

# Urgences néphrologiques pour le praticien

**Prof. Dr. Daniel Teta, MD, PhD**  
**Service de Néphrologie CHVR, Hôpital du Valais**



Sion  
24 septembre 2020

# Service de néphrologie CHVR

- Prof. Dr. Daniel Teta, Chef de service
- Dr. Anne-Hélène Reboux (Martigny, Sion), Méd. adjointe
- Dre Gabriella Guzzo (Sion, CHUV), Cheffe de clinique
- Dr Grégoire Nowak (Sierre, Sion), Chef de clinique
- Dr Edward Pivin, (Sion) Chef de clinique
- Dr Fabrice Vultaggio (Sion), Méd. assistant
- Dre Mathilde Romain (Sion), Méd assistante médecine

# Urgences néphrologiques absolues

1. **Hyperkaliémie** sévère ( $> 6.5-7$  mmol/L)
  2. **Acidose métabolique** sévère
  3. **Syndrome urémique**
  4. **OAP** (dans contexte IRC) et surcharge hydro-sodée
- 
5. **IRA avec sepsis associé** (obstruction fébrile)
  6. **HTA maligne/MAT** ( $I_{\text{aire}}$  ou  $II_{\text{aire}}$ )
  7. **IRA avec syndrome pneumo-rénal et GNA**
  8. **Intoxications (lithium, EG, médicaments)**

# Cas 1: Homme 71 ans

- Vous consulte car très mal aux orteils
- Pas très bien depuis quelques jours, fatigué
- HTA connue traitée par IEC
- Coronaropathie connue
- Tabagisme +++

# Tableau clinique

Pâle, TA: 175/100 BG assis, puls 84/min  
Souffle abdominal et souffle carotidien G



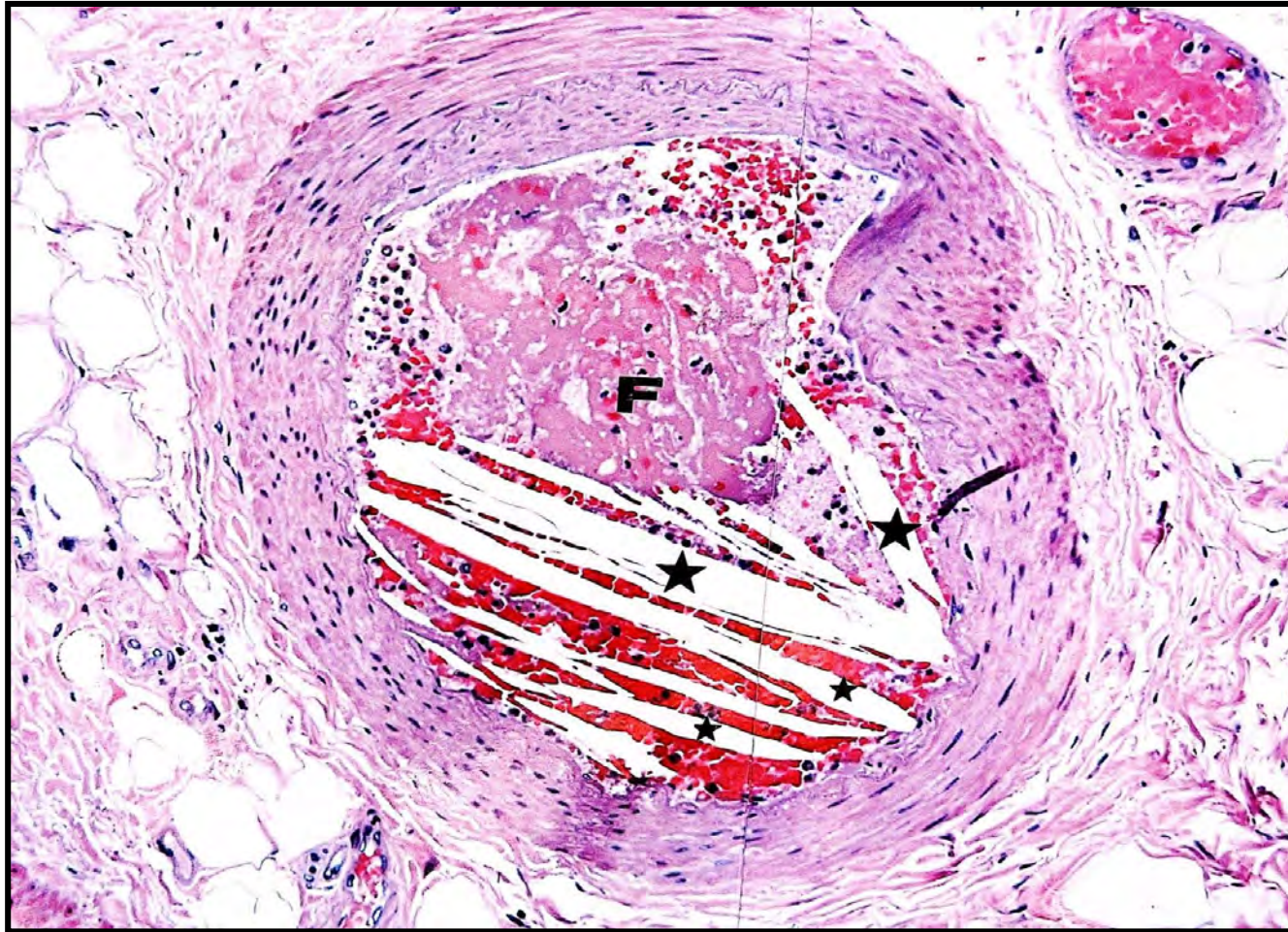
# Laboratoire

- FSS: Hb 92 g/L, leuco: 11.1 G/L, thrombo normaux,
- CRP: 65
- Créat: 350  $\mu\text{mol/L}$  (110  $\mu\text{mol/L}$  en 2018)
- Electrolytes corrects
- Urines: sédiment normal. Alb/créat 150 g/mol

**Votre hypothèse diagnostique ?**



# Embolies rénales de cholestérol





## Cas 2: Femme 52 ans, en BSH

Depuis 3 semaines: fatigue, nausées, urines foncées (thé noir)

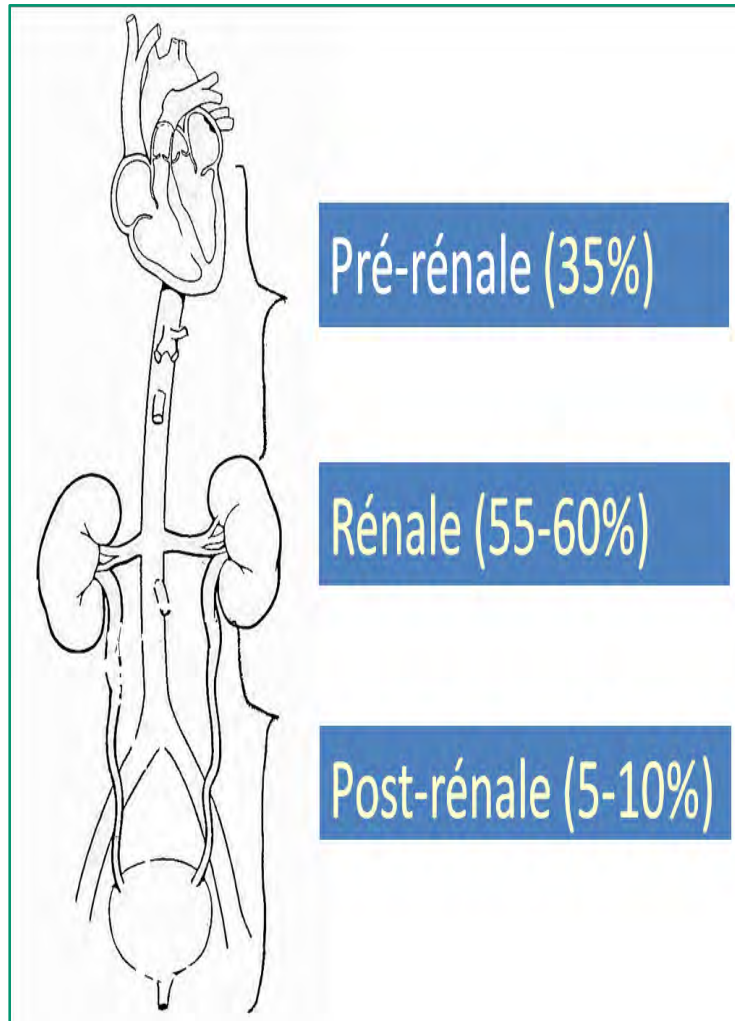
### **Examen Clinique:**

- EG conservé, pas d'oedème, pas de lésion cutanée,
- TA 115/85 mm Hg, puls: 80/min régulière
- Auscultation cardiorespiratoire sp

### **Laboratoire:**

- Stix Urinaire: hématurie, protéinurie (alb/créat 254 g/mol)
- Chimie: Créatininémie 258  $\mu\text{mol/L}$
- Formule: discrète anémie inflammatoire

# IRA – Démarche diagnostique:

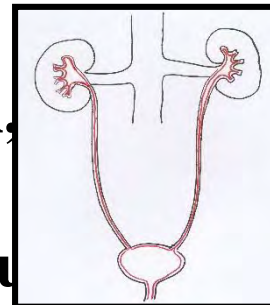


- Hypovolémie
  - Hypotension artérielle
  - Défaillance cardio-circulatoire
    - Insuffisance ♥
    - Cirrhose et SHR
- Biopsie ?**

- NTA
  - Ischémique
  - Toxique
- Glomérulonéphrite
- Néphrite interstitielle aiguë
- Néphropathie vasculaire



- Obstruction bilatérale (processus vésical, pelvien, rétropéritonéal)
- Obstruction sur rein unique



# Diagnostic & investigations

## Les examens d'urines

= Utiles voire discriminants dans l'urgence :

1. Le **volume** urinaire et la **couleur** !
2. La **bandelette** urinaire (Densité, Protéinurie? Sang? Leuco?)
3. Le **sédiment** urinaire
4. La **chimie** urinaire (spot)

# Sédiment urinaire

## Le sédiment urinaire ⇒ Organique?

### a) Leucocyturie

→ exa bactério des urines + évoquer:

1. une **pyélonéphrite** aiguë,
2. une **néphrite interstitielle** aiguë
3. une **maladie des emboles de cholestérol**.

### b) Hématurie (micro ou macro)

→ microscopie des urines. L'observation d'**érythrocytes dysmorphiques**

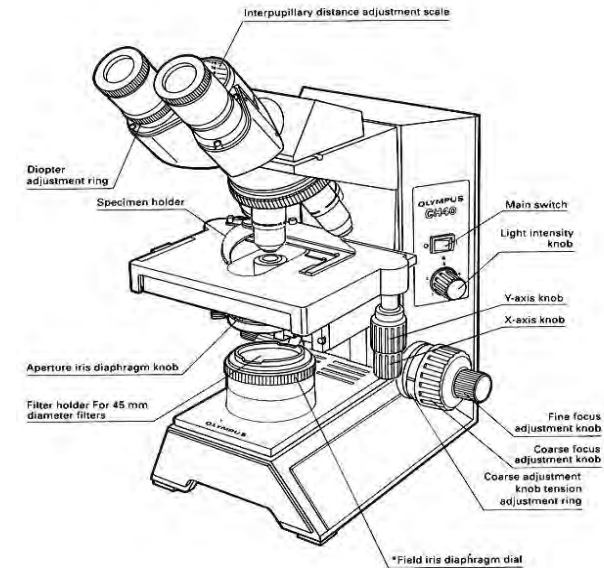
⇒ **érythrocyturie glomérulaire**\* oriente vers une **GNA**

\*>30% des éry, >2 morpho. différentes ou > 5% acanthocytes

### c) Cellules tubulaires

### d) Cylindres

### e) Selon piste → **cristallurie** (intox éthylène-glycol, ABttt, anti-VIH)



# Diagnostic & investigations IRA

## Analyses urinaires

<b>Nécrose tubulaire aiguë</b>	(NTA)	prot <1-2 g/j cylindres granuleux
<b>Néphrite interst. aiguë</b>	(NIA)	protéinurie < 1-2 g/j leucocyturie (érythrocyturie possible)
<b>GN aiguë</b>	(GNA)	protéinurie > 2-3 g/j microhématurie
<b>Néphr. vasculaire aiguë</b>	(NVA)	protéinurie variable, evt. érythrocyturie

# Synthèse

**IRA avec protéinurie et microhématurie (glomérulaire?)**

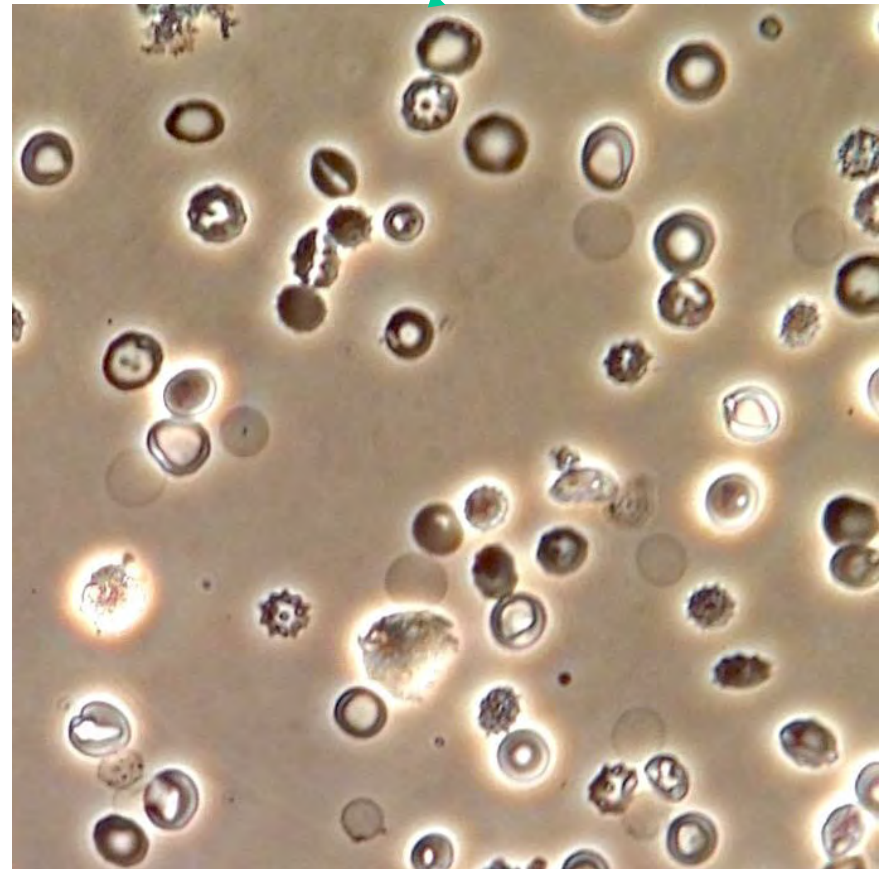
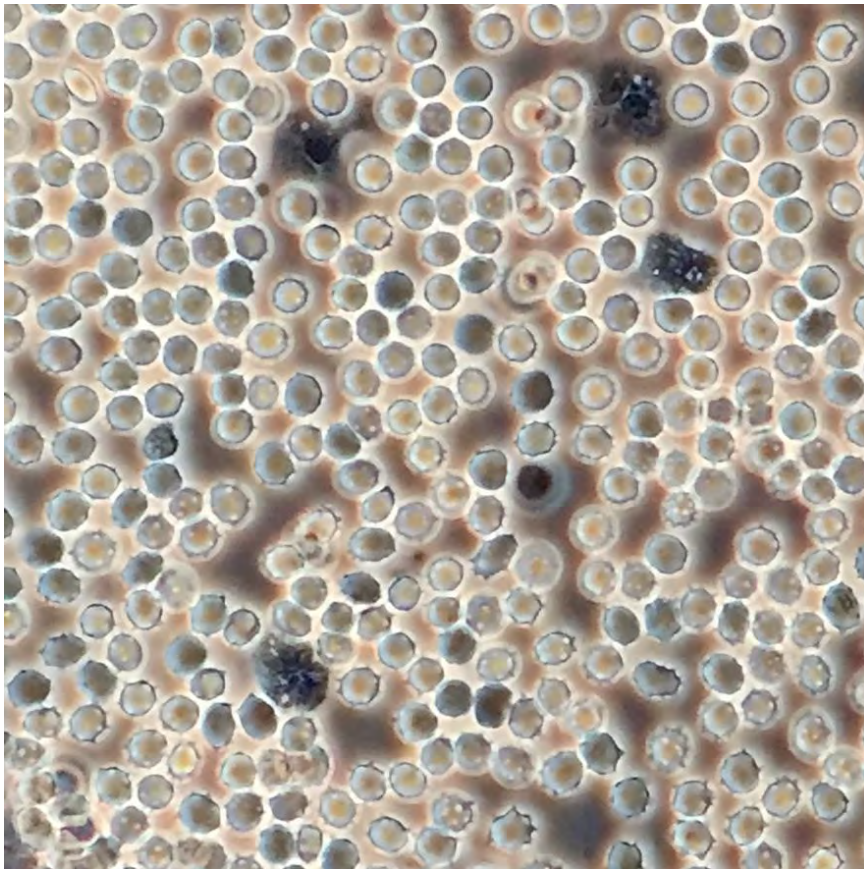
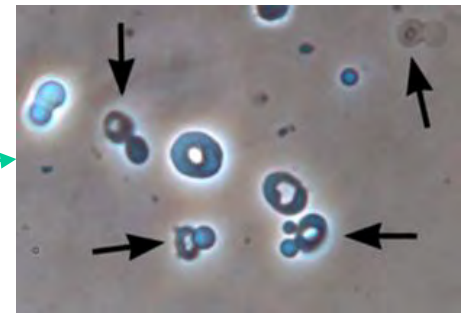
**Votre attitude ?**



## Cas N°2

Hématurie glomérulaire  
(exemples)

*Isomorphe, Non glomérulaire*





# Complément investigations à l'hôpital

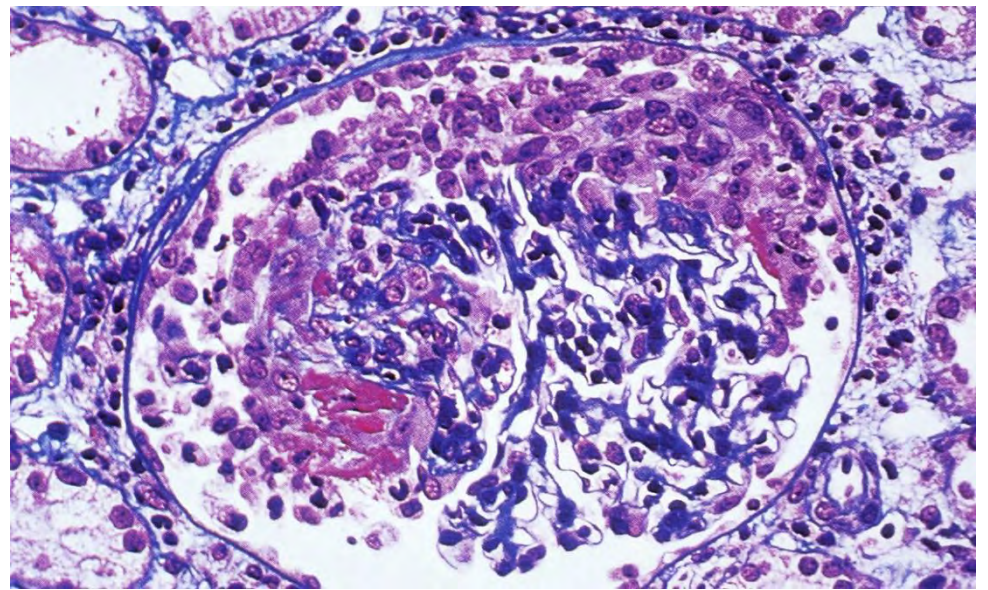
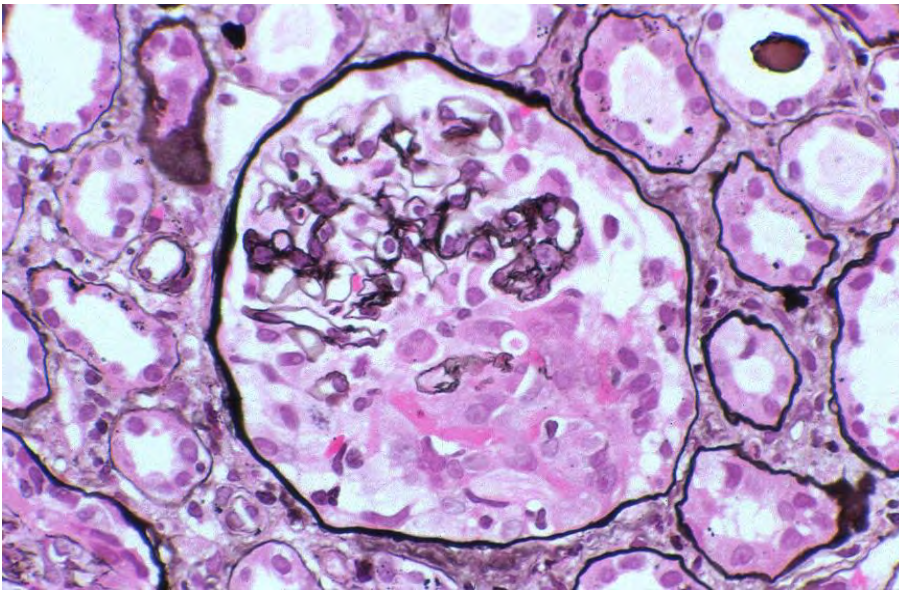
- ✓ US rénal: reins taille normale, pas de dilatation voies urinaires
- ✓ ANCA: négatifs
- ✓ Anticorps anti-nucléaires et anti-DNA: négatifs
- ✓ Ac anti –GBM : > 500 CU (< 20)

# Glomérulonéphrite rapidement progressive

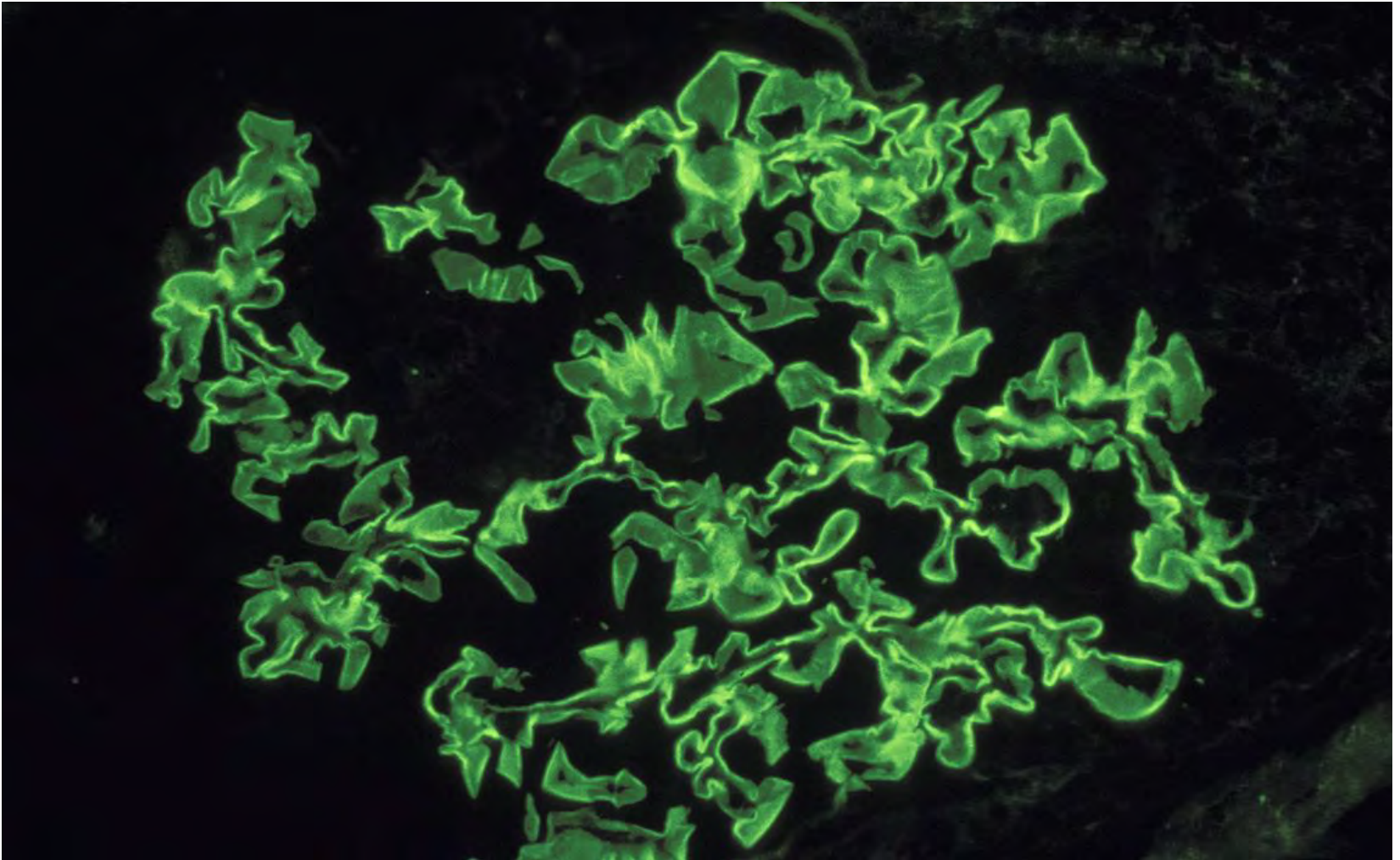
Vasculites ANCA positive

Syndrome de Goodpasture (anticorps anti-GBM)

Lupus érythémateux disséminé (LED)



# Immunofluorence: anticorps anti IgG



# Traitement ?

- Solumédrol en pulse: 500 mg IV au J0, J1 et J2, puis prednisone 1 mg/kg/jour
- Echanges plasmatiques tous les jours 2-3 semaines
- Ciclophosphamide per os ou IV, 3 mois

## Cas 3: Homme 43 ans

- Asthénie
- HTA connue traitée
- Travail à responsabilité, beaucoup de stress, nuits courtes actuellement
- TA 210/130 mmHg
- Vous faites un bilan et vous retrouvez :
  - IRA avec créatininémie 220  $\mu\text{mol/L}$
  - Anémie : Hb 87 g/L, VGM 95 fl
  - Thrombopénie : 90 G/L

**A quoi pensez-vous ?**

- **HTA maligne avec micro-angiopathie thrombotique (MAT)**



# Crise hypertensive vs HTA maligne ?

## Crise hypertensive

TAs >180 ou TAd >120 en l'absence de dommage d'organe

**Management ambulatoire avec médicaments oraux**



# Crise hypertensive : signes et symptômes

- Asymptomatique
- symptômes et signes possibles:
  - Céphalées
  - Dyspnée
  - Epistaxis
  - Anxiété
  - TA élevée plusieurs fois consécutives

# HTA maligne

TAs >180 ou TAd>120 **en présence** de dommage d'organes

- Eyes, kidneys, brain (hemorrhage/infarct), heart
- Hypertensive encephalopathy: cerebral edema leading to neurological symptoms
- Requiert hospitalisation
- Requiert medication parentérale

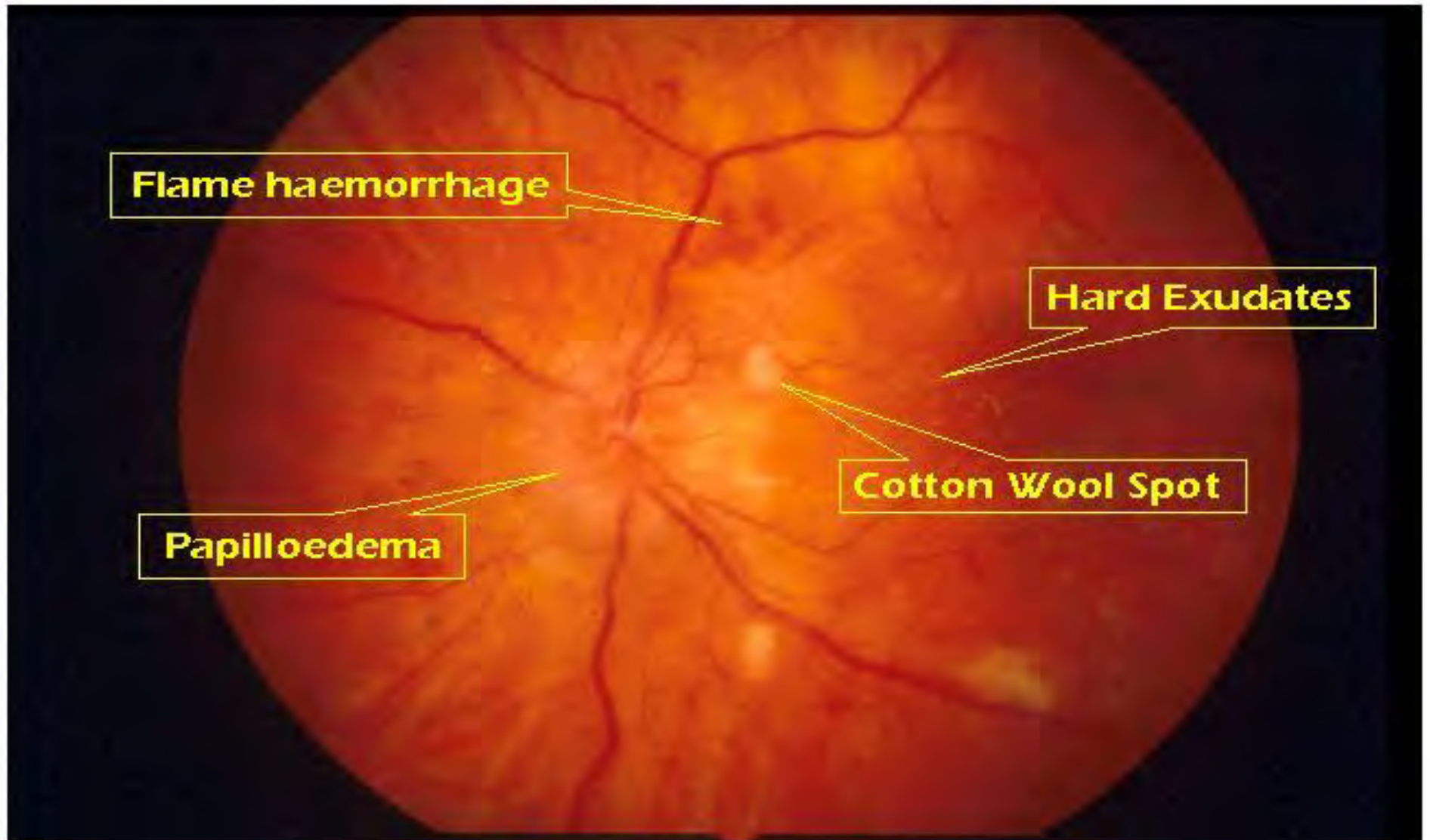
# Symptômes de l'HTA maligne

- Nausées, vomissements (oedème cérébral)
- Douleur thoracique
- Dyspnée
- Vision trouble
- Confusion
- Perte de conscience

# Signes cliniques - HTA maligne

- Hémorragies rétinienues, exudats, oedème papillaire
- rein: créatininémie élevée, protéinurie, hématurie
- Cerveau → crise convulsive, coma (oedème cerebral)
- Cerveau → AVC hémorragique, lacunes
- OAP
- Infarctus myocarde
- Vaisseaux: microangiopathie thrombotique

# **Hypertensive Retinopathy - Grade 4**



# Question

**What is the primary reason for hypertensive emergencies ?**

1. Renovascular disease
2. Pheochromocytoma
3. Non-adherence to anti-hypertensive medication
4. Primary hyperaldosteronism
5. Acute glomerulonephritis
6. Drugs

# Answer

1. Renovascular disease
2. Pheochromocytoma
- 3. Non-adherence to anti-hypertensive medication**
4. Acute glomerulonephritis
5. Primary hyperaldosteronism
6. Drugs



# 'CAME OUT OF CLEAR SKY,' SAYS PRESIDENT'S PHYSICIAN

Adm. Ross T. McIntire  
Asserts There Was No  
Indication of Immi-  
nent Danger.

By CHARLES G. ROSS

DEATH DUE TO CEREBRAL  
HEMORRHAGE --- BLOOD  
VESSEL IN BRAIN BROKE

WASHINGTON, April 13 (AP).  
**P**RESIDENT ROOSEVELT  
died from what doctors call  
a cerebral hemorrhage,  
which means a sudden exten-

Figure 1. Headlines of the *St. Louis Post-Dispatch*,  
April 13, 1945.

Reprinted with the permission of the *St. Louis Post-Dispatch*.