



Cas clinique n°3

Microalbuminurie et atteinte rénale



Patient

- ▶ M. G., 48 ans, célibataire, mécanicien, est adressé par son médecin traitant aux urgences pour pic hypertensif.
- ▶ ATCD : HTA ancienne négligée par le patient malgré les signalements répétés du médecin du travail et du médecin traitant.
- ▶ SF : céphalées, baisse de l'acuité visuelle, asthénie
- ▶ Examen clinique
 - ▶ TA 235/185 mmHg au bras droit, 237/167 mmHg au bras gauche
 - ▶ Pouls 92 / mn, régulier
 - ▶ BU : sang nég, prot = 1 g/l



Biologie

- Découverte insuffisance rénale, créatinine 293 $\mu\text{mol/l}$,
- $\text{K}^+ = 3.9 \text{ mmol/l}$
- Hb : 12.3 g/dl, haptoglobine < 0.1 g/l
 - Un seul chiffre de créatinine : IRA ou IRC ?? → **écho rénale** rapidement
 - = 2 reins, 110 mm à dte, 105 mm à gche, contours réguliers, bien différenciés, parenchyme homogène, pas de dilatation des CPC, vessie normale.
 - Pas d'hyperkaliémie à traiter en urgence mais aussi pas d'hypokaliémie en relation avec un hyperaldostérionisme
 - Pas d'anémie notable, ne plaide pas en faveur d'une IRC **mais** haptoglobine effondrée en relation avec une MAT mécanique liée à l'HTA maligne



Examens à demander

- ▶ Échographie rénale avec taille des reins : QS
- ▶ Confirmation de la protéinurie repérée à la BU:
 - = Protéinurie à 0,83 g/24h
- ▶ Ionogramme urinaire pour éliminer une IRA fonctionnelle :
 - Na = 66 mmol /l, K+ = 39.5 mmol/l : organique
- ▶ ECBU pour confirmer l'absence d'hématurie (GNA, angéite ...):
 - Leucocytes = 5000 /ml, hématies = 8000 /ml
- ▶ Confirmation de l'hémolyse mécanique :
 - Recherche de schizocytes = 0,4 % soient 17 000 /mm³



Cause de l'IR ?

- ▶ Néphroangiosclérose maligne
 - ▶ HTA très sévère, négligée
 - ▶ Peu de contexte clinique
 - ▶ Protéinurie de faible débit, absence d'hématurie
 - ▶ MAT mécanique
 - ▶ Retentissement viscéral :
 - ECG : HVG +++
 - Echographie cardiaque = FEVG 40 %, hypertrophie concentrique +++
 - FO = rétinopathie stade IV, œdème papillaire



Cause de l'IR ?

- ▶ Glomérulonéphrite aiguë ou chronique : mais
 - ▶ HTA trop sévère
 - ▶ Aucun contexte clinique
 - ▶ Protéinurie de faible débit
 - ▶ Absence d'hématurie

- ▶ Peu évocateur de :
 - ▶ GN à dépôts d'IgA
 - ▶ GN extra-membraneuse
 - ▶ angéite



Traitement

- ▶ HTA très sévère → LOXEN IVSE
- ▶ Puis relai PO
- ▶ IEC +++
- ▶ Ne pas faire baisser la TA trop rapidement
- ▶ Pas de diurétiques dans un premier temps
 - LOXEN
 - BISOPROLOL
 - RAMIPRIL

Evolution de la protéinurie et de la créatinine

