytes 3000/ml, hématies 4000/ml.

Quelle est votre principale hypothèse ? Comment l'objectiver ?

Question N°10 :

Quelles sont les précautions et les examens nécessaires à la réalisation de cet examen ?