

NEPHROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

Un homme de 55 ans est adressé au service des urgences pour apparition progressive d'une dyspnée évoluant depuis 48 h. Ce patient présente une hypertension artérielle et un diabète de type 2 connus depuis 10 ans. Il dit avoir eu quelques séances de laser pour une rétinopathie diabétique.

Il a bénéficié, il y a 5 jours, d'une coronarographie avec angioplastie et mise en place d'un stent.

Son traitement actuel comporte :

- Rénitec 20 mg: 1 cp/j (inhibiteur de l'enzyme de conversion, Enalapril)
- Lasilix 40 mg: 1 cp/j (diurétique de l'anse – furosémide)
- Aldactone 25 mg : 1 cp/j (anti aldostérone –spironolactone)
- Glucophage 1000 mg: 2 cp/j (biguanide – Metformine)
- Diamicron 80 mg: 1 cp/j (sulfamide hypoglycémiant – glicazide)
- Tahor 20 mg:1 cp/j (statine – Atorvastatine)
- Kardégic: 75 mg/j (anti-agrégant plaquettaire – Acetylsalicylate de lysine)
- Plavix: 75 mg/j (anti-agrégant plaquettaire – Clopidogrel)

Il a apporté avec lui quelques examens biologiques pratiqués il y a 3 mois.

- Créatinine sanguine : 130 μ mol/l (débit de filtration glomérulaire estimé: 53 ml/min)
- Protéinurie : 2,5 g/24h

Examen clinique à l'entrée :

- Poids et taille: 90 kg, 1,72 m
- PA couchée : 162/96 mmHg Fréquence cardiaque : 96 bts/min

Tournez S.V.P→

- Polypnée avec orthopnée, pas de cyanose
- Râles crépitants aux bases pulmonaires

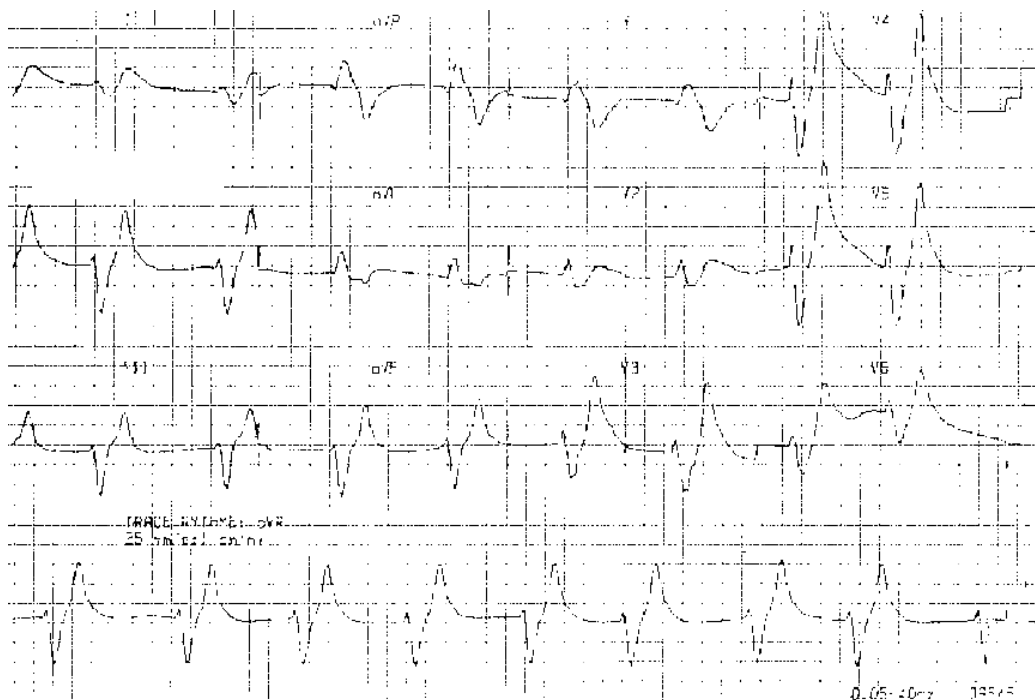
- Bruits du cœur réguliers sans souffle
- Œdèmes des membres inférieurs

- Examens biologiques en urgence
- Sang :
 - . créatinine: 400 $\mu\text{mol/l}$ (45 mg/l)
 - . urée : 20 mmol/l (1,2 g/l)
 - . glycémie : 6,1 mmol/l (1,1 g/l)
 - . protides totaux 70 g/l
 - . Na : 138 mmol/l ; K : 8,1 mmol/l, HCO_3^- : 18 mmol/l, Cl : 100mmol/l
 - . Hémoglobine: 12,5 g/dl, Hématocrite : 38%
 - . Troponine normale
 - . Gaz du sang en air ambiant : $\text{PaO}_2 = 75$ mmHg, Sat O₂ = 92%, $\text{PaCO}_2 = 30$ mmHg, $\text{HCO}_3^- = 17$ mmol/l, pH = 7,29

- Urines : . bandelette
 - . sang : 0 ; nitrites : 0 ; leucocytes : 0
 - . corps cétoniques : 0, glucose : 0 ; protides : +++

Question n°1 :

L' ECG réalisé à l'admission du patient est ci-dessous: décrivez les anomalies. Quelle est leur cause principale ?



Tournez S.V.P→

Question n°2 :

Comment qualifiez-vous le désordre de l'équilibre acido-basique ? Quels en sont les mécanismes ? Quel dosage non disponible dans le bilan ci-dessus pourrait confirmer votre hypothèse ?

Question n°3 :

Citer les mesures thérapeutiques à prendre dans les 3 premières heures

Question n°4 :

Quelle est la cause la plus vraisemblable (par argument de fréquence) de l'aggravation récente de l'insuffisance rénale ? Quels étaient les facteurs de risque chez ce patient ? Quel est l'élément du parenchyme rénal atteint ?

Question n°4 :

Quelles mesures préventives auraient du être prises pour prévenir l'aggravation de l'insuffisance rénale et en amoindrir les risques ? Quelle surveillance biologique aurait-elle du être instituée ?

Question n°5 :

Quelle est la cause la plus vraisemblable de l'insuffisance rénale constatée sur les examens pratiqués avant l'hospitalisation ? Justifier votre réponse.

Grâce au traitement entrepris, la fonction rénale s'améliore partiellement et la créatininémie se stabilise à 150 $\mu\text{mol/l}$.

Question n°6 :

Quelles sont les mesures de néphroprotection que vous mettez en œuvre ? Quels en sont les objectifs ?

Malgré les mesures entreprises, la fonction rénale de ce patient s'est progressivement altérée et vous le retrouvez 5 ans plus tard avec une créatininémie à 350 $\mu\text{mol/l}$ (DFG estimé à 15 ml/min). Une transplantation semble envisageable. Son épouse propose de lui donner un rein, elle n'a pas d'antécédent notable et son examen clinique est normal (PA 120/80 mmHg)

Question n°7 :

Quels sont les examens de première intention à réaliser chez cette donneuse potentielle ?