

اللَّهُمَّ اكْفِنِي بِحِلَالِكَ عَنْ حَرَامِكَ، وَارْزُقْنِي بِفَضْلِكَ عَمَّنْ

سَوَاكَ

SEMIOLOGIE RÉNAL

Fait par : Saad BARAKA

© :barsaad2004@gmail.com

Les caractères à préciser en présence d'une douleur lombaire	La localisation de la douleur – l'intensité-le mode d'installation -le caractère isolée	
Les œdèmes	-Symétriques, blancs, mous, indolores, prenant le godet, se redistribuant dans les zones déclives -Accumulation de liquide dans le secteur interstitiel -Peuvent se voir dans le syndrome néphrotique -Entraînent une prise de poids -Expliquées par la théorie du déficit (excès) de remplissage	
Hématurie	Urologique	Caillots sanguins – douleurs lombaires – Peut être totale – Chronologie variable au cours de l'épreuve de 3 verres
	Néphrologique	Acanthocytes – Rouleaux hématiques -Cylindres hématiques - Protéinurie
	Examen de diagnostic	ECBU : cytobactériologie des urines
	Initiale	D'origine prostatique et urétrale
Les protéinuries	Pathologiques	Glomérulaire – tubaire – de surcharge
	De surcharge (Sans Néphropathie)	Peut se voir au cours du myélome et hémolyse -Permanente
La formule de MDRD fait intervenir	L'âge - créatinine – sexe – ethnique	

Syndromes rénaux

Syndrome néphrotique	Caractéristique :	-Hypoalbuminémie inf a 30 g/l -Augmentation du cholestérol plasmatique (hypercholestérolémie) -Risque de thrombose veineuse, malnutrition protidique, -Hypothyroïdie, Déficit immunitaire -Peut être pur ou impur
	Critères d'impureté :	-Hématurie – IR- HTA -Protéinurie a 4g/j et présence de 3000 hématies/mi et créatinémie 30mg/l et PA a 145/87mmHg et albuminémie a 28g/L
	Complications	-Malnutrition – l'embolie pulmonaire – péritonite
	Autres caractéristiques :	-Les facteurs de coagulation sont augmentés -L'atteinte est glomérulaire -La protéinurie est faite essentiellement d'albumine -Pression oncotique est effondré -Vitesse Sédimentation augmente
Syndrome glomérulonéphrite	Rapidement Progressive :	Urgence diagnostique (PBR) et thérapeutique Témoigne toujours de la présence de GN avec croissants cellulaires. -D'installation brutale en quelques jours -S'associe souvent à une hématurie inaugurale -S'associe à une protéinurie sup a 2gr par jour
	Aigue :	-HTA -oliguries – installation brutal – hématurie (bouillon salle) – œdèmes des MI
Signes cardinaux glomérulaires	Protéinurie constante – Hématurie – IR – HTA - rétention hydro sodée (œdèmes / HTA / OAP) - insuffisance rénale (oligurie)	
Micro – albuminurie	- Peut être quantifiée sur un échantillon matinal - Utilisée pour une néphropathie diabétique débutant	

Chronique	Définit :	<ul style="list-style-type: none">-Par DFG : <60 ml/min/1.73m² de manière irréversible- évoluant depuis plus de 3 mois (IRC).-anomalie morphologique, histologique, chronique rénale entre dans la définition de la MRC-DFG a 45 ml/min/1.73m² = stade 3a-DFG a 115 ml/min/1.73m² = MRC a stade 1 et pas d'IR		
	Les critères en faveur :	<ul style="list-style-type: none">-Présence d'une hypocalcémie et d'une anémie normochrome, arégénérative-Atrophie rénale bilatérale a l'échographie-Fonction rénale antérieure perturbée-s'accompagne d'une hyperuricémie, nycturie-reins dont la taille réduite		
	Facteurs de progression :	HTA non contrôlée, régime hyperprotidique, déshydratation - tabagisme		
	Examen de dépistage :	<ul style="list-style-type: none">-Bandellettes urinaires-mesure de la PA -Dosage de la créatinémie-Calcul du DFG (Débit filtration glomérulaire)		
	Marqueurs :	La protéinurie – l'hématurie – leucocytaire – anomalie morphologiques rénal a l'échographie		
	Diagnostic étiologique :	Glomérulaire	<ul style="list-style-type: none">-protéinurie > 2g/24h composée d'albumine-présence d'une hématurie microscopique avec acanthocytes	
Interstielle		<ul style="list-style-type: none">-HTA tardive – ANTCD d'infection urinaire - Protéinurie modérée <1g/24h- Reins asymétriques bosselés (PNC) et symétriques et non bosselés		

Aigue	Syndrome urémique aigue :	<ul style="list-style-type: none">-Rétention azotée (créatinine, urée, acide urique)- Hyperkaliémie (risque d'arythmie cardiaque) - Acidose métaboliqueHyperhydratation intracellulaire (hypo Na, Tr. neurologiques)- Hyperhydratation extracellulaire (œdèmes, HTA, OAP)- Troubles neurologiques (torpeur, convulsions, coma)- Troubles digestifs (hémorragies)		
	Signes de gravité :	OAP - Troubles neurologiques – Troubles de rythme cardiaque – hyperkaliémie		
	Critères en faveur :	<ul style="list-style-type: none">Fonction rénal antérieure normale-Situation clinique a risque d'IRA-Taille normale des reins a l'échographie		
	Diagnostic étiologique :	Obstructive	<ul style="list-style-type: none">(1ère étiologie à rechercher)ATCD lithiases et tumeur de vessie-blindage au toucher pelvienneObstruction de la voie excrétrice, bilatérale ou sur rein unique	
		Fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none">Réversibilité rapide (≤ 48h) après AUSP (lithiase), rétablissement de la perfusion rénale-Déshydratation extracellulaire-Hémorragie-Urines rares pauvres en sodium et riches en K+-Notion de vomissements-Diarrhées importants - Hypotension artérielle-Augmentation de la rénine intra-rénale-peut se complique en NTA	
Organique		<ul style="list-style-type: none">(3ème étiologie à rechercher) Nécrose tubulaire aigue (NTA) : la cause la plus fréquente , 80% des IRA parenchymateuses, peut être d'origine toxique ou ischémique et réversible en (5 a 20jours) 3 semaines ,-S'accompagne d'une Oligo-anurie, évolue en 3 phases		

Pauvre en Na	Urine rare et concentrée
NaU< 20mmol/L	Urée U/P > 10
Na/K U< 1	Uosm> 500mosm/l
Fe Na < 1%	Sédiment Normal