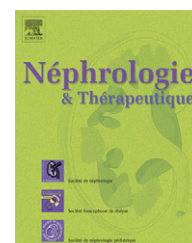


Disponible en ligne sur www.sciencedirect.comjournal homepage: [//france.elsevier.com/direct/nephro/](http://france.elsevier.com/direct/nephro/)

Communications non affichées

Dialyse

Hyperparathyroïdie secondaire résistante au cinacalcet

S. Pelletier, F. Gebre-Egziabher, N. Rognant, W. Sathout, L. Juillard, A. Jollivot, A. Lentz, M. Laville, D. Fouque
Service de néphrologie et d'hémodialyse, hôpital Edouard-Herriot, Lyon, France

Introduction. - Le cinacalcet est un calcimimétique qui freine fortement la sécrétion de parathormone (PTH). Quelques cas d'hypocalcémie et de résistance (rare) ont été décrits.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 42 ans, d'origine algérienne, atteint de maladie de Berger, hémodialysé depuis 1989, greffé en 1996, repris en hémodialyse en 2005. Il présente une hyperparathyroïdie (HPT) secondaire difficilement contrôlable. Le cinacalcet est introduit en juin 2005.

	06- 2005	09- 2005	12- 2005	09- 2006	10- 2006	04- 2007
Phases	1	2	3	4	5	6
PTH intacte (ng/l)	1002	144	1190	2261	1021	269
Calcémie corrigée (mmol/l)	2,48	2,38	2,38	1,83	1,78	2,39
Phosphorémie (mmol/l)	1,59	1,83	1,64	1,61	0,89	1,36
Posologie de cinacalcet (mg/jr)	0	30	30	90	120	30
Posologie de vitamine D active (ig/j)	0,25 ♠	0,25 ♠	0,25 ♠	0,5 ♠	0,5 ♠♠	1 ♠♠

Bain de dialyse : calcium : 1,75 mmol/l ♠ alfacalcidol ♠♠ calcitriol.

Discussion. - Malgré l'augmentation progressive des doses de cinacalcet, on assiste à un échappement thérapeutique de l'HPT (2-4). De plus, le patient présente une hypocalcémie symptomatique à plusieurs reprises (5). Une hospitalisation de 2 mois et l'utilisation d'un pilulier électronique MEMS® ont montré que le patient ne prenait pas correctement son traitement (5). Une éducation thérapeutique a permis de corriger la situation (6).

Conclusion. - L'utilisation du cinacalcet reste délicate ; les horaires et la régularité des prises doivent être scrupuleusement suivis.

Dialyse

Carcinome épidermoïde bien différencié de la lèvre chez une patiente en hémodialyse chronique

Z. Sassi Jallali *, R. Sakhri, A. Gammoudi, G. Khababi
Service d'hémodialyse, hôpital, Sidi-Bouazid, Tunisie
* Auteur correspondant.

Rationnel. - Les manifestations cutanées liées à l'hémodialyse sont fréquentes, et variées, et leur pathogénie n'est pas encore élucidée. L'immunodépression augmente le risque de cancers. Les cancers cutanés, les plus fréquents, sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 43 ans, hémodialysée depuis 1999 qui note depuis avril 2006 une tuméfaction labiale inférieure gauche augmentant progressivement de taille. Les explorations radiologiques (Échographie cervicale, échographie abdominale) n'ont pas montré de métastases.

La patiente a subi une exérèse de la tumeur gauche avec curage ganglionnaire, l'examen histologique conclut à un carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant de la lèvre inférieure sans métastases ganglionnaires.

Conclusion. - Les cancers cutanés en hémodialyse sont probablement en rapport avec un état d'immunodépression

de l'insuffisance rénale chronique. Le rôle possible de facteurs cliniques ou biologiques dans la pathogénie des lésions cutanées reste équivoque.

Dialyse

L'hypothyroïdie et facteurs de risque chez l'hémodialysé chronique

N. Zbiti *, H. Hamzaoui, Y. Amar, H. Rhou, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, L. Benamar

Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale, Avicennes, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant.

Introduction. - Les dysthyroïdies chez l'hémodialysé chronique (HDC) sont représentées par une hypothyroïdie : dite le syndrome de basse T3 (T4), actuellement nommée « le syndrome de la maladie euthyroïdienne » (SME). Le but de notre étude est de déterminer la prévalence de l'hypothyroïdie dans notre population des HDC et de dégager les facteurs de risque.

Patients et Méthodes. - C'est une étude transversale réalisée en Novembre 2006 concernant 68 patients en hémodialyse périodique. On a analysé des paramètres anthropométriques, cliniques et biologiques. Le dosage des hormones thyroïdiennes (T3, T4 et TSH) s'est effectué selon la méthode radio-immuno-enzymatique. Nous avons comparé 2 groupes de patients avec et sans dysthyroïdie (définie par un taux anormal de T3 et/ou de T4) afin de dégager les facteurs de risque.

Résultats. - L'âge moyen de nos patients est de $43,4 \pm 13,5$ ans (extrêmes : 18 et 86 ans), avec une nette prédominance féminine (26 H/42F). Ils se dialysent à raison de 3 séances par semaine avec une durée totale moyenne en hémodialyse de 10 ans. Tous les patients sont en euthyroïdie clinique. Le profil thyroïdien est caractérisé par la présence d'une hypothyroïdie chez 19 HDC soit 28 % de la population étudiée. Nous n'avons pas trouvé des cas d'hyperthyroïdie. L'étude comparative entre les 2 groupes de malades euthyroïdiens et hypothyroïdiens révèle le syndrome inflammatoire ($p = 0,001$), l'âge ($p = 0,003$), et la durée en hémodialyse ($p = 0,04$) comme des facteurs de risque de l'hypothyroïdie.

Discussion. - L'hypothyroïdie chez l'HDC est fréquente (1/5-1/4 de cette population). Elle est souvent due à la toxicité urémique, la réduction de l'excrétion rénale de l'iode, le diabète, l'inflammation, la malnutrition et les différentes méthodes d'hémodialyse utilisées. Elle est grave car c'est un facteur de risque majeur de morbidité cardiovasculaire.

Conclusion. - Les dysthyroïdies chez les patients en hémodialyse périodique sont représentées souvent par une hypothyroïdie biologique nommée « le syndrome de maladie euthyroïdienne ». Elle est fréquente et dont l'âge et le syndrome inflammatoire sont des facteurs de risque.

Dialyse

Évaluation du traitement par l'érythropoïétine chez les hémodialysés chroniques

M. El M'Barki Kadiri ^{a,*}, T. Atif ^b, Z. Oualim ^b

^a Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale, centre hospitalier Lyon-Sud, Lyon, France ; ^b Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant.

Introduction. - L'anémie constitue un facteur de risque de morbidité chez les hémodialysés chroniques (HDC). Le traitement par l'érythropoïétine a permis de corriger l'anémie et de lutter contre ses effets délétères. Le but de ce travail est de mettre l'accent sur l'efficacité de l'érythropoïétine dans le traitement de l'anémie chez les HDC de notre service.

Patients et Méthodes. - L'étude a intéressé 120 patients, régulièrement hémodialysés. Le critère de regroupement était un taux d'hémoglobine < 11 g/dl. Les variables étudiées étaient la prise ou non de l'érythropoïétine, l'inflammation (par la CRP), l'acidose, le Kt/V, la calcémie, la phosphorémie et l'Indice de Masse Corporelle (IMC). L'analyse statistique a été réalisée par le test t student et le χ^2 .

Résultats. - Ont été inclus 120 patients (49 femmes et 71 hommes), âgés de 51 ± 15 ans. L'ancienneté d'hémodialyse était de 4 ± 3 ans. 67,5 % étaient sous érythropoïétine ($p = 0,02$). 62 patients sur 120 soit 52 % avaient une hémoglobine en deçà de 11 g/dl. Chez ce groupe anémique il a été noté une CRP élevée 23 ± 19 vs $7,9 \pm 9$ mg/l ($p < 0,001$), une acidose $22,7 \pm 5$ vs 24 ± 3 mmol/l ($p = 0,001$), une diminution du Kt/V $1,1 \pm 0,2$ vs $1,2 \pm 0,25$ ($p < 0,001$), une diminution de l'IMC 22 ± 4 vs 23 ± 3 kg/m². Par contre, l'augmentation de la calcémie et de la phosphorémie n'était pas significative.

Discussion. - Dans notre population étudiée la mise sous érythropoïétine a permis de corriger significativement l'anémie chez 67,5 %. Les patients anémiques (52 %) avaient certains facteurs de résistance à l'érythropoïétine à savoir ; l'inflammation, l'acidose, la diminution de la dose normalisée de dialyse (Kt/V) et la malnutrition (par IMC). En revanche, l'influence de l'hyperphosphorémie et l'hypercalcémie n'était pas significative. Ainsi, la correction de ces facteurs permettrait sans doute l'obtention d'une hémoglobine meilleure chez nos HDC anémiques.

Conclusion. - Dans notre série de 120 patients HD chroniques, 52 % étaient anémiques. Cependant, une relation significative a été notée entre la mise sous érythropoïétine et la correction de l'anémie. Chez la population anémique, les paramètres perturbés de manière significative étaient l'acidose, un bas Kt/V et une diminution de l'IMC.

Pour en savoir plus

Michel Aparicio¹, Noël Cano², Phillipe Chauveau³, Raymond Azar⁴, Bernard Canaud⁵ et al and the French Study Group for Nutrition in Dialysis (FSG-ND)*. Nephrol Dial transplant 14: 1679-1686, 1999.

Mann NK, Touam M, Jungers P: Dialyse adéquate et équilibre nutritionnel. L'hémodialyse de suppléance 58-71, 2003.

Dialyse

Dyslipidémie et hémodialyse : à propos de 26 cas

N. Hichri *

Service d'hémodialyse, hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - Les perturbations du métabolisme des lipoprotéines sont présentes dès le stade précoce de l'insuffisance rénale et se développent avec la progression de la maladie. L'objectif de notre travail est d'étudier le profil lipidique présent chez les hémodialysés, sa corrélation avec la survenue d'événements cardiovasculaires ainsi que les modalités du traitement hypolipémiant.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service d'hémodialyse de l'Hôpital principal d'instruction de Tunis, portant sur 26 cas de dyslipidémie observés parmi 60 malades insuffisants rénaux chroniques dialysés durant une période de 4 ans. L'âge moyen est de 56 ans + 6 mois avec des extrêmes de 83 ans.

Résultats. - Le profil lipidique le plus caractéristique de nos patients hémodialysés associe une augmentation du taux des triglycérides dans 92 % des cas, une hypercholestérolémie (LDL-Chol élevé) dans 53 % des cas et une diminution de la concentration plasmatique des HDL dans 50 % des cas. Deux cas d'hypolipidémie sont notés associant une hypotriglycémie et une hypercholestérolémie chez 2 patients sévèrement dénutris et ayant un syndrome inflammatoire chronique. La dyslipidémie urémique apparaît dans notre étude corrélée à la survenue des accidents cardiovasculaires (76 % des cas). Ils sont dominés par les syndromes coronaires aigus (10 cas) et les artérites des membres inférieurs (6 cas). 3 gestes de revascularisation sont effectués après le début d'hémodialyse.

Discussion. - Le LDL Chol est considéré comme cible primaire des traitements hypolipémiants et que la majorité des patients ont un risque cardiovasculaire absolu. Le HDL-Chol est considéré comme facteur protecteur à l'égard du risque cardiovasculaire et la fraction non HDL-Chol comme cible secondaire. Deux classes d'hypolipémiants sont utilisées dans notre série, les statines dans 57 % des cas et les fibrates dans 38 % des cas.

Les statines sont prescrites en prévention primaire secondaire. Les fibrates sont indiquées lorsque l'hypertriglycémie est importante. Une surveillance biologique régulière des enzymes musculaires et hépatiques est indispensable.

Conclusion. - Un dépistage systématique de la dyslipidémie urémique et des facteurs de risque athérogène est recommandé. Un traitement hypolipémiant est souvent nécessaire.

Dialyse

Vaccination contre l'hépatite B chez les patients hémodialysés

N. Hichri, M. Tagorti, N. Bafoun, M. Haloues *, M. Baraket, J. Hmida

Service d'hémodialyse, hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'hépatite B représente une cause de morbidité et mortalité importante chez les patients hémo-

dialysés. L'objectif de cette étude est d'analyser l'intérêt d'une initiation précoce de la vaccination, d'étudier les différents facteurs pouvant influencer la réponse vaccinale ainsi que la durée de l'immunité acquise par vaccin, d'évaluer le coût de la vaccination et de montrer son intérêt chez les patients immunisés par maladie.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service d'hémodialyse de l'hôpital militaire d'instruction de Tunis sur une période de 4 ans portant sur 41 patients insuffisants rénaux chroniques dialysés et suivis pour au moins 2 ans. Ces patients ont été départagés en 26 patients non immunisés par vaccin et 15 patients immunisés par maladie. La vaccination a concerné aussi bien le premier groupe et 4 patients du deuxième groupe (Ac anti-HBS < 150 mui/ml). Nous avons recueilli les données anamnestiques (tares, âge de début de l'EER tabagisme, sexe...), cliniques (poids) et paracliniques (albumine, CRP, PTH, qualité de dialyse...).

Résultats. -

Discussion. - Dans le premier groupe l'âge moyen des patients a été 51 ans 8 mois. On a noté la prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio de 1,6. On a trouvé la notion de tabagisme dans 38,4 % des cas, de diabète dans 23 % des cas, d'hépatite C dans 7,5 % des cas, de transfusions sanguines dans 61,5 % des cas, de dénutrition dans 50 % des cas et d'une élévation chronique de la CRP dans 11,5 % des cas. La qualité épurative a été bonne dans 88 à 96 % des cas. Le coût de la vaccination pour atteindre une séroprotection varie entre 222 et 999 ET 303 D 213 millimes. Aucun effet secondaire lié au vaccin n'a été détecté dans notre série. On a conclu d'une façon comparative à la littérature que le sexe féminin, le jeune âge, l'éviction des transfusions sanguines, le bon état nutritionnel, l'usage de l'érythropoïétine, l'absence d'immunodépression, l'initiation de la vaccination à un stade pré-dialytique et l'absence de diabète constituent des conditions favorables pour la réussite de la vaccination antihépatite B.

Conclusion. - Une meilleure connaissance et maîtrise des différents facteurs pouvant influencer la réponse au vaccin permettront de choisir le protocole de vaccination le plus convenable et de minimiser ainsi son coût. Chez les patients immunisés par maladie et dont le taux d'anticorps anti-HBS est inférieur à 150 mui/ml et surtout en cas d'immunodépression associée, une vaccination contre l'hépatite B est nécessaire pour écarter le risque de séroconversion.

Dialyse

Profil lipidique dans l'insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse

T. Aatif, O. Maoujoud, M. Asseraji, D. El Kabbaj, M. Benyahia, M. El Allam, Z. Oualim

Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc

Introduction. - L'insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse est généralement associée à une perturbation du métabolisme des lipoprotéines. Les anomalies lipidiques qui en découlent sont potentiellement athérogènes et constituent, entre autres, un des facteurs d'athérosclérose accélérée et de la maladie cardiovasculaire. Le but du

travail est d'étudier les variations qualitatives et quantitatives des paramètres lipidiques chez les hémodialysés chroniques.

Patients et Méthodes. - Étude transversale comparative des paramètres lipidiques entre un groupe d'hémodialysés chroniques et un groupe de témoins. Les paramètres étudiés ont été : l'âge, le sexe, l'IMC, les triglycérides (TG), le cholestérol total (CT), le cholestérol des lipoprotéines de faible densité (C.LDL), le cholestérol des lipoprotéines de haute densité (C.HDL) et l'index d'athérogénicité (IA = CT/C.HDL).

Résultats. - 30 hémodialysés chroniques (14H et 16F) d'âge moyen de 45,8±14,25 ans et 30 sujets témoins (14H et 16F) d'âge moyen de 46,13±16,42 ans ont été inclus. La comparaison des moyennes des concentrations des paramètres lipidiques entre les hémodialysés et les témoins a montré une différence significative pour les taux des TG : 132,17±66,95 vs 82,63±27,87 mg/dl ($P < 0,05$), du C.HDL : 37,43±11,30 vs 55,20±11,85 mg/dl ($P < 0,05$) et de l'index d'athérogénicité : 4,48±1,6 vs 3,3±1 ($P < 0,05$). Dans le groupe des hémodialysés, la prévalence de la dyslipidémie était élevée (80 %). L'altération lipidique la plus fréquente était la diminution du C.HDL (70 %), suivie respectivement par l'élévation des TG (33,3 %) et du C.LDL (23,3 %) ; dans 50 % des cas il y avait une altération de deux à trois paramètres lipidiques. L'IA était élevé (> 5) dans 33,3 % des cas.

Discussion. - La prévalence de la dyslipidémie est élevée chez les urémiques chroniques, les anomalies les plus caractéristiques sont l'élévation des TG et la baisse du C.HDL. L'amélioration de ces anomalies lipidiques chez les hémodialysés chroniques doit être rigoureuse afin de diminuer la morbidité cardiovasculaire.

Conclusion. - La dyslipidémie constitue un facteur modifiable de morbidité chez les hémodialysés chroniques, son contrôle doit être strict par l'utilisation des règles hygiéno-diététiques et des médicaments hypolipémiants permettant d'instaurer une stratégie de prévention du risque cardiovasculaire.

Pour en savoir plus

Jia Liu Mitchell H. Rosner. Lipid Abnormalities Associated with End-Stage Renal Disease. *Endocrinology and Dialysis*. Vol 19, (1) 2006:32-40.

Federico Cofan, Emili Vela, Montse Clèries. Analysis of dyslipidemia in patients on chronic hemodialysis in Catalonia. *Atherosclerosis* 184 (2006) 94-102.

Dialyse

Cellulite orbitaire chez un hémodialysé chronique

T. Aatif, O. Maoujoud, M. Asseraji, I. Akhmouch, D. El Kabbaj, M. El Allam, Z. Oulim

Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc

Introduction. - La cellulite orbitaire est une affection peu fréquente. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Le but de ce cas clinique est de rappeler la conduite à tenir devant cette pathologie.

Patients et Méthodes. - Les auteurs rapportent un cas de cellulite orbitaire sur infection du cathéter fémoral droit pour hémodialyse traité avec succès.

Résultats. - Il s'agit d'un patient âgé 51 ans, aux antécédents de diabète type II compliqué de rétinopathie, de néphropathie et d'hypertension artérielle. Admis dans notre formation pour prise en charge de trouble de conscience sur insuffisance rénale chronique terminale pour laquelle il est mis en urgence en hémodialyse intermittente par cathéter fémoral avant confection d'une fistule artério-veineuse. L'évolution après trois semaines de son admission s'est compliquée d'une cellulite orbitaire retenue sur les données cliniques : l'exophtalmie gauche avec œdème, la baisse de l'acuité visuelle, la diminution de la motilité oculaire et le syndrome infectieux ; les données de l'imagerie (TDM et IRM cérébrales) : exophtalmie gauche avec épaississement des parties molles palpébrales et temporales, une infiltration de la graisse oculaire sans collection ou masse décelable et absence de lésion encéphaliques. Le prélèvement des sécrétions conjonctivales ainsi que l'hémoculture périphérique et l'hémoculture du bout du cathéter fémoral ont isolé le même germe : *Staphylococcus Aureus Méthi S*. Le patient a bénéficié d'une antibiothérapie parentérale : Vancomycine 1g puis 500 mg par semaine associée à la Ciprflaxacine 400 mg trois fois par semaine après dialyse pendant un mois. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique.

Discussion. - La prise en charge de la cellulite orbitaire est une urgence. Elle résulte le plus souvent de l'extension de l'infection des sinus paranasaux. L'intérêt de notre cas réside dans l'extension à partir d'une infection du cathéter fémoral. Un scanner doit être immédiatement réalisé et une antibiothérapie parentérale débutée. Son évolution peut se compliquer de la perte de vue, de la thrombose du sinus caverneux ou l'extension aux structures intracrâniennes.

Conclusion. - La cellulite orbitaire est une infection grave qui impose une prise en charge adéquate et rapide surtout sur un terrain particulier.

Dialyse

Calcification extensive de l'oreillette gauche en hémodialyse chronique

M. El Kouache ^a, M. Tagnaouti ^b, M. Tribak ^a, L. Marmade ^a, S. Moughil ^a, K. Baghdadi ^a, A. Bensouda ^a, M. Benomar ^a

^a Service de chirurgie cardiovasculaire, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^b Service de néphrologie-dialyse, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

Introduction. - Les patients hémodialysés chroniques sont beaucoup plus exposés au risque de calcifications cardiaques par rapport à la population générale. La localisation à la valve mitrale — a type de calcification de l'anneau mitral —, est loin d'être rare. Par contre l'extension, de cette calcification à la paroi de l'oreillette gauche reste exceptionnelle.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 49 ans hémodialysée chronique depuis 20 ans sur néphropathie indéterminée. Patient non connue hypertendue et sans dyslipidémie, ayant été opérée à six reprises pour hyperparathyroïdie secondaire, réfrac-

taire au traitement médical, mais sans amélioration biologique aucune. Il persiste alors, une parathormone intacte élevée à 700 pg/ml et d'un bilan phosphocalcique perturbé avec hypercalcémie et hyper phosphorémie. De ce fait, sa maladie mitrale rhumatismale préexistante depuis l'enfance et stable cliniquement, s'est compliquée d'une calcification annulaire mitrale accélérée, qui s'est rapidement étendue vers la paroi atriale gauche. Devant la difficulté et le risque non négligeable d'une chirurgie de remplacement valvulaire, le choix s'est porté sur une chirurgie réparatrice de la sténose mitrale, sans toucher à la calcification annulaire. L'évolution postopératoire était favorable avec actuellement un recul d'un an sans complications.

Discussion. - Plusieurs facteurs sont corrélés à la survenue de calcifications myocardiques chez l'hémodialysé chronique ; principalement, l'hyperparathyroïdie secondaire, les perturbations du métabolisme phosphocalcique ainsi qu'un produit phosphocalcique élevé.

Conclusion. - La gestion chirurgicale de cette complication grave et à localisation exceptionnelle, reste particulièrement difficile, de part le choix de la technique chirurgicale, mais également des complications du geste opératoire, pouvant parfois mettre en jeu le pronostic vital.

Dialyse

Angéite cérébrale primitive chez une hémodialysée chronique

L Kazmouhi, S Boutchich, H Hamzaoui, Y Amar, H Rhou, N Oueddoun, R Bayahia, L Benamar

Néphrologie, dialyse, transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

Introduction. - L'angéite primitive du système nerveux centrale est une affection rare caractérisée par une lésion inflammatoire de la paroi vasculaire survenant sans cause identifiée. Le diagnostic est très difficile du fait du polymorphisme clinique et radiologique. Le traitement de cette affection repose sur l'association de corticoïdes et/ou immunosuppresseurs ce qui permet une amélioration dans la majorité des cas.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une jeune patiente âgée de 32 ans, hémodialysée chronique depuis 1992. Sa néphropathie initiale est indéterminée. Dans ces antécédents la patiente a fait une paralysie faciale a frigori bien rétablie sous corticothérapie orale en 2001. Son histoire de la maladie remonte au mois d'octobre 2005 par un tableau neurologique fait initialement de céphalées associées à des douleurs oculaires et des vomissements puis, un mois plus tard, d'un ptôsis. L'examen neurologique révèle une paralysie du nerf oculomoteur III sans autres anomalies. Le bilan immunologique est négatif (anticorps antinucléaires, anticorps antiphospholipides, anticorps antiDNA), de même qu'il n'existe pas de troubles de l'hémostase ni de syndrome inflammatoire. La ponction lombaire est normale. Le scanner cérébral est normal. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale montre des images lacunaires d'ischémie. L'angiographe multibarrettes objective un accident vasculaire cérébelleux séquellaire et une sténose de l'artère vertébrale gauche sans signes de thrombophlébite. À l'artériographie cérébrale, on note la

présence d'irrégularités des artères de petit calibre évocatrices de vascularite. Devant ces signes cliniques, radiologiques et l'absence de maladie systémique identifiable, le diagnostic d'angéite cérébrale primitive est retenu. Le traitement était à base de corticothérapie. L'évolution clinique est marquée par la disparition du ptôsis et des céphalées. Cependant, après 7 mois de traitement, on retrouve le même aspect radiologique. Actuellement, la patiente est bien portante cliniquement, sous 5 mg de Cortancyl.

Discussion. - L'angéite primitive, aussi appelée isolée ou idiopathique du système nerveux central (SNC) fait partie du groupe des angéites du SNC. Plus rarement l'angéite est isolée : C'est-à-dire ne touche que le SNC.

Conclusion. - L'angéite cérébrale primitive est une affection rare mais grave. Le diagnostic repose sur des éléments cliniques, radiologiques et biologiques. Elle doit être traitée précocement avec corticoïdes et/ou immunosuppresseurs.

Dialyse

La prise de poids interdialytique est-il un marqueur nutritionnel chez les patients hémodialysés ?

A. Charfi, S. Mezghani, R. Bellaj, H. Mahfoud, F. Jarraya, S. Yaich, K. Kammoun, M. Kharrat, M. Ben Hmida, K. Charfeddine, J. Hachicha

Néphrologie, dialyse, transplantation rénale, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction. - La prise de poids excessive entre les séances d'hémodialyse est due habituellement à une rétention hydrosodée, qui est un facteur prédictif d'apparition d'une hypertension artérielle chez un dialysé.

Objectif : essayer d'établir une relation entre la prise de poids interdialytique

(PPID), l'état nutritionnel et l'équilibre tensionnel chez notre population de dialysés.

Patients et Méthodes. - Notre étude est rétrospective sur une période d'un an, a inclus 24 patients hémodialysés chroniques sous régime de 3 séances hebdomadaires.

Pour tous ces patients nous avons déterminé, la PPID, le pourcentage de PPID par apport au poids sec (PPID %), les paramètres nutritionnels (albumine, nPCR), la pression artérielle. Nous avons partagé nos patients en fonction du % PPID (groupe 1 $\leq 4,3\%$ et groupe 2 $> 4,3\%$).

Pour comparer les 2 groupes nous avons utilisé, le student test et ANOVA.

Résultats. -

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur de P
Âge (ans)	46,17 \pm 11,2	33,8 \pm 10	0,013
Durée HD (mois)	112,4 \pm 67,7	49,9 \pm 36,6	0,01
Poids sec (kg)	57 \pm 10	53 \pm 11	0,3
PA systol (mmHg)	116,4 \pm 22	141 \pm 13	0,06
PA dias (mmHg)	74,6 \pm 8		
PA moyenne (mmHg)	89,7 \pm 10,5	95 \pm 14	0,31
Albumine (g/l)	38,9 \pm 5,1	40,53 \pm 5,7	0,52
nPCR (g/Kg/min)	1,22 \pm 0,15	1,33 \pm 0,16	0,14
Kt/v	1,58 \pm 0,2	1,43 \pm 0,6	0,43

Discussion. - La dénutrition et l'hypotension artérielle sont deux facteurs de risques indépendants de morbidité chez les hémodialysés chroniques.

Selon, notre étude la prise importante de PID est associée à un bon état nutritionnel, mais aussi responsable d'une élévation modérée des chiffres tensionnels.

Conclusion. - La PPID chez un dialysé, n'est pas toujours néfaste mais une éducation diététique s'avère nécessaire pour éviter la dénutrition et l'élévation des chiffres tensionnels.

Dialyse

Maladie de Rendu-Osler-Weber en hémodialyse : à propos d'un cas

L. Ben Fatma ^a, S. Barbouch ^a, F. Hazgui ^a, M. Hamdouni ^b, R. Harrath ^c, W. Hidoussi ^c, A. Fedhila ^c, F. Elyounsi ^a, H. Ben Maiz ^a, F. Ben Hamida ^a, A. Kheder ^a

^a Service de médecine interne, laboratoire Santé 02, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie ; ^b Tunis-Nord, CNAM, Tunis, Tunisie ; ^c Clinique de dialyse Karim, Tunis, Tunisie

Introduction. - La télangiectasie hémorragique héréditaire (THH) ou maladie de Rendu-Osler-Weber est une maladie héréditaire transmise sur le mode autosomique dominant caractérisée par la présence de télangiectasies et de malformations artérioveineuses à localisation hépatique, pulmonaire et ou cérébrale.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 64 ans atteint d'une insuffisance rénale terminale par néphroangiosclérose et traité par hémodialyse périodique. Il présente une histoire familiale d'épistaxis à répétition avec anémie ferriprive. Le diagnostic de THH chez ce patient est porté devant la présence de télangiectasies cutanées et digestives coliques, d'angiomatose hépatique et d'anémie ferriprive nécessitant un apport permanent en fer et des transfusions itératives.

Discussion. - La THH présente une hétérogénéité génétique selon la localisation du gène concerné. De nouvelles mutations ne cessent d'être découvertes. Les malformations vasculaires sont variables. Il s'agit le plus souvent de fistule ou shunt artérioveineux en rapport avec la dysplasie fibrovasculaire systémique. La localisation hépatique peut mettre en jeu le pronostic vital du fait de l'éventuel retentissement cardiaque et pulmonaire. Le traitement de THH est symptomatique. Certains indiquent la transplantation hépatique précoce. Chez les hémodialysés chroniques, les cas rapportés sont exceptionnels et l'évolution de ces malformations vasculaires est entravée par la coagulopathie des urémiques et la thérapie héparinisante.

Conclusion. - La maladie de Rendu-Osler-Weber reste une maladie héréditaire rare. Les malformations vasculaires profondes peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Cette situation se complique particulièrement chez les hémodialysés chroniques.

Dialyse

Amylose cervicale en hémodialyse : à propos d'un cas

L. Ben Fatma, S. Barbouch, F. Hazgui, F. El Younsi, H. Ben Maiz, F. Ben Hamida, A. Kheder

Service de médecine interne et laboratoire Santé 02, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction. - L'amylose à b microglobuline est une complication fréquente des hémodialysés de longue date. Elle se manifeste habituellement par un syndrome du canal carpien, une érosion osseuse ou une arthropathie destructrice. Le syndrome du canal carpien survient chez 50 % des patients hémodialysés au-delà de 20 ans de dialyse. L'atteinte amyloïde rachidienne est beaucoup plus rare, survenant chez 10 à 25 % des patients porteurs d'arthropathie amyloïde et appelée la spondylarthropathie destructrice.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 60 ans, hémodialysé chronique depuis 12 ans, exploré pour cervicalgies sans signes de compression neurologique. La radiographie standard montre un aspect de spondylodiscite C6-C7 avec des géodes de part et d'autre du plateau vertébral. Le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse est initialement porté. L'absence d'amélioration sous traitement anti-tuberculeux quadruple a fait reconsidérer le diagnostic et la pratique d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) qui a montré un aspect de spondylodiscite avec remaniement du signal des corps vertébraux et une discrète compression médullaire sans expression clinique (voir clichés). Le diagnostic d'amylose cervicale a été porté.

Discussion. - Dans la littérature, seuls quelques cas de spondylarthropathie amyloïde au niveau du rachis sont rapportés. Il s'agit d'atteinte du rachis cervical et plus rarement du rachis lombaire. Le diagnostic est apporté par l'IRM et plus récemment la scintigraphie à la b microglobuline marquée. La compression médullaire engage le pronostic vital et constitue une indication neurochirurgicale. L'intervention neurochirurgicale est grevée de séquelles essentiellement algiques et parfois d'instabilité osseuse. L'étude histopathologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic en montrant la présence de dépôts amyloïdes à b microglobuline. Le traitement symptomatique de l'arthropathie amyloïde comprend des procédures orthopédiques et la physiothérapie, mais il reste essentiellement préventif basé sur l'utilisation de membrane de dialyse bio-compatible High-Flux et la réalisation le plus précocement possible une greffe rénale.

Conclusion. - L'amylose à b microglobuline est fréquente chez les hémodialysés et constitue un sujet d'intérêt actuel. La localisation rachidienne est rare et peut engager le pronostic vital. Le traitement reste essentiellement préventif.

Néphrologie

Syndrome de Gitelman à révélation tardive chez une patiente diabétique de type 1

C. Karoui *, S. Barbouch, L. Ben Fatma, M. Ounissi, F. Hazgui, E. Abderrahim, F. Ben Hamida, A. Kheder

Service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le syndrome de Gitelman est un désordre tubulaire héréditaire rare, de transmission autosomique récessive, qui se voit chez l'enfant ou l'adolescent. Il est dû à une mutation inactivatrice du gène SCL12A3 codant pour la NA-Cl, un cotransporteur (NCCT) dont la fonction est le cotransport de NaCl dans le tube contourné distal. Ce syndrome se caractérise par une alcalose métabolique, une hypokaliémie, une hypomagnésémie et une hypocalciurie.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une patiente diabétique chez qui on a posé le diagnostic de syndrome de Gitelman.

Résultats. - Il s'agit d'une patiente âgée de 24 ans, issue d'un mariage consanguin au 2^{ème} degré, diabétique depuis l'âge de 19 ans, hospitalisée pour diabète déséquilibré et chez qui on découvre une hypokaliémie sévère à 2,5 mmol/l avec une kaliurèse élevée, une hypocalciurie, une alcalose et une fonction rénale normale. À noter que sa pression artérielle est normale. Dans le cadre du bilan étiologique de l'hypokaliémie : le dosage de l'aldostérone sérique est normal alors que celui de la rénine plasmatique est élevé. L'échographie rénale est normale. La patiente a été mise sous diurétique antialdostérone. L'évolution était favorable avec normalisation du potassium.

Discussion. - Le syndrome de Gitelman est une affection rare, habituellement asymptomatique, qu'il faut savoir évoquer devant des manifestations neuromusculaires en rapport avec une hypokaliémie associée à une hypomagnésémie chez des patients normotendus.

Conclusion. - A notre connaissance, l'association d'un syndrome de Gitelman avec un diabète de type 1 n'a jamais été rapportée. S'agit-il d'une association fortuite sachant qu'un cas de ce syndrome a été rapporté chez un patient diabète de type 2 ?

Néphrologie

Myélite lupique : à propos d'un cas

N. Zbiti *, Y. Amar, H. Rhou, L. Benamar, N. Ouzeddoun, R. Bayahia

Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale, Avicennes, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant.

Introduction. - Le lupus érythémateux disséminé est une maladie auto-immune avec une nette prépondérance de femmes jeunes. Les manifestations cliniques sont multiviscérales, certaines engageant le pronostic vital. La myélite lupique est une atteinte neurologique rare.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 28 ans suivie dans notre formation depuis 1998 pour une néphropathie lupique, l'évolution était marquée par une rémission complète ; la patiente était perdue

de vue pendant deux ans avec une notion d'arrêt de traitement. En 2006 elle est revenue pour une altération de l'état général, l'atteinte rénale est arrivée au stade terminal. Pendant son hospitalisation elle a présenté un tableau progressif de tétraplégie spastique avec détresse respiratoire et une incontinence sphinctérienne associée. La prise en charge thérapeutique a associé les corticoides par voie intraveineuse associés à des bolus de cyclophosphamide et une rééducation physique. Elle est décédée quatre semaines plus tard.

Discussion. - La myélite aiguë dans le lupus a une fréquence inférieure à 1 %, elle peut se voir à tout stade de la maladie. L'imagerie par résonance magnétique médullaire est utile pour le diagnostic de myélite et pour le diagnostic différentiel. Si aucun traitement n'a été validé, la plupart des auteurs recommandent une corticothérapie associée au cyclophosphamide, et actuellement les échanges plasmatiques.

Conclusion. - On rapporte un cas de myélite lupique. Le pronostic de cette affection neurologique rare reste mauvais.

Néphrologie

Récupération tardive d'une nécrose corticale rénale (NC) après choc septique gravissime

J.-P. Coindre ^a, J. Tayoro ^b, D. Simonin ^b, F. Gallen-Labbé ^a, P. Tirot ^b, F. Babinet

^a Service de néphrologie-dialyse, centre hospitalier, Le Mans, France ; ^b Service de réanimation médicale, centre hospitalier, Le Mans, France

Introduction. - La fréquence des NC du rein a considérablement diminué depuis 20 ans [1]. La récupération partielle d'une fonction rénale est observée chez quelques patients, mais son mécanisme reste encore inconnu.

Patients et Méthodes. - Après une morsure de chien, une femme de 40 ans a installé à J2 un choc septique avec anurie d'emblée et défaillance multiviscérale (cardiopathie hypokinétique avec fraction d'éjection du ventricule gauche (VG) à 25 %, nécrose surrénalienne). 2 germes déficients seront identifiés a posteriori dont l'un non encore décrit. La sévérité de la CIVD a entraîné une gangrène irréversible des 4 membres imposant une amputation de cuisse bilatérale, de tous les doigts (niveau P1) et de la pointe du nez. La certitude d'une NC a été obtenue par un scanner montrant l'absence de prise de contraste du cortex alors que la médullaire était opacifiée. Une diurèse a repris progressivement à J50 inefficace sur le plan de l'épuration assurée en CVVH initialement, puis en HD conventionnelle à partir du 4^e mois. Après 30 mois, la diurèse a augmenté rapidement à plus de 3 litres, les séances de dialyse ont été espacées puis interrompues et la fonction rénale est restée stable avec une clairance de la créatinine de 30 ml/min et un recul de 12 mois. La fixation du DMSA en scintigraphie était alors presque symétrique.

Discussion. - Les étiologies des NC sont actuellement majoritairement non obstétricales (70 %) : infectieuses avec choc septique (30 %), envenimation par serpents tropicaux, brûlures étendues, pancréatite, SHU. Les troubles de la crase sanguine aboutissent à une thrombose définitive des artéioles afférentes et interlobulaires du cortex. La présence de substances vaso-actives très puissantes relar-

guées par l'endothélium pourrait aboutir à l'ischémie du cortex. Chez cette patiente, l'évolution rénale tardive a été parallèle à une amélioration de la contractilité du VG et à une normalisation progressive de la fraction d'éjection du VG suggérant une récupération de la microvascularisation tissulaire. Les théories récentes d'ischémie-reperfusion suggèrent un rôle crucial de l'épithélium tubulaire lésé agissant sur les microvaisseaux par un mécanisme paracrine [2].

Conclusion. - Les travaux actuels permettront de mieux comprendre les mécanismes complexes de la mort puis de la réparation tissulaire et ouvrir des perspectives thérapeutiques nouvelles.

Références

- [1] Prakash J et al. Nephrol Dial Transplant 2007;22:1213.
[2] Bonventre J et al. J Am Soc Nephrol 2003;14:2199.

Néphrologie

Tuberculose rénale à propos de 40 observations

A. Bouhabel ^a, W. Bousbia ^a, F. Takoucht ^a, N. Mansouri ^a, D. Iftene ^b

^a Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire universitaire de Constantine, Constantine, Algérie ; ^b Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital central de l'armée, Alger, Algérie

Introduction. - La tuberculose est un problème de santé publique dans notre pays, l'atteinte rénale est la plus fréquente des localisations extrapulmonaires, maladie oubliée ou presque du temps lui est donné pour développer des lésions destructrices de l'appareil urinaire.

Patients et Méthodes. - Étude rétrospective de six ans (Janvier 2001 -janvier 2007) ayant intéressé 40 dossiers de malades (22 hommes et 18 femmes), avec étude des caractéristiques clinico-biologiques, radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Résultats. - Moyenne d'âge 42 ans (21 ans-89 ans) avec légère prédominance masculine, 55 % ont vu leurs symptomatologie remonter à plus de 12 mois.

Le diagnostic de certitude n'a été possible que dans 53 % des cas, 20 % des patients ont eu un rein détruit par cette pathologie. Tous les patients ont subi la quadrithérapie de six mois sauf une patiente qui a subi le schéma de 2^e ligne pour rechute de tuberculose.

Discussion. - Moyenne d'âge jeune (42 ans), touchant une population active ; le retard diagnostic est attesté par la durée des signes cliniques et le degré des lésions urinaires : rein muet ; petite vessie ; IRC... ; rendant la prise en charge plus difficile.

Conclusion. - La tuberculose rénale est une pathologie très fréquente dans notre pays ; mal dépistée et mal prise en charge comme en témoigne les résultats de cette étude.

Néphrologie

IRC terminale par amylose sur FMF et diabète

A. Bouhabel ^{*}, W. Bousbia, K. Masghouni, M. Saddouki

Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire universitaire de Constantine, Constantine, Algérie

^{*} Auteur correspondant.

Introduction. - La fièvre méditerranéenne familiale (FMF) est la plus fréquente des maladies inflammatoires récurrentes héréditaires. La gravité de cette maladie réside dans la survenue possible d'une amylose AA généralisée dont l'atteinte rénale conditionne le pronostic vital.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans ; aux antécédents de diabète type 1 et accès fébriles avec diarrhée chronique évoluant depuis l'âge de 15 ans. L'exploration endoscopique avec étude histologique a éliminé toute colite inflammatoire. La FMF a été retenue chez elle et on a introduit la colchicine 1 mg/j.

Devant l'apparition d'un syndrome néphrotique profond ; l'Amylose est suspectée ; confirmée par une biopsie jugale revenue positive au rouge Congo.

Durant ce temps, la fonction rénale s'est rapidement dégradée et le stade terminal est atteint en moins d'une année. Le décès de la patiente est survenu après trois mois de mise en dialyse dans un tableau de dénutrition sévère et de septicémie.

Discussion. - L'amylose de la FMF est avant tout une amylose rénale ; la néphropathie amyloïde est la principale cause de mort au cours de cette pathologie.

La Colchicine n'a pas été efficace pour faire régresser l'Amylose, la patiente est restée très néphrotique (17grs/j) même après mise en dialyse avec anémie sévère réfractaire à des doses importantes d'EPO.

Conclusion. - IRC terminale par Amylose sur FMF en plus du diabète ; association qui a été fatale pour la patiente. Il est primordial de commencer le traitement préventif de l'Amylose par la Colchicine avant son installation car le pronostic vital a toujours été lié à l'atteinte rénale dans cette pathologie.

Néphrologie

IRA obstructive d'étiologie rare : à propos de deux observations

A. Bouhabel ^{a,*}, W. Bousbia ^a, S. Rekab ^a, P. Meier ^b

^a Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire universitaire de Constantine, Constantine, Algérie ; ^b Service de néphrologie, CHU Vaudois, Lausanne, Suisse

^{*} Auteur correspondant.

Introduction. - La fibrose rétropéritonéale (FRP) est une maladie rare qui peut provoquer dans les cas sévères une insuffisance rénale obstructive pouvant conduire à la dialyse chronique. Les corticoïdes constituent une arme thérapeutique souvent efficace dans les formes dites idiopathiques.

Introduction. - Il s'agit de deux observations cliniques concernant deux malades ayant la quarantaine, qui consultent pour douleurs lombaires ; altération de l'état générale ; anorexie ; vomissement et oligurie. Un des patients rapporte la notion d'anurie à éclipse passée inaperçue.

L'échographie rénale a montré une hydronéphrose bilatérale, le diagnostic est confirmé par la TDM dans le premier cas et dans l'autre cas par l'IRM.

La recherche étiologique étant négative, nous concluons à une FRP idiopathique.

Les deux malades ont reçu des corticoïdes en bolus puis relais PO.

L'évolution est spectaculaire avec reprise de la diurèse en moins de vingt-quatre heures et correction de la fonction rénale en moins d'une semaine. Notons qu'un malade a subi neuf séances d'hémodialyse. L'IRM à une année de traitement a noté la régression de la plaque dans un cas et sa disparition dans un cas.

Discussion. - La FRP est une pathologie rare insidieuse et de clinique polymorphe peu spécifique. Un des patients était suivi pendant trois mois pour colopathie fonctionnelle, témoignant de la difficulté du diagnostic. L'autre difficulté réside dans la détermination de l'étiologie primitive ; bien que souvent elle reste indéterminée et on parle alors de FRP idiopathique.

Conclusion. - Pathologie rare ; pose un double problème diagnostic et étiologique ; pouvant conduire à l'IRC et à la dialyse.

Apport considérable de l'imagerie fine (TDM - IRM). Les corticoïdes semblent être efficaces dans les formes idiopathiques comme en témoignent les deux cas cliniques. Intérêt d'une surveillance à vie car les récurrences sont possibles.

Néphrologie

Intérêt des échanges plasmatiques dans l'insuffisance rénale aiguë associée au hellep syndrome

O. Maoujoud ^a, M. Meziane ^b, M. Asseraji ^a, T. Aatif ^a, D. Kabbaj ^a, N. Zemraoui ^a, M. Benyahya ^a, A. Bait ^b, L. Safi ^b, M. Elallam ^a, Z. Oualim ^a

^a Service de néphrologie, dialyse, transplantation rénale, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc ; ^b Service de réanimation chirurgicale, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc

Introduction. - Le HELLP Syndrome (HS) est une pathologie grave de la femme enceinte, défini par la coexistence d'une hémolyse, cytolysé hépatique et thrombopénie. Le pronostic peut être aggravé par la survenue d'une insuffisance rénale aiguë. Nous rapportons un cas de IRA associé à un HS sévère traité avec succès grâce à une prise en charge pluridisciplinaire.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons le cas d'une patiente traitée avec succès fruit d'une collaboration néphrologie- réanimation.

Résultats. - Il s'agit d'une patiente de 36 ans, sans d'antécédents pathologiques admise à 33 Semaines d'Aménorrhée aux urgences pour une crise aiguë hypertensive avec prééclampsie imposant une extraction du fœtus en urgence, compliqué d'un HS sévère associé à une Insuffisance rénale aiguë oligo-anurique, une CIVD, une ascite, un œdème aigu du poumon et accompagné de crises convulsives. La prise en charge thérapeutique a consisté en dehors du contrôle de l'HTA, des crises convulsives et des troubles de la coagulation ; en une corticothérapie à forte

dose, une hémodialyse quotidienne et la réalisation de six séances d'échanges plasmatiques. L'évolution a été marquée par une amélioration clinico-biologique avec reprise de la diurèse au bout de 10 jours, une amélioration de l'état respiratoire, les paramètres du HS se sont progressivement améliorés, la patiente a retrouvé une fonction rénale normale après 2 semaines d'évolution.

Discussion. - L'IRA oligo-anurique est retrouvée dans 3 % des HS, elle constitue un facteur de morbi-mortalité surajouté. L'atteinte rénale est due à la microangiopathie d'où l'intérêt des échanges plasmatiques.

Conclusion. - Le HS est une complication gravidopuerpérale grave qui nécessite une interruption de grossesse immédiate, et dont le pronostic est marqué par une morbi-mortalité élevée. L'arsenal thérapeutique est en train de s'élargir ; les échanges plasmatiques constituent l'un de ces nouveaux moyens qui permettent un meilleur contrôle de la maladie.

Néphrologie

L'insuffisance rénale aiguë obstructive. À propos de 35 cas

T. Aatif ^a, J. Chafiki ^b, O. Maoujoud ^a, Y. El Harrech ^b, M. Asseraji ^a, J. Sossa ^b, A. Ameer ^b, M. El Allam ^a, M. Abbar ^b, Z. Oualim ^a

^a Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc ; ^b Service d'urologie, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc

Introduction. - L'insuffisance rénale aiguë obstructive (IRA) ou post-rénale est la conséquence d'une obstruction des voies excrétrices supérieures survenant bilatéralement ou sur rein unique. Elle représente 5 à 25 % de l'ensemble des insuffisances rénales aiguës. L'intérêt du travail est d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs de cette pathologie.

Patients et Méthodes. - Etude rétrospective sur une période de 4 ans. 35 patients ayant une altération brutale de la fonction rénale ont été inclus. Le caractère obstructif a été retenu devant la présence d'une obstruction de la voie excrétrice supérieure bilatérale ou unilatérale sur rein unique anatomique ou fonctionnelle.

Résultats. - L'âge moyen de nos patients était de 57±10 ans (21-86) avec une nette prédominance masculine (24H, 11F). 86 % des patients avaient des antécédents urologiques ou chirurgicaux. L'anurie constitue le symptôme le plus fréquent (63 %) suivie par les douleurs lombaires (51 %). Les taux initiaux de la créatininémie ont été en moyenne de 82±58 mg/l. La pathologie lithiasique est la principale étiologie (57 %) suivie par les cancers pelviens (40 %). Tous les patients ont bénéficié d'une levée d'obstacle : 21 patients ont eu une montée de sonde double J et 14 patients ont eu une néphrostomie percutanée. Une hémodialyse première a été nécessaire chez 5 patients, dont l'indication était une hyperkaliémie menaçante dans 4 cas et un cas d'œdème aiguë du poumon. 25 patients (71 %) ont retrouvé une fonction rénale normale, 10 patients (29 %) ont gardé une insuffisance rénale chronique qui est terminale dans 4 cas (11 %). Un syndrome de levée d'obstacle a été noté dans un seul cas.

Discussion. - Le sexe masculin était largement dominant. Ceci serait dû à la fréquence des étiologies de l'obstruction chez l'homme : lithiase, tumeurs de la prostate et de la vessie. Le tableau clinique était dominé par la quasi-constance de l'association anurie-douleur. L'échographie est capitale. Elle a permis d'objectiver la dilatation des cavités pyélocalicielles chez tous les patients et d'approcher le diagnostic étiologique dans 60 % des cas. La lithiase a représenté la première cause. L'évolution sous traitement dépend de l'étiologie.

Conclusion. - L'IRAO est une urgence médicochirurgicale qui impose un diagnostic précoce et une prise en charge rapide afin d'éviter les troubles hydroélectrolytiques qui peuvent engager le pronostic vital et le passage vers la chronicité de l'insuffisance rénale.

Pour en savoir plus

Urinary tract obstruction. Diseases of the kidney. Philadelphia: Lippincott-Williams and Wilkins, 2001:757-88.

Ultrasonography in the diagnosis of the acute obstructive renal insufficiency: A cautionary note. Arch Ital Urol Nefrol Androl, 1991; 63(suppl2): 111.

Néphrologie

La fibrose rétro-péritonéale : à propos de six cas

M. El Hammouti, I. Haddiya, A. Mouslih, H. Hanin, Y. Amar, H. Rhou, L. Benamar, R. Bayahia, N. Ouzedoun

Service de néphrologie, dialyse, transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

Introduction. - La fibrose rétro-péritonéale (FRP), maladie rare, est définie par l'existence d'un manchon fibreux péri-aortique qui engaine les structures vasculaires et les uretères conduisant ainsi à une obstruction des voies urinaires et à une altération progressive de la fonction rénale.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant 6 cas de FRP suivis dans notre service entre 1999 et 2006.

Résultats. - L'âge moyen des patients était de 46,5 ans (30-58), avec une nette prédominance masculine (4H/2F). Des douleurs abdominales avec altération de l'état général et amaigrissement ont été retrouvées chez tous les patients, des coliques néphrétiques chez 2 patients et des rachialgies dorso-lombaires chez un seul patient. L'hypertension artérielle a été notée dans 3 cas. L'hydrocèle a été rapportée dans un cas et une fièvre avec frisson dans un autre cas. Sur le plan biologique, tous nos patients avaient un syndrome inflammatoire et une insuffisance rénale avec une clairance moyenne de créatinine à 16,2 ml/min/1,73 m²SC. L'échographie rénale a mis en évidence une urétéro-hydronephrose chez tous les malades. La FRP a été confirmée à la tomodensitométrie abdominale chez 5 patients et à l'imagerie par résonance magnétique chez le sixième patient. L'étude histologique n'est réalisée que chez 3 patients confirmant la nature fibreuse du processus rétro-péritonéal. Aucune étiologie n'a été mise en évidence pour les six cas. Une dérivation urinaire par la mise en place d'une sonde urinaire double j a été réalisée dans 5 cas. La corticothérapie orale instaurée dans 4 cas a permis une bonne évolution chez ces patients.

Discussion. - la prévalence de la FRP est de 1,38/100 000 H, avec un âge moyen de survenue de 40 à 60 ans et un Sex-ratio : 2 à 3 H/ 1F. Le délai médian de diagnostic de la FRP est de 4 mois. Elle est primitive dans 68 % des cas. Une insuffisance rénale aiguë par compression urétérale survient dans 80-100 % des cas nécessitant une dérivation urinaire en urgence. Le Pronostic est bon avec une survie à 10 ans, de plus de 70 % des cas après traitement qui consiste essentiellement à une corticothérapie.

Conclusion. - La FRP est une maladie inflammatoire rare, le plus souvent idiopathique. Son diagnostic est souvent tardif vu sa symptomatologie clinique variée et non spécifique. L'évolution est souvent favorable après dérivation urinaire et corticothérapie.

Néphrologie

Myélome à IgD avec atteinte rénale : à propos de deux observations

T. Bouattar *, H. Hamzaoui, L. Benamar, H. Rhou, H. Rhou, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, Y. Amar

Service de néphrologie, dialyse, transplantation rénale, CHU-Avicenne-Rabat-Maroc, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le myélome multiple (MM) à Ig D est une entité rare, caractérisée par sa sévérité clinique.

Patients et Méthodes. - Nous en rapportons deux observations avec atteinte rénale.

Résultats. - Observation 1 : M. F.A, 68 ans, a été hospitalisé pour une insuffisance rénale aiguë oligo-anurique. Le malade accuse une altération de l'état général. L'examen à l'admission a révélé un syndrome oedémateux et une hypertrophie prostatique estimée à 60g. La biologie a montré une insuffisance rénale, une bicytopenie, et une gammopathie à Ig D à l'immunoélectrophorèse sérique. Par ailleurs, l'échographie abdominale a montré une urétéro-hydronephrose. La PSA est à 12,6 ng/l. Le patient a bénéficié d'une néphrostomie droite avec 3 séances d'hémodialyse et d'une cure de dexaméthasone sous couvert d'antibiothérapie et d'inhibiteur de la pompe à protons. Le décès est survenu une semaine après son admission. Observation 2 : Mme B.K, 50 ans, est admise pour bilan d'une IR. Elle a présenté, quelques mois auparavant, une asthénie et des douleurs osseuses diffuses résistantes aux antalgiques mineurs. L'examen clinique est normal. Le bilan révèle une IR, une protéinurie non néphrotique (8,8 g/24 heures) avec une albuminémie à 41g/l, une anémie normochrome normocytaire. L'IEPP sérique montre une gammopathie à IgD. L'atteinte rénale retenue est la tubulopathie myélomateuse. Sous traitement, comportant une réhydratation forcée et 6 cures mensuelles du protocole alkéran-prednisone, l'évolution clinique s'est faite vers l'amélioration partielle de la fonction rénale et la réduction de la protéinurie à l'état de traces.

Discussion. - Notre étude concerne une femme et un homme. Ce dernier est âgé de plus de 60 ans. L'insuffisance rénale aiguë est présente chez nos deux patients, nécessitant l'épuration extrarénale dans un cas. Les autres manifestations sont essentiellement d'ordre hématologiques et osseuses. L'AEG et l'amaigrissement étaient plus marqués chez le patient décédé. Nous avons égale-

ment relevé une association MM et cancer de la prostate chez un nos patients.

Conclusion. - le MM à IgD est une forme rare et sévère du MM se caractérisant par la fréquence de l'insuffisance rénale. Les deux observations rapportées ont une présentation clinique différente néanmoins sévère. L'IR est présente dans les deux cas. L'évolution était fatale dans un cas.

Néphrologie

Pyélonéphrite aiguë non obstructive bilatérale, une cause rare d'insuffisance rénale aiguë

G. Bonnard ^{a,*}, C. Ridet ^a, A. Hertig ^a, G. Favre ^b, N. El Khoury ^a, A. Vandewalle ^a, E. Rondeau ^a

^a Service des urgences néphrologiques et transplantation rénale, hôpital Tenon, Paris, France ; ^b Service de néphrologie et dialyse, hôpital Tenon, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'apparition d'une insuffisance rénale aiguë (IRA) non obstructive associée à une pyélonéphrite aiguë (PNA) bilatérale a rarement été rapportée dans la littérature. Notre objectif a été d'évaluer les caractéristiques et le devenir des patients admis pour IRA en rapport avec une PNA bilatérale non obstructive.

Patients et Méthodes. - Étude rétrospective des patients admis dans une unité de soins intensifs néphrologiques entre janvier 2002 et septembre 2006.

Résultats. - Six patients (2 hommes, 4 femmes), âgés de 48 ± 12 ans [24 - 68] présentaient à l'admission une PNA bilatérale responsable d'une insuffisance rénale sévère avec une créatininémie moyenne à l'admission de 680 ± 222 µmol/l [320 - 964 µmol/l]. Trois patients avaient nécessité le recours à l'hémodialyse intermittente.

Les PNA bilatérales étaient associées à un éthyisme chronique (n = 4), un diabète sucré (n = 3), une dénutrition (n = 2), une prise d'AINS (n = 2).

La symptomatologie clinique était marquée par l'intensité des signes généraux avec hypotension artérielle (choc septique n = 2, sepsis sévère n = 2) et des signes fonctionnels digestifs. Deux patients ne présentaient aucun signe fonctionnel urinaire.

Le germe pathogène constamment observé était un *Escherichia coli* sauvage.

Le diagnostic par imagerie était réalisé par TDM injecté pour 3 patients et par uro-IRM pour les 3 autres. L'échographie rénale était interprétée comme normale.

L'ensemble des patients ont survécu durant leur séjour hospitalier. Un seul patient a récupéré une fonction rénale normale, un a nécessité une bi-néphrectomie et une transplantation, 4 ont été suivis pour insuffisance rénale chronique (IRC) (1 perdue de vue, 1 IRC modérée, 1 IRC sévère et 1 IRC terminale).

Deux patients ont bénéficié d'une ponction-biopsie rénale compte-tenu de la persistance d'une néphrite interstitielle aiguë motivant une corticothérapie de courte durée.

La durée d'antibiothérapie reste à définir.

Discussion. - Les PNA bilatérales sont rares et de diagnostic parfois difficile, associées à l'éthyisme chronique, le diabète sucré, une dénutrition, une prise d'AINS.

Conclusion. - Leur pronostic rénal sévère souligne l'importance d'une prise en charge adaptée précoce.

Néphrologie

Glomérulonéphrite à dépôts d'IgA associé à une tumeur surrénalienne : à propos d'une observation

S. Mezghani ^a, K. Kammoun ^a, N. Kaffel ^b, N. Charfi ^b, H. Kossentini ^a, M. Benhamida ^a, S. Makni ^c, F. Jarraya ^a, M. Kharrat ^c, T. Boudawara ^c, M. Abid ^b, J. Hachicha ^a

^a Service de néphrologie, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie ; ^b Service d'endocrinologie-diabétologie, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie ; ^c Service d'anatomopathologie, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction. - La glomérulonéphrite à dépôts d'IgA est en majorité des cas primitifs. Toutefois, on a signalé son association possible à une maladie rhumatismale (une spondylarthrite ankylosante), à une pathologie digestive (une maladie coeliaque) ou à une pathologie tumorale. Une association à une pathologie surrénalienne n'est pas connue. Nous rapportons une observation.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'un patient âgé de 32 ans hospitalisé en endocrinologie pour exploration d'une hypertension artérielle (HTA) avec hypokaliémie. Les explorations biologiques réalisées au cours de son hospitalisation ont montré une hypokaliémie à 3,3 mmol/l avec alcalose métabolique HCO₃⁻ à 30 mmol/l et kaliurèse inappropriée (76 mmol/24h).

L'échographie doppler ainsi que l'angioscanner des artères rénales ont permis d'éliminer une éventuelle sténose des artères rénales. Toutefois l'angioscanner a permis de découvrir un petit adénome surrénalien gauche de 8 mm. Le dosage d'aldostéronémie était à 431 pM/l (nle = 116-558pM/l), rénine à 33 ng/l (nle = 3,6-20,1ng/l) éliminant un adénome de Conn.

Le dosage de métaassoc nephrine était normal permettant d'éliminer un phéochromocytome.

Par ailleurs une bandelette urinaire réalisée de façon systématique s'est révélée positive à ++++ de protéinurie et +++ d'hématurie. La protéinurie de 24h trouve une valeur de 6 g/24h. Une ponction biopsie rénale a montré une néphropathie à IgA dans sa forme de glomérulonéphrite segmentaire et focale.

Discussion. - L'origine de l'HTA chez ce patient serait secondaire à la néphropathie à IgA. Les néphropathies glomérulaires associées aux tumeurs surrénaliennes sont rares. Il s'agit essentiellement d'une Hyalinose segmentaire et focale associée au phéochromocytome. Quelques cas de glomérulonéphrite extramembraneuse associée à une tumeur surrénalienne sont décrits dans la littérature. A notre connaissance, c'est la première fois qu'on décrit une association entre une glomérulonéphrite à dépôt d'IgA avec une tumeur surrénalienne. S'agit il d'une simple coïncidence ou d'une néphropathie à IgA secondaire.

Conclusion. - Nous venons de rapporter l'observation d'un patient chez qui on a découvert dans le cadre d'une enquête d'HTA une néphropathie à IgA associée à une tumeur surrénalienne.

Néphrologie

Difficultés de prise en charge du syndrome néphrotique en milieu rural africain du Sénégal. Expérience Saint-Louisienne

I. Diallo ^a, I.-B. Diallo ^b, B. Ngom ^c

^a Service de néphrologie, CHR Saint-Louis, Saint-Louis, Sénégal ; ^b Service de médecine interne et néphrologie, hôpital régional de Saint-Louis du Sénégal, Saint-Louis, Sénégal ; ^c Service des statistiques et épidémiologie médicale, hôpital régional de Saint-Louis du Sénégal, Saint-Louis, Sénégal

* Auteur correspondant.

Objectif. - Décrire les difficultés de prise en charge du syndrome néphrotique en milieu rural Africain du Sénégal.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'une étude prospective portant sur 3 observations cliniques.

Observation 1 : M. X, âgé de 41 ans, suivi pour Syndrome Néphrotique corticodépendant avec deux rechutes à l'arrêt de la corticothérapie. Les analyses biologiques montrent une dyslipémie sévère, une hypoalbuminémie, un pic de Alpha globuline, et une Protéinurie massive de 10g/24h. La biopsie rénale non disponible. L'évolution favorable avec Prednisone (1 mg/Kg/j). Le contrôle de la protéinurie post-corticothérapie était de 0,15g/24h. La durée du traitement était de 6 mois.

Résultats. - **Observation clinique 2 :** M. Y, âgé de 10 ans, hospitalisé pour un syndrome Néphrotique inaugural. Les analyses sanguines montrent une dyslipémie sévère, une hypoalbuminémie modérée, et une protéinurie massive de 4,3g/24h. La biopsie non disponible. L'évolution favorable avec Prednisone (2 mg/kg/j). La rémission a été complète. La protéinurie post-corticothérapie était de 0,12g/24h. La durée du traitement était de 4 mois et demi.

Observation clinique 3 : M. Z, âgé de 24 ans, hospitalisé pour un Syndrome Néphrotique explosif. Les analyses sanguines montrent une dyslipémie sévère, une hypoalbuminémie modérée, un pic de Alpha globuline, et une Protéinurie massive de 5,6g/24h. La biopsie rénale non disponible. L'évolution favorable avec Prednisone (1 mg/kg/j). La protéinurie post-corticothérapie était de 0,07g/24h. La durée du traitement était de 6 mois.

Discussion. - Chez l'adulte, la cause la plus fréquente du syndrome Néphrotique est la glomérulonéphrite extra-membraneuse (A). La Prise en charge du Syndrome Néphrotique de l'Adulte diffère avec celui de l'enfant. Chez l'Adulte, la corticothérapie consiste en doses moins fortes, 1 mg/kg/24h, et une baisse progressive sur 6 mois.

Chez l'enfant, le syndrome Néphrotique peut se présenter sous la forme de la lésion glomérulaire minime ou de la Hyalinose segmentaire focale (B). La corticothérapie consiste en doses élevées, 2 mg/kg/24h, suivie d'une baisse progressive sur 4 mois et demi. La biopsie rénale n'est indiquée qu'en cas de résistance aux corticoïdes. Chez l'adulte la biopsie rénale est nécessaire.

Conclusion. - La prise en charge du syndrome néphrotique pose d'énormes problèmes d'investigation en milieu rural Africain. La corticothérapie est le plus souvent instaurée sur une base clinique et quelques arguments biolo-

giques. Il en résulte qu'un diagnostic pré-symptomatique ou un diagnostic précoce peuvent permettre une évolution favorable.

Pour en savoir plus

Orth. S. RITZE et al., The Nephrotic syndrome New-engl med 1998;338:1202.

Corbett S primary focal Segmentaire glomerulosclerose; JASN 1998,9,133.

Transplantation

La pancréatite aiguë après transplantation rénale : événement rare souvent mortel

N. El Biyadi, M. Benjelloun, S. El Khayat, G. Medkouri, M.A. Zamd, K. Hachim, M.G. Benghanem, B. Ramdani

Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction. - La survenue d'une pancréatite aiguë après transplantation rénale est un événement rare, d'évolution souvent défavorable. De nombreux facteurs peuvent être impliqués. En dehors d'une origine biliaire rare, force est d'envisager le rôle des agents immunosuppresseurs, l'ischémie pancréatique secondaire à une baisse du débit de perfusion, ainsi que l'infection à cytomégalovirus.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 38 ans, insuffisant rénal découvert au stade terminal, qui a été greffé dans notre service à partir d'un donneur vivant apparenté HLA identique. En peropératoire, le patient a présenté un état de choc hémorragique suite un saignement en nappe provenant d'une brèche au niveau de la veine rénale de son greffon. Le rétablissement de l'état hémodynamique avait nécessité l'administration de drogues vaso-actives et la transfusion de culots globulaires et de plaquettes. L'évolution a été marquée par une reprise de la diurèse à J1, avec un nadir de créatinine à 11 mg/l à J14 post-greffe. L'immunosuppression était à base de MMF (2g/j) et corticoïdes. À J15 post-greffe, le patient a présenté des douleurs épigastriques importantes. Une TDM abdominale avec injection a objectivé une pancréatite aiguë avec présence de faux kystes. L'amylasémie et la lipasémie étaient élevées, respectivement à 3 fois et 5 fois la normale. L'origine lithiasique a été éliminée par l'échographie abdominale. La sérologie CMV était négative. Une réduction avec fractionnement de dose de MMF a été sans bénéfice clinique, d'où la modification de l'immunosuppression, avec introduction de Ciclosporine et Azathioprine. Malgré une prise en charge hydroélectrolytique et nutritionnelle en milieu de réanimation, l'évolution était défavorable avec surinfection des faux kystes pancréatiques et installation d'un état de malnutrition sévère. Le patient est décédé dans un tableau de choc septique.

Discussion. - Le mécanisme de l'atteinte pancréatique n'est pas clairement établi chez notre patient. Il résulterait soit d'un effet toxique direct du MMF, soit d'une origine ischémique compliquant l'état de choc peropératoire.

Conclusion. - La pancréatite aiguë est une complication redoutable après transplantation, la mortalité reste élevée sur ce terrain immunodéprimé.

Transplantation

Une nécrose corticale compliquant un traitement par anticalcineurines associée à une leucoencéphalopathie a CMV chez un greffé rénal

N. El Biyadi, M. Benjelloun, S. Elkhayat, G. Medkouri, M.A. Zamd, K. Hachim, M.G. Benghanem, B. Ramdani
Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction. - Le traitement par anticalcineurines utilisé en prévention du rejet induit des effets secondaires qui peuvent engendrer une morbidité importante. Nous rapportons une complication inhabituelle, une nécrose corticale du greffon associée à une leucoencéphalopathie infectieuse, survenue en phase précoce d'une greffe rénale.

Patients et Méthodes. - Un homme âgé de 39 ans, suivi pour AC/FA chronique sous anticoagulants, insuffisant rénal découvert au stade terminal, a été greffé dans notre service à partir d'un donneur vivant apparenté HLA différent. L'immunosuppression consistait en une quadrithérapie d'induction associant ATG, Ciclosporine, MMF et corticoïdes. En post-greffe, l'évolution immédiate était bonne, marquée par une reprise de la fonction rénale, avec un nadir de la créatinine à 14 mg/l à J5. À partir du J8 on a noté une ascension de la créatinine, jusqu'à atteindre 89 mg/l. Le dosage du taux résiduel (T0) de la Ciclosporine était élevé. Devant la crainte d'un rejet, un traitement par bolus de méthylprednisolone et ATG a été instauré avec switch de la Ciclosporine au Tacrolimus. L'échodoppler du greffon était normal, et le cross match post-greffe était négatif. La biopsie du greffon a objectivé une nécrose corticale partielle, sans lésions en faveur d'un rejet, le marquage au C4d était négatif. Une reprise partielle de la fonction du greffon a été constatée au cours de l'évolution, avec au monitoring du Tacrolimus, des taux résiduels qui restaient élevés malgré une réduction des doses. À J40 le patient a présenté une symptomatologie neurologique d'aggravation progressive, faite d'hémiplégie puis d'hémiplégie gauche et de convulsions dans un contexte d'apyrexie. L'IRM a objectivé des lésions en faveur d'une leucoencéphalopathie. Vu le contexte clinique du patient l'origine toxique a été fortement suspectée. Un arrêt du Tacrolimus a été préconisé. Le complément du bilan infectieux a objectivé une PCR à CMV positive au niveau du LCR. Le patient est décédé à J54 post-greffe rénale.

Discussion. - Cette observation rapporte une toxicité rénale des anticalcineurines associée à une complication neurologique infectieuse. En post-greffe, force est d'envisager un contrôle strict des patients sous ces médicaments.

Conclusion. - L'avènement des anticalcineurines a permis de réduire l'incidence du rejet aigu mais ils exposent à des complications rénales et infectieuses nécessitant un monitoring rigoureux.

Transplantation

Les complications vasculaires dans les suites d'une greffe rénale. Étude unicentrique

S. Yaich^a, A. Bahloul^a, S. Zaghdane^a, K. Charfeddine^{a,*}, A. Sahnoun^b, M.N. Mhiri^b, J. Hachicha^a

^a Département de greffe rénale, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie ; ^b Service d'urologie, hôpital H.-Bourguiba, Sfax-Tunisie, Sfax, Tunisie

But. - Déterminer la fréquence et les facteurs favorisant les complications vasculaires après greffe rénale ainsi que les critères diagnostiques et l'attitude thérapeutique devant ces complications.

Patients et Méthodes. - À travers une étude rétrospective d'une série de 116 greffes rénales colligées entre Avril 1994 et Décembre 2006, nous avons relevé 56 complications vasculaires chez 42 patients (36 %).

Discussion. - 24 hématomas périrénaux dont 4 drainés chirurgicalement : 9 sténoses artérielles, 9 thromboses veineuses (6 veines rénales, 3 phlébites) : 6 thromboses artérielles (3 artères rénales, 1 iliaque externe, 1 embolie pulmonaire) et 9 lymphocèles.

Le diagnostic des thromboses veineuses a été évoqué devant une insuffisance rénale oligo-anurique et / ou la non-reprise de la diurèse en post-greffe immédiat et confirmé par l'écho-doppler. Le traitement était l'héparinothérapie associée à la fibrinolyse in-situ et la ré-anastomose vasculaire avec une détransplantation dans tous les cas.

Les sténoses artérielles ont été diagnostiquées devant l'élévation de la créatinine et / ou une HTA dans 6 cas, objectivées par l'écho doppler et confirmées par l'artériographie ou l'angioscanner. Le traitement était une angioplastie dans 4 cas avec 3 succès et un échec. Dans les autres cas, la sténose était minime et l'HTA était contrôlée par un traitement médical.

Conclusion. - Le diagnostic des complications vasculaires dans les suites d'une greffe rénale repose sur la clinique et l'écho doppler. Les thromboses vasculaires, lorsqu'elles surviennent, sont de mauvais pronostic avec 100 % de détransplantation. Les sténoses vasculaires sont de meilleur pronostic avec la possibilité d'un traitement mini-invasif.

Transplantation

Un cas de maladie de kaposi chez une patiente transplantée rénale

A. Lionet^{*}, T. Guincestre, J.B. Beuscart, F. Glowaski, F. Provot, M. Hazzan, C. Noel

Service de néphrologie et transplantation rénale, hôpital Albert-Calmette, Lille, France

^{*} Auteur correspondant.

Introduction. - Le sarcome de Kaposi est une maladie du patient immunodéprimé rencontré chez 0,45 % des patients transplantés rénaux. Cette maladie peut mettre en jeu le pronostic vital du patient et son traitement engendrer la perte du greffon. Nous illustrons ici un cas de sarcome de

Kaposi chez une transplantée rénale en insistant sur la présentation clinique et les données iconographiques.

Patients et Méthodes. - Madame EF, 62 ans, d'origine marocaine, est transplantée rénale depuis mai 2002. Le traitement immunosuppresseur associe du Tacrolimus au MMF et à la Prednisolone. A cinq ans de greffe, elle présente une éruption érythémateuse jugale dont l'étude anatomopathologique pose le diagnostic de maladie de Kaposi. Le bilan d'extension retrouve une atteinte de la muqueuse gastrique ainsi qu'un épanchement péricardique dont le lien avec la maladie de Kaposi ne peut être certifié. Les sérodiagnostics HHV8 du receveur et du donneur sont négatifs au moment de la transplantation de même que la PCR sanguine au moment du diagnostic. Le Tacrolimus et le MMF sont interrompus, relayés par un inhibiteur de mTor (Sirolimus). Nous sommes actuellement à 4 mois de traitement avec une stabilité des lésions cutanées, une bonne tolérance du Sirolimus et une fonction du greffon conservée.

Discussion. - Les lésions élémentaires de la maladie de Kaposi comportent une prolifération cellulaire avec différenciation vasculaire et lymphatique incomplète. L'atteinte cutanéomuqueuse est responsable de plaques érythémateuses infiltrées parfois nodulaires. Une fibroscopie gastrique ainsi qu'un scanner thoraco-abdominopelvien doivent être réalisés à la recherche d'une localisation viscérale qui est retrouvée dans 2 % des cas. La fréquence de cette maladie est de 28 % en cas de sérodiagnostic HHV8 positif avant la greffe et la PCR HHV8 sanguine est positive dans 50 % des cas au moment du diagnostic. La négativité de ces examens n'exclut pas le diagnostic. Le traitement est basé sur la baisse de l'immunosuppression avec le risque de perte du transplant. L'utilisation des inhibiteurs de mTor réputé pour leurs effets anti-angiogénique, et antiviral, est une alternative thérapeutique séduisante qui permettrait de traiter la maladie de Kaposi tout en assurant une immunosuppression suffisante pour le greffon.

Conclusion. - La maladie de Kaposi est une maladie rare du transplanté rénale qu'il ne faut pas méconnaître afin de permettre un dépistage précoce et une prise en charge optimale. Celle-ci est basée sur la baisse de l'immunosuppression et/ou l'introduction d'un inhibiteur de mTor.

Pour en savoir plus

Lebbe C et al. NDT 2006;6:2164-2168.

Frances C. NDT 1998;13:2768-2773.

Transplantation

L'amylose rénale secondaire. À propos de 04 cas

Z. Sassi Jallali ^{a,*}, S. Daoud ^b, A. Gammoudi ^a, R. Sakri ^a, G. Kabbabi ^a

^a Service d'hémodialyse, hôpital, Sidi-Bouzyd, Tunisie ;

^b Service de pneumologie, hôpital, Sidi-Bouzyd, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'amylose est une maladie multisystémique, se traduit par une infiltration disséminée, dont l'expression clinique est en rapport avec une atteinte

lésionnelle et fonctionnelle. Les atteintes du cœur et des reins sont celles qui en font une maladie mortelle.

Son diagnostic repose sur l'analyse clinique complétée par une preuve histologique. L'amylose rénale reste fréquente dans notre pays.

Patients et Méthodes. - Nous rapportons dans ce travail quatre observations d'amylose rénale secondaire.

Il s'agit de 3 hommes et 1 femme dont l'âge moyen est de 55 ans avec des extrêmes de 43 et 69 ans. L'amylose rénale est survenue après une évolution moyenne d'une tuberculose pulmonaire de 9 ans dans 3 cas, d'une spondylarthrite ankylosante (SPA) de 3 ans dans 1 cas.

L'amylose rénale s'est révélée par un syndrome néphrotique pur chez un patient et impur avec une insuffisance rénale (IR) chez 3 patients.

Le diagnostic de l'amylose AA est confirmé par la ponction biopsie rénale dans 3 cas, chez le 4^e patient le diagnostic est confirmé par une biopsie gastrique réalisée lors d'une endoscopie digestive.

Sur le plan thérapeutique, une chimiothérapie antituberculeuse est maintenue pour 3 patients, associée à un traitement symptomatique du syndrome néphrotique. Dans le cas de l'amylose secondaire à une SPA, le patient présente une dyslipidémie majeure avec une protéinurie néphrotique sans IR, seul un traitement par fibrates avec IEC puis ARII est mis en route.

Parmi ces malades, 3 ont évolué vers l'IR terminale traités par hémodialyse chronique.

Un patient est encore suivi en consultation avec une baisse progressive de sa protéinurie et une fonction rénale toujours normale.

Conclusion. - À travers nos 4 observations et une revue de la littérature, nous essayerons de préciser la fréquence de l'amylose rénale secondaire, ses étiologies qui restent dominées par les infections chroniques et surtout la tuberculose ; ceci met l'accent sur la prévention.

Recherche fondamentale

Différenciation à partir des progéniteurs hématopoïétiques du sang périphérique d'une nouvelle population NK régulatrice (NKreg)

M. Giuliani ^a, J. Giron-Michel ^a, S. Nigrini ^a, A. Caignard ^b, R. Bahri ^a, A. Durrbach ^a, B. Azzarone ^c

^a Ifrnt Néphrologie-dialyse et transplantation rénale-Inserm U542, CHU, Le Kremlin-Bicêtre ; ^b Service d'immunologie, Igr, Villejuif, France ; ^c Service d'immunologie, Inserm U542, Villejuif, France

Introduction. - Les progéniteurs hématopoïétiques du sang périphérique (HP-PB) expriment constitutivement une IL-15 membranaire nécessaire et suffisante pour adresser ces progéniteurs dans la voie de différenciation NK en totale absence de lymphokines exogènes.

Patients et Méthodes. - Le phénotype de lymphocytes NK dérivés de progéniteurs hématopoïétiques a été testé en utilisant différents marqueurs de membrane ainsi que leur capacité à sécréter différentes cytokines. Leurs propriétés immunorégulatrices ont été déterminées in vitro.

Discussion. - Nous avons ainsi généré une nouvelle population NK/CD16⁺ mature non cytolytique sécrétant des fac-

teurs tolérogènes et/ou immunosuppresseurs (IL-10, IL21, HLA-G). Cette nouvelle population NKreg induit rapidement la conversion des cellules dendritiques myéloïdes matures (mDC-LPS) en DC myéloïdes tolérogènes (tDC) et empêche l'acquisition de propriétés cytolytiques (CD107a et IFN γ) des cellules NK stimulées par le pontage covalent du CD16 et des molécules NCR.

Conclusion. - A notre connaissance, les PB-NKreg que nous avons générés in vitro constituent le premier exemple de cellules NK non- cytolytiques à fonction régulatrice. Notre hypothèse de travail est que les PB-NKreg pourraient jouer un rôle dans la prévention du rejet d'allogreffe et représenter un complément et/ou une alternative intéressante aux CSM.