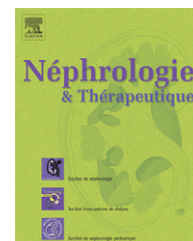


Disponible en ligne sur www.sciencedirect.comjournal homepage: [//france.elsevier.com/direct/nephro/](http://france.elsevier.com/direct/nephro/)

Communications affichées

Néphrologie

AN001

Affiche Néphrologie

Caractéristiques et évolution de la fonction rénale des patients bénéficiant d'une coronarographie

M. Hachicha ^a, F. Caze ^b, M. Uzan ^a, V. Falque ^a, G. Bayet ^b^a Service de néphrologie, cabinet de néphrologie et ATIR Rhône-Durance, Avignon, France ; ^b Service de cardiologie, clinique Rhône-Durance, Avignon, France

Introduction. - La néphropathie liée aux produits de contraste iodés (PCI) touche 3.3 à 14.4 % des patients bénéficiant d'une coronarographie, elle augmente significativement la morbi-mortalité et la durée d'hospitalisation. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques et l'évolution de la fonction rénale des patients hospitalisés pour une coronarographie.

Patients et méthodes. - 100 patients consécutifs, admis à la Clinique Rhône Durance à Avignon, pour une coronarographie diagnostique ou thérapeutique, ont été analysés. La créatininémie a été mesurée avant la coronarographie et à J2. La clairance de la créatinine (Clcr) a été évaluée par la formule de Cockcroft et Gault.

Résultats. - L'âge moyen des patients était de 71 ans (44 à 99). 39 % étaient âgés de plus de 75 ans, 72 % de sexe masculin et 27 % diabétiques. La moitié des patients recevait un traitement par IEC ou ARA 2 et un tiers d'entre eux un diurétique. Tous les patients ont été hydratés par voie parentérale par du sérum salé isotonique et 21 % ont reçu de la N- acétylcystéine *per os* selon un protocole interne. Le PCI injecté était de l'iodixanol dans 98 % des cas avec un volume moyen de 165 ml. La créatininémie et la Clcr moyenne avant la coronarographie sont respectivement à 94 µmol/l et 73 ml/min. 17 % des patients avaient une Clcr

≤ 60 ml/min. À J2, le taux de créatinine a augmenté de 25 % chez 2 % des patients.

Discussion. - Cet échantillon de patients certes de petite taille, a permis de décrire le profil des patients candidats à une coronarographie. Il s'agit essentiellement de patients de sexe masculin, âgés, souffrant d'un diabète dans un tiers des cas et recevant un IEC ou ARA 2. La faible fréquence (2 %) de la néphropathie liée aux PCI pourrait être expliquée par une sensibilisation des cardiologues à ce type de complication, l'hydratation systématique, un niveau de fonction rénale correcte avant la coronarographie et l'utilisation de faibles volumes d'un PCI iso-osmolaire.

Conclusion. - Dans cette étude, les candidats à une coronarographie sont âgés et polypathologiques, malgré ce contexte la fréquence de la néphropathie liée à l'injection de PCI peut être considérée comme acceptable. Une étude prospective sur un échantillon de plus grande taille avec des sous-groupes à risque est nécessaire pour valider ces données.

AN002

Affiche Néphrologie

Embolies de cholestérol : cohorte historique de 51 cas

M. Wong Fat ^a, L. Ouchchane ^b, J.-C. Aldigier ^c, F. Berthoux ^d, P. Deteix ^e^a Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital, Brive-La-Gaillarde, France ; ^b Service de biostatistiques, hôpital, Clermont-Ferrand, France ; ^c Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, hôpital, Limoges, France ; ^d Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, hôpital, Saint-Étienne, France ; ^e Service

de néphrologie, de Dialyse et de transplantation rénale, hôpital, Clermont-Ferrand, France

Introduction. - La maladie athéro-embolique rénale est une des principales manifestations d'une maladie systémique secondaire à une migration d'embolies de cholestérol. Compte tenu du vieillissement de la population et de l'élargissement des indications des gestes endovasculaires, l'incidence de cette pathologie rare, réputée de sombre pronostic rénal et vital, pourrait augmenter ces prochaines années.

Patients et méthodes. - Afin de mieux connaître les caractéristiques de cette entité à l'incidence sous évaluée, nous avons mené une étude rétrospective, multicentrique (Clermont-Ferrand, Limoges et St Etienne). Tous les patients majeurs ont été inclus sur les trois critères cliniques suivants : insuffisance rénale, atteinte cutanée et existence d'au moins un facteur déclenchant. Si l'un de ces critères manquait, la confirmation du diagnostic a dû être apportée par l'histologie ou la présence d'un embolus de cholestérol au fond d'œil. La survie a été estimée par la méthode de Kaplan-Meier et les mesures brutes des risques relatifs instantanés (HR) ont été estimées par un modèle de Cox.

Résultats. - 51 patients ont été inclus, d'un âge moyen de $70 \pm 6,5$ ans, dont 44 hommes (86 %), en majorité polyathéromateux. Dans un délai moyen de $7,4 \pm 0,6$ mois, 21 patients (41 %) ont nécessité une dialyse définitive. Dans un délai moyen de $31,4 \pm 1,7$ mois, 11 patients (14 %) sont décédés. Les facteurs de mauvais pronostic rénal sont la présence d'une douleur abdominale (HR = 3,3 p = 0,003), la précocité d'apparition par rapport au facteur déclenchant (HR = 6,4 p = 0,004), la présence d'un syndrome inflammatoire (HR = 6,5 p = 0,032) avec une tendance marquée pour l'insuffisance rénale préexistante (HR = 2,1 p = 0,09) et le nombre de facteurs déclenchants (HR = 1,5 p = 0,09). L'analyse du traitement par corticoïdes révèle une tendance à éviter la progression de l'insuffisance rénale vers le stade terminal (HR = 0,4 p = 0,08).

Discussion. - Les caractéristiques démographiques, morbidités, manifestations cliniques et biologiques colligées dans notre étude sont conformes à celles de la littérature où l'influence des marqueurs biologiques et du traitement par corticoïdes est peu étudiée.

Conclusion. - Nos résultats suggèrent que la sévérité du tableau clinique et biologique influence le pronostic rénal et que l'effet bénéfique des corticoïdes mériterait d'être évalué par une étude prospective.

AN003

Affiche Néphrologie

Une étude cas témoin évaluant les prestations de santé dans une population de malades insuffisants rénaux modérés

B. Dussol ^{a,*}, P. Reggio ^b, S. Morange ^c, M. Fathallah ^c, F. Natali ^b, J. Ripoll ^b, E. Ronflé ^b, C. Chanut ^b, Y. Berland ^d

^a Service de néphrologie et de transplantation rénale, Assistance publique-hôpitaux de Marseille, Marseille, France ;

^b Service d'assurance maladie, Direction régionale du service médical, Marseille, France ; ^c Centre d'investigation clinique, hôpital La Conception, Marseille, France ; ^d Service

de néphrologie et de transplantation rénale, hôpital La Conception, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Les modalités de prise en charge thérapeutique des malades dialysés sont bien connues aux Etats-Unis et devraient bientôt l'être en France grâce au registre REIN. À l'inverse, très peu de données existent sur le suivi et l'impact des recommandations des experts en pratique médicale courante chez les malades porteurs d'une IRC avant le stade de dialyse.

Patients et méthodes. - Nous avons réalisé une étude cas témoins analysant les prestations de santé chez 914 sujets insuffisants rénaux modérés ayant une clairance de Cockcroft entre 30 et 60 ml/min. Les prestations de santé ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie dans cette population ont été comparées à celles de 1828 sujets tirés au hasard dans le fichier des assurés sociaux mais appariés pour l'âge et le sexe.

Résultats. - L'âge moyen des cas était de 73±11 ans. Répartition en tranches d'âge : 3 % avaient moins de 50 ans, 41 % avaient entre 50 et 75 ans et 56 % des cas avaient plus de 75 ans. Les femmes représentaient 67 % de la cohorte. La créatinémie moyenne était de 95 ± 31 µmol/l, la clairance de Cockcroft moyenne de 48 ± 8 ml/min. Le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours d'hospitalisation n'étaient pas différents entre les 2 populations. Par contre les cas avaient bénéficié de plus de consultations spécialisées en cardiologie mais pas en néphrologie ou en urologie. Les cas avaient bénéficié de plus d'actes de biologie et de radiologie, et plus de spécialités pharmaceutiques. Pour la biologie, les cas avaient bénéficié plus souvent que les témoins de dosages des marqueurs de la fonction rénale et des marqueurs d'atteinte rénale. Pour la pharmacie, les cas avaient bénéficié plus souvent que les témoins de prescriptions d'érythropoïétine, de diurétiques, de bloqueurs du système rénine-angiotensine, d'hypoglycémisants et d'anticoagulants.

Discussion. - Les cas ont été clairement identifiés par le calcul de la clairance de Cockcroft. Nous n'avons pas d'information sur la fonction rénale des témoins. Cet élément peut avoir influencé nos résultats mais si tel est le cas uniquement dans le sens de moindres différences entre les 2 populations. Notre étude, basée sur l'analyse des remboursements des prestations médicales, exclut complètement le biais de souvenir.

Conclusion. - Les malades insuffisants rénaux modérés bénéficient d'une prise en charge supérieure pour les consultations de cardiologie, la biologie, la radiologie et certaines classes médicamenteuses par rapport aux sujets sains.

AN004

Affiche Néphrologie

Fibrose rétropéritonéale atypique et syndrome myéloprolifératif

J. Rivalan, J. Potier, T. Dolley-Hitze, E. Pinçon, P. Le Pogamp
Service de néphrologie, CHU Pontchaillou, Rennes, France

Introduction. - Les syndromes myéloprolifératifs sont rarement cause de pathologie rénale. Citons les accidents thrombotiques, les hyperuricémies, les MAT interféron-induites dans les LMC et de façon exceptionnelle les fibroses

rétropéritonéales en rapport avec une hématopoïèse extramédullaire. Nous rapportons un cas de fibrose rétropéritonéale atypique satellite d'une maladie de Vaquez et ne comportant aucun foyer d'hématopoïèse ectopique.

Patients et méthodes. - Obs : patient de 35 ans, hospitalisé pour AEG, HTA, polyglobulie (Hb à 20 g, HT à 65), lombalgies bilatérales, scapulargie gauche. Le scanner objective une splénomégalie avec 3 zones d'infarctus, une néphromégalie avec 2 reins de 15 cm, des vaisseaux rénaux perméables, une aorte strictement normale, des zones hypodenses au niveau du cortex rénal gauche, une fibrose localisée aux hiles, s'étendant autour des bassins qui sont laminés et entourant les uretères proximaux de façon bilatérale. Les CPC restent fines. La fonction rénale est normale. La biopsie de cette fibrose, réalisée sous contrôle scannographique objective un tissu conjonctif dense avec un infiltrat de cellules fusiformes correspondant en immunohistochimie à des fibroblastes, aucune cellule de type hématopoïétique n'est observée. La BOM est évocatrice de maladie de Vaquez, la recherche de la mutation de JAK II est positive, l'EPO plasmatique est indosable, aucune fixation n'est observée au niveau des aires rénales à la scintigraphie médullaire à l'indium. Après quelques saignées le patient est mis sous Hydréa. Un bilan est réalisé après trois mois de traitement. Le patient va cliniquement bien, TA normale sous traitement, disparition de la symptomatologie douloureuse, paramètres hématologiques normalisés, fonction rénale stable. Au scanner : régression de la néphromégalie, disparition sans séquelles des zones hypodenses et très franche diminution de la fibrose.

Discussion. - les exceptionnels cas de fibrose rétropéritonéale associés aux syndromes myéloprolifératifs sont habituellement en rapport avec la présence de foyers d'hématopoïèse extramédullaire. Ceci n'est absolument pas le cas dans notre observation au vu des données histologiques et scintigraphiques. L'évolution favorable de la fibrose avec le simple traitement de la polyglobulie plaide en faveur d'une relation de causalité entre les deux pathologies. Le mécanisme reste indéterminé.

Conclusion. - Fibrose rétropéritonéale atypique associée à une maladie de Vaquez, non en rapport avec des foyers d'hématopoïèse ectopique et évoluant favorablement suite au seul traitement de l'hémopathie par Hydréa.

AN005

Affiche Néphrologie

La néphropathie lupique. À propos de 49 cas

S. Taharboucht^a, R. Guermaz^a, F. Kessal^b, N. Mohand Said^b, N. Teffahi^b, A. Hatri^b, A. Mammeri^b, S. Zekri^b, M. Brouri^b

^a Service de médecine interne, clinique Arezki-Kehal-Birtraria, Alger, Algérie ; ^b Service de médecine interne, clinique Arezki-Kehal-Birtraria, Alger, Algérie

Introduction. - L'atteinte rénale est l'une des principales manifestations et causes d'handicap fonctionnel et de décès du lupus érythémateux disséminé. Les facteurs de mauvais pronostic rénal varient selon les différentes études. Le but de ce travail est d'analyser chez 49 patients, les caractéristiques cliniques, histologiques et évolutives ainsi que les facteurs de mauvais pronostic rénal des néphropathies lupiques.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 49 patients ayant une néphropathie lupique parmi 79 cas de lupus, suivis entre janvier 1999 et Février 2007.

Discussion. - La majorité de notre série est féminine (47 femmes et 2 hommes) avec un âge moyen de 30 ans. Au moment de la présentation initiale, il y avait une HTA dans 2 % cas, une hématurie microscopique dans 18 % cas, un syndrome néphrotique dans 10 % cas et une insuffisance rénale dans 8 % cas. Les pathologies associées les plus rencontrées sont le syndrome de Gougerot-Sjögren chez 11 cas, syndrome des antiphospholipides chez 3 cas, une sclérodémie, une dermatomyosite et une cryoglobulinémie type III chez respectivement un cas. À l'examen histologique rénal réalisé chez 20 patients, la classe II a été retrouvée dans 7 cas, la classe III dans 5 cas et la classe IV dans 6 cas, pour deux patientes l'étude est en cours. Trente-huit patients ont reçu des corticoïdes, associés aux immunosuppresseurs dans 8 cas. L'évolution a été marquée après un suivi moyen de 45 mois (6-216) par une rémission dans 75,5 % des cas, une aggravation de la fonction rénale dans 10,2 %, la survenue de rechutes dans 8,1 % des cas et des complications liées aux traitements dans 20,4 %. Deux patientes avec glomérulonéphrites classe IV sont décédées.

Conclusion. - La néphropathie lupique est sévère dans la série biopsiée avec une fréquence élevée des formes prolifératives, la présence initiale d'un syndrome néphrotique, d'une insuffisance rénale sont des facteurs de mauvais pronostic. Élargir les indications de la ponction biopsie rénale (protéinurie < 1 g) et la rendre plus accessible permettront encore mieux d'apprécier la fréquence et la sévérité de la néphropathie lupique pour une meilleure prise en charge.

Pour en savoir plus

- [1] Houssiau FA, et al. Immunosuppressive therapy in lupus nephritis: the Euro-lupus nephritis trial, a randomized trial of low-dose versus high-dose intravenous cyclophosphamide. *Arthritis Rheum* 2002;46:2121-31.
- [2] Parichatikanond P. Lupus nephritis: clinicopathological study of 162 cases in Thailand. *J Clin Pathol* 1986;39:160-166.

AN006

Affiche Néphrologie

Dissection aortique et syndrome de mal perfusion rénale : impact du traitement endovasculaire sur la fonction rénale

M. Hoffmann^{a,*}, V. Gaxotte^b, J.-P. Beregi^b, C. Mounier-Vehier^c

^a Service de néphrologie et de dialyse, clinique de la Louvière, Lille, France ; ^b Service de radiologie interventionnelle, hôpital cardiologique, Lille, France ; ^c Service de médecine vasculaire, hôpital cardiologique, Lille, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - La dissection aortique est une maladie vasculaire grave source d'une grande mortalité. Le syndrome de malperfusion est défini dans ce contexte par l'ischémie d'un organe, dont la vascularisation est compromise par la dissection aortique. Notre but était d'évaluer l'impact sur la fonction rénale du traitement endovas-

culaire des syndromes de malperfusion rénale compliquant ces dissections aortiques (MRD).

Patients et méthodes. - Nous avons mené une étude rétrospective du 1/1/1997 au 1/1/2003 portant sur 23 patients (20 hommes) ayant présenté une dissection aortique compliquée d'un syndrome de malperfusion rénale et ayant tous bénéficié avec succès d'un traitement par voie endovasculaire (fenestration et/ou stenting). Nous avons analysé l'impact de ce traitement sur les variations de créatininémie après revascularisation. Le suivi est arrêté au 1/11/2004.

Résultats. - On dénombrait 11 dissections de type I (dissections aiguës intéressant l'aorte ascendante) et 12 de type III (dissections chroniques intéressant l'aorte descendante). 19 étaient d'origine athéromateuse et 4 secondaires à un syndrome de Marfan. La fonction rénale était normale avant la dissection (moyenne des créatininémies de $9,8 \pm 2$ mg/L, moyenne des Cockcroft de 97 ± 37 ml/min). L'atteinte des artères rénales était bilatérale dans 14 cas. Le syndrome de malperfusion rénale s'accompagnait d'une insuffisance rénale aiguë (15 patients sur les 17 ayant une créatininémie de référence antérieure à la dissection avaient présenté une élévation de plus de 20 % de leur taux, et 8 un doublement). Cinq patients nécessitaient le recours à l'hémodialyse. La mortalité totale était importante (10 décès soit 43 %) et précoce (7 des 10 décès survenaient dans les 3 premières semaines). Chez les 16 patients non décédés précocement, on notait une régression de l'insuffisance rénale (variation par rapport à la créatininémie de référence de $1,4 \pm 2$ mg/L au terme de 40 ± 22 mois de suivi).

Discussion. - Il s'agit de la première étude évaluant à long terme l'efficacité de la revascularisation par voie endovasculaire des MRD. Avec 23 patients, cette série est la troisième en taille de la littérature.

Conclusion. - La revascularisation par voie endovasculaire des MRD est une technique efficace pour préserver à long terme la fonction rénale des patients.

Pour en savoir plus

[1] Beregi JP, et al. J Endovasc Ther 2003;10:485-93.

[2] Slonim SM, et al. J Thorac Cardiovasc Surg 1999;117:1118-26.

AN007

Affiche Néphrologie

Évaluation de l'observance thérapeutique au cours des pathologies rénales chroniques

S.-M. Seck, E.-F. Ka, M.-M. Cissé, S. Guéye, A. Tall, S. Ba, A. Niang, B. Diouf

Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital Aristide-Le-Dantec, Dakar, Sénégal

Introduction. - L'observance thérapeutique (OT) constitue un défi majeur pour la médecine moderne particulièrement dans les pays en développement où elle est responsable d'une augmentation non négligeable des dépenses de santé [1]. Notre travail avait pour but d'évaluer l'OT des patients non dialysés suivis pour des pathologies rénales chroniques et d'identifier les principaux obstacles à cette observance.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'une étude prospective ayant inclus 118 patients suivis en externe pour pathologies rénales chroniques dans notre service entre le 1^{er} novembre 2005 et le 31 janvier 2006. Le taux d'observance thérapeutique (TOT) était calculé par la formule suivante $TOT = (\text{Nombre de doses effectivement prises} / \text{Nombre de doses prescrites}) \times 100$. Un taux de 80 % était arbitrairement retenu comme seuil de bonne OT. Les données sociodémographiques et cliniques et thérapeutiques étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire puis analysées avec le logiciel SPSS 11.0.

Résultats. - L'âge moyen des patients était de $39,28 \pm 16,4$ ans (13-76 ans) et le sex-ratio de 1,08 en faveur des hommes. La majorité des patients (65 %) n'avaient pas d'assurance-maladie. Le niveau socio-économique était faible chez 38,5 % et le niveau d'instruction bas dans 34 % des cas. Le TOT était satisfaisant chez 74 % des patients et était inversement proportionnel au nombre de prises médicamenteuses journalières. Les principaux obstacles à l'OT retrouvés après une analyse de régression multivariée étaient : l'oubli ($r = 0,37$; $p = 0,004$), le défaut d'information sur la pathologie ($r = 0,35$; $p = 0,04$), une posologie complexe ($r = 0,33$; $p = 0,02$), l'inaccessibilité du système de soin ($r = 0,65$; $p = 0,032$), des effets secondaires gênants ($r = 0,654$; $p = 0,0125$), le coût élevé du médicament ($r = 0,47$; $p = 0,004$) et l'automédication traditionnelle ($r = 0,26$; $p = 0,05$). Trois patients n'avaient donné aucune raison à leur non-observance.

Discussion. - Le niveau d'OT de nos patients est supérieur à ceux rapportés en Afrique sub-saharienne et en Amérique du nord [2]. La méthode mesure utilisée peut avoir surestimé l'OT réelle des patients. Cependant, plus du quart d'entre eux ne sont pas compliant à leur traitement. Une grande partie des barrières à l'OT est évitable juste par une meilleure communication entre patient et médecin et un accès plus facile au système de soins.

Conclusion. - L'OT des patients en néphrologie semble satisfaisante mais mérite d'être confirmée par des études utilisant des méthodes de mesure directes. Une amélioration est possible grâce une bonne communication afin d'élaborer des stratégies adaptées chez les patients à risque.

Références

[1] Sabate E. World Health Organization report, 2003. (Accessed July 11, 2005, at http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf.)

[2] Mills EJ, et al. JAMA, 2006;296:679-690.

AN008

Affiche Néphrologie

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en milieu hospitalier est-elle optimale pour prévenir l'insuffisance rénale terminale ?

P. Simon, L. Kaba, M.-H. Le Lann

Service de néphrologie-dialyse, hôpital Yves-le-Foll, Saint-Brieuc, France

Introduction. - La prise en charge néphrologique trop tardive des patients âgés en insuffisance rénale (IR) chronique est soulignée depuis une décennie par de nombreux

ses études. Elle aggraverait la morbi-mortalité des patients en IRT. L'admission à l'hôpital de patients adressés au service des urgences (SAU) est une situation privilégiée pour reconnaître une IR et pour permettre une prise en charge néphrologique adaptée au cours du séjour hospitalier. Cette étude étudie l'évolution de la prise en charge néphrologique hospitalière des patients en IR au moment de leur admission à 9 ans d'intervalle (1997-2005).

Patients et méthodes. - 202 patients en 1997 et 286 en 2005 ont une IR (créatininémie > 150 µmol/l, ClCr < 50 ml/min) au moment de l'admission, 74,5 % et 68 % respectivement ont une IRC, les autres une IRA. L'âge moyen est de 73 ± 10,5 et 75,1 ± 8,5 ans.

Résultats. - Le tableau montre l'évolution de l'orientation des patients en IR à partir du SAU à 9 ans d'intervalle.

L'orientation vers la néphrologie en première intention a progressé de 10 à 19,2 % alors que les orientations vers la cardiologie, la diabétologie, l'urologie et la rhumatologie ont diminué significativement entre les deux périodes étudiées. Alors que la consultation interne de néphrologie touche seulement 15 % des patients IR hospitalisés hors néphrologie en 1997, elle est de 36 % en 2005. L'incidence de l'IRT survenant en cours de séjour n'a pas progressé (1,5/1000 et 1,3/1000, respectivement).

Discussion. - Une progression de la prise en charge néphrologique est observée à 9 ans d'intervalle grâce à une meilleure sensibilisation des praticiens hospitaliers à la prévention de l'IRT.

Conclusion. - La prise en charge néphrologique des patients âgés en IR à l'admission au SAU et hospitalisés est à développer pour optimiser la prévention de l'IRT.

AN009

Affiche Néphrologie

Estimateurs du DFG et estimation du risque hémorragique sous traitement antithrombotique

M. Phayphet^a, S. Quenet^b, E. Alamartine^a, H. Decousus^c, P. Mismetti^c, S. Laporte^b

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ;

^b Service de pharmacologie, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ; ^c Service de médecine interne, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

Introduction. - La maladie thromboembolique veineuse est une maladie fréquente. Le traitement de choix à la

phase aiguë repose sur l'administration d'héparine non fractionnée ou d'héparine de bas poids moléculaire. Ce traitement expose chez certains patients et notamment chez les patients souffrant d'insuffisance rénale à un risque de survenue d'hémorragie majeure. L'objectif de cette étude est de chercher à identifier l'estimateur du débit de filtration glomérulaire qui évalue au mieux ce risque hémorragique.

Patients et méthodes. - Nous avons extrait les données individuelles de 5 essais randomisés. Il s'agit d'essais comparatifs des différents traitements antithrombotiques. Cette base avait élaboré afin de rechercher dans un premier temps des facteurs pronostics de survenue d'événements thromboemboliques. Le critère d'évaluation était la survenue d'une hémorragie majeure dans les 15 premiers jours de traitement antithrombotique. Les variables étudiées regroupaient notamment les facteurs de risque hémorragiques et thrombotiques. Les estimateurs du DFG étaient la formule de Cockcroft et Gault corrigée à la surface corporelle et la formule MDRD simplifiée.

Résultats. - La population étudiée comportait 2170 patients (âge : 62,6 ± 16,1). L'incidence d'hémorragie majeure était de 2,3 %. Selon la formule Cockcroft et Gault, 16 % des patients présentaient une insuffisance rénale modérée à sévère (< 60 ml/min/1,73 m²), contre 11,6 % selon le MDRD simplifié. À l'issue de l'analyse univariée, les facteurs de risque potentiels d'hémorragie majeure étaient, l'âge avancé (> 70 ans), le faible poids (< 50 kilos), la présence d'un cancer, d'une insuffisance rénale (< 60 ml/min/1,73 m²) et d'une insuffisance cardio-respiratoire. Les modèles de régression logistique selon l'estimateur du DFG utilisé ne retrouvent pas l'insuffisance rénale comme étant un facteur de risque indépendant d'hémorragie majeure. Les facteurs de risques retrouvés étaient l'âge avancé (OR = 2,6, [1,22 ; 5,75]) et l'insuffisance cardio-respiratoire (OR = 2,3 [1,09 ; 4,52]).

Discussion. - Néanmoins, l'estimation du DFG par le MDRD apparaît comme plus sensible (OR = 1,8 [0,92, 3,54] p = 0,08) que la formule de Cockcroft (OR = 1,7 [0,77, 5,02], p = 0,14) pour la prédiction du risque hémorragique.

Conclusion. - L'insuffisance rénale modérée à sévère est un facteur de risque potentiel d'hémorragie majeure à la phase aiguë de la maladie thromboembolique veineuse sous traitement anticoagulant. L'appréciation directe du risque d'hémorragie majeure à partir du débit de filtration glomérulaire quel que soit l'estimateur, n'a pas pu être déterminée.

Services	Cardiologie	Endocrinologie	Néphrologie	Rhumatologie	Neurologie	Urologie	Autres services de médecine*	Autres services de chirurgie**	Total
Année									
1997	41 (20,5 %)	23 (11,4 %)	20 (10 %)	9 (4,5 %)	8 (3,9 %)	7 (3,5 %)	60 (29,7 %)	34 (16,8 %)	202 (100 %)
2005	31 (11 %)	4 (1,4 %)	55 (19,2)	5 (1,7 %)	13 (4,5 %)	0 (0 %)	117 (40,9 %)	61 (21,3 %)	286 (100 %)
p	0,0002	10 ⁻⁷	-	0,01***	0,3	0,0002	0,25	0,2	

AN010

Affiche Néphrologie

Causes et survie rénale à moyen et long termes de l'insuffisance rénale aiguë selon les données de l'histologie

R. Boulahrouz^a, L. Kaba^b, C. Stanescu^b, C. Charasse^b, P.-H. Le Cacheux^b, K.S. Ang^b, F. Léonetti^b, N. Rioux^c, P. Simon^b

^a Service de néphrologie et de dialyse, hôpital Yves-Le-Foll, Saint-Brieuc, France ; ^b Service de néphrologie et de dialyse, hôpital Yves-Le-Foll, Saint-Brieuc, France ; ^c Service d'anatomopathologie B, CHU Pontchaillou, Rennes, France

Introduction. - L'insuffisance rénale aiguë (IRA) reste une maladie fréquente et sévère. La plupart des études récentes étudient l'espérance de vie après une IRA par nécrose tubulaire aiguë (NTA) traitée en milieu de réanimation. L'épidémiologie de l'IRA a changé au cours des dernières décennies, notamment celle de l'IRA post-opératoire. Peu d'études contribuent à l'évaluation du pronostic rénal à moyen et long termes d'une IRA par l'étude histologique, laquelle peut corriger 67 % des diagnostics cliniques de NTA [1].

Patients et méthodes. - Sur 428 patients (pts) ayant eu une biopsie rénale (BR) dans le service de néphrologie entre 1985 et 2004, 285 sont inclus dans l'étude parce que le suivi post-BR a été d'au moins 24 mois. Cette cohorte rassemble 163 hommes (âge moyen au moment de la BR : 55+/-18 ans) et 122 femmes (âge moyen : 58+/-17). La survie rénale après BR est étudiée à 24 et 60 mois pour chaque type histologique d'IRA par la méthode de Kaplan-Meier : glomérulonéphrite (GN), n = 179 pts dont 56 pts avec GN extracapillaire pauci-immune (âge moyen : 62+/-17). Néphrite interstitielle aiguë (NIA), n = 83 pts, âge moyen 55+/-16, NTA, n = 30 pts, âge moyen 59+/-15, néphropathie vasculaire (NV), n = 45 pts, âge moyen 55+/-19. Dans le service de néphrologie, toute IRA survenant en dehors d'un contexte de défaillance hémodynamique est une indication de BR.

Résultats. - La survie rénale à 24 mois est de 48,2 % pour la GN pauci-immune, de 56,3 % pour les autres GN, de 55,42 % pour les NIA, de 40 % pour les NTA et de 62,2 % pour les NV. À 60 mois, la survie rénale est de 26,7 % pour la GN pauci-immune, de 42,8 % pour les autres GN et de 44,5 % pour les NIA. Au moins 60 % des causes de NIA sont immunoallergiques médicamenteuses.

Discussion. - Dans le recrutement d'un service de néphrologie, la NTA ne représente que 10,5 % des IRA et la moitié atteint le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) dans les 24 mois qui suivent le diagnostic histologique. De même, 45 % des NIA, dont 60 % sont d'origine immunoallergique médicamenteuse, sont en IRT à 24 mois, 55 % à 60 mois. Malgré les traitements corticoïdes et immunosuppresseurs, 3 sur 4 pts qui ont présenté une IRA d'origine glomérulaire due à un GN pauci-immune sont en IRT à 60 mois.

Conclusion. - L'intérêt de l'étude histologique devant une IRA est triple : d'une part, elle corrige les erreurs du diagnostic clinique d'une NTA, d'autre part, elle permet de traiter immédiatement certaines GN relevant d'un traitement immunosuppresseur, enfin, elle confirme que le pronostic rénal à moyen et court termes est sévère pour toute néphropathie qui s'exprime à un moment donné de son évolution par une IRA.

Référence

[1] Haas M, et al. Am J Kidney Dis 2000;35:433-7.

AN011

Affiche Néphrologie

Une pression pulsée élevée en consultation est un marqueur prédictif d'évolution péjorative chez les patients atteints d'une GN IgA

R Boulahrouz^a, L Kaba^a, M Moudachirou^a, C Stanescu^a, C Charasse^a, KS Ang^a, PH Le Cacheux^a, F Leonetti^a, N Rioux^b, P Simon^{c,*}

^a Service de néphrologie et de dialyse, hôpital Yves-Le-Foll, Saint-Brieuc, France ; ^b Laboratoire d'Anatomie Pathologique B, CHU Pontchaillou, Rennes, France ; ^c Service de néphrologie et de dialyse, centre hospitalier, Saint-Brieuc, France

* Auteur correspondant.

Objectif. - L'objectif de ce travail est d'évaluer si la survenue d'une pression pulsée élevée en consultation (PP_c) est associée aux lésions vasculaires rénales (LVR) présentes lors du diagnostic histologique d'une glomérulonéphrite à dépôts mésangiaux d'IgA (GNIgA).

Patients et méthodes. - Une cohorte de 587 patients (pts) atteints de GN IgA est suivie dans le même service hospitalier. Nous comparons un groupe (G1) de 60 pts avec PP_c normale (< 60 mmHg) à un groupe (G2) avec PP_c élevée, les pts étant appariés selon l'âge et le sexe (G1 = 47+/-12 ans, G2 = 43+/-15 ans, 43 hommes et 13 femmes dans chaque groupe). Tous les pts ont une pression artérielle de consultation (PA_c) < 140/90 mmHg et une fonction rénale normale (la clairance de la créatinine calculée la formule de Cockcroft et Gault > 59 ml/mn) au moment de la biopsie rénale (BR). Les paramètres étudiés sont la PA systolique (PAS_c), la PA diastolique (PAD_c), la PP_c, la protéinurie des 24 h et la ClCr. L'évolution de la GNIgA est évaluée à 85+/-13 mois pour G1 et 82+/-17 mois pour G2 (ns).

Résultats. - Les pts du G2 sont comparés aux pts du G1 après une durée moyenne de suivi de 7 ans. 1) PAS_c = 153+/-14 vs 129+/-18 mmHg, p < 10⁻³, PAD_c = 77+/-10 vs 76+/-14 mmHg, ns, 2) PP_c = 75+/-7 vs 54+/-7 mmHg, p < 10⁻³, 3) nb de pts avec protéinurie > 1g/24h : 36 pts (60 %) vs 17 pts (28 %), p < 10⁻³, 4) nb de pts avec protéinurie > 3 g/24 h : 22 pts (36,7 %) vs 5 pts (8 %), p < 10⁻³, 5) nb de pts avec LVR à la BR : 42 pts (70 %) vs 15 pts (25 %), p < 10⁻⁴, 6) nb de pts avec IRC (ClCr < 60 ml/mn) : 26 pts (43 %) vs 2 pts (3 %), p < 10⁻⁴, 7) nb de pts avec IRCT (ClCr < 15 ml/mn) : 11 pts (18 %) vs 2 pts (3 %), p < 0.01.

Discussion. - La survie rénale des pts atteints de GN IgA est classiquement dépendante des niveaux de protéinurie (> 1 g/24 h) et de PA. (> 125/75 mmHg). Cette étude précise qu'une PP_c élevée (> 60 mmHg) est significativement associée à : 1) une protéinurie des 24 h > 1 g/24 h, voire néphrotique (> 3 g/24 h, 2) la présence de LVR au moment de la BR, 3) l'évolution vers l'insuffisance rénale chronique.

Conclusion. - La présence de LVR au moment du diagnostic histologique de GNIgA est associée à l'apparition à 7 ans d'une PP_c élevée et d'une insuffisance rénale chronique. Un PP_c > 60 mmHg au cours du suivi de patients atteints de GNIgA est un marqueur prédictif d'une évolution péjorative de la néphropathie.

AN012

Affiche Néphrologie

Bisphosphonates et insuffisance rénale dans l'étude IRMA

V. Launay-Vacher^a, S. Oudard^b, N. Janus^a, C. Le Tourneau^c, J.-P. Spano^d, J. Gligorov^e, X. Pourrat^f, J.-F. Morere^g, P. Beuzeboc^c, G. Deray^a

^a Service de néphrologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^b Service d'oncologie médicale, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France ; ^c Service d'oncologie médicale, institut Curie, Paris, France ; ^d Service d'oncologie médicale, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^e Service d'oncologie médicale, hôpital Ténon, Paris, France ; ^f Service de pharmacie, hôpital Trousseau, Tours, France ; ^g Service d'oncologie médicale, hôpital Avicenne, Bobigny, France

Introduction. - L'étude IRMA (Insuffisance Rénale et Médicaments Anticancéreux) réalisée en oncologie a rapporté une importante prévalence de l'insuffisance rénale parmi 4684 patients avec environ 60 % des patients présentant une clairance de la créatinine < 90 ml/min, quel que soit le type de tumeur et/ou la sévérité de la maladie oncologique. Dans cette sous-analyse de l'étude IRMA, la fréquence de l'IR, chez les patients présentant des métastases osseuses et traités par bisphosphonates (BPs), a été étudiée.

Matériels et méthodes. - Recueil de données rétrospectif pour tous les patients hospitalisés ou vus en hôpital de jour durant 2 périodes de 15 jours chacune (1-15 février 2004 et 1-15 octobre 2004). Les données collectées étaient pour chaque patient, sexe, âge, poids, créatininémie (SCR), hémoglobininémie, type de tumeur, métastases osseuses et/ou viscérales et la chimiothérapie prescrite au moment de la visite. Les patients mineurs, dialysés ou souffrant de myélome étaient exclus de l'étude. Chaque patient n'était inclus qu'une seule fois. La fonction rénale était évaluée à l'aide des formules de Cockcroft-Gault (CG) et aMDRD. Parmi les médicaments anticancéreux prescrits, dont les BPs, ceux nécessitant une adaptation de la posologie chez le patient insuffisant rénal, et ceux néphrotoxiques, ont été identifiés grâce aux recommandations du RCP (Résumé des caractéristiques du Produit) et de la littérature.

Résultats. - Parmi les 15 services d'oncologie français participant, 1000 patients présentaient des métastases osseuses et 173 (17,3 %) recevaient des BPs (133 femmes, 40 hommes, âge moyen : 60,2 ans, poids moyen : 66,3 kg). 10,4 % de ces patients avaient une SCR > 110 µmol/l. 54,3 et 52 % présentaient une clairance de la créatinine (ou un débit de filtration glomérulaire) < 90 ml/min (ou ml/min/1,73m²) estimés selon les formules de CG ou aMDRD, respectivement. 19 % des patients sous BPs avaient également une IR et nécessitaient une adaptation de la posologie des BPs. 10,4 % n'avaient pas de SCR disponible pour estimer leur niveau de fonction rénale.

Discussion. - Plus de la moitié des patients atteints d'un cancer au stade métastatique et sous BPs ont une fonction rénale altérée. Ces patients sont donc exposés à un risque accru de néphrotoxicité iatrogène. De plus, près de 20 % de ces patients sont surdosés en BPs du fait de la non-adaptation de la posologie au regard de leur niveau de fonction rénale.

Conclusion. - Chez ces patients, il est donc crucial d'évaluer la fonction rénale des patients à l'aide d'au moins une des formules existantes, d'adapter la posologie des BPs ainsi que des autres médicaments anticancéreux et de tenir compte de la néphrotoxicité des médicaments prescrits.

AN013

Affiche Néphrologie

Intérêt de la biopsie rénale dans l'évaluation du bénéfice de l'enzymothérapie substitutive de la maladie de Fabry. À propos d'un cas

E. Alamartine^{a,*}, B. Laurent^b, F. Berthoux^c

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ; ^b Laboratoire exploration rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ; ^c Service de néphrologie et transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'enzymothérapie substitutive par l'alpha galactosidase A (ERT) est disponible pour traiter les patients atteints de la maladie de Fabry. Son efficacité sur des critères rénaux, cardiaques ou vasculaires à long terme reste à démontrer. La biopsie rénale pourrait avoir un intérêt considérable pour apprécier le bénéfice de l'ERT car les lésions rénales peuvent servir de marqueur à moyen terme. Nous rapportons le cas d'un homme chez qui 3 biopsies rénales ont été réalisées.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'un homme chez qui le diagnostic a été fait à 23 ans. Son activité enzymatique est nulle, il est porteur d'une mutation R227X du gène GLA. La 1^o biopsie est réalisée à 39 ans en mai 2000 et un traitement par IEC et diurétique est introduit. L'ERT est débutée en juillet 2001. Les biopsies ultérieures sont réalisées à respectivement 26 et 54 mois d'ERT, en même temps que les explorations fonctionnelles rénales.

Résultats. -

	16/05/ 2000 PBR1	23/07/ 2001 ERT	09/09/ 2003 PBR2	19/01/ 2006 PBR3
Protéinurie g/24 H	2	0,57	0	0,19
Microalbumi- nurie mg/24H	ND	50	56	0
Inuline ml/mn/1,73	82	ND	94	69
+ Glucagon	95	ND	99	84

Sur les données des clairances de l'inuline, la perte de filtration glomérulaire a été de 15 % en 5 ans. La 1^o biopsie a montré une surcharge lipidique caractéristique dans les podocytes, les tubes de Henle et les tubes distaux, les cellules musculaires lisses artérielles et artériolaires, et les cellules endothéliales. Les biopsies successives ont montré la disparition des vacuoles lipidiques dans l'endothélium mais une persistance dans les podocytes, les tubes et les cellules musculaires lisses.

Discussion. - Très peu de cas ont été rapportés ayant subi un contrôle histologique. Nos données sont compatibles avec un traitement encore relativement court, car certains

dépôts disparaissent tardivement. Toutefois, elles suggèrent l'importance de débiter précocement l'ERT qui joue sans doute plus un rôle préventif que curatif.

Conclusion. - La biopsie rénale nous semble un élément clé dans la maladie de Fabry, tant pour l'évaluation des lésions initiales que pour juger du bénéfice de l'ERT.

AN014

Affiche Néphrologie

Quelle place pour la N-Acétyl-cystéine dans la prévention de l'insuffisance rénale aiguë au produit de contraste iodé à l'heure de l'hydratation par bicarbonate ?

A.-E. Heng ^{a,*}, V. Decalf ^b, H. Jolly ^b, B. Aublet-Cuvelier ^c, X. Marcaggi ^d, B. Souweine ^a, E. Celarier ^c, D. Jaubert ^a, P. Deteix ^a

^a Service de néphrologie et réanimation médicale, CHU, Clermont-Ferrand, France ; ^b Service de cardiologie, CHU, Clermont-Ferrand, France ; ^c Service de statistique et d'épidémiologie médicale, CHU, Clermont-Ferrand, France ; ^d Service de cardiologie, hôpital, Vichy, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un facteur de risque majeur d'insuffisance rénale aiguë (IRA) après injection de produit de contraste iodé (IRAPC). Pour diminuer ce risque, une expansion volémique est recommandée. L'hydratation par bicarbonate de sodium (BicNa) est la mesure de prévention la plus efficace [1]. La N Acétyl cystéine (NAC) est un agent antioxydant prescrit en association avec une hydratation pour diminuer l'incidence de l'IRAPC. Son efficacité est encore débattue et limitée aux études utilisant une hydratation par NaCl [2]. Cette étude prospective contrôlée randomisée en double aveugle compare l'efficacité de l'association NAC + BicNa à placebo + BicNa pour prévenir l'IRAPC après coronarographie.

Patients et méthodes. - Inclusion de janv 2002 à nov 2004, patients en IRC stable < 56 ml/min (Cockcroft) admis en cardiologie pour coronarographie. Exclusion : IRA, instabilité hémodynamique, hypotension, prise de néphrotoxique ou d'iode 30j avant, ou de NAC 48 h avant, < 18 ans, grossesse. Hydratation : BicNa 14 % 1 ml/kg/h 12h avant et après coronarographie (6h si insuffisance cardiaque). Traitement : NAC oral : 1200 mg 2 fois par jour la veille et le jour de l'injection iodée ou placebo. Produit de contraste : iodixanol 78 % ou iomeprol 12 %. Critères de jugement : l'incidence de l'IRAPC entre J0 et J2 définie par un au moins des critères suivants : augmentation > à 44 µmol/l de créatinine plasmatique (a), augmentation > de 25 % de créatinine plasmatique (b), diminution de clairance de créatinine (Cockcroft) > à 5 ml/min (c).

Résultats. - L'analyse des 60 patients inclus (âges 73 +/- 8 ans, créatinémie 183 +/- 64 µmol/l, clairance 35.3 +/- 10,8 ml/min) ne retrouve pas de différence significative entre le groupe traité par NAC (n = 28) ou par placebo (n = 32) concernant l'âge (74 vs 72), le sexe, le poids, la tension, le diabète (39 vs 38 %), la créatinine (178 vs 193 µmol/l), la clairance (37 vs 34 ml/min), l'hématocrite, la protidémie avant injection d'iode, le nombre de stent, la quantité de produit de contraste (208 +/- 70 vs 198 +/- 79), l'iodixanol (75 % vs 81 %). L'incidence de IRAPC est de 8.3 %

(3.3 % critère a, 5 % critère b, 8.3 % critère c). Elle n'est pas significativement diminuée par l'utilisation de NAC à forte dose. L'incidence de IRAPC dans le groupe NAC vs placebo est 7,1 % vs 9,3 %, p = 1 (0 vs 6.3 % p = 0.49 critère a, 3.5 % vs 6.3 % p = 1 critère b, 7.1 % vs 9.3 % p = 1 critère c) respectivement.

Discussion. - Compte tenu de la faible incidence d'IRAPC observée dans notre étude avec hydratation par BicNa, il serait nécessaire d'inclure 3002 patients par groupe pour mettre en évidence un effet préventif de la NAC (puissance : 90 %, risque à : 5 %).

Conclusion. - L'utilisation de NAC pour prévenir l'IRAPC paraît désuète à l'heure de l'hydratation par BicNa.

Références

- [1] Merten GJ, et al. JAMA 2004;29:2328-34.
- [2] Vaitkus PT, et al. Am Heart J 2007;153:275-80.

AN015

Affiche Néphrologie

Prévalence des anomalies rénales chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : résultats de l'étude MATRIX

S. Karie ^a, F. Gandjbakhch ^b, N. Janus ^{a,*}, C.-U. Mai Ba ^a, S. Rozenberg ^b, V. Launay-Vacher ^a, P. Bourgeois ^b, G. Deray ^a

^a Service de néphrologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^b Service de rhumatologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'insuffisance rénale (IR) est une pathologie courante dans la population générale. Cependant, il n'existe aucune donnée sur la fréquence de l'IR chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). L'étude MATRIX (MeThotrexate And Renal Insufficiency) a pour objectif de déterminer la prévalence de l'IR, de la protéinurie (PU), des anomalies du sédiment urinaire (SU), de l'hypertension artérielle (HTA) et du diabète chez ces patients.

Matériels et méthodes. - Étude prospective observationnelle portant sur les patients ayant consulté en hôpital de jour, en consultation ou hospitalisés dans le service de Rhumatologie du 18 avril 2006 au 31 juillet 2006. La fonction rénale était estimée selon les formules de Cockcroft-Gault (CG) et aMDRD. La recherche de la PU et des anomalies du SU a été effectuée par bandelette urinaire (BU).

Résultats. - 129 patients (109 femmes et 20 hommes) ont été inclus : âge moyen 55,2 ans, poids moyen 66,6 kg, ancienneté moyenne de la PR 9,5 ans. La créatininémie (SCR) et la BU étaient disponibles respectivement pour 79,1 % et 76,7 % des patients. Les analyses ont été réalisées chez les patients dont les données étaient disponibles. Bien que 99 % des patients présentaient une SCR normale, 60,6 et 66,7 % d'entre eux avaient une clairance de la créatinine (ou un débit de filtration glomérulaire) estimé < 90 ml/min (ou ml/min/1,73m²) selon CG ou aMDRD, respectivement. Une PU (= 1+), une hématurie (= 1+), une leucocyturie (= 1+) ont été observées chez 16,2 ; 17,2 et 22,2 % des patients, respectivement. Une HTA et un diabète étaient observés respectivement chez 24,8 et 7,8 % des patients. Le méthotrexate ou MTX (dose moyenne 15,5 mg/semaine, durée moyenne

d'exposition 4,6 ans) était prescrit chez 82,2 % des patients. Avec CG, 20,5 % (17/83) des patients sous MTX ayant une SCR disponible devraient avoir une adaptation de la posologie au regard de leur fonction rénale (CG < 60 ml/min). 92,5 % de ces patients avaient une dose de MTX correctement adaptée selon leur fonction rénale.

Discussion. - Près des deux tiers des patients atteints de PR ont une fonction rénale altérée alors que la SCR est normale. 16 à 22 % présentent une PU ou une anomalie du SU. Une surveillance attentive de la fonction rénale doit être de règle chez les patients atteints de PR ce, autant que la majorité d'entre eux sont exposés au MTX (néphrotoxique à fortes doses mais dont l'innocuité aux faibles doses utilisées en rhumatologie n'est pas prouvée à ce jour) et aux autres médicaments potentiellement néphrotoxiques (comme par exemple les AINS).

Conclusion. - Cette étude montre la grande fréquence de l'atteinte rénale (IR et anomalies du SU) chez les patients atteints de PR. La néphrotoxicité du MTX à faibles doses reste à préciser.

AN016

Affiche Néphrologie

Étude histopathologique de l'atteinte rénale dans le diabète de type 2 : expérience de 86 cas

M. Ait Sayad ^{a,*}, B. Laurent ^b, C. Mariat ^c, D. Thibaudin ^c, E. Alamartine ^c, F. Berthoux ^d

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ; ^b Service de néphrologie et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ; ^c Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ; ^d Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

* Auteur correspondant.

Rationnel. - La nature et la prévalence des diverses atteintes rénales dans le diabète de type 2 (diab 2) ne sont pas encore parfaitement établies. La probabilité clinique de telle ou telle atteinte apparaît comme insuffisante.

Patients et méthodes. - Dans cette étude rétrospective, nous avons analysé les résultats des ponctions biopsies rénales (PBR) réalisées chez 86 patients, le plus souvent hypertendus, avec diab 2 et présentant des signes d'atteinte glomérulaire [protéinurie = 0.30g/24h ou MA de 30 à 300 mg/j, et/ou syndrome néphrotique/néphritique et/ou une insuffisance rénale chronique (IRC) inexpliquée ou rapidement progressive) avec ou sans rétinopathie diabétique. Les objectifs étaient 1- d'établir les différents types histopathologiques observés et leur prévalence ; et 2- d'essayer de dégager les critères cliniques, biologiques, et autres permettant de prédire l'existence d'une glomérulosclérose diabétique (GSD) ou d'une néphropathie non diabétique (NND).

Résultats. - L'étude concerne 86 patients (63 hommes, 73 %) dont l'âge moyen (SD) était 65,7 (10,6) ans au moment de la PBR. Les lésions histopathologiques ont été classées en 4 groupes : - groupe 1 avec 46 patients (53.48 %) présentant une GSD ; - groupe 2 avec 21 patients présentant des lésions de néphroartériolose prédominante, NAS (24.41 %) ; - groupe 3 avec 15 patients (17.44 %)

présentant une glomérulonéphrite bien précise dont 9 cas avec néphropathie à IgA ; et - groupe 4 avec 4 patients (4.65 %) présentant des lésions tubulo-interstitielles aiguës ou chroniques (NTI-A/C). La GSD est hautement probable si le patient présente déjà une rétinopathie diabétique (P = 0.003) et/ou mieux déjà trois complications diabétiques (P = 0.0008) et/ou si la durée du diab 2 est grande (>10.5 ans) (P = 0.035) et/ou en cas d'absence d'hématurie microscopique significative (< 20 GR/mm³), plus volontiers associée à une glomérulonéphrite (P = 0.03).

Discussion. - Ce travail bien que limité nous permet de dégager des recommandations sur les indications de PBR dans le diab 2. Il sera nécessaire de valider de façon prospective leur application et leur validité.

Conclusion. - La PBR doit être réalisée chez le patient avec un diab 2, en cas d'atteinte rénale glomérulaire significative, si le patient n'a aucune complication du diabète et en particulier pas de rétinopathie diabétique et/ou si le diab 2 est récent et/ou a fortiori s'il existe une hématurie microscopique significative. Dans ce cas, la probabilité d'une néphropathie non diabétique est élevée.

AN017

Affiche Néphrologie

Une épidémie d'entérocoque résistant à la vancomycine dans un service de néphrologie

A. Servais ^a, L. Mercadal ^a, M. Venditto ^b, B. Issad ^a, C. Bagnis ^b, I. Tostivint ^b, G. Deray ^b, J. Robert ^c

^a Service de néphrologie, GHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^b Service de néphrologie, GHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^c Service de bactériologie-hygiène, GHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Introduction. - L'entérocoque a émergé au cours de la dernière décennie comme un important germe nosocomial et des épidémies d'Entérocoque Résistant à la Vancomycine (ERV) se sont développées, tout particulièrement aux États-Unis.

Patients et méthodes. - Un ERV de type *Enterococcus faecium* VanB a été isolé dans le liquide péritonéal d'un patient, en l'absence d'infection, en janvier 2007. Immédiatement, des mesures ont été prises avec écouvillonnage de tous les patients ayant été en contact potentiel avec ce patient dans les services d'hospitalisation, de dialyse péritonéale et d'hémodialyse. Trois secteurs d'isolement ont été établis avec les porteurs, les contacts et les nouveaux patients. Les données clinicobiologiques (durées d'hospitalisation, comorbidités, antibiothérapies reçues, épuration extrarénale, cathéters) des patients porteurs et des contacts ont été recueillies et analysées.

Résultats. - 203 contacts et 14 porteurs ont été identifiés (et 2 porteurs d'une souche différente). L'âge moyen était de 66,8 +/- 14,6 ans chez les porteurs et 60,2 +/- 16,1 ans chez les contacts (p = NS). Par rapport aux contacts, les porteurs ont été davantage hospitalisés dans le service en 2006 (16,6 +/- 20,5 jours vs 6,9 +/- 18,4 jours, p = 0,05) et en janvier 2007 (12,1 +/- 15,5 jours vs 2,1 +/- 3,9 jours, p = 0,01). 85,7 % des porteurs étaient hémodialisés contre 32,5 % des contacts (p = 0,0004), 7,1 % contre 18,1 % en dialyse péritonéale et aucun contre 4,4 % transplantés. Les porteurs avaient reçus plus d'antibiotiques en 2006 que les contacts (3,4 +/- 2,6 vs 0,7 +/- 1,7, p = 0,007),

en décembre 2006 (1,6+/-1,6 vs 0,4+/-1,6, $p = 0,05$) et en janvier 2007 (2,4+/-1,7 vs 0,4+/-0,8, $p = 0,008$). 50 % des porteurs avaient un cathéter central contre 2,5 % des contacts ($p = 0,02$) et 14,3 % une sonde urinaire contre 3,1 %. 50 % des porteurs étaient diabétiques contre 32,5 % ; 14,3 % avaient un mal perforant contre 10,6 % et 7,1 % une plaie chronique contre 1,2 % des contacts.

Discussion. - La présence d'ERV est restée asymptomatique sauf chez un patient qui a développé une septicémie résolutive sous antibiothérapie. Le portage est favorisé par des hospitalisations prolongées ou répétées et les traitements antibiotiques. Les patients hémodialysés, porteurs de cathéters, diabétiques avec plaies chroniques ou mal perforant sont particulièrement exposés.

Conclusion. - Les services de Néphrologie courent un risque accru d'épidémies à ERV. Des mesures d'hygiène renforcées et un usage contrôlé des antibiotiques s'imposent.

AN018

Affiche Néphrologie

Deux cas de glomérulonéphrites à IgA au cours d'une endocardite infectieuse diagnostiqués à tort comme purpura rhumatoïde

B. Pons ^a, E. Alamartine ^{b,*}, C. Roche ^c, C. Sauron ^a, B. Laurent ^d, F. Berthou ^e

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ;

^b Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France ;

^c Service de néphrologie, CHG, Roanne, France ;

^d Laboratoire explorations rénales, CHU de Saint-Étienne, France ; ^e Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Saint-Étienne, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'endocardite infectieuse (EI) est une pathologie gravissime dont la prise en charge doit être la plus précoce possible. Les manifestations rénales de l'EI sont polymorphes, et se présentent parfois comme de véritables glomérulonéphrites avec des dépôts variés. Les données de la ponction biopsie rénale (PBR) sont d'interprétation difficile. Une manifestation rénale rare mais possible de l'EI est une glomérulonéphrite avec des dépôts mésangiaux d'IgA, ce qui dans une présentation clinique torpide, pose le problème du diagnostic différentiel d'un authentique purpura rhumatoïde.

Patients et méthodes. - 2 patients de 57 et 58 ans ont été hospitalisés devant l'apparition progressive d'une altération massive de l'état général, avec de la fièvre, des arthralgies prédominant aux genoux et chevilles, et un purpura non infiltré non thrombopénique des membres inférieurs. Il n'y a pas de douleurs abdominales. La fonction rénale est altérée (créatininémie à 150 et 170 $\mu\text{mol/L}$), associée à une hématurie macroscopique et une protéinurie néphrotique. L'examen cardiovasculaire est normal, de même qu'une échocardiographie trans-oesophagienne réalisée chez l'un des 2 patients. Le bilan immunologique ainsi que la recherche large d'agents infectieux sont négatifs.

Résultats. - La PBR retrouve en microscopie optique des lésions de glomérulonéphrite mésangiale avec toutefois des lésions segmentaires hyalinisantes et nécrosantes. Il n'y a pas de prolifération extracapillaire. En immunofluorescence les

dépôts sont majoritairement de l'IgA mésangiale, coexistant avec de l'IgM et du C3. Une corticothérapie à hautes doses est mise en place ce qui permet une amélioration de la fonction rénale. Les patients développent dans les suites un tableau progressif d'insuffisance cardiaque majeure, avec valvulopathie mitrale et aortique sévère. Un remplacement valvulaire est réalisé, avec mise en évidence sur les prélèvements d'un germe du groupe HACEK et d'un streptocoque.

Discussion. - La présentation clinique évoquait un purpura rhumatoïde, confortée par les résultats de la PBR. Nous n'avons aucun argument pour évoquer une EI, si ce n'est quelques atypies histologiques.

Conclusion. - L'hypothèse d'un purpura rhumatoïde ne doit pas faire méconnaître une EI subaiguë, surtout avant d'envisager l'administration de stéroïdes.

AN019

Affiche Néphrologie

Néphronophtise juvénile à révélation tardive

D. Zellama ^{a*}, A. Belarbia ^a, Y. Guédri ^a, S. Nouria ^a, A. Omezzine ^b, A. Bouslama ^b, A. Achour ^a

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie ; ^b Laboratoire de biochimie, hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - La néphronophtise est une néphropathie interstitielle chronique héréditaire qui obéit à une transmission autosomique récessive multigénique : NPHP1, NPHP2, NPHP3, NPHP4, NPHP5. La forme juvénile liée à une mutation du gène NPHP1 est la plus fréquente, elle se complique d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avant l'âge de 15 ans.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'une observation à propos d'un cas. La détection des délétions chromosomiques de la néphronophtise a été réalisée par PCR.

Résultats. - Nous rapportons l'observation d'un jeune homme âgé de 26 ans présentant une IRC avancée définie par une créatininémie = 380 $\mu\text{mol/L}$ soit une clearance calculée = 24,3 ml/mn due à une néphronophtise juvénile. Cette néphropathie a été découverte à l'occasion d'une hospitalisation pour déshydratation aiguë associée à des vomissements et des épigastralgies en rapport avec une pancréatite aiguë. À l'interrogatoire, le patient nous rapporte l'existence d'un frère âgé de 15 ans atteint de néphronophtise. L'examen met en évidence des signes francs de déshydratation globale. Les examens biologiques montrent : créatinine = 1096 $\mu\text{mol/L}$; Urée = 84 mmol/L, Acide urique = 579 $\mu\text{mol/L}$; Na = 118 mmol/L ; K = 5,8 mmol/L ; HCO = 14 mmol/L ; Gly = 5,3 mmol/L ; Ca = 1,9 mmol/L ; Ph = 3,41 mmol/L ; Amylase = 652 UI/L ; Lipase = 1748 UI/L ; Nau = 60 mol/24h ; Ku = 20 mmol/24 h. ECBU : L < 1, H < 1 ; protéinurie de 24 h Nulle. L'échographie rénale met en évidence la présence de 2 reins diminués de taille mal différenciés à cavités excrétrices fines. L'étude génétique confirme la présence d'une mutation du gène NPHP1. L'évolution a été favorable après réhydratation ; la créatininémie est stable 380 - 400 $\mu\text{mol/L}$ depuis 3 mois.

Discussion. - La néphronophtise juvénile devrait conduire à l'IRCT vers l'âge de 15 ans. Dans notre observation, le patient a une délétion homozygote du gène NPHP1 mais

conserve une clearance de 24 ml/mn à l'âge de 26 ans ce qui témoigne d'un polymorphisme génétique complexe.

Conclusion. - La révélation tardive de l'IRC constitue l'originalité de notre observation et suggère qu'il existerait une hétérogénéité génétique au sein même de la forme liée à NPHP1 de néphronophtie.

AN020

Affiche Néphrologie

Méningoencéphalite à rechute chez une patiente atteinte d'amylose AA et traitée par dialyse péritonéale

D. Jaubert^a, C. Guiraud^a, C. Henquell^b, A.-E. Heng^a, H. Laurichesse^c, B. Souweine^a, P. Deteix^a

^a Service de néphrologie, réanimation médicale, centre hospitalo-universitaire, Clermont-Ferrand, France ; ^b Service de virologie, centre hospitalo-universitaire, Clermont-Ferrand, France ; ^c Service de maladies infectieuses, centre hospitalo-universitaire, Clermont-Ferrand, France

Introduction. - Une femme âgée de 20 ans, primipare, a une amylose AA depuis sept ans associée à un syndrome inflammatoire de cause indéterminée. Il existe un syndrome néphrotique (SN) intense et la dialyse péritonéale automatisée (DPA) a été débutée il y a 18 mois. Elle est hospitalisée pour un dysfonctionnement de la DPA. Son bébé a présenté un syndrome fébrile une semaine auparavant. Une semaine après son admission apparaissent une éruption de type roséole non prurigineuse et 48 h après un syndrome confusionnel fébrile.

Patients et méthodes. - Le scanner ne montre pas de thrombophlébite cérébrale. Le liquide céphalo-rachidien (LCR) est celui d'une méningo-encéphalite (ME) à liquide clair (340 leucocytes, 78 % de neutrophiles). Un traitement par amoxicilline et aciclovir est instauré. La recherche du génome des virus classiques (herpes simplex 1 et 2, VZV, entérovirus) est négative, il existe un virus herpes de type HHV6. La détection quantitative est de 19 millions de copies/mL dans le sang et 142000 copies/mL dans le LCR. L'arrêt du traitement est décidé devant l'apparition de paroxysmes délirants sous aciclovir et l'absence de preuve d'efficacité de cet antiviral sur l'HHV6. Le syndrome fébrile et les signes neurologiques s'amendent en une semaine sans séquelle. Deux mois après cet accès, le syndrome confusionnel fébrile récidive avec présence de l'HHV6 dans le LCR (6760 copies/mL). Devant la récurrence précoce de l'atteinte méningée chez cette patiente immunodéprimée (DPA, amylose, dénutrition, SN...) un traitement par foscavir est instauré pendant 15 jours avec une amélioration rapide de la symptomatologie aussi bien clinique que virologique et sans récurrence à ce jour.

Discussion. - L'HHV6, virus ubiquitaire et agent causal de la roséole chez l'enfant, est rarement impliqué dans les ME et dans ce cas préférentiellement chez l'immunodéprimé (VIH, greffe de moelle osseuse). La récurrence de la ME peut s'expliquer par l'état d'immunosuppression de la patiente associé à la réactivation ou à la persistance de la réplication virale dans le LCR.

Conclusion. - La possibilité de l'HHV6 comme agent causal doit être envisagée en cas de ME chez l'immunodéprimé.

Si ce virus est mis en évidence le foscavir est un traitement à considérer.

AN021

Affiche Néphrologie

La fraction excrétée de l'urée est le meilleur marqueur diagnostique du caractère organique ou fonctionnel d'une insuffisance rénale aiguë

A. Dewitte^a, L. Petit^a, M. Biais^a, O. Pouquet^a, K. Nouette-Gaulain^a, F. Sztark^a, C. Combe^{b,*}

^a Service d'anesthésie-réanimation, CHU, Bordeaux, France ; ^b Service de néphrologie, centre hospitalier universitaire, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le type d'une insuffisance rénale aiguë (IRA), fonctionnelle (IRAF) ou par nécrose tubulaire aiguë (NTA) est souvent difficile à établir. La fraction excrétée de sodium (FENa) utilisée pour distinguer IRAF et NTA est un mauvais indice en cas de traitement par diurétiques, fréquent dans ce contexte. La fraction excrétée de l'urée (FEUr) n'étant pas influencée par les diurétiques [1], nous avons évalué son intérêt dans l'IRA en réanimation.

Patients et méthodes. - Etude prospective observationnelle réalisée dans les services de réanimation chirurgicale. Les patients (pts) ont été inclus dès le stade R du score de RIFLE (Crit Care 2004 ; 8 : 204) et ont été divisés en 2 groupes : IRAF ou NTA. Le diagnostic du type de l'IRA a été porté a posteriori par un groupe d'experts, en aveugle de la FENa et de la FEUr, sur des données anamnestiques, cliniques incluant des critères prédictifs à une réponse au remplissage vasculaire, biologiques, et d'évolution des pts. Les indices diagnostiques urinaires et plasmatiques ont été mesurés à J1, J2, J3, J5 et J7 de l'IRA. La significativité à $p < 0,05$ a été retenue pour les tests de Chi-2 et Student (résultats en moy \pm SD).

Résultats. - 24 pts ont été inclus, dont 13 avec IRAF. Le score IGS II moyen était de 41 ± 16 . 20 pts ont reçu des diurétiques. Seule la FEUr permet de différencier NTA et IRAF dès J1 :

Indice	NTA	IRAF	p
FEUr	55 \pm 16	33 \pm 11	0,001
FENa	6 \pm 4	4 \pm 6	0,17
U/P Créat	16 \pm 20	44 \pm 35	0,98
Urée/Créat plasma	82 \pm 55	84 \pm 43	0,53

Les courbes ROC confirment l'intérêt de la FEUr, avec une sensibilité de 0,91 et une spécificité de 1 pour une FEUr $< 40\%$ (vs. 0,36 et 0,80 pour FENa $< 1\%$).

Discussion. - Une FEUr $< 40\%$ est un indice plus sensible et plus spécifique d'IRAF que tous les autres indices testés, notamment la FENa. Elle est utilisable même en cas d'administration de diurétiques et chez les patients de réanimation souvent hypercataboliques.

Conclusion. - L'utilisation de la FEUr doit faire partie de l'évaluation des IRA dans la pratique clinique courante.

Référence

[1] Carvounis CP, et al. Kidney Int 2002;62:2223-9.

AN022

Affiche Néphrologie

Analyse descriptive des néphropathies biopsiées à Dakar de 1995 à 2004

A. Niang, G. Faye, E.-F. Ka, K. Bensouda, B. Diouf

Service de néphrologie et de dialyse, hôpital Aristide-Le-Dantec, Dakar, Sénégal

Introduction. - La ponction biopsie rénale est à la base des connaissances actuelles et des progrès en cours en néphrologie. Elle a permis par l'étude histologique et immuno-histo-chimique d'établir un diagnostic précis, de déterminer les thérapeutiques appropriés et le pronostic de multiples maladies rénales. Le but de cette étude était d'analyser les aspects épidémiologiques, anatomocliniques et évolutifs des néphropathies biopsiées au service de néphrologie de l'hôpital Aristide-Le-Dantec.

Patients et Méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 10 ans. Ont été inclus 369 patients biopsiés avec l'aiguille de Vim silverman, le repérage se faisant par l'échographie abdominale.

Résultats. - La moyenne d'âge était de 28 ans avec un sex-ratio homme/femme de 1,4. Les indications étaient le syndrome néphrotique dans 64,2 % des cas, le lupus érythémateux systémique avec 7,3 % des patients, la glomérulonéphrite chronique dans 3,8 % des cas. Les atteintes glomérulaires étaient prédominantes avec 86,7 % des biopsies. Suivent les atteintes tubulo-interstitielles avec 6,3 %, les atteintes vasculaires avec 4,3 %. 2,7 % des néphropathies n'ont pas été classées. La recherche étiologique a retrouvé 76,1 % de néphropathies primitives, 21,1 % secondaires, et 2,8 non classées. À l'histologie, les lésions les plus fréquemment retrouvées étaient l'hyalinose segmentaire et focale (42 %), la glomérulonéphrite extramembraneuse (16,8 %), et la lésion glomérulaire minime (14,3 %). Sous traitement spécifique, prednisone et cyclophosphamide, l'évolution était plus favorable en cas de lésion glomérulaire minime.

Discussion. - L'hyalinose segmentaire et focale reste la première forme anatomoclinique primitive retrouvée dans notre région comme retrouvée dans des études antérieures.

Conclusion. - La ponction biopsie rénale représente un acte indispensable en néphrologie, permettant d'établir un diagnostic précis et de proposer un traitement adapté. Son indication posée, elle doit être réalisée le plus précocement possible.

AN023

Affiche Néphrologie

État parodontal de l'insuffisant rénal chronique : étude cas témoins portant sur 200 patientsE.-F. Ka^a, A. Seck-Diallo^b, A. Niang^a, H.-M. Benoit^b, A. Diouf^b, A. Ahnou-Kouadio^b, M. Sembene^b, P.-D. Diallo^b, B. Diouf^a

^a Service de néphrologie et de dialyse, hôpital Aristide-Le-Dantec, Dakar, Sénégal ; ^b Service de parodontologie, université Cheikh-Anta-Diop, Dakar, Sénégal

Introduction. - L'insuffisance rénale chronique (IRC) est la perte progressive et définitive des fonctions rénales secondaire à des lésions irréversibles des structures du rein.

Elle a des retentissements sur l'ensemble de l'organisme notamment au niveau de la cavité buccale et du parodonte.

Patients et méthodes. - Une étude prospective cas-témoins constituée de 200 sujets âgés de 15 à 81 ans a été réalisée au service de néphrologie du CHU A.-Le-Dantec de Dakar. L'objectif était d'évaluer leur état parodontal.

Résultats. - Les scores de l'indice de plaque étaient significativement plus élevés chez les patients en IRC (IP₁₁ 2,11 ± 0,7) comparés au groupe témoin (IP₁₁ 1,07 ± 0,6). L'inflammation gingivale (IG = 1,51 ± 0,5) et la perte d'attache clinique (PAC = 1,37 ± 0,3 mm) ont été plus sévères chez les patients en IRC.

Discussion. - Une corrélation statistiquement significative ($p < 0,001$) entre la durée d'évolution de l'IRC, la profondeur de la poche et la perte d'attache a été trouvée. Une hypertrophie gingivale a été observée chez 41 % des patients IRC contre 13 % chez les témoins.

Conclusion. - Ces résultats montrent la nécessité d'instituer un examen odontologique approfondi et des soins parodontaux en direction des patients en insuffisance rénale chronique.

AN024

Affiche Néphrologie

Maladie de Goodpasture sans anticorps antimembrane basale glomérulaire circulantI. Segalen^a, L. Doucet^b, F. Lellouche^c, P. Siohan^{a,*}, B. Wehbe^a

^a Service de néphrologie, centre hospitalier, Quimper, France ; ^b Service d'anatomopathologie, CHU de Brest, Brest, France ; ^c Laboratoire d'hématologie, centre hospitalier, Quimper, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - La maladie de Goodpasture est une maladie rare caractérisée par un syndrome pneumorénal associant glomérulonéphrite extracapillaire (GEC) et hémorragie intra-alvéolaire. Elle est suspectée par la présence d'anticorps (Ac) anti-membrane basale glomérulaire (MBG) dans le sérum et confirmée par la ponction biopsie rénale (PBR) retrouvant une GEC avec dépôt linéaire d'IgG le long des MBG. Nous rapportons le cas d'une maladie de Goodpasture à localisation uniquement rénale sans Ac anti MBG circulants.

Patients et méthodes. - Un patient de 19 ans est hospitalisé pour fièvre et céphalées. L'examen clinique est normal. Le bilan biologique révèle un syndrome néphrotique impur avec insuffisance rénale, hématurie macroscopique. Les bilans infectieux et immunologique (dont ANCA et anti-MBG par ELISA) sont négatifs. La PBR diagnostique une GEC touchant 50 % des glomérules avec fixation linéaire d'IgG le long des MBG. Le diagnostic de maladie de Goodpasture sans Ac anti-MBG circulant est posé. Le traitement associe échanges plasmatiques (EP), prednisone et cyclophosphamide. Les EP sont arrêtés à la 10^e séance après confirmation de l'absence d'Ac anti-MBG. L'évolution est favorable avec amélioration clinique, normalisation de la fonction rénale. Une protéinurie à 1,5 g/24h et une hématurie macroscopique persistantes au 5^e mois conduisent à proposer une 2^e PBR. Le temps d'occlusion plaquettaire normal initialement est allongé permettant de diagnostiquer une maladie de

Willebrand type 1. La PBR, réalisée sous desmopressine, note une disparition de la prolifération extracapillaire avec persistance de dépôts d'IgG le long des MBG et cylindres hématiques dans les lumières tubulaires.

Discussion. - Ce cas clinique soulève deux problèmes. Le 1^{er} est thérapeutique. 2 à 3 % des syndromes de Goodpasture sont séronégatifs. Les Ac anti MBG ne sont pas détectables par ELISA ou Western Blot mais par des techniques plus sensibles non utilisées en routine. L'intérêt des EP se pose dans ces cas où les Ac antiMBG sont à taux sériques très faibles. Le 2^e est d'ordre séméiologique : comment interpréter l'hématurie en l'absence de prolifération extracapillaire. Celle-ci est-elle entretenue par la maladie de Willebrand alors que persistent des dépôts d'IgG le long des MBG ?

Conclusion. - La PBR reste indispensable pour le diagnostic de maladie de Goodpasture, notamment séronégative. L'intérêt thérapeutique, dans ces formes rares, des EP associés aux immunosuppresseurs reste à évaluer.

Pour en savoir plus

- [1] Salama AD, et al. Am J Kidney Dis 2002;39 (6):1162-7.
[2] Sinico RA et al. Nephrol Dial Transplant 2006;21:397-401.

AN025

Affiche Néphrologie

Mycophénolate mofétil chez des patients atteints de lupus érythémateux systémique : étude prospective pharmacocinétique de l'acide mycophénolique

M. Roland ^a, G. Paintaud ^b, E. Diot ^c, C. Barbet ^a, J.-M. Halimi ^a, Y. Lebranchu ^a, H. Nivet ^a, M. Buchler ^{d,*}

^a Service de néphrologie immunologie clinique, Bretonneau, Tours, France ; ^b Service de pharmacologie clinique, Bretonneau, Tours, France ; ^c Service de médecine interne, Bretonneau, Tours, France ; ^d Service de néphrologie-immunologie clinique, CHRU, Tours, France

* Auteur correspondant.

Objectif. - Le mycophénolate mofétil (MMF) est un immunosuppresseur utilisé dans le traitement du lupus érythémateux systémique (LE), soit en induction, soit comme traitement de fond. Malgré une variabilité inter- et intra-individuelle, des doses fixes du MMF sont prescrites chez ces patients malgré de nombreux travaux issus de la transplantation ayant montré que le suivi pharmacologique thérapeutique (SPT) est utile. De plus, aucun travail sur la cible thérapeutique de l'acide mycophénolique (MPA) au cours du LE n'a été rapporté. Nous avons effectué une étude pharmacocinétique prospective pour déterminer la variabilité du MPA chez des patients atteints de LE et traités par MMF.

Patients et méthodes. - Au total nous avons recensé 23 patients au CHU de Tours atteints de LE et traités par MMF (19 en Néphrologie et 4 en Médecine Interne). Tous les patients recevaient le MMF à des doses fixes, modifiées selon la tolérance clinique mais non adaptées aux concentrations du MPA. Parmi ces patients 18 patients ont participé à une étude pharmacocinétique du MPA avec des prélèvements à T0, T30', T1h, T2h, T3h et T4h. Le MPA était mesuré par la méthode EMIT. Nous avons calculé l'aire sous la courbe sur cette période par la méthode des trapèzes

(AUC0-4h) et normalisée à la dose. Nous avons calculé le coefficient de corrélation entre le C0 et l'AUC0-4h dose normalisée. Nous avons recherché des signes d'intolérance au MMF clinique (diarrhée) et/ou biologique (leucopénie).

Résultats. - Six sur 18 patients ne recevaient pas de stéroïdes. L'AUC0-4h du MPA chez les 18 patients variait entre 10.2 et 50.6 mg*h/L. Il existait encore une plus forte variabilité interindividuelle de l'AUC0-4h lorsque celle-ci était normalisée à la dose, de 10.2- 65.8 mg*h/L. Il existait une excellente corrélation entre l'AUC0-4h dose normalisée et la concentration au T0 ($r^2 = 0.81$). Les trois patients avec une lymphopénie $< 1000/mm^3$ avaient une AUC0-4h entre 29.6 et 50.6 mg*h/L et le seul patient décrivant des troubles digestifs avait une AUC0-4h à 29.6 mg*h/L.

Discussion. - Il existe une variation interindividuelle de la biodisponibilité du MPA chez les patients atteints de LE justifiant un STP. En raison de la bonne corrélation entre le C0 et l'AUC0-4h une surveillance basée sur les concentrations résiduelles du MPA semble suffisante.

Conclusion. - Le STP du MMF chez des patients atteints de LE semble justifié mais en l'absence d'études prospectives, nous ne pouvons pas recommander des cibles thérapeutiques du MPA.

AN026

Affiche Néphrologie

Dépistage et prise en charge de l'anémie des patients diabétiques insuffisants rénaux (hors dialyse) en consultation de diabétologie hospitalière. Résultats préliminaires du programme éducationnel ANEMO

S. Halimi ^a, G. Deray ^b, I. Tostivint ^b, E. Leutenegger ^{c,*}, S. Jacq ^d

^a Service de diabétologie, CHU de Grenoble, Grenoble, France ; ^b Service de néphrologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^c Scientifique, Abr-Pharma, Paris, France ; ^d Service de néphrologie, Roche, Neuilly-Sur-Seine, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Les patients diabétiques insuffisants rénaux chroniques (D-IRC) sont particulièrement exposés à l'anémie. Un programme de sensibilisation (ANEMO) a été réalisé auprès de diabétologues hospitaliers (DH), avec pour objectif de les sensibiliser à la prise en charge (PEC) de l'anémie chez les patients D-IRC, quels que soient leur âge ou leur sexe, en vue d'en prévenir les complications.

Matériels et méthodes. - Depuis fin 2006, 307 DH ont reçu par téléphone des informations sur l'impact de l'anémie et sa PEC précoce, puis complété 335 fiches de recueil d'expérience relatant la prise en charge d'autant de patients DIRC anémiques (critères de sélection : Hb < 11 g/dL et DFG de 15 à 60 mL/min). Ces DH ont été ensuite recontactés pour un entretien dit de « retour d'information ».

Résultats. - 50 % des patients D-IRC dépistés anémiques sont des hommes. L'âge moyen de l'ensemble de la cohorte est de 66 (± 12) ans. 19 % présentent un diabète de type 1, 78 % de type 2, 3 % un diabète secondaire à une pancréatite ou d'origine non renseignée. Le taux moyen d'Hb totale (valeur mesurée la plus basse) est de 9,89 g/dL (58 % des

patients entre 10 et 11 g/dL ; 40 % < 10 g/dL ; valeur max observée : 11,6 g/dL) ; le DFG moyen de 37,03 mL/min. 92 % des patients ont fait l'objet d'un bilan exploratoire qui montre 26 % d'anémie d'origine ferriprive, 75 % par déficit en EPO (EPO-) et 8 % par autre carence. 68 % des patients confirmés EPO- se voient prescrire de l'EPO supplétive [30 % par le DH, dont 2 fois sur 3 après avis néphrologique ; 70 % directement par un néphrologue]. 26 % ne s'en voient pas prescrire (dans un cas sur 2 sur décision du DH, sinon sur celle du néphrologue), et 6 % sont directement adressés à un néphrologue pour avis. 86 % font l'objet d'une recherche de rétinopathie proliférative.

Discussion. - Les données de la population étudiée confirment la fréquence de l'anémie par déficit en EPO chez les patients DIRC dont le taux d'Hb est = 11 g/dL. Le traitement par EPO relève le plus souvent de l'initiative du néphrologue, mais sa prescription est assurée par le DH dans près d'un tiers des cas. Aucun traitement n'est initié pour 1/3 des patients.

Conclusion. - L'objectif du programme ANEMO de sensibiliser les diabétologues hospitaliers au dépistage précoce de l'anémie chez les patients D-IRC est atteint : une majorité de patients sont dépistés sur un taux d'Hb entre 10 et 11 g/dL et une exploration quasi-systématique de l'anémie, permettant d'orienter sa prise en charge, est réalisée.

AN027

Affiche Néphrologie

Résumé : la maladie par anticorps antimembrane basale glomérulaire compliquant un syndrome d'Alport après transplantation rénale : à propos d'un cas

F. Bouabid ^{a,*}, M. El Hammouti ^a, H. Hanin ^b, H. Rhou ^a

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^b N, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Introduction. - La maladie par anticorps antimembrane basale glomérulaire est une complication rare du syndrome d'Alport après transplantation rénale. Elle touche 2,4 % des patients et survient généralement au cours de la première année de la greffe.

Matériels et méthodes. - jeune patiente, âgée de 24 ans, issue d'un mariage consanguin de premier degré et a comme antécédents familiaux une sœur décédée par insuffisance rénale chronique terminale. Le diagnostic retenu avant transplantation rénale était celui d'une néphropathie familiale type hyalinose segmentaire et focale retenu. La patiente a été transplantée par le rein de sa mère. Dix-huit mois après la greffe, elle a présenté un tableau d'insuffisance rénale rapidement progressive associée à une protéinurie et une hématurie. La biopsie du greffon est revenue en faveur d'une glomérulonéphrite à croissants et l'immunofluorescence a montré un dépôt linéaire le long de la membrane basale glomérulaire fait d'IgG et de C3. La recherche dans le sang d'anticorps anti-membrane basale glomérulaire était positive. Le diagnostic de la maladie par anticorps anti-membrane basale glomérulaire compliquant très probablement un syndrome d'Alport dans sa forme récessive a été retenu. La patiente a bénéficié d'un traite-

ment à base de Méthylprédnisolone suivi de bolus de cyclophosphamide, le Mycétophile moféfetil avec en parallèle 6 échanges plasmatiques.

Résultats. - L'évolution a été défavorable avec retour en dialyse malgré la négativation des anticorps anti MBG.

Discussion. - la membrane basale glomérulaire de patients atteints de syndrome d'Alport manque d'un ou plusieurs antigènes normaux. Il se développe après la transplantation d'un rein normal, des anticorps anti MBG. Ces anticorps sont responsables de la glomérulonéphrite à croissants chez les patients dont les altérations ultrastructurales de la membrane basale glomérulaire sont sévères. À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement codifié qui a fait la preuve de son efficacité.

Conclusion. - Le pronostic rénal de cette maladie reste sombre et la perte du greffon est presque toujours la règle à court ou à moyen terme.

AN028

Affiche Néphrologie

Amylose rénale compliquant une maladie de Verneuil : à propos d'un cas

F. Ducret ^a, P. Pointet ^a, C. Turc-Baron ^a, G. Vernin ^a, N. Pinel ^b

^a Service de néphrologie, CH d'Annecy, Annecy, France ;

^b Département d'Anatomie et de cytologie pathologiques, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction. - La maladie de Verneuil, encore appelée hidrosadénite ou hidradénite suppurée est une affection suppurative chronique des glandes apocrines cutanées. Elle se manifeste par des nodules et des abcès avec cicatrisation en relief des zones riches de ces glandes et notamment au niveau axillaire et ano-génital.

Patients et méthodes. - Nous rapportons un nouveau cas d'amylose rénale révélée par un syndrome néphrotique au stade d'insuffisance rénale chronique compliquant une maladie de Verneuil.

Résultats. - Il s'agit d'un homme de 70 ans, dont l'affection cutanée est apparue à l'âge de 15 ans. Toute sa vie a été marquée par des épisodes suppuratifs des zones cutanées pathologiques nécessitant de nombreux traitements antibiotiques avec recours chirurgicaux. Alors que les lésions cutanées sont stables et non infectées (CRP 18 mg) le suivi biologique trouve une créatinine à 180 µmol, la clairance endogène à 35 mL/min. Il existe une protéinurie isolée, non sélective à 16 g/24 h avec hypoalbuminémie à 22 g/L. Le système complémentaire est normal, les IgG à 16 g/L, les IgA à 7.60 g. Il n'y a pas d'auto-anticorps. Une biopsie rénale montrera une amylose AA avec infiltration glomérulaire massive, étendue au niveau vasculaire et interstitiel. Sur les 11 glomérules examinables, 2 sont porteurs d'une prolifération épithéliale avec un croissant cellulaire pur circonférentiel enserrant le floculus imprégné d'amyloïde. L'examen en immunofluorescence sera dépourvu de glomérule.

Discussion. - Au même titre que d'autres lésions cutanées chroniques - lèpre ; épidermolyse bulleuse dystrophique héréditaire ; brûlures et ulcères chroniques infectées ; psoriasis - l'hydrosadénite suppurée peut se compliquer d'amylose AA avec atteinte rénale prépondérante.

Conclusion. - Notre observation rejoint les 4 cas de la littérature de maladie de Verneuil compliquée de syndrome néphrotique par amylose AA.

AN029

Affiche Néphrologie

Myasthénie et atteinte rénale : un nouveau cas clinique

M. El Hammouti ^a, N. Zbiti ^a, A. Mouslih ^a, H. Hanin ^a, H. Rhou ^a, L. Benamar ^a, N. Ouzeddoun ^a, R. Bayahia ^a, Y. Amar ^b

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^b Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat Maroc

Introduction. - La myasthénie est une maladie auto-immune. La néphropathie glomérulaire ne fait pas partie du tableau clinique de la myasthénie, mais cette association rarement rapportée dans la littérature, se voit principalement en cas de thymome ou après thymectomie.

Matériels et méthodes. - Il s'agit d'un patient de 68 ans, suivi depuis 2003 pour myasthénie avec découverte au scanner thoracique d'un thymome pour lequel il a été opéré. Le patient a été mis sous anticholinergiques (Pyridostigmine) ayant permis la stabilisation de sa myasthénie. En Avril 2006, il se présente dans un tableau d'oedèmes généralisés, le bilan révèle un syndrome néphrotique impur avec insuffisance rénale : la clairance calculée de la créatinine est de 22 ml/min /1,73 m² SC. Le bilan immunologique à la recherche d'une autre maladie auto-immune était négatif et l'échographie rénale était normale. La biopsie rénale a conclu à une hyalinose segmentaire et focale. Le patient a été mis initialement sous traitement symptomatique à base de furosémide, d'antivitamines K ainsi que sous traitement antiprotéinurique à base d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Il est décédé avant l'instauration de la corticothérapie.

Discussion. - L'atteinte rénale au cours de la myasthénie se voit surtout en cas de thymome associé. Différents types histologiques peuvent se voir dominés par les lésions glomérulaires minimales et l'hyalinose segmentaire et focale.

Conclusion. - Ce travail soulève un nouveau cas d'association myasthénie et glomérulonéphrite type hyalinose segmentaire et focale, ce qui montre qu'une atteinte rénale reste possible plusieurs années après thymectomie chez un myasthénique.

AN030

Affiche Néphrologie

Le profil de l'insuffisant rénal chronique vu au service des urgences de l'hôpital Ibn-Sina de Rabat (à propos de 103 cas)

T. Bouattar ^{*}, H. Hanin, H. Rhou, L. Benamar, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, Y. Amar

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

^{*} Auteur correspondant.

Introduction. - L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un problème majeur de santé publique. Les patients insuf-

fisants rénaux sont souvent adressés tardivement aux néphrologues, ce qui constitue une source de complications.

Matériels et méthodes. - Étude rétrospective incluant les patients admis aux urgences pour IRC du 1^{er} juin au 30 novembre 2006. Nous avons analysé chez ces patients les données démographiques, cliniques, biologiques et échographiques. Nous avons précisé également le stade de l'insuffisance rénale (IR), le type de la néphropathie initiale et les indications de dialyse en urgence.

Résultats. - Nous avons recensé 103 patients dont l'âge moyen était de 57 ± 16 ans avec un sex-ratio de 55 femmes / 48 hommes. Le motif de consultation était une dyspnée dans 28,2 %, et une altération de l'état général dans 27,2 %. L'examen clinique montre une hypertension artérielle dans 50,5 %. L'anémie a été notée chez 95,1 %. Le taux moyen sérique d'urée était de 2,44 ± 1,24 g/l, de créatinine 100,99 ± 70,88 mg/l et une kaliémie de 5,59 ± 1,22 mEq/l. L'échographie rénale a montré des reins atrophiques dans 56,3 % des cas, de taille normale dans 39,8 % et de grande taille dans 3,9 %. Le stade de l'IR était terminal dans 81,6 % des cas, sévère dans 15,5 % et modéré dans 2,9 %. La néphropathie initiale était un diabète dans 30,1 % des cas et indéterminée dans 26,2 %. Trente-huit malades ont nécessité l'épuration extrarénale en urgence par hémodialyse par cathéter veineux central bilumière. Les indications de dialyse étaient une épuration dans 44,7 % des cas, un oedème aiguë pulmonaire dans 34,2 % et une hyperkaliémie dans 21,1 %.

Discussion. - L'IRC est 2 à 3 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Dans notre série, on note une légère prédominance féminine. L'âge moyen dans la littérature est de 60 ans ce qui concorde avec nos résultats. Notre étude montre que la néphropathie diabétique représente 1/3 des étiologies, par contre la néphropathie était indéterminée chez 26,2 % des patients témoignant le manque de dépistage précoce des néphropathies. L'HTA est un principal facteur de progression d'IRC trouvée chez la moitié de nos patients. L'anémie a été notée chez 95,1 % de nos malades. Le stade de l'IRC était terminal dans 81,6 % des cas confirmant la prise en charge néphrologique tardive de ces patients. Le début de dialyse par un cathéter central a une influence négative sur le pronostic.

Conclusion. - Une amélioration de l'information et de la communication est donc à promouvoir pour encourager la prise en charge précoce et effective des patients atteints d'IRC.

AN031

Affiche Néphrologie

La néphropathie lupique proliférative. À propos de 66 malades

A. Radoui, I. Haddiya, M. Arrayhani, N. Zbiti, L. Benamar, H. Rhou, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, Y. Amar

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

Introduction. - La Néphropathie lupique proliférative (NLP) est la forme la plus fréquente et la plus sévère des néphropathies lupiques. Le but de cette étude est de préciser le profil de la NLP dans notre série et d'évaluer les différents facteurs qui influencent l'évolution.

Matériels et méthodes. - Étude monocentrique rétrospective à propos de 66 malades suivis pour NLP et colligés entre janvier 2000 et novembre 2006. Nous avons évalué les caractéristiques cliniques, biologiques, histologiques, thérapeutiques et évolutives de tous les malades à l'admission, à 12 mois, 24 mois et à 36 mois.

Résultats. - L'âge moyen des patients est 29 ans \pm 7,90 (16 -50 ans) dont 58 femmes et 8 hommes. À l'admission, l'insuffisance rénale aiguë (IRA) est présente chez 68,2 % des patients dont 19,7 % ont eu recours à la dialyse. Le syndrome néphrotique, le sédiment urinaire actif et l'HTA sont retrouvés à l'admission dans respectivement 84,1 %, 78,8 % et 42,4 % des cas. Sur le plan histologique 86,4 % des patients présentent une classe IV, globale dans 78,2 % et segmentaire dans 21,8 %, active dans 46,3 %, chronique dans 11,1 %, active et chronique dans 42,6 %. L'évolution à 12 mois est marquée par une rémission chez 59,6 % des malades. Cette rémission est complète dans 25,5 % et partielle dans 34 % des cas. La survie rénale à 1 an est de 72,3 %, à 24 mois de 71 %, et à 36 mois de 68 %. La mortalité est de 13,6 %. La rémission à 1 an est influencée par la présence d'un sédiment urinaire actif ($p = 0,003$) et la présence de croissants à la biopsie rénale ($p = 0,021$). La survenue d'une IRA ($p = 0,046$), la présence d'une HTA ($p = 0,032$), et la présence à la biopsie d'une nécrose fibrinoïde ($p = 0,041$), de croissants ($p = 0,015$) et de lésions vasculaires ($p = 0,08$) sont associés à une mauvaise évolution à 3 ans de la NL.

Discussion. - Le pronostic des NLP s'est nettement amélioré grâce à l'utilisation de nouveaux protocoles thérapeutiques de plus en plus efficaces. Le sexe masculin, l'HTA, l'IRA, le syndrome néphrotique, l'hypocomplémentémie ainsi que la présence de signes d'activité à la biopsie rénale constituent des facteurs de mauvais pronostic de la NLP selon de nombreuses études.

Conclusion. - Les facteurs pronostiques des NLP sont multiples, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge thérapeutique adéquate.

AN032

Affiche Néphrologie

Glomérulonéphrite extramembraneuse précédant l'installation d'une polyarthrite rhumatoïde. À propos d'un cas et revue de la littérature

I. Haddiya, M. Tagnaouti, A. Radoui, H. Rhou, L. Benamar, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, Y. Amar
Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

Introduction. - La glomérulonéphrite extramembraneuse (GEM), dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde (PR), est souvent une complication iatrogène post-médicamenteuse. De rares cas d'association non iatrogène entre ces deux pathologies ont été rapportés dans la littérature. Nous rapportons l'observation clinique d'une GEM qui a précédé de cinq années l'installation d'une PR.

Matériels et méthodes. - Il s'agit d'une patiente de 30 ans, qui a présenté depuis février 2001, une GEM étiquetée idiopathique, devant la négativité clinicobiologique du bilan étiologique, notamment la sérologie lupique qui est restée négative tout au long de l'évolution. Elle a d'abord été traitée symptomatiquement par les inhibiteurs de

l'enzyme de conversion et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II sans amélioration. Un traitement étiopathogénique selon le protocole de Ponticelli a alors été prescrit. Au décours de ce traitement, la patiente a installé, en août 2006, un tableau fait de polyarthrites touchant simultanément plusieurs groupes articulaires, notamment les articulations de la main avec respect des interphalangiennes distales. Le bilan biologique a retrouvé un syndrome inflammatoire biologique, le facteur rhumatoïde attestant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde selon les critères de l'American College of Rheumatology. La recherche des anticorps anti-CCP et anti-filagrane s'est révélée positive confirmant notre diagnostic.

Discussion. - Les atteintes rénales dans le cadre de la PR sont dominées par l'amylose ; la GEM est surtout d'origine iatrogène. De rares cas d'association de GEM et PR ont été rapportés dans la littérature, tel est le cas de notre patiente.

Conclusion. - La GEM précédant l'installation d'une PR est rare, nous rapportons un nouveau cas d'association non iatrogène entre ces deux pathologies.

AN033

Affiche Néphrologie

Étude épidémiologique et caractéristique clinicoépidémiologique de 44 cas de granulomatoses rénales

M. Pavic ^{a,*}, M. Chauffer ^b, B. Mc Gregor ^c, E. Villar ^d, M. Laville ^e, M. Labeeuw ^d, P. Debourdeau ^b, H. Rousset ^f

^a Service de médecine interne-oncologie, hôpital d'instruction des Armées-Desgenettes, Lyon, France ; ^b Service de médecine interne-oncologie, hôpital d'instruction des Armées-Desgenettes, Lyon, France ; ^c Service d'anatomopathologie, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France ; ^d Service de néphrologie, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Benite, France ; ^e Service de néphrologie, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France ; ^f Service de médecine interne, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Benite, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Les granulomatoses rénales (GR) sont rares. Elles correspondent à la présence de granulomes dans le parenchyme rénal quelles que soient leurs localisations et leur origine. Deux séries sont rapportées dans la littérature, l'une ancienne et l'autre purement anatomopathologique. Nous rapportons 44 nouveaux cas en analysant leurs caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives.

Patients et méthodes. - Étude rétrospective de toutes les observations de GR, dépistées à partir de l'analyse des comptes rendus de BR de 2 services d'anatomopathologie.

Résultats. - Avec une discrète prédominance masculine (25/44, 57 %), l'âge moyen au diagnostic de l'atteinte rénale et de la GR est respectivement de 56 (25-80) et 57 ans. Dans les antécédents significatifs, on retient une sarcoïdose médiastinopulmonaire (3), une transplantation rénale (2), des infections urinaires répétées (4), une hypertension artérielle (15), un diabète (11), un SIDA (1), un cancer (6). Seuls 18 (41 %) patients ne prenaient aucun traitement au diagnostic de GR et 10 patients venaient de débuter un nouveau traitement. Dix patients avaient une consommation exagérée d'alcool. L'insuffisance rénale (IR) est constante : chronique (29), aiguë (12), ou aiguë sur fond

chronique (3) souvent sévère : clairance moyenne au Cockcroft à 23,9 ml/min (4-68). Une protéinurie supérieure à 0,25g/24H est présente chez 32 patients (73 %, taux moyen : 1 g/24H, plus de 1 g/24H dans 15 cas, jamais de taux néphrotique). Des signes généraux sont présents chez 40 patients (91 %) et des signes extrarénaux chez 26 (59 %). La calcémie est élevée dans 16,5 % des cas (taux maximal : 3,52 mmol/L) et l'ECA dans 42 %. Un syndrome inflammatoire est noté dans 52 % des cas. Histologiquement les granulomes (toujours épithélioïdes et géantocellulaires) sont toujours au moins situés dans l'interstitium et sont nombreux dans la moitié des cas. Une néphrocalcinose est notée dans 11 cas (25 %). Une granulomatose systémique est associée dans 9 cas (20 %), histologiquement prouvée 5 fois. Le diagnostic étiologique est absent (19 %), probable (60 %, dont 17 sarcoïdoses, 3 réactions immunoallergiques) ou certain (21 %, dont 7 sarcoïdoses, 2 tuberculoses).

Discussion. - Bien que de très nombreuses étiologies soient connues (médicaments, toxiques, infections diverses, malacoplakie, pyélonéphrites xanthogranulomateuses, cancers, déficit immunitaire, maladies systémiques dont la maladie de Wegener...), la majorité des GR restent sans cause ou rattachées à une sarcoïdose. L'IR associée est en général sévère.

Conclusion. - Ce travail représente la plus grande série de GR analysant les caractéristiques clinicobiologiques et évolutives de façon exhaustive.

Pour en savoir plus

[1] Mignon F, et al. Adv Nephrol Necker Hosp 1984;13:219-45.

[2] Bijol V, et al. Int J Surg Pathol 2006;14:57-63.

AN034

Affiche Néphrologie

Lithiases urinaires récidivantes : intérêt d'une pédagogie participative ?

I. Tostivint ^a, M.-P. Dousseau ^b, P. Conort ^c, P. Rotondo ^a, C. Bessette ^{d,*}, G. Deray ^a

^a Service de néphrologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^b Service de diététique, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^c Service d'urologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^d Service de néphrologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Les patients souffrant de maladie lithiasique récidivante sont en théorie sensibilisés à l'intérêt de respecter des règles hygiéno-diététiques au risque de développer d'autres lithiases voire une insuffisance rénale chronique. Un programme de pédagogie participative a été réalisé auprès de ces patients dans notre centre, afin de les sensibiliser sur leur comportement alimentaire susceptible de diminuer les récurrences en motivant ces patients pour atteindre les objectifs prioritaires définis. Cette étude est une évaluation par les participants de l'intérêt de ce type de prise en charge.

Matériels et méthodes. - Depuis Juin 2006, 64 patients ont participé aux ateliers lithiases. Seuls les patients ayant eu 2 gestes urologiques ont été vus en groupe de 6 pendant une après-midi par le néphrologue et la diététicienne qui ont animé des séances de questions-réponses visant à mieux

comprendre le fonctionnement du rein et les facteurs de risque alimentaire exposant aux récurrences lithiasiques. Enfin un classeur rassemblant les objectifs clinicobiologiques importants à atteindre a été remis au patient et commenté pendant la consultation individuelle de néphrologie. Un questionnaire de 9 questions semiquantitatives évaluant leur satisfaction leur a été ensuite envoyé par courrier.

Résultats. - 46,87 % des patients ont répondu au questionnaire. 83,33 % des patients ont trouvé l'atelier lithiasique très intéressant et 63,33 % très utile en permettant une meilleure compréhension de leur maladie, des risques et des précautions à prendre, et en sensibilisant et responsabilisant le patient par rapport à sa maladie, et en diminuant le sentiment d'isolement. Les informations concernant les objectifs individuels à atteindre semblent suffisantes pour 60 % des patients et très suffisantes pour 33,33 %. La qualité de la prise en charge néphrologique est très intéressante pour 73,33 %, intéressante 33,33 %, la prise en charge diététique étant très intéressante pour 53,33 % et intéressante pour 46,66 %.

Discussion. - Dans l'ensemble, cette organisation en ateliers conviviaux autour de dégustation de divers types d'eaux avec pédagogie participative et objectifs identifiés et commentés ensemble semble éclairer les patients sur l'importance pour eux de respecter certaines bases hygiéno-diététiques.

Conclusion. - Le but des ateliers est de sensibiliser ces patients lithiasiques récidivistes aux facteurs de risques liés aux erreurs alimentaires : une majorité de patients exprime sa satisfaction par rapport à la valeur ajoutée de cette pédagogie participative centrée sur la mise en commun des expériences et sur l'importance fondamentale d'un partenariat actif pour une meilleure atteinte des objectifs.

AN035

Affiche Néphrologie

Normalisation de la calcémie par le cinacalcet chez un patient ayant une mutation inactivatrice du calcium sensor

H. Bouarich, B. Fouqueray, L. Baud, J.-P. Haymann

Service d'explorations fonctionnelles rénales, hôpital Ténon, Paris, France

Introduction. - L'hypercalcémie hypocalciurique familiale (FHH) est une pathologie congénitale, de transmission autosomique dominante, due à une mutation inactivatrice du récepteur sensible au calcium (CaR). La tableau biologique classiquement décrit associe une hypercalcémie chronique modérée, une hypocalciurie et une concentration de PTH inadaptée à la calcémie bien que dans les valeurs normales. La découverte fortuite de cette anomalie ne nécessite habituellement pas de traitement. Une morbidité cardiovasculaire à type d'infarctus du myocarde (IDM) a cependant été rapportée. Nous décrivons ici, le cas clinique d'un patient de 43 ans aux antécédents de 2 IDM ayant une mutation inactivatrice du calcium sensor traité par calcimimétique.

Résultats. - Patient âgé de 43 ans suivi depuis 1998 pour une hypercalcémie chronique découverte à l'occasion d'une pneumopathie. Facteurs de risques cardiovasculaires : tabac 20 PA. Survenue d'un IDM en 2003 avec angioplastie et pose

de stent. Récidive en 2005 avec sténose serrée de la circonflexe marginale. De 1998 à 2005 : Calcémies totales variables entre 2.63 à 2.92 mmol/l ; Calcium ionisé entre 1.38 et 1.47 mmol/l, PTH entre 27 et 107 pg/ml, calciurie des 24 heures entre 1.6 et 6.3 mmol/j. Le diagnostic de FHH est affirmé par test génétique qui montre une mutation faux sens hétérozygote p.Ile555Thr (non décrite). L'introduction du cinacalcet à la posologie de 30 puis 60 mg/j en deux prises a permis de normaliser à 1 mois la calcémie, le calcium ionisé (1.21 mmol/l) sans inhibition notable de la PTH et de la calciurie des 24 heures. La normalisation de la calcémie persiste 1 an après le début du traitement sans effet indésirable rapporté.

Conclusion. - Notre observation suggère que la normalisation de la calcémie par un calcimimétique dans les FHH est possible au moins pour certaines mutations inactivatrices. L'indication de ce traitement reste à définir dans cette population, tout particulièrement chez des patients à fort risque cardiovasculaire.

AN036

Affiche Néphrologie

Syndrome de Sjögren et glomérulonéphrite extramembraneuse

S. Belmouaz, C. Fen Chong, E. Desport, R. Abou Ayache, A. Thierry, P. Nolen, M. Bauwens, F. Bridoux, G Touchard
Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation Rénale, CHU, Poitiers, France

Introduction. - Le syndrome de Sjögren (SS) est une affection inflammatoire chronique caractérisée par une infiltration des glandes exocrines, en particulier lacrymales et salivaires responsable d'un syndrome sec. Les manifestations rénales associées au SS sont représentées majoritairement par des néphropathies interstitielles souvent accompagnées d'une dysfonction tubulaire distale et/ou proximale. L'atteinte glomérulaire est rare et dominée essentiellement par les glomérulopathies extramembraneuses (GEM) et membranoprolifératives.

Patients et méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une femme de 53 ans prise en charge pour syndrome oedémateux. Elle présente un syndrome sec oculaire et buccal isolé évoluant depuis 2 mois. Les examens biologiques montrent un syndrome néphrotique impur associant protéinurie à 11 g/24 h, protidémie à 50 g/l et albuminémie à 17 g/l. Il existe une hématurie microscopique sans glycosurie ni leucocyturie. La créatininémie est à 50 µmol/l. Les anticorps antinucléaires sont positifs (1/800) de type Ro/SS-A et La/SS-B. Le facteur rhumatoïde est positif. Les anticorps anti-ADN natifs, anti-mitochondrie, anti-thyroglobuline et anti-récepteurs de la TSH sont négatifs. Le dosage des fractions du complément est normal. La recherche de cryoglobulinémie et de gammapathie monoclonale est négative. Les sérologies TPHA, VDRL, VHC, VHB et HIV sont négatives. L'haplotype HLA est A1 B8 DR3 DQ2. Le TDM thoraco-abdomino-pelvien et l'échographie abdominale sont normaux. L'examen oculaire montre une kératoconjonctivite sèche et le syndrome sec oculaire est confirmé par le test de Schirmer et le break up time. La biopsie des glandes salivaires montre une sialadénite lymphocytaire de grade III selon Chisolm. La biopsie rénale met en évidence une GEM

stade I et l'absence d'atteinte interstitielle. La patiente a été traitée initialement par corticoïdes, puis par AZATHIOPRINE devant l'absence de rémission. À 9 mois de recul, La protidémie est à 60 g/l, l'albuminémie à 28 g/l et la protéinurie à 3 g/24 h.

Discussion. - La particularité de cette observation est la découverte simultanée d'un SS primitif et d'une GEM. La fréquence de cette association est mal connue. Une quinzaine de cas environ ont été rapportés dans la littérature. Le rôle de l'immunité humorale et des lymphocytes T CD4 autoréactifs a été proposé, la nature de la cible antigénique restant indéterminée.

Conclusion. - Malgré la faible incidence rapportée dans la littérature, la recherche d'un SS doit être effectuée dans le bilan étiologique d'une GEM.

Références

- [1] Yoshida K, et al. Clinical Nephrology 1996;45:422.
- [2] Laraki R, et al. Presse Med 2005;34:1069-72.

AN037

Affiche Néphrologie

Variabilité biologique du débit de filtration glomérulaire, de la créatinine et de la cystatine C plasmatiques

P. Delanaye ^a, E. Cavalier ^b, G. Depas ^c, JP Chapelle ^b, J.-M. Krzesinski ^a

^a Service de néphrologie et de dialyse, CHU Sart-Tilman, Liège, Belgique ; ^b Service de biologie clinique, CHU Sart-Tilman, Liège, Belgique ; ^c Service de médecine nucléaire, CHU Sart-Tilman, Liège, Belgique

Introduction. - La variabilité biologique d'une donnée est importante pour le suivi longitudinal des patients. Selon cette variabilité, le clinicien estimera que le changement du débit de filtration glomérulaire (DFG) au cours du temps est significatif ou non. La variabilité globale d'une mesure dépend de la variabilité analytique et de la variabilité intra-individuelle. Nous avons mesuré la variabilité biologique du DFG par deux techniques de références et celle de la créatinine et de la cystatine C.

Patients et méthodes. - Douze patients sains ont participé à l'étude (6 femmes, âge moyen 38,9 ± 7,6 ans). La mesure du DFG a été réalisée à deux reprises à un intervalle d'une semaine, le même jour de la semaine et après un petit-déjeuner standard. Les sujets étaient invités à rester ensuite à jeun et à boire 1,5 L d'eau sur quatre heures. Le DFG a été mesuré avec les méthodes de référence du ⁵¹Cr-EDTA et de l'iohexol. Le DFG est calculé sur base de la décroissance plasmatique de ces marqueurs selon Chantler (mesure à 120 et 240 minutes). Les coefficients de variation (CV) analytique et biologique ont également été déterminés pour la créatinine (méthodes Jaffé compensées et enzymatique de Roche) et pour la cystatine C (méthode immunonéphélométrique de Dade Behring).

Résultats. - Le CV global du DFG dans notre population saine est de 4,5 % pour l'iohexol et de 7,4 % pour la méthode isotopique. Ces CV pour le DFG sont faibles. Les CV analytiques de la créatinine Jaffé, de la créatinine enzymatique et de la cystatine C sont respectivement de 2,5 %, 2,5 %, 2,5 %.

0,97 %, et 2,5 %. Les CV biologiques de ces mêmes marqueurs sont respectivement de 5,8 %, 5 % et 4,1 %.

Discussion. - Sur base de cette étude, on peut affirmer que la variabilité biologique de la cystatine C mesurée par immunonéphélométrie est comparable à celle de la créatinine. La cystatine C est donc un marqueur aussi précis que la créatinine sérique pour le suivi longitudinal de la fonction rénale de nos patients. Ceci infirme les résultats de précédentes études [1]. Contrairement à ces études, nous avons mesuré la variabilité des marqueurs biologiques en même temps que la variabilité du DFG mesuré par une méthode de référence qui était limitée et telle qu'attendue pour une population saine [2].

Conclusion. - Le CV biologique ou intra-individuel de la cystatine C est semblable à celui de la créatinine. La cystatine C permet un suivi longitudinal correct de la fonction rénale pour un patient donné en terme de CV analytique et biologique.

Références

- [1] Keevil BG, et al. Clin Chem 1998;44:1535-9.
[2] Brochner-Mortensen J 1976;36:795-800.

AN038

Affiche Néphrologie

Lymphome rénal révélé par une insuffisance rénale aiguë. À propos de deux cas

N. Zbiti *, M. Elhammouti, T. Squalli Houssaini, Y. Amar, H. Rhou, L. Benamar, N. Ouzeddoun, R. Bayahia

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

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le lymphome malin non hodgkinien du rein révélé par une insuffisance rénale aiguë est une entité clinique extrêmement rare.

Patients et méthodes. - **Observation 1 :** On rapporte le cas d'un jeune patient de 29 ans admis pour une insuffisance rénale aiguë avec de gros reins à l'échographie. La ponction biopsie rénale a mis en évidence un lymphome malin non hodgkinien de haut grade, de type B à l'étude immunohistochimique. L'hémodialyse était nécessaire devant l'aggravation rapide de l'insuffisance rénale et l'installation d'une oligurie. Le patient a reçu des cures de polychimiothérapie, protocole CHOP, adaptée à la fonction rénale. L'évolution a été marquée par une cécité d'installation brutale, un scanner a objectivé une dissémination cérébrale du lymphome. Le malade est décédé cinq mois après. **Observation 2 :** Z. K est une jeune patiente de 25 ans, sans antécédents pathologiques notables, admise aux urgences pour vomissements et hématuries, l'examen trouve un contact lombaire bilatéral et un clapotage épigastrique. Le bilan biologique révèle une insuffisance rénale aiguë organique oligurique avec une créatinémie à 49 mg/l, une hyperuricémie à 120 mg/l, une protéinurie non néphrotique à 1,4g/l et un taux élevé de LDH à 1500 UI/l. L'échographie abdominale met en évidence de gros reins sans signes d'obstruction urinaire et une stase gastrique. La fibroscopie oesogastroduodénale ne visualise pas l'origine

du saignement digestif et ne montre pas de lésions néoplasiques ni de sténoses du pylore. Le scanner abdominal confirme la néphromégalie bilatérale importante avec un effet de masse sur l'estomac. Une biopsie rénale révèle une infiltration rénale par un lymphome malin non hodgkinien type B de haut grade. La patiente est décédée sept jours après son hospitalisation.

Discussion. - L'infiltration lymphomateuse du rein fait partie des étiologies exceptionnelles d'une insuffisance rénale aiguë. Une amélioration est obtenue parfois sous chimiothérapie, néanmoins le pronostic reste mauvais vu la dissémination lymphomateuse rapide.

Conclusion. - Ces deux cas illustrent l'importance de la biopsie rénale devant une insuffisance rénale aiguë d'étiologie néoplasique rare.

AN039

Affiche Néphrologie

Association myélome multiple- maladie de Kaposi. Un nouveau cas

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

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

* Auteur correspondant.

Introduction. - La maladie de Kaposi est un processus tumoral angiogénique multifocal qui peut être secondaire à une hémopathie. L'association Kaposi-myélome multiple est extrêmement rare.

Patients et méthodes. - Nous rapportons, le cas d'un patient âgé de 76 ans suivi dans notre formation pour un myélome à immunoglobuline A kappa, compliqué d'une insuffisance rénale. Au bout de deux cures de dexaméthasone, des lésions cutanées sont apparues faites de petites plaques érythémateuses et violines prédominant au niveau des extrémités. La biopsie cutanée est en faveur d'une maladie de Kaposi. La sérologie de l'herpès virus humain de type 8 (HHV8) est revenue positive. Une radiothérapie sur les lésions a été refusée par le patient. L'évolution était marquée par une extension des lésions cutanées dans un fond d'altération de l'état général malgré une amélioration de la fonction rénale. Le patient est décédé quatre mois plus tard.

Discussion. - La maladie de Kaposi est due à une infection chronique par l'herpès virus humain de type 8 (HHV8) ; Ce virus est probablement impliqué dans la pathogénie du myélome multiple selon plusieurs auteurs. L'une des protéines codée par le génome HHV8 ressemblant à l'interleukine-6 dont on sait le rôle de facteur de croissance dans le myélome. Si ces résultats pouvaient être confirmés dans l'avenir par la majorité des équipes, ce concept deviendrait un élément essentiel pour progresser dans la compréhension et le traitement de la maladie de Kaposi.

Conclusion. - Nous rapportons, à notre connaissance, le 18^e cas mondial de maladie de Kaposi compliquant un Kaposi chez un patient HHV8 positif. C'est une association exceptionnelle rendant très probable le rôle pathogénique de HHV8 dans le développement du myélome.

AN040

Affiche Néphrologie

Évolution de la fonction rénale chez les enfants atteints d'hyperoxalurie primitive de type 1 sous traitement conservateur

S. Fargue, M.-F. Gagnadoux, M. Tsimaratos, F. Janssen, B. Llanas, B. Boudailliez, G. Champion, M.-A. Macher, B. Ranchin, R. Salomon, S. Taque, P. Cochat

Service de néphrologie pédiatrique, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction. - L'hyperoxalurie primitive de type 1 (HP1) est une maladie héréditaire liée à un déficit enzymatique hépatique en alanine : glyoxylate aminotransferase (AGT) qui résulte en l'accumulation d'oxalate et la formation de cristaux d'oxalate de calcium insolubles. L'atteinte rénale peut être rapidement sévère et aboutir à une insuffisance rénale terminale (IRT) en quelques mois nécessitant alors une transplantation hépato rénale.

Patients et méthodes. - Nous avons étudié rétrospectivement l'évolution de la fonction rénale (évaluation par la formule de Schwartz) chez 27 enfants, âgés de moins de 15 ans au diagnostic, atteints d'HP1 sous traitement conservateur. Le diagnostic a été confirmé par étude de l'activité enzymatique sur biopsie hépatique (N = 16) ou par mise en évidence de mutations spécifiques chez le patient ou un membre de sa fratrie (N = 24). Le traitement conservateur associait une hyperhydratation (2 à 3 L/m²/J), une alcalinisation des urines par citrate de sodium ou potassium ou bicarbonate de sodium et un traitement par pyridoxine (10 à 20 mg/kg/J) chez les patients répondeurs.

Discussion. - La durée médiane de suivi est de 7,1 ans [1,6-17,6]. L'âge médian au premier symptôme est de 29 mois [0,5-94], 6 enfants ont été diagnostiqués grâce à un dépistage familial. L'âge médian au début du traitement est de 4,1 ans [0,5 m-12,3 a] et de 10,3 ans [2,8-21,2] au terme du suivi. Dix-sept patients sont traités par pyridoxine en fin de suivi. Une insuffisance rénale est présente au diagnostic chez 11 enfants et 6 ont alors déjà une insuffisance rénale chronique (IRC, DFG < 60 mL/mn/1,73m²). Le DFG médian au diagnostic est de 92 mL/min/1.73 m² [29-180] et le DFG médian final de 110 mL/min/1.73m² [140-179] à l'exclusion des patients ayant atteint le stade d'IRT (N = 4). Dix-neuf patients ont une fonction rénale stable, 7 ont diminué leur fonction rénale de plus de 20 mL/min/1.73m² (dont 4 avec IRC au diagnostic), l'âge médian au stade de l'IRT (N = 4) est de 17,8 ans [15-21]. Quatorze patients ont présenté des épisodes de coliques néphrétiques au cours du suivi, avec un nombre moyen de 2,1 épisodes par patient [0-7], et nécessité une lithotripsie extracorporelle ou chirurgie dans 1,5 cas par patient en moyenne [0-8]. Deux groupes ont été comparés selon leur évolution (groupe 1, N = 20 : stabilité de la fonction rénale, groupe 2, N = 7 : diminution du DFG > 20 mL/min/1.73 m² au terme du suivi). Les seules différences statistiquement significatives entre les 2 groupes ont été l'âge au début du traitement (p = 0,03), le délai thérapeutique (p = 0,01) et la présence d'une IRC au diagnostic (p = 0,03).

Conclusion. - La fonction rénale des enfants atteints d'hyperoxalurie primitive de type 1 peut donc être préservée sous réserve de la mise en route précoce d'un traitement conservateur optimal et d'une stricte compliance.

AN041

Affiche Néphrologie

La leishmaniose viscérale chez les patients ayant une néphropathie lupique : à propos de quatre cas

S. Beji ^{a,*}, H. Kaaroud ^b, S. Turki ^b, F. Ben Hamida ^b, R. Kheder ^b, K. Ben Adelghani ^b, S. Barbouch ^b, F. Ben Moussa ^b, H. Ben Maiz ^b, A. Kheder ^b

^a Service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicollé, Tunis, Tunisie ; ^b Service de médecine interne A et laboratoire de santé 02, hôpital Charles-Nicollé, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - La leishmaniose viscérale reste encore endémique dans notre pays où elle sévit sous sa forme méditerranéenne infantile. Elle est actuellement de plus en plus décrite chez l'adulte immunodéprimé.

Patients et méthodes. - Nous rapportons 4 cas de leishmaniose viscérale survenant chez des patientes ayant une néphropathie lupique (NL) et nous dégagons les particularités cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de cette parasitose sur ce terrain.

Résultats. - Il s'agit de 4 femmes âgées de 31,2 ans (21-60). Dans 2 cas le diagnostic de NL et de leishmaniose sont faits en même temps et dans les 2 autres cas la leishmaniose a compliqué l'évolution d'une NL connue. À l'examen clinique, on trouve une fièvre et une altération de l'état général dans tous les cas, des adénopathies dans 1 cas, une hépatomégalie dans 1 cas, une splénomégalie dans 1 cas et un purpura pétéchial dans 1 cas. À la biologie, existe et une insuffisance rénale dans 3 cas, un syndrome inflammatoire et des anomalies hématologiques dans tous les cas. Le diagnostic de la leishmaniose viscérale est confirmé par la présence de corps de leishmanies au myélogramme dans tous les cas et une sérologie de la leishmaniose positive dans 3 cas. Le traitement a comporté les dérivés de l'antimoine dans 2 cas à la dose relayés dans 1 cas par l'Amphotéricine B et une patiente a reçu l'Amphotéricine B d'emblée. L'évolution est marquée par la survenue d'une toxicité des dérivés de l'antimoine dans 2 cas et le décès de 2 patientes d'une tamponnade dans 1 cas et d'une toxicité des dérivés de l'antimoine dans 1 cas. L'évolution était favorable dans 1 cas et marquée par l'absence de guérison dans 1 cas.

Discussion. - Les tableaux cliniques de la leishmaniose et du lupus présentent certaines similitudes. La sérologie de la leishmaniose peut être négative chez les patients immunodéprimés. Le recours au traitement par Amphotéricine B est fréquent chez ces patients du fait de la toxicité des dérivés de l'antimoine et des cas de résistance.

Conclusion. - La leishmaniose viscérale au cours de la NL est caractérisée par un tableau clinique atypique responsable d'un retard diagnostique. Les dérivés antimoniaux sont de manipulation difficile à cause de leur néphrotoxicité.

AN042

Affiche Néphrologie

Étude de la vitesse de l'onde de pouls chez les malades atteints de diabète type 2 avec et sans néphropathie

L. Raies *, K. Zouaghi, E. Abderrahim, H. Hedri, I. Hadj Ali, K. Khiari, N. Ben Abdallah, F. Ben Moussa, H. Ben Maiz, A. Kheder

Laboratoire Santé 02, service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - La vitesse de l'onde de pouls (VOP) constitue un moyen fiable d'évaluation de la rigidité artérielle. Son accélération est retenue comme un facteur prédictif de la morbi-mortalité cardio-vasculaire aussi bien dans la population générale que dans des sous-groupes à risque dont notamment les hypertendus et les diabétiques. Le but de ce travail est d'identifier les facteurs déterminant ce paramètre dans un groupe de malades atteints de diabète type II avec ou sans néphropathie.

Patients et méthodes. - Quarante malades diabétiques ont été inclus (G1). Le groupe témoin est constitué de 40 sujets appariés sur l'âge et le sexe, tous indemnes d'hypertension artérielle (HTA), de diabète et de maladies générales (G2). La rigidité artérielle a été évaluée par la VOP carotidofémorale mesurée de façon automatisée. L'étude comparative s'est basée sur le test de student. Une régression logistique a été réalisée pour identifier les facteurs déterminants la VOP.

Résultats. - L'âge moyen de la population étudiée est de 45 ans avec un sex-ratio de 0,6. Chez les malades du G1, l'HTA est retrouvée dans 85 % des cas ; 21 % avaient un tableau de néphropathie glomérulaire dont 45 % étaient au stade d'insuffisance rénale (IR). La VOP est de 11,3 m/s chez les malades diabétiques contre 9,1 m/s chez les témoins ($p : 0,004$). Elle est aussi plus accélérée en présence d'une néphropathie (11,8 Vs 10,7 m/s ; NS). L'analyse univariée a permis de mettre en évidence que l'accélération de la VOP est liée à l'âge, aux paramètres mesurant la pression artérielle (PAS, PAM, PP), à la clairance de la créatinine, à la protidémie, à l'albuminémie et à la calcémie. L'analyse multivariée a objectivé le rôle de l'âge, de l'HTA et de la PAS comme facteurs indépendants déterminants la VOP.

Discussion. - Nos résultats confirment les données de la littérature concernant l'accélération de la VOP chez les diabétiques. Cette accélération semble être plus importante en présence d'une néphropathie déclarée et constituerait de ce fait, comme il a été suggéré pour d'autres néphropathies, un facteur prédictif d'évolutivité vers l'insuffisance rénale.

Conclusion. - La VOP est accélérée chez nos malades diabétiques ; cette accélération est surtout déterminée par l'âge et la pression artérielle. L'existence d'une néphropathie jouerait aussi un rôle qui ne peut être confirmé que sur de plus larges séries.

AN043

Affiche Néphrologie

Association d'un psoriasis et d'une glomérulonéphrite extracapillaire pauci immune

H. Kaaroud ^a, S. Beji ^{b,*}, J. Ouali ^a, R. Goucha ^a, F. Ben Hamida ^a, H. Ben Maiz ^a, A. Kheder ^a

^a Service de Médecine Interne A & Laboratoire Santé 02, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie ; ^b Service de Médecine Interne A, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le psoriasis est une maladie cutanée inflammatoire chronique. L'atteinte rénale associée est rare. Il s'agit surtout d'amylose AA, de néphropathie à Ig A et de néphropathies médicamenteuses secondaires à la prise de Méthotrexate et de Cyclosporine. Des cas sporadiques de glomérulonéphrite extracapillaire pauci immune associés au psoriasis ont été déjà décrits.

Patients et méthodes. - Nous rapportons le cas d'une telle association.

Résultats. - Il s'agit de Mme KW âgée de 60 ans diabétique connue depuis 16 ans et suivie pour un psoriasis depuis 30 ans traité par corticoïdes et Méthotrexate. Elle se présente pour exploration d'un syndrome néphrotique associé à une hématurie macroscopique et à une insuffisance rénale rapidement progressive oligo anurique. L'examen clinique note une oligurie, une protéinurie 3 X et une hématurie 3 X aux bandelettes urinaires, une TA 180/90 mmHg et des lésions psoriasiques diffuses. À la biologie on trouve un syndrome néphrotique et une insuffisance rénale rapidement progressive avec une créatinémie passant de 500 à 1100 $\mu\text{mol/L}$ en quelques jours. Sur le plan immunologique, les AAN, les ANCA sont négatives. L'examen histologique du rein révèle une glomérulonéphrite extracapillaire pauci immune. La patiente a reçu 3 bolus de méthyl prednisolone relayés par des corticoïdes per os à la dose de 1 mg / Kg / joues et 1 bolus de Cyclophosphamide. Elle est décédée 1 mois plus tard d'une cause indéterminée.

Discussion. - Des associations de psoriasis avec la présence isolée d'Ac anti MPO ont été déjà rapportés mais l'association avec une glomérulonéphrite pauci immune rentrant dans le cadre de vascularite est beaucoup moins rare. La négativité des ANCA chez notre malade peut être expliquée par la prise de corticoïdes. Le pronostic de ces patients est sévère.

Conclusion. - L'association d'une glomérulonéphrite extracapillaire pauci immune et d'un psoriasis bien que rare reste possible et aggrave le pronostic de la maladie. Un dépistage des anomalies urinaires et de l'insuffisance rénale chez les patients psoriasiques est nécessaire pour un diagnostic et un traitement précoces.

AN044

Affiche Néphrologie

Traitement chirurgical des hyperparathyroïdies secondaires : résultats à court moyen et long terme

I. Souissi ^a, H. Hedri ^a, K. Zouaghi ^a, R. Goucha ^a, F. Ben Hamida ^a, H. Kaaroud ^a, T. Ben Abdallah ^a, F. El Younsi ^a, H. Ben Maiz ^b, M. Ferjaoui ^c, E. Abderrahim ^a, A. Kheder ^a

^a Service de néphrologie et médecine interne, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie ; ^b Laboratoire de pathologie

Rénale Santé 02, hôpital Charles-Nicolas, Tunis, Tunisie ;
^c Service d'ORL, hôpital Charles-Nicolas, Tunis, Tunisie

Introduction. - L'hyperparathyroïdisme secondaire est une complication fréquente de l'ostéodystrophie rénale. Son traitement est tout d'abord médical mais s'avère parfois insuffisant d'où l'indication chirurgicale d'une para thyroïdectomie.

Patients et méthodes. - Dans un but d'évaluer les résultats à court, moyen et long terme de la para thyroïdectomie sub-totale, nous avons mené une étude rétrospective de 91 patients insuffisants rénaux chroniques opérés au service d'ORL et suivis dans le service de Néphrologie et de Médecine interne de l'hôpital Charles Nicolas de Tunis entre Janvier 1994 et Décembre 2003.

Résultats. - L'âge moyen de nos patients au moment de l'intervention est de 40,6 ans. Le sexe ratio est de 0,75. Le diagnostic est retenu devant un tableau clinico radiologique riche et varié, témoignant du stade avancé de la maladie, associé à des perturbations du bilan phospho calcique et une élévation du taux de la parathormone (PTH). La valeur moyenne de PTH est de 1381,7 pg/ml avec des extrêmes entre 270 et 4796 pg/ml. L'évolution après para thyroïdectomie est favorable sur le plan clinique et radiologique avec une amélioration des douleurs osseuses dans 91,5 % des cas, une disparition du prurit dans 86,5 % des cas et une amélioration des signes radiologiques dans la moitié des cas. Sur le plan biologique, on a noté une baisse significative, au cours des 6 premiers mois, de la calcémie, la phosphorémie, les phosphatases alcalines et la PTH par la suite on a noté une élévation de ces taux à partir de la première année mais avec une différence statistiquement non significative. Le syndrome de l'os affamé a compliqué l'évolution immédiate dans 41,3 % des cas. La para thyroïdectomie s'est compliquée d'hypoparathyroïdisme dans 61 % des cas et de persistance dans 22 %. Le taux de récurrence est de 14,3 %.

Discussion. - Ces taux élevés d'hypoparathyroïdisme et d'hyperparathyroïdisme persistante ou récidivante sont dues à une prise en charge tardive des patients ainsi que l'estimation suggestive de la taille du moignon restant par le chirurgien.

Conclusion. - Le traitement de l'hyperparathyroïdisme secondaire doit être préventif dès les premiers stades de l'insuffisance rénale chronique. L'avènement de nouveaux traitements et particulièrement les calcimimétiques permettra de réduire les indications opératoires.

AN045

Affiche Néphrologie

Évaluation du débit de filtration glomérulaire chez l'obèse : quelle formule utiliser ?

F Alenabi ^{a,*}, F Chantrel ^b, X Parent ^c, S Muller ^b, B Faller ^b

^a Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital de Pasteur, Colmar, France ; ^b Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital de Pasteur, Colmar, France ; ^c Laboratoire de biochimie, hôpital de Pasteur, Colmar, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - La détermination du débit de filtration glomérulaire (DFG) chez les patients obèses reste incertaine par les formules (f) habituellement utilisées. L'objectif de cette étude est de comparer ces différentes méthodes d'évaluation de la fonction rénale chez des sujets

obèses à une mesure du DFG par la clairance plasmatique du Iohexol.

Patients et méthodes. - Dix-sept patients obèses (9 H / 8 F) ayant un IMC > 30 : en moyenne 37.53 [30-49.6] sont évalués dans cette étude. La surface corporelle (sc) moyenne est de 2.2 m² [1.8- 2.7], l'âge moyen de 63.56 ans [32-87], la créatininémie moyenne de 188.4 µmol/l [65-419]. Deux heures après l'injection de 5 ml d'Iohexol, les concentrations plasmatiques d'Iohexol sont mesurées à 30, 60, 90, 120, 150, 180 minutes permettant de calculer le DFG. Le résultat a été comparé avec les clairances obtenues selon la f.de Cockcroft (Cock), f. De Cockcroft rapportée à la sc (Cock-sc), la f. De MDRD, et la clairance de la créatinine mesurée (UV/P). L'analyse statistique est effectuée par comparaison selon Bland et Altman et test de corrélation.

Résultats. - Le DFG (Iohexol) moyen est 50.7±36 ml/min, le Cock moyen est 70.2±48 ml/min, le Cock-sc moyen est 54.4±37.6 ml/min, le MDRD est 48.2±33 ml/min et UV/P est 78.1±53 ml/min. Il existe une corrélation significative entre le DFG (Iohexol), Cock, Cock-sc, UVP et MDRD avec un r² de 0.9 ; 0.92 ; 0.94 ; 0.97 respectivement (p < 0.0001 pour l'ensemble des formules). Selon l'analyse par test de Bland et Altman la f.de Cock surestime nettement le DFG de 19.48±21 ml/min. Après indexation à la sc, le Cock ne surestime que de 3.78±14 ml/min. La clairance mesurée UV/P surestime de 20.9 ±21.8 ml/min, alors que la f.de MDRD sous estime de -2.44±11 ml/min le DFG. Ces surestimations du DFG sont d'autant plus marquées que le DFG est important (résultats graphiques non présentés).

Discussion. - La f.de Cock comme la mesure de la clairance de la créatinine par UV/P surestime de façon significative la fonction rénale des patients obèses. La « correction » du Cock par son indexation à la sc permet une meilleure évaluation de la fonction rénale tout comme la formule du MDRD.

Conclusion. - Chez le sujet obèse, les résultats de notre étude préliminaire confirment la nécessité d'une indexation systématique de la f.de Cockcroft à la sc ou la nécessité du recours à la formule du MDRD afin d'obtenir une évaluation approchée de la filtration glomérulaire de ces patients.

Références

- [1] Verhave JC, et al. Am J Kidney Dis 2005;46(2):233-41.
- [2] Schuck O, et al. Cas Lek Cesk, 2006;145(10):772-6.

AN046

Affiche Néphrologie

Hyponatrémie de « profil SIADH » survenant sous diurétique thiazidique : analyse de 13 observations et apport de l'épreuve de charge hydrique dans le diagnostic

G. Robitaille ^a, B. Fouqueray ^b, P. Vanhille ^a, D. Fleury ^a, L. Vrigneaud ^a, V. Lemaitre ^a

^a Service de néphrologie, de médecine interne et de dialyse, CH, Valenciennes, France ; ^b Service d'explorations fonctionnelles multidisciplinaires, hôpital Ténon, Paris, France

Introduction. - Les hyponatrémies induites par les diurétiques thiazidiques sont des complications iatrogènes fréquentes et parfois graves. Leur pathogénie est multifactorielle ; les caractéristiques cliniques et biologi-

ques de ces hyponatrémies sont variables, parfois similaires au SIADH. Peu d'études se sont intéressées au pouvoir de dilution des urines chez des patients ayant présenté une hyponatrémie sous diurétique thiazidique.

Patients et méthodes. - Nous rapportons 13 cas d'hyponatrémiés avec un « profil de type SIADH » où la prise d'un diurétique thiazidique a été incriminée. À distance de l'épisode initial et sans traitement diurétique, une épreuve de charge hydrique a été réalisée (ingestion de 20 ml/kg d'eau déionisée en 30 minutes) complétée par des dosages d'ADH.

Résultats. - 3 épreuves de charge hydrique se sont révélées normales, 4 autres patients avaient des altérations modérées de leur capacité de dilution et 6 autres présentaient une élévation primaire de la vasopressine dont le bilan étiologique s'est avéré négatif. Le suivi ultérieur a mis en évidence dans 1 cas seulement la découverte 4 ans plus tard d'un cancer digestif. Dans les autres cas, l'hypervasopressinémie pouvait être considérée comme idiopathique. Une hyponatrémie persistait à distance chez 4 de ces patients.

Discussion. - Certains sujets (âgés et/ou de faible poids corporel) ainsi que la prise concomitante d'autres traitements (neuroleptiques et antidépresseurs notamment) sont des facteurs de risque de développer une hyponatrémie après prescription de thiazidiques. Nous avons observé dans notre série que 6 patients sur 13 présentaient toujours un profil de type SIADH à distance de l'arrêt du thiazidique. Il n'est cependant pas exclu que ces patients avaient une hyponatrémie avant la première prescription du diurétique thiazidique.

Conclusion. - 1) Un trouble de dilution des urines est fréquemment décelé chez les patients présentant une hyponatrémie de « type SIADH », à distance de l'épisode initial. 2) Il n'existe actuellement pas de recommandations quant aux modalités de prescription des diurétiques thiazidiques. Le dépistage d'une hyponatrémie asymptomatique avant la première prescription nous paraît nécessaire en raison des complications potentielles parfois graves que représente l'hyponatrémie.

AN047

Affiche Néphrologie

Endocardite infectieuse révélée par une insuffisance rénale aiguë : à propos de cinq cas

F. Bouabid ^a (1), F. Bouabid ^b, H. Hanin ^c, M. Hammouti ^d, H. Rhou ^d, L. Benemar ^d, N. Ouzeddoune ^d, R. Bayahya ^d

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^b Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^c Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^d Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

Introduction. - La fréquence de l'atteinte rénale au cours de l'endocardite infectieuse est difficile à apprécier. La sémiologie rénale va de la simple hématurie avec protéinurie, parfois de débit néphrotique, au tableau d'insuffisance rénale rapidement progressive.

Patients et méthodes. - Nous rapportons ici cinq cas d'endocardite infectieuse révélés par une insuffisance rénale aiguë.

Résultats. - Il s'agit de 4 jeunes patients de 17, 30, 40 et 46 ans et d'une femme de 68 ans qui ont été admis pour bilan étiologique d'une insuffisance rénale rapidement progressive associée à une hématurie, une protéinurie de débit variable parfois néphrotique et une hypocomplémentémie dans 4 cas. La biopsie rénale, faite seulement chez 3 malades, a montré une glomérulonéphrite membranoproliférative. Celle-ci a été associée à une prolifération extracapillaire dans deux cas. L'origine infectieuse de ce tableau rénal a été suspectée devant la fièvre, l'hyperleucocytose, l'élévation de la C réactive protéine et l'anémie inflammatoire. Le diagnostic d'endocardite infectieuse a été évoqué devant la présence d'un souffle cardiaque à l'auscultation, la mise en évidence de végétations ou d'abcès à l'échographie cardiaque. La confirmation diagnostique a été apportée par l'identification d'un staphylocoque par hémoculture dans 4 cas. L'évolution sous traitement antibiotique adapté a été marquée par une amélioration clinique et biologique, en particulier de la fonction rénale, dans 4 cas. La fonction rénale a continué de s'aggraver dans le cinquième cas avec passage à la chronicité.

Discussion. - L'atteinte rénale est une complication classique de l'endocardite infectieuse. La biopsie rénale peut orienter le diagnostic et conditionner le pronostic.

Conclusion. - Le pronostic de l'atteinte rénale au cours de l'endocardite infectieuse n'est pas toujours favorable, d'où l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement précoces avant l'installation des lésions fibreuses.

AN048

Affiche Néphrologie

Atteinte rénale au cours de la maladie cœliaque : à propos d'un cas

O. Maoujoud, T. Aatif, M. Asseraji, D. Kabbaj, N. Zemraoui, M. Benyahya, M. Elallam, Z. Oualim

Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc

Introduction. - La maladie cœliaque (MC) de l'adulte (MCA) est une entéropathie auto-immune induite par l'ingestion de gluten chez des sujets génétiquement prédisposés. Elle se traduit classiquement par une lésion atrophique caractéristique, au moins de la muqueuse du grêle proximal, régressive après exclusion alimentaire du gluten. Le tableau clinique caractéristique et classique de la MCA comporte diarrhée-stéatorrhée-amaigrissement, cette triade étant alors une condition sine qua non pour la pratique de biopsies intestinales. La reconnaissance de manifestations extra-intestinales associées à la MCA a encore élargi son spectre clinique, ce qui a permis de proposer des biopsies intestinales à des individus qui, auparavant, n'en auraient pas eu.

Patients et méthodes. - Nous rapportons le cas d'une patiente de 47 ans, la MC a été suspectée devant l'association diarrhée-amaigrissement-malabsorption. L'endoscopie, les biopsies duodénales et le bilan immunologique ont confirmé le diagnostic. Le bilan rénal a révélé une insuffisance rénale à 25 ml/mn de créatinine, la biopsie rénale a

montré une néphrite tubulo-interstitielle chronique, dont l'enquête étiologique était négative.

Discussion. - L'atteinte rénale au cours de la MC est rare, le type histologique le plus fréquent est une glomérulonéphrite à dépôts mésangiaux d'Ig A, les autres glomérulonéphrites peuvent être retrouvées. La particularité de cette observation réside dans le type histologique rencontré. L'évolution sur le plan digestif sous régime sans gluten a été bonne avec normalisation de l'aspect de la muqueuse intestinale. Sur le plan rénal on a noté une aggravation progressive de l'insuffisance rénale jusqu'au stade terminal, la patiente a mis en hémodialyse périodique.

Conclusion. - La MC peut être grave par ses complications propres et par ses atteintes extradigestives, notamment rénales particulièrement rares, mais grave avec risque de chronicité et d'évolution vers le stade d'insuffisance rénale terminale

AN049

Affiche Néphrologie

Prévalence de l'insuffisance rénale dans un laboratoire d'analyses biologiques : analyse de 1007 prélèvements sériques

F. Bouabid ^{1,*}, F. Bouabid ^b, L. Kazmouhi ^c, H. Hanin ^c, H. Rhou ^c, L. Benemar ^c

^a Service de néphrologie, de dialyse, et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^b Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^c Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'insuffisance rénale est un problème de santé publique au Maroc, cependant on ne dispose pas de chiffres concernant sa prévalence réelle. L'utilisation de données recueillies dans les laboratoires d'analyses biologiques, pourrait permettre d'approcher ce paramètre.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'une étude monocentrique où ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'un dosage de la créatinémie entre le 1^{er} mai et le 30 septembre 2006 dans un laboratoire d'analyses biologiques. L'insuffisance rénale a été définie par une créatininémie en dehors des normes du laboratoire et la clairance de la créatinine (ClCr) a été calculée selon la formule MDRD, en considérant tous les patients de race blanche.

Résultats. - 1007 dosages de créatininémie ont été réalisés. L'insuffisance rénale a été notée chez 127 patients soit 12,6 % dont 77 hommes (60,6 %) et 50 femmes (39,4 %). L'IR est retrouvée chez 3,1 % des sujets de moins de 30 ans, 36,2 % entre 30 à 60 ans et 60,6 % chez les plus de 60 ans. Le pourcentage de patients ayant une ClCr entre 30 et 60 ml/min et < 30 ml/min est respectivement de 56,7 % et 36,2 %. Une Cl Cr < 60 ml/min a été notée selon la répartition d'âge suivante : 3,12 % de sujet âgés de moins de 30 ans, 30,4 % de 30 à 60 ans et 57,8 % au-delà de 60 ans. L'IR est plus fréquente chez l'homme (p = 0.0001) et elle est corrélée avec l'âge (p = 0.0001).

Discussion. - La prévalence de l'IR au sein de notre population est très élevée. Ceci souligne l'intérêt du dépistage dans les laboratoires d'analyses biologiques.

Conclusion. - En extrapolant ces résultats au nombre de laboratoires d'analyses biologiques de la région de Rabat, on peut considérer que des milliers de sujets pourront être analysés et que probablement, plusieurs patients peuvent être dépistés et suivis dans un projet collaboratif entre néphrologues, médecins traitants et biologistes.

AN050

Affiche Néphrologie

La maladie par anticorps antimembrane basale glomérulaire compliquant un syndrome d'Alport après transplantation rénale : à propos d'un cas

F. Bouabid ^{a,*}, F. Bouabid ^b, H. Hanin ^b, M. Hammouti ^b, Y. Amar ^b, L. Benemar ^b, N. Ouzeddoune ^b, R. Bayahya ^b, H. Rhou ^b, H. Rhou ^c

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^b Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc ; ^c Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Introduction. - La maladie par anticorps antimembrane basale glomérulaire est une complication rare du syndrome d'Alport après transplantation rénale. Elle touche 2,4 % des patients et survient généralement au cours de la première année de la greffe.

Patients et méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une patiente, âgée de 24 ans, issue d'un mariage consanguin de premier degré et ayant comme antécédents familiaux une sœur décédée par insuffisance rénale chronique terminale. Le diagnostic retenu avant transplantation rénale était celui d'une néphropathie familiale type hyalinose segmentaire et focale. La patiente a été transplantée par le rein de sa mère. Dix-huit mois après la greffe, elle a présenté un tableau d'insuffisance rénale rapidement progressive associée à une protéinurie et une hématurie. La biopsie du greffon est revenue en faveur d'une glomérulonéphrite à croissants et l'immunofluorescence a montré un dépôt linéaire le long de la MBG fait d'IgG et de C3. La recherche dans le sang d'anticorps antiMBG était positive. Le diagnostic de la maladie par anticorps anti-MBG compliquant très probablement un syndrome d'Alport dans sa forme récessive a été retenu. La patiente a bénéficié d'un traitement à base de Méthylprédnisolone suivi de bolus de cyclophosphamide, le Mycophénolate mofetil avec en parallèle 6 échanges plasmatiques. L'évolution a été défavorable avec retour en dialyse malgré la négativation des anticorps anti MBG.

Discussion. - la MBG des patients atteints de syndrome d'Alport manque d'un ou plusieurs antigènes normaux. Il se développe après la transplantation d'un rein normal, des anticorps anti MBG. Ces anticorps sont responsables de la glomérulonéphrite à croissants chez les patients dont les altérations ultrastructurales de la MBG sont sévères.

Conclusion. - À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement codifié qui a fait la preuve de son efficacité. Le pronostic rénal de cette maladie reste sombre et la perte du greffon est presque toujours la règle à court ou à moyen terme.

AN051

Affiche Néphrologie

Rémissions d'une néphropathie amyloïde AL compliquant un myélome multiple

H. Kaaroud ^a, S. Beji ^{b,*}, S. Turki ^a, F. Ben Hamida ^a, R. Goucha ^a, F. Ben Moussa ^a, H. Ben Maiz ^a, A. Kheder ^a

^a Laboratoire de Santé 02, service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicollé, Tunis, Tunisie ; ^b Service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicollé, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - La survenue d'une néphropathie amyloïde (NA) au cours d'un myélome multiple aggrave son pronostic. La NA évolue très souvent vers l'insuffisance rénale terminale et les cas de rémissions sont rares.

Patients et méthodes. - Nous rapportons un cas de rémission clinique d'une NA de type AL secondaire à un myélome multiple.

Résultats. - Il s'agit de la patiente LM âgée de 43 ans qui a développé en 1994 soit à l'âge de 43 ans des oedèmes des membres inférieurs. À l'admission, sa TA : 100/60 mm Hg, au labstix : protéinurie 3 +, hématurie 3 +. Elle présente par ailleurs un syndrome du canal carpien sans autres signes extrarénal. À la biologie, on note un syndrome néphrotique et une fonction rénale normale. L'examen histologique rénal révèle une amylose de type AL. L'enquête étiologique trouve un myélome multiple de type IgG lambda avec au myélogramme une infiltration plasmocytaire à 53 %. La patiente est mise sous chimiothérapie associant Melphalan et cortancyl et sous Colchicine. Après 13 cures, elle présente une rémission de sa NA. Un bilan d'évaluation de son myélome trouve une immunoélectrophorèse normale et au myélogramme une infiltration plasmocytaire à 4 %. Cependant en 2001, la patiente présente une rechute de son myélome sans rechute de la néphropathie amyloïde réfractaire à 27 autres cures de Melphalan et cortancyl.

Discussion. - Nous discutons à travers cette observation l'association de l'amylose et du myélome, la rémission de la NA au cours du myélome et l'effet des rechutes sur la maladie causale et sur l'évolution de la NA.

Conclusion. - L'amylose rénale AA complique fréquemment le myélome multiple. Les cas de rémissions cliniques et voire histologique de l'amylose rénale après traitement de la maladie causale sont possibles en cas de myélome.

AN052

Affiche Néphrologie

Amylose rénale de l'enfant

H. Kaaroud ^a, S. Beji ^{b,*}, F. Ben Moussa ^a, R. Goucha ^a, F. Ben Hamida ^a, H. Ben Maiz ^a, A. Kheder ^a

^a Laboratoire de Santé 02, service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicollé, Tunis, Tunisie ; ^b Service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicollé, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - La néphropathie amyloïde reste fréquente dans notre pays, dominée par les étiologies infectieuses et inflammatoires chroniques. Sa survenue chez l'enfant est peu fréquente. Elle est généralement de type AA avec une évolution rapide vers l'IRCT.

Patients et méthodes. - Parmi 528 patients suivis pour NA entre 1975 et 2005, 29 sont des enfants. Nous avons analysé

chez ces enfants les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives.

Résultats. - Il s'agit de 18 garçons et de 11 filles âgés de 10,7 ans en moyenne (3-14). Sur le plan clinique on trouve des oedèmes dans 20 cas, une protéinurie dans tous les cas associée à une hématurie dans 2 cas, une hypotension artérielle dans 2 cas. À la biologie on note un syndrome néphrotique dans 26 cas et une fonction rénale normale dans 28 cas. Le typage de l'amylose est fait dans 22 cas révélant un type AA dans tous les cas. Le diagnostic de l'amylose est fait par la biopsie rénale dans 28 cas et par la biopsie labiale dans 1 cas. L'étiologie de l'amylose était une l'arthrite chronique juvénile dans 5 cas, une fièvre méditerranéenne familiale dans 7 cas, une tuberculose dans 5 cas, une ostéomyélite dans 1 cas. Les patients ont reçu de la Colchicine dans 9 cas et des corticoïdes dans 5 cas. L'évolution est marquée par le décès dans 5 cas, un état stationnaire dans 2 cas, une rémission clinique dans 2 cas et l'installation d'une insuffisance rénale chronique terminale.

Discussion. - En plus de l'arthrite chronique juvénile et de la fièvre méditerranéenne familiale, la tuberculose joue un rôle dans l'amylose de l'enfant. Le pronostic de nos patients est sévère. Le traitement de la maladie causale et la Colchicine en cas de fièvre méditerranéenne familiale ont permis la rémission chez 2 de nos malades.

Conclusion. - Un traitement précoce de la maladie causale est nécessaire afin d'améliorer le pronostic des enfants ayant une amylose.

AN053

Affiche Néphrologie

Atteintes osseuses rares chez l'insuffisant rénal chronique hémodialysé : hemipaget et ostéopœcilie. À propos de deux observations

R. Bellaaj, Y. El Housseini, H. Mahfoudh *, A. Bahloul, A. Charfi, F. Jarraya, M. Kharrat, K. Kammoun, S. Yaich, K. Charfeddine, M. Ben Hmida, J. Hachicha

Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'ostéodystrophie rénale désigne l'ensemble des atteintes osseuses en rapport avec les désordres phosphocalciques observés chez les insuffisants rénaux chroniques. À part l'ostéose parathyroïdienne qui reste une forme fréquente d'ostéodystrophie chez les dialysés, d'autres lésions osseuses peuvent être observées. Nous rapportons deux observations d'atteintes osseuses inhabituelles, chez deux patients hémodialysés chroniques : l'une d'une ostéopœcilie et la deuxième d'une maladie de paget dans sa forme monostotique.

Patients et méthodes. - Nous rapportons deux observations d'un jeune homme et d'une femme âgés respectivement de 17 ans et de 61 ans, pris en charge en hémodialyse pour insuffisance rénale chronique secondaire à une hyalinose segmentaire et focale. Le jeune homme appartient à une famille d'Alport sans avoir le syndrome d'Alport (clinique, histologique et génétique). Son bilan phosphocalcique montrait à sa prise en charge une calcémie à 1,5 mmol/l (albuminémie à 16 g/l), une phosphorémie à 1,59 mmol/l et des phosphatases alcalines à 93 UI/l. La radiographie du

squelette montre un aspect de condensations osseuses multiples, petites, rondes et disséminées faisant évoquer l'ostéopoeilie. Pour la femme, sa radiographie du bassin montre une hypertrophie osseuse associée à une condensation et une différenciation cortico-médullaire de l'hémibassin gauche. La scintigraphie osseuse montre une hyperfixation de l'hémibassin gauche avec hypertrophie des pièces osseuses évoquant le diagnostic d'une maladie de Paget, conforté par le profil biologique (Calcémie : 2,69 mmol/l ; Phosphorémie : 1,88 mmol/l ; Phosphatases alcalines : 1434 UI/l ; PTH : 63 ng/ml).

Discussion. - L'absence de signe clinique (surdité, atteinte oculaire, hématurie) et l'analyse génétique ont permis d'écarter le diagnostic de syndrome d'Alport chez notre patient. Cependant, le lien entre ostéopoeilie et le syndrome d'Alport reste plausible devant l'hypothèse de l'atteinte de tissu conjonctif commune à ces deux entités. L'aspect pseudopagetoïde est décrit dans la littérature comme une complication de l'hyperparathyroïdie sévère par stimulation de l'ostéof ormation osseuse, mais pour notre patiente, elle présente une véritable maladie de Paget argumentée radiologiquement et biologiquement.

Conclusion. - L'atteinte osseuse observée chez les dialysés doit faire discuter la possibilité d'une ostéopathie autre que celle imputée à l'urémie.

AN054

Affiche Néphrologie

L'expression de CMIP distingue les différentes classes de néphropathies lupiques

K. Bouachi ^{a,*}, S.-Y. Zhang ^b, P. Rémy ^b, D. Desvaux ^b, P. Lang ^b, D. Sahali ^b

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation, APHP, Créteil, France ; ^b Service de néphrologie, Inserm U841, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - La classification histologique des néphropathies lupiques définit 6 entités qui répondent à des modalités thérapeutiques spécifiques. Nous avons récemment trouvé que cmip était surexprimé dans certaines formes de syndrome néphrotique idiopathique. Nous avons cherché à déterminer si l'expression de cmip dans les podocytes de patients atteints de lupus était corrélée à une entité particulière et pouvait représenter un marqueur potentiel, diagnostique et/ou pronostique.

Patients et méthodes. - Notre étude porte sur 21 patients (19 femmes et 2 hommes) atteints de néphropathie lupique, suivie dans notre service depuis une durée moyenne de 10 ans (2-19 ans). La moyenne d'âge est de 36,5 ans avec des extrêmes de 22 et 61 ans. Cinq reins normaux provenant de pièces de néphrectomies ont été utilisés comme contrôles. Le diagnostic de lupus a été posé sur la présence d'au moins 5 critères de l'ARA. Un syndrome néphrotique était présent au moment de la biopsie chez 19 patients sur 21. Au moment de la biopsie aucun patient n'avait reçu de traitement immunosuppresseur. Nous avons analysé par immunohistochimie, l'expression de cmip dans les différentes classes : classe II (n = 3), classe III (n = 7), classe IV (n = 6) classe V, stade 1 (n = 5).

Résultats. - Nous avons observé une expression glomérulaire importante et constante de cmip dans la classe V, podocytaire dans 5 cas. L'expression de cmip est très minime dans 3 cas/6 de la classe IV. Dans la classe III, on observe un marquage nucléaire podocytaire dans 3 cas /7. Dans la classe II, l'expression est modérée au niveau nucléaire dans 2 cas sur 3.

Discussion. - Nos données montrent que l'expression de cmip est restreinte au podocyte dans certaines classes de néphropathies lupiques. Elles sont cytoplasmiques dans la classe V et nucléaire dans les classes II et III. L'expression de cmip n'est pas corrélée au débit de la protéinurie.

Conclusion. - La localisation subcellulaire de cmip dans le podocyte pourrait distinguer certaines classes de la maladie lupique. Les conséquences fonctionnelles de la compar-timentalisation différente de cmip en fonction de la classe histologique seront discutées.

AN055

Affiche Néphrologie

L'oxalose au stade d'insuffisance rénale terminale : à propos de 23 cas

S. Mezghani, F. Jarraya, S. Yaich, H. Mahfoudh *, K. Charfeddine, K. Kammoun, M. Kharrat, M. Ben Hmida, J. Hachicha

Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'hyperoxalurie primaire est une enzymopathie héréditaire rare, autosomique récessive, caractérisée par une accumulation au niveau de divers tissus et en particulier au niveau du rein de cristaux d'oxalate de calcium. C'est une affection très hétérogène sur le plan clinique, enzymatique et génétique. L'Objectif de notre travail est d'étudier les particularités cliniques, paracliniques et évolutives des patients en dialyse, atteints d'oxalose.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique, portant sur 23 patients atteints d'oxalose traités par hémodialyse auprès des centres d'hémodialyse de Sfax et du sud tunisien.

Résultats. - Il s'agit de 13 garçons et 10 filles (sex-ratio = 1,3). L'âge moyen au moment du diagnostic de l'oxalose, du début d'hémodialyse et aux dernières nouvelles est respectivement de $18,8 \pm 10,5$; $19,1 \pm 10,5$ et $23,1 \pm 11,1$ ans.

Discussion. - Le diagnostic de l'oxalose a été établi à un âge adulte (> 16 ans) pour 11 patients d'âge moyen de $27,6 \pm 8$ ans. Des antécédents familiaux d'oxalose et/ou de lithiase ont été notés respectivement pour 3 et 8 cas. Le diagnostic de l'oxalose a été posé après le début du traitement par hémodialyse pour 8 cas d'âge adulte contre 2 seulement pour la série pédiatrique ($p = 0,023$). Le nombre d'abord vasculaires confectionnés a été plus important pour la série adulte : $4,2 \pm 4,0$ contre $1,4 \pm 0,9$ ($p = 0,031$). Le suivi en hémodialyse est équivalent quel que soit l'âge, il est de $61,7 \pm 40,6$ mois pour la série adulte. Quatre adultes (36,36 %) sont actuellement vivants contre six (50 %) de la série pédiatrique. Les causes de décès sont relatives à l'état grabataire dans la majorité des cas où la cause a pu être identifiée. Deux patients ont été greffés de rein seul avec un rejet précoce par récurrence de l'oxalose sur le greff-

fon entraînant sa perte mais permettant de poser le diagnostic de la maladie dans les deux cas.

Conclusion. - Bien que classiquement rare chez l'adulte, l'hyperoxalurie primaire est aussi fréquente chez l'enfant que l'adulte. Son diagnostic est plus souvent posé rétrospectivement au cours du traitement par HD à l'occasion de l'exploration d'ostéodystrophie rénale ou d'un rejet de greffe inhabituel, d'évolution souvent sévère vers le décès.

AN056

Affiche Néphrologie

Dysfonction tubulaire proximale au cours d'une leucémie lymphoïde chronique

A. Elsendoorn^a, E. Desport^a, S. Belmouaz^a, J. Gombert^b, J. Goujon^c, F. Bridoux^a, G. Touchard^a

^aService de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU, Poitiers, France ; ^bService d'immunologie, CHU, Poitiers, France ; ^cService d'anatomopathologie, CHU, Poitiers, France

Introduction. - Le syndrome de Fanconi (SF) est une complication rare des dyscrasies plasmocytaires avec production de chaîne légère (CL) monoclonale kappa. Les CL impliquées, majoritairement du sous-groupe Vkappa1, se caractérisent habituellement par des mutations du fragment variable, induisant leur résistance à la protéolyse dans le compartiment endo-lysosomal des cellules tubulaires proximales, et la formation d'inclusions cristallines typiques. Le SF a été exceptionnellement décrit au cours de leucémies lymphoïdes chroniques (LLC) avec protéinurie de Bence-Jones kappa.

Patients et méthodes. - Nous rapportons l'observation d'un patient de 67 ans sans antécédent particulier, en dehors d'une LLC initialement de stade A et non traitée. Deux ans après le diagnostic, il est hospitalisé pour une insuffisance rénale (IR) aiguë (créatinine 1249 µmol/L) à diurèse conservée, dans un contexte d'aggravation récente de la LLC (adénopathies multiples, lymphocytose 30.000/mm³). Malgré la sévérité de l'IR, le bilan biologique révèle des signes de tubulopathie proximale : glycosurie normoglycémique (6 g/24h), aminoacidurie généralisée et bêta2 microglobuline urinaire augmentée (81240 µg/l). La phosphorémie est à 2.8 mmol/L avec une excrétion fractionnelle (EF) à 77 %, l'uricémie à 447 µmol/L (EF 69 %), la kaliémie à 3.6 mmol/L (kaliurèse 58 mmol/24h). La protéinurie est de 1.24 g/24h, de type tubulaire. L'immunoélectrophorèse et l'immunoblot ne détectent pas de composant monoclonal sérique ou urinaire significatif. La biopsie rénale révèle un infiltrat tubulo-interstitiel massif fait de cellules B tumorales. L'étude en immunofluorescence directe et en microscopie électronique ne montre pas d'inclusions intracytoplasmiques de CL, ni de cristaux. Après 6 cures de chimiothérapie par vindésine, cyclophosphamide et prednisone, suivies de quatre cures de Rituximab, la rémission hématologique complète est obtenue (lymphocytes 1900/mm³). En revanche, il existe une IR chronique sévère (créatinine 569 µmol/L, clairance 12 ml/min) et les anomalies tubulaires proximales (glycosurie et aminoacidurie) persistent.

Discussion. - Dans cette observation, l'atteinte tubulaire proximale n'est pas liée à l'accumulation et à la toxicité de CL monoclonales dans le cytoplasme des cellules tubulaires, mais

à l'infiltration massive par les cellules B tumorales. Ce mécanisme rappelle celui des SF au cours des néphropathies tubulo-interstitielles de certaines maladies auto-immunes (syndrome de Sjögren, cirrhose biliaire primitive, syndrome NITU).

Conclusion. - La fréquence du SF au cours des hémopathies lymphoïdes B est vraisemblablement sous-estimée et doit être recherchée.

AN057

Affiche Néphrologie

Purpura thrombotique thrombocytopénique et anticorps anti-ADAMTS 13 chez une patiente sclérodermique

S. Lemoine^{a,*}, C. Khouatra^b, F. Guebre^a, C. Chauvet^a, D. Fouque^a, T. Rimele^c, M. Laville^a, J.-F. Cordier^b, L. Juillard^a

^aService de néphrologie, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France ; ^bService de pneumologie, hôpital Louis-Pradel, Lyon, France ; ^cService de réanimation pavillon P, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Dans la sclérodermie, en présence d'une microangiopathie thrombotique (MAT) il peut être difficile de différencier une crise rénale sclérodermique (CRS) d'un purpura thrombopénique thrombocytopénique (PTT). Cette distinction est indispensable parce que le traitement et le pronostic sont différents. Dans la crise sclérodermique la MAT est due à l'augmentation du shear stress alors que dans le PTT, la MAT est due à un défaut de clivage du facteur de Von Willebrand par effondrement de l'activité de l'ADAMTS 13.

Patients et méthodes. - Une femme de 48 ans présente une sclérodermie. Une pneumopathie interstitielle apparaît 2 mois après ce diagnostic. Le bilan cardiaque réalisé est normal. Quatre mois après, une insuffisance rénale aiguë s'installe avec une anémie hémolytique (hémoglobine de 85 g/dL à 56 g/dL, LDH de 266 à 2022 U/L et haptoglobine < 0.08 mg/dL). Il existe également une thrombopénie relative (255 à 165×10⁹/L). Une hypertension artérielle modérée apparaît, rapidement contrôlée par du Ramipril. Une biopsie rénale est réalisée en l'absence de thrombopénie, affirmant une MAT. Le taux d'ADAMTS 13 est effondré avec présence d'anticorps anti ADAMTS 13. Le traitement consiste en perfusions de plasma frais congelé (PFC) (1200 mL J1 et J2, 600 mL J3). Une décompensation respiratoire avec cytolysé hépatique majeure et altération de la fonction ventriculaire gauche apparaît après la 3^{ème} infusion de PFC et la transfusion d'un concentré globulaire. Trois séances d'hémodialyses avec ultrafiltration importante permettent de contrôler l'insuffisance cardiaque, éliminant l'autre hypothèse de MAT multi systématisée. Les PFC sont donc remplacés par des échanges plasmatiques (EP), 12 au total.

Discussion. - Ce cas clinique montre 3 points importants. 1) L'absence de thrombopénie ne permet pas d'exclure une MAT, et une thrombopénie relative doit être recherchée. 2) Nous rapportons pour la première fois la présence d'anticorps anti ADAMTS 13 chez une patiente sclérodermique. Cette hypothèse avait été évoquée par TSAI et al, parlant de l'origine auto-immune. 3) Le PFC ne doit pas être introduit du fait de la faible réserve et compliance cardiaque, due à la sclérose artérielle pulmonaire, le traitement repose donc sur les échanges plasmatiques.

Conclusion. - Le diagnostic différentiel entre crise rénale sclérodermique et micro angiopathie thrombotique peut être affirmé par le dosage de l'ADAMTS 13 et des anticorps anti ADAMTS 13.

Pour en savoir plus

[1] Tsai H, et al. N Engl J Med 1998;22:1585-94.

AN058

Affiche Néphrologie

Glomérulonéphrite extramembraneuse révélatrice d'une sarcoïdose de découverte tardive

P.-L. Caraman *

Service de médecine-interne et de néphrologie, centre hospitalier régional, Thionville, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Parmi les lésions glomérulaires observées au cours de la sarcoïdose, la glomérulonéphrite extramembraneuse est la plus fréquente. La sarcoïdose précède toutefois le plus souvent l'atteinte rénale. Peu de cas sont rapportés de glomérulonéphrite extramembraneuse précédant la sarcoïdose.

Patients et méthodes. - Les auteurs rapportent le cas d'un patient de 30 ans, hospitalisé pour fièvre et œdèmes révélant un syndrome néphrotique en août 1996. La biopsie rénale retrouve des lésions extramembraneuses de stade II - III associés à une atrophie tubulaire et une fibrose interstitielle. Les dépôts extra membraneux sont marqués avec les anticorps anti-IgG C3 et 4. Une insuffisance rénale est mise en évidence d'emblée avec une clairance à 50 ml/mn ; créatinine 184 µmol/l. Le scanner thoracoabdominal met en évidence des adénopathies médiastinales. Le myélogramme et biopsie osseuse permettent d'éliminer un lymphome. Les adénopathies médiastinales régressent spontanément dans les semaines suivant le premier scanner. Le syndrome néphrotique persiste et l'insuffisance rénale s'aggrave ; le bilan prétransplantation est terminé en août 2000. En octobre 2000 apparaît une hypercalcémie à 3,39 mmol/l. Le taux d'angioconvertase est significativement élevé. La biopsie hépatique ne montre pas de granulome. Sous corticothérapie la calcémie se normalise et on assiste à une amélioration très significative de la fonction rénale, la clairance passant de 15 ml/mn à 70 ml/mn ; la protéinurie est autour de 1 g/24 h. En janvier 2007 : 1,5 g/24 h ; clairance de la créatinine 65 ml/mn, sous PREDNISON 5 mg par jour.

Discussion. - Une glomérulonéphrite extramembraneuse peut révéler une sarcoïdose systémique même en l'absence de granulome rénal ou viscéral. La corticothérapie permet l'amélioration du syndrome néphrotique et du pronostic rénal.

Conclusion. - Le dosage d'angioconvertase doit être réalisé dans le bilan étiologique d'une glomérulonéphrite extramembraneuse.

Référence

[1] Taylor RG. Br Med J 1982;284.

AN059

Affiche Néphrologie

Interêt de la 18F-FDG TEP en néphrologie

N. Zucchi-Target ^a, M. Janier ^b, A. Tescaru ^b, I. Orliaguet ^b, E. Morelon ^c, L. Juillard ^a, C. Billotey ^b

^a Service de néphrologie, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France ; ^b Service de médecine nucléaire, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France ; ^c Service de transplantation rénale, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

Introduction. - La tomographie par émission de positons (TEP) est une technique d'imagerie fonctionnelle 3D basée sur l'utilisation de radio pharmaceutiques émetteurs de positons. Le 18F-fluorodeoxyglucose (¹⁸F-FDG) s'accumule dans les cellules présentant un hypermétabolisme glucidique et permet de détecter par TEP des foyers tumoraux et inflammatoires. Notre objectif est d'établir un rôle potentiel de la ¹⁸F-FDG-TEP chez les patients insuffisants rénaux chroniques et greffés rénaux.

Patients et méthodes. - Recueil des données de 35 examens ¹⁸F-FDG-TEP chez 28 patients en suivi néphrologique. Réalisation : examens acquis 1 heure après l'injection de 5MBq/kg de ¹⁸F-FDG injecté par perfusion intraveineuse, à jeun et au repos musculaire. Les résultats ont été confrontés à l'évolution clinique, biologique, histopathologique et post-traitement.

Résultats. - 1] Lymphome. A) bilan d'extension : aspect de dissémination (2 cas), lésion unique (3 cas) dont une identification de masse rénale de rein natif et hyperfixation de voie veineuse centrale chez un patient greffé rénal (patient A) ; b) évaluation thérapeutique : résultat favorable (9 cas). 2] Caractérisation de syndrome de masse : négative (7 cas), positif (2 cas). 3] Bilan d'extension a) de néoplasie mammaire (1cas) : dissémination osseuse ; b) de colon (1 cas) : négatif. 4] Bilan d'évolutivité de fibrose rétro péritonéale : évidence d'activité et de régression post traitement (1 cas), et négative dans 1 cas. 5] Fièvre d'origine inconnue et recherche de foyer infectieux profond : positive dans 4 cas sur 5. 6] Caractère évolutif de nodules médiastinaux dans de lupus érythémateux disséminé : absence d'évolutivité dans 1 cas.

Discussion. - Les résultats ¹⁸F-FDG-TEP ont permis une prise en charge ciblée chez presque tous les patients. Chez le patient A, la TEP a conduit à une néphrectomie et à l'ablation de la voie veineuse centrale révélant respectivement un cancer papillotubulaire et une infiltration lymphomateuse de la voie.

Conclusion. - La ¹⁸F-FDG-TEP peut jouer un rôle certain et décisif chez les patients néphrologiques pour la prise en charge des situations cliniques difficiles, en soulignant l'absence de néphrotoxicité de cet examen.

AN060

Affiche Néphrologie

Le syndrome de Bardet Biedel vu par le néphrologue

A. Bahloul ^a, H. Mahfoudh ^{*a}, M. Kharrat ^a, R. Bellaj ^a, K. Makni ^b, D. Sellami ^c, S. Yaich ^a, K. Charfeddine ^a, F. Jarraya ^a, M. Ben Hmida ^a, H. Ayadi ^b, J. Hachicha ^a

^a Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie ; ^b Laboratoire d'immunologie, faculté de mé-

decine de Sfax, Sfax, Tunisie ; ^c Service d'ophtalmologie, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le syndrome de Bardet Biedel est une maladie héréditaire à transmission autosomique récessive. Elle est caractérisée par l'association d'une rétinite pigmentaire à deux ou plusieurs signes cardinaux suivants : polydactylie, atteinte rénale, hypogonadisme, obésité ou un retard mental.

Patients et méthodes. - Nous rapportons deux observations colligées dans notre service, il s'agit d'un homme et d'une femme âgés respectivement de 20 et 24 ans, issus de mariages consanguins. Ces deux patients présentent une rétinite pigmentaire, un retard mental, une polydactylie, un retard statural et une insuffisance rénale au stade de dialyse. Le premier patient présente en plus une obésité gynoïde et un hypogonadisme. Le frère de la patiente présente aussi une IR avec retard mental.

Discussion. - Le diagnostic de syndrome de Bardet Biedl repose essentiellement sur un examen clinique minutieux.

Devant le grand polymorphisme de la symptomatologie clinique, le diagnostic nécessite une collaboration entre différentes spécialités (pédiatrie, néphrologie, ophtalmologie, neurologie...). L'étude génétique et le diagnostic moléculaire sont d'un grand apport pour confirmer le diagnostic. Les complications les plus fréquentes sont : l'insuffisance rénale constituant la première cause de décès, la cécité et les complications métaboliques et cardiovasculaires. **Conclusion** - Le syndrome de Bardet Biedl est rare dans notre population, en effet le diagnostic est en général fait en milieu pédiatrique. Une fois le diagnostic posé, un dépistage précoce de l'atteinte rénale s'impose ainsi que la recherche des complications métaboliques et cardiovasculaires. Une étude génétique et un diagnostic moléculaire sont indiqués afin de pouvoir établir le statut moléculaire des différents membres de la famille et de donner le conseil génétique adéquat.

AN061

Affiche Néphrologie

Laparoscopie : un facteur de risque d'IRA en cas d'IRC ?

V. Jotterand ^a, C. Stoermann ^{a,*}, E. Farinelli ^b, E. Schiffer ^b, C. Klopstein ^b, P.-Y. Martin ^a

^a Service de néphrologie et hémodialyse, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse ; ^b Service d'anesthésie-réanimation, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

* Auteur correspondant.

Introduction. - La laparoscopie est une technique chirurgicale courante nécessitant l'insufflation de dioxyde de carbone intrapéritonéale engendrant une augmentation des pressions abdominales. La diminution du flux plasmatique rénal secondaire provoque une altération de la fonction rénale, le plus souvent transitoire. Elle peut cependant persister chez des patients ayant une IRC sévère préalable, comme illustré dans le cas clinique suivant.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'une patiente de 63 ans connue pour une IRC (clearance de la créatinine à 25 ml/

min) sur maladie de reflux bilatérale avec rein G non fonctionnel et maladie de la jonction pyélo-urétérale D.

Discussion. - Une pyéloplastie D par chirurgie robotique laparoscopique est tentée. L'intervention dure 4 h avec des pressions intrapéritonéales moyennes entre 12-14 mmHg et des pics atteignant 16-17mmHg. L'opération se termine par une conversion en tomie. En période per-opératoire, la patiente développe une oligo-anurie qui évolue favorablement sous remplissage. Parallèlement, on observe une aggravation de l'insuffisance rénale avec une créatinine culminant à 400µmol/l. Dans la phase de récupération, elle développe un urosepsis avec une nouvelle aggravation de la fonction rénale nécessitant la mise en route d'une épuration extra-rénale chronique.

Conclusion. - L'augmentation de la pression intrabdominale lors du capnopéritoine nécessaire pour la laparoscopie entraîne une diminution du flux plasmatique rénal. Ceci peut influencer la fonction rénale mais cette atteinte est transitoire dans la majorité des cas. L'amplitude de la pression intraabdominale, l'hypovolémie ainsi que la longueur de l'intervention sont des facteurs de risque d'aggravation de la fonction rénale [1]. Le risque de développer une IRA lors d'une intervention laparoscopique doit être pris en compte chez des patients avec une IRC stade IV.

Référence

[1] Denyttaere S. Surg Endosc 2007;21:152-160.

AN062

Affiche Néphrologie

Néphropathie à IgA associée à une maladie d'Hodgkin. À propos d'un cas

N. Kheiri ^a, A. Baakrim ^a, H. Balamane ^a, K. Ellasslouj ^a, N. Khoubila ^b, K. Hachim ^a, M. Zamd ^a, G. Medkouri ^a, M. Benghanem ^a, B. Ramdani ^a, A. Benkirane ^c, A. Quessar ^b

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc ; ^b Service d'héματο-oncologie pédiatrique, hôpital 20-Aôut, Casablanca, Maroc ; ^c Laboratoire d'anatomie pathologique, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction. - La néphropathie à IgA est une glomérulopathie peu fréquente dans notre contexte, son association à la maladie d'Hodgkin est très rare seulement 4 cas décrits dans la littérature.

Patients et méthodes. - Nous rapportons l'observation d'un patient ayant une néphropathie à IgA diagnostiquée 8 mois avant l'apparition d'une maladie d'Hodgkin.

Résultats. - Un patient de 26 ans, admis pour syndrome néphrotique impur Protéinurie à 4g/24h avec hématurie microscopique et insuffisance rénale à 24 mg/l de créatinine. L'examen clinique ne retrouve aucun signe extrarénal. La biopsie rénale a objectivé une néphropathie à IgA. La réponse aux corticoïdes à pleine dose était partielle : Fonction rénale restait stationnaire avec une protéinurie variant entre 1.5 et 2 g/ 24h. L'évolution a été marquée par l'apparition de multiples adénopathies axillaires bilatérales avec aggravation rapide de la fonction rénale passée à 95 mg /l de créatinine. Une 2ème biopsie rénale a retrouvé le même aspect histologique et la biopsie ganglionnaire a objectivé une maladie d'Hodgkin. La thérapeutique était

basée sur la chimiothérapie, corticothérapie et hyperhydratation alcaline ainsi qu'une prise en charge en hémodialyse périodique. L'évolution a été marquée par la régression des adénopathies et l'amélioration spectaculaire de la fonction rénale et de la protéinurie. Après la 3^{ème} cure le patient a présenté une détresse respiratoire avec à la radiographie du thorax un aspect en faveur d'une pneumopathie diffuse responsable du décès.

Discussion. - L'association des glomérulopathies aux lymphomes a été décrite pour la première fois au cours des années 1930. Au cours de la maladie d'Hodgkin, la néphropathie à lésion glomérulaire minime est la plus communément retrouvée.

Conclusion. - La revue de la littérature retrouve seulement 4 cas. L'évolution est généralement favorable sous corticoïdes et chimiothérapie avec rémission de l'hémopathie ainsi que la régression du syndrome néphrotique.

Pour en savoir plus

- [1] Blanco P, et al. Nephrol Dial Transplant 1999;14:179-180.
- [2] Bergmann J, et al. Am J Kidney Dis 2005;45:e16-e19.

AN063

Affiche Néphrologie

Malacoplakie rénale (MK) : à propos de quatre cas

M. Daroux, M. Frimat, T. Mirault, V. Lemaître, D. Fleury, P. Vanhille

Service de néphrologie, de médecine interne, CH, Valenciennes, France

Introduction. - La MK est une granulomatose inflammatoire rare liée à un déficit de la phagocytose macrophagique, caractérisée histologiquement par les corps de Michaelis-Gutmann (reliques de fragment bactérien). Fréquente au niveau du tractus génito-urinaire, la localisation rénale est rare.

Patients et méthodes. - Étude rétrospective monocentrique de 4 cas de MK rénale confirmée par ponction biopsie rénale (PBR) entre 1995 et 2007.

Résultats. - valeur médiane (minimum-maximum). 3F/1H, âge 59,5 ans (57-70), pyélonéphrite aiguë (PNA) à E. Coli (4/4) et insuffisance rénale aiguë (IRA) (4/4) : pic de créatininémie 367 µmol/L (257-593). Recours à l'hémodialyse (2/4). Pas de retard à l'instauration d'une antibiothérapie. Tares associées : éthyisme (3/4), diabète (1/4). Evolution initiale : PBR réalisée à J15 (J9-J22) devant la persistance de l'insuffisance rénale. Adaptation thérapeutique : fluoroquinolone (2/4) ou cotrimoxazole (2/4) durant 90 jours (45-120), corticothérapie (3/4) durant 45,5 jours (41-50). Evolution à long terme : Suivi (0,5/7/7/9 ans) : Filtration glomérulaire normale (2/4) ; Insuffisance rénale chronique (IRC) sévère (1/4), terminale (1/4) : pour ces deux cas une 2^{nde} PBR (J121-J144) a montré une disparition des lésions de la MK. Décès (1/4) : cirrhose.

Discussion. - Comme dans les autres observations publiées dans la littérature [1] nous retrouvons une prédominance féminine, un âge >50 ans, un terrain immunodéprimé (éthylisme, diabète) et un tableau clinique de PNA à E. Coli avec IRA. L'évolution défavorable initiale de ce tableau de néphrite interstitielle bactérienne a motivé la PBR, seul examen affirmant la MK. Compte tenu de la phy-

siopathologie de la MK un traitement antibiotique prolongé est préconisé sans consensus quant à la durée. Plus récemment, quelques études ont évoqué l'effet délétère des corticoïdes et l'intérêt éventuel des cholinergiques [2]. Le pronostic rénal à long terme peut-être péjoratif avec persistance d'une IRC malgré la régression des lésions spécifiques de la MK.

Conclusion. - Devant une PNA avec IR persistante, une PBR doit être réalisée à la recherche d'une MK compte tenu des particularités thérapeutiques et du pronostic rénal potentiellement défavorable.

Références

- [1] Vidal V, et al. J Radiol 1999;80:309-11.
- [2] Doré B, et al. Memoire de l'academie national de chirurgie. 2003;2 (3):25-31.

AN064

Affiche Néphrologie

Crise rénale de sclérodermie révélatrice d'un adénocarcinome bronchique

N. Badenco ^a, J. Bouet ^a, A. Yazigi ^a, C. d'Auzac ^a, G. Lebrun ^a, D. Nochy ^b, B. Bienvenu ^c, C. Jacquot ^a

^a Service de néphrologie, APHP, Hégp, université Paris-V, faculté de médecine, 75908 Paris, France ; ^b Service d'anatomopathologie, APHP, Hégp, université Paris-V, faculté de médecine, 75908 Paris, France ; ^c Service de médecine interne, hôpital Cochin, 75679 Paris, France

Introduction. - La crise rénale de la sclérodermie survient dans 10 à 20 % des cas. Nous présentons une observation exceptionnelle de crise rénale révélatrice d'un cancer.

Patients et méthodes. - Un homme âgé de 58 ans, alcoolotabagique, est transféré en néphrologie pour insuffisance rénale aiguë. Deux mois auparavant il avait consulté pour une polyarthrite avec altération de l'état général récente ; un adénocarcinome localisé du poumon a été découvert. La créatinine sérique était de 65 µmol/L sans anomalies des urines à la bandelette. À l'admission en néphrologie : PA 138/76 mmHg, volémie cliniquement normale, jugulaires plates, aspect typique de sclérodermie œdémateuse prédominant aux mains, avant-bras, pieds et jambes avec scléroedème du tronc apparu dans les semaines précédentes. Créatinine sérique 609 µmol/L, ACR 77 mg/mmol, Hématies 126/mm³ d'urines (sondage), Hb 8,2 g/dL, schizocytes < 1 %, plaquettes 270 g/L, CRP 54 mg/L, haptoglobine 0,78g/dL, LDH 404 UI/L, CH 50, C3, C4, Facteur B, H et I antigènes normaux, FAN 1/8000^e homogènes, avec AC anti-Scl-70 sans anti-SSA, -SSB, -RNP, -SM -JO-1, -phospholipides ; échographie, 2 reins de 11,5 cm sans dilatation des cavités. La biopsie rénale montre une microangiopathie thrombotique (MAT) avec thrombi de fibrine touchant les glomérules, les artérioles pré-glomérulaires et les petites artères, associée à une artériosclérose particulière des artères interlobulaires par l'aspect mucoïde de l'intima. Ces lésions évoquent une crise rénale aiguë de sclérodermie. Le traitement par IEC, bolus de méthylprednisolone et de cyclophosphamide a été suivi d'une amélioration franche des lésions cutanées et de l'état général mais le patient reste tributaire de l'hémodialyse. Une lobectomie est effectuée et des localisations

ganglionnaires mises en évidence. Le patient décède 30 jours plus tard de sepsis disséminé.

Discussion. - La prévalence des cancers est discrètement mais significativement augmentée au cours de la sclérodermie. La littérature ne rapporte que 6 cas de crises rénales au cours de cancers sur une période de 30 ans. Un seul concernait le poumon. Notre observation est exceptionnelle. Elle pose la question des rôles respectifs de la sclérodermie et de la tumeur dans la survenue de la microangiopathie thrombotique.

Conclusion. - Cette observation montre que la crise rénale de sclérodermie peut être un syndrome paranéoplasique et révéler un cancer. Elle rappelle que la pression artérielle peut être normale malgré des lésions rénales proches de celles observées dans l'hypertension artérielle maligne et la microangiopathie thrombotique.

AN065

Affiche Néphrologie

Néphrites interstitielles : profil épidémiologique et bioclinique

H. Balamane *, L. Hanafi, N. Khira, A. Tarik, K. Hachim, M. Zamd, G. Medkouri, M. Benghanem, B. Ramdani
Service de néphrologie et hémodialyse, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Introduction. - La néphrite interstitielle est définie par une infiltration du tissu interstitiel rénal par des cellules inflammatoires, de l'œdème et plus ou moins de la fibrose. L'association à une atteinte tubulaire décrit la néphrite tubulo-interstitielle.

Matériels et méthodes. - Notre étude rétrospective a porté sur 14 observations de néphrites interstitielles documentées à la PBR, recensées au service néphrologie- durant l'année 2006. **But.** - Étudier le profil épidémiologique et bioclinique de cette atteinte rénale.

Résultats. - les néphrites interstitielles ont représenté 6.3 % de l'ensemble des ponctions biopsies rénales effectuées durant l'année 2006. L'âge moyen de nos patients est de 45 ans (26-70 ans) avec une prédominance féminine (72 %). La notion de prise médicamenteuse a été retrouvée chez 78 % de nos malades. Dans 72 % des cas, l'insuffisance rénale était de découverte fortuite ou lors d'un bilan pour une symptomatologie digestive. Sur le plan biologique, un seul malade n'avait pas de protéinurie et trois autres avaient une anomalie du sédiment urinaire. A l'histologie, Quatre PBR ont conclu à des néphrites interstitielles aiguës toutes d'origine médicamenteuse, traitées par corticothérapie à faible dose avec une récupération de la fonction rénale ; les autres étaient au stade de chronicité avec une incrimination de la prise médicamenteuse au long cours en premier lieu suivie de la consommation des plantes néphrotoxiques, un cas est du à une uropathie obstructive et un autre d'origine immunitaire (syndrome de Goujerot-Sjörger). Tous ces malades ont été mis sous traitement conservateur.

Discussion. - Les néphrites interstitielles occupent une place importante parmi les maladies rénales, l'étiologie la plus incriminée étant la prise médicamenteuse et la prise

de plantes néphrotoxiques, une prise en charge précoce peut améliorer le pronostic ultérieur.

Conclusion. - l'intérêt d'une prescription vigilante de tout médicament ainsi que l'éducation de la population vis-à-vis du risque de la consommation des plantes et de l'automédication.

AN066

Affiche Néphrologie

Atteinte hépatique au cours de la néphronophtise : à propos de deux cas

M. Criste ^a, R. Aoudia ^a, L. Albano ^a, S. Mzoughi ^a, F. Vocila ^a, S. Patouraux ^a, E. Berard ^b, E. Cassuto ^a

^aService de néphrologie, hôpital Pasteur, Nice, France ;

^bService de pédiatrie, hôpital Pasteur, Nice, France

Introduction. - La néphronophtise est une néphropathie héréditaire de transmission autosomique récessive, responsable de 8 % des IRT de l'enfant. L'atteinte rénale est saupoudrée de signes extrarénal en particulier hépatiques. 2 cas récents illustrent cette association.

Patients et méthodes. - Cas clinique 1 : notion de consanguinité, retard staturo-pondéral sans retard intellectuel, avec un examen neurologique normal à l'âge de 5 ans, brachydactylie, sans aspect d'épiphyse en cône, insuffisance rénale chronique découverte à l'âge de 12 ans, avec un aspect de néphropathie interstitielle chronique à l'histologie, recours à la dialyse péritonéale à l'âge de 14 ans, greffe avec le rein de sa mère à l'âge de 15 ans, cholestase prévalente associée à une discrète cytolysie apparue à l'âge de 20 ans, et s'aggravant avec un aspect de fibrose portale à l'histologie, retour en dialyse à l'âge de 30 ans associé à des séances itératives d'épuration hépatique par le système MARS, transplantation foie + rein à l'âge de 30 ans, évolution satisfaisante, recherche des mutations des gènes NPHP négative. Cas clinique 2 : pas de consanguinité, atteinte hépatique (cytolysie) et rénale (hématurie, protéinurie puis insuffisance rénale) dès l'âge de 5 ans, biopsies à 6 ans : pas de mitochondriopathie à la biopsie musculaire, néphropathie interstitielle chronique à la biopsie rénale, fibrose portale avec, au sein de cette fibrose une prolifération ductulaire, dialyse péritonéale à 7 ans et transplantation rénale à 9 ans (reins de cadavre), évolution satisfaisante mais persistance de la cytolysie hépatique, recherche des mutations des gènes NPHP négative.

Discussion. - L'atteinte hépatique des néphronophtises est volontiers insidieuse et doit être recherchée biologiquement. L'évolution est rarement aussi sévère que celle rapportée. L'étude génétique est souvent négative. L'atteinte hépatique ressemble à celle des polykystoses de type récessif, évoquant peut-être un dysfonctionnement du cil primal. Le produit des gènes NPHP (néphrocystine et inversine) semble pouvoir être incriminé.

Conclusion. - La caractérisation précise de la fonction de la néphrocystine et de l'inversine devrait permettre de progresser dans la compréhension des mécanismes intervenant non seulement dans la néphronophtise mais aussi peut-être dans la fibrose rénale quelle que soit sa cause et la fibrose portale.

AN067

Affiche Néphrologie

Amylose associée à un déficit immunitaire en IgA

M. Souiri ^{a,*}, A. Tarik ^a, K. Elaslouj ^a, L. Hanafi ^a,
K. Hachim ^a, M. Zamd ^b, G. Medkouri ^b, M. Benghanem ^b,
B. Ramdani ^b

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc ; ^b Service de néphrologie, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Introduction. - Les déficits immunitaires primitifs constituent un ensemble hétérogène d'affections, caractérisées par une insuffisance primitive des moyens de défense contre les microorganismes, le déficit sélectif en IgA est le plus fréquent avec des différences ethniques (1/700 dans la population caucasienne). Les sujets atteints sont susceptibles à des infections récurrentes : ORL, Broncho-pulmonaires et gastro-intestinales.

Patients et méthodes. - On rapporte un cas colligé au service de néphrologie, d'une patiente suivie pour déficit sélectif en IgA qui a développé un syndrome néphrotique 10 ans plus tard, dont la biopsie salivaire a confirmé le diagnostic d'amylose. L'objectif de notre travail est d'insister sur l'intérêt de l'antibioprophylaxie au cours du déficit immunitaire, et d'énumérer les différentes glomérulopathies pouvant y être associées, bien que rarement décrites. **Résultat.** - Il s'agit d'une patiente âgée de 20 ans, suivie en pédiatrie depuis l'âge de 10 ans pour déficit sélectif en IgA, révélé depuis le bas âge par des infections récurrentes (respiratoires, cutanées et gastro-intestinales) mise sous antibioprophylaxie arrêtée par manque de moyens, et qui a présenté un syndrome néphrotique massif avec insuffisance rénale, à L'EPP : hypogammaglobulinémie à 0.8 g/l, IgA < 0.35 g/l, IgG < 2.11 g/l (alors qu'avant, taux d'IgG était normal, ce qui suggère une fuite urinaire), une biopsie salivaire réalisée a confirmé l'amylose.

Discussion. - Le déficit immunitaire en IgA est associé à une susceptibilité accrue aux infections, maladies allergiques, le développement de l'amylose secondaire n'est pas fréquemment décrit dans la littérature, mais il est expliqué par les infections chroniques. Le déficit immunitaire en IgA peut cependant s'associer à d'autres glomérulopathies, bien que rarement décrites, qui suggèrent un mécanisme auto-immun.

Conclusion. - Le déficit immunitaire en IgA est une maladie bénigne mais peut se compliquer d'affections graves, le traitement substitutif n'étant pas actuellement disponible, le traitement des pathologies associées est primordial pour éviter l'évolution vers l'amylose et par la suite vers l'insuffisance rénale terminale.

AN068

Affiche Néphrologie

Un cas d'hypophysite associée à une néphropathie glomérulaire

S. Ellouze, S. Barbouch, I. Hadj Ali, M. Ounissi, F. Hazgui, R. Goucha, F. Ben Moussa, F. Ben Hamida, A. Kheder
Service de médecine interne et néphrologie, hôpital Charles-Nicolas, Tunis, Tunisie

Introduction. - L'hypophysite idiopathique est une entité rare caractérisée par une atteinte inflammatoire de la glande hypophysaire dont l'origine est vraisemblablement

auto-immune. Elle se traduit cliniquement par un hypopituitarisme ou un syndrome tumoral intra et extrasellaire. L'association d'une hypophysite et d'une néphropathie glomérulaire n'a été qu'exceptionnellement rapportée.

Patients et méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une hypophysite idiopathique associée à une néphropathie glomérulaire à reins optiquement normaux.

Discussion. - Mme M.H, âgée de 46 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, est hospitalisée pour l'apparition récente d'une asthénie, frilosité et myalgies diffuses. L'examen trouve une loge thyroïdienne libre, des oedèmes des membres inférieurs avec aux bandelettes urinaires : une protéinurie et une hématurie. La biologie révélait une anémie à 9g/dl normochrome normocytaire, une hyponatrémie à 133mmol/l, une hypoprotidémie à 51g/l, une hypoalbuminémie à 24g/l et une protéinurie à 4,36g/24heures. Le bilan hormonal révélait une insuffisance thyroïdienne avec une thyroxine (T4) libre à 3,8 pmoles/L (N : 8,5-17,1), une thyroïdostimuline (TSH) à 2,97mUI/L (0,12-6,1) associée à une insuffisance corticotrope avec une cortisolémie de base à 47 nmol/L (N : 200-600 nmol/l) et un dosage de l'adrénocorticotrophine (ACTH) effondré à 6 pg/mL. Les concentrations basales de FSH et LH étaient normales ainsi que les tests dynamiques. L'imagerie par résonance magnétique hypophysaire n'a pas montré d'anomalies. Le diagnostic d'une hypophysite avec une atteinte thyroïdienne et corticotrope était retenu. La recherche des anticorps antinucléaires, anti-phospholipides, antithyroïdiens et antisurrénaliens était négative. La ponction biopsie rénale a montré des reins optiquement normaux. La patiente a reçu une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/jour et un traitement de substitution cortisolique et thyroïdien. L'évolution a été favorable avec négativation de la protéinurie et normalisation du bilan hypophysaire.

Conclusion. - Cette observation, ainsi que les trois autres cas précédemment publiés, concerne une association non commune entre une hypophysite et une néphropathie glomérulaire. Elles ne permettent cependant pas de conclure à un lien direct entre ces deux pathologies, ceci demande à être confirmé par d'autres cas.

AN069

Affiche Néphrologie

La glomérulonéphrite extramembraneuse au cours du syndrome d'Ehler Danlos

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

Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction. - Le syndrome d'Ehler Danlos (SED) est une maladie héréditaire du tissu conjonctif. Cette maladie est caractérisée par une triade clinique, incluant hyperextensibilité cutanée, hyperlaxité articulaire et cicatrices atrophiques. Les manifestations rénales au cours de cette maladie sont rares. Nous rapportons l'association d'une glomérulonéphrite extramembraneuse au SED.

Patients et méthodes. - • Un homme de 38 ans aux antécédents d'épilepsie essentielle et une histoire d'hyperextensibilité cutanée et hyperlaxité articulaire depuis l'âge de 3 ans. Il a été hospitalisé en 2003 pour exploration d'un syn-

drome néphrotique. À l'examen clinique : PA = 220/160 mmHg, œdème important au niveau des 2 membres inférieurs. Les explorations biologiques montrent une protéinurie à 13,3 g/24h, protidémie = 43 g/l, albuminémie = 16,7g/l, hématurie = ++, créatinémie = 110 µmol/l. À l'échographie rénale, les deux reins sont de morphologie et de taille normale. La radiographie thoracique révèle une cardiomégalie avec à l'écho doppler cardiaque, une insuffisance cardiaque sur une cardiomyopathie (indéterminée) avec fraction d'éjection à 25 %. Devant ce syndrome néphrotique impur, une ponction biopsie rénale a été réalisée concluant à une glomérulonéphrite extramembraneuse. L'enquête étiologique était négative et le patient a été mis sous traitement antiprotéinurique. L'évolution était défavorable et au bout de 3 ans, installation d'une insuffisance rénale terminale, nécessitant le recours à l'hémodialyse chronique.

Discussion. - Le SED est une maladie héréditaire due à un déficit en collagène. La fragilité des tissus conjonctifs va être responsable de manifestations viscérales multiples incluant une atteinte gastro-intestinale, anomalies cardiovasculaires, anomalies oculaires... L'atteinte rénale associée est rare, mais non exceptionnelle tel que ; une polykystose rénale, rein en éponge, des lésions d'hyalinose segmentaire et focale. À notre connaissance, l'association du SED et GNEM n'a pas été rapportée dans la littérature, il est possible que cette association soit fortuite.

Conclusion. - Nous venons de rapporter une première association entre une glomérulonéphrite extramembraneuse et le Syndrome d'Ehler Danlos.

AN070

Affiche Néphrologie

Syndrome de Sjögren, acidose tubulaire et ostéomalacie

L. Ben Fatma, S Barbouch, F. Hazgui, I. Helel, E. Abderrahim, H. Ben Maiz, F. Ben Hamida, A. Kheder
Laboratoire Santé 02, service de médecine interne, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction. - Le syndrome de Sjögren (SSj) est une anomalie immunologique en rapport avec une atteinte des glandes exocrines. L'atteinte rénale est faite d'une néphrite tubulo-interstitielle auto-immune qui se traduit par une acidose tubulaire. L'atteinte rénale constitue une manifestation extraglandulaire assez fréquente du SSj.

Patients et méthodes. - On rapporte le cas d'une patiente atteinte de SSj, d'acidose tubulaire et d'ostéomalacie. Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, porteuse d'un syndrome sec clinique en rapport avec un SSj avec critère immunologique (Facteur Rhumatoïde positif) et histologique (infiltration lymphoplasmocytaire des glandes salivaires). L'atteinte rénale est faite d'une néphropathie tubulo-interstitielle avec insuffisance rénale et acidose tubulaire avec glucosurie. La radiographie montre des stries de Looser-Milkman au niveau fémoral. La biopsie osseuse confirme le diagnostic d'ostéomalacie. Le traitement a inclus une supplémentation calcique et en vitamine D ainsi qu'une corticothérapie à 0,5 mg /Kg/24H responsable par la suite de complications iatrogènes.

Discussion. - La sévérité du SSj varie d'un syndrome sec isolé à une atteinte plus sévère avec plusieurs atteintes :

vascularite, atteinte pulmonaire et atteinte rénale. L'acidose tubulaire est plus fréquemment distale de type 1 mais quelques observations rapportent une acidose tubulaire proximale pouvant même s'associer à un syndrome de Fanconi.

Conclusion. - Le SSj doit être recherché en cas d'acidose tubulaire rénale et d'ostéomalacie et ce même en l'absence de syndrome sec clinique. Chez ces patients, un diagnostic précoce et un traitement adapté prévient l'apparition de complications comme l'ostéomalacie.

AN071

Affiche Néphrologie

Infection à salmonella chez les lupiques : à propos de quatre cas

F. Hazgui ^{a,*}, S. Barbouche ^b, M. Ounissi ^b, M. Cherif ^b

^a Service de médecine interne-néphrologie-hémodialyse, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie ; ^b Service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - Les infections sont la première cause d'admission des lupus en unité de soins intensifs. Elles sont à l'origine de 50 % de la morbidité et elles constituent la cause de décès dans 33 % des cas. Les germes en cause sont essentiellement les bactéries. L'infection à salmonella est peu fréquente, il s'agit souvent de salmonellose extradigestive, notamment ostéo-articulaire, et la bactériémie est constante.

Patients et méthodes. - Nous rapportons les cas de quatre patientes lupiques présentant une infection à salmonella. Patient 1 : Femme âgée de 45 ans, ayant un LES, suivie depuis 2001 pour une glomérulonéphrite proliférative diffuse (GNPD). Au cours de l'hospitalisation, elle a présenté une fièvre isolée en rapport avec une infection à Salmonella (isolée sur les hémocultures (HC)). L'évolution était favorable sous Claforan et Oflocet. Patient 2 : Homme âgé de 29 ans, ayant un LES connu depuis 1998 suivi dans notre service pour une GN extramembraneuse transformée en 2001 en GNPD traitée par CT et Endoxan. Il a été hospitalisé en 2004 pour fièvre, diarrhée et insuffisance rénale (IR), les HC ont isolé une Salmonella typh. Traité par Ciflox avec une évolution favorable. Patient 3 : Femme âgée de 22 ans, ayant un LES connu depuis 1995, suivie dans notre service pour une NGPD avec plusieurs poussées traitées par CT et Endoxan. En mars 2005, elle a présenté une fièvre et une IR. Une infection à Salmonella enteritidis était diagnostiquée et l'évolution était favorable sous Claforan et Oflocet. Patient 4 : Femme âgée de 16 ans ayant un LES connu depuis 2003, à l'origine d'une néphropathie glomérulaire avec à la PBR une NGPD traitée par CT et Endoxan (6 bolus mensuels puis 6 trimestriels). Hospitalisée en juillet 2006 pour poussée de la maladie avec syndrome néphrotique sans dégradation de la fonction rénale. Elle a été alors mise sous Imurel. Au cours de cette hospitalisation elle a présenté une fièvre isolée avec douleurs abdominales sans diarrhée, les hémocultures ont isolé un *Salmonella typhi murium*. L'évolution était favorable sous Ciflox.

Discussion. - La particularité de nos patients est le fait qu'ils présentent une localisation digestive de leur infection

à salmonella ce qui met en question la priorité des localisations extradigestives chez les lupiques.

Conclusion. - L'infection à Salmonella est rare (4 cas sur 211 néphropathies lupiques en 28 ans). Elle est favorisée par un traitement immunosuppresseur lourd. L'évolution est favorable sous fluoroquinolones.

AN072

Affiche Néphrologie

Syndrome de Marfan révélé par l'insuffisance rénale

S. Nouira *, D. Zellama, Y. Guedri, A. Azzabi, R. Younes, M. Dey, A. Belarbia, A. Achour

Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le syndrome de Marfan est une dystrophie du tissu élastique et du collagène d'origine génétique, généralement héréditaire de transmission autosomique dominante à expressivité variable. Son caractère de gravité repose sur le risque de décès brutal par dissection aortique. Le diagnostic fait appel à l'association de critères précis considérés comme majeurs ou mineurs touchant surtout le système cardiovasculaire, squelettique et oculaire. La recherche d'une mutation du gène FBN1 de la fibrilline n'est pas spécifique et son absence n'élimine pas le diagnostic.

Patients et méthodes. - Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 52 ans atteinte d'un syndrome de Marfan révélé par l'insuffisance rénale (IR). La patiente n'avait pas d'histoire familiale de syndrome de Marfan. Elle a été hospitalisée pour insuffisance rénale obstructive sur lithiase rénale droite nécessitant un traitement chirurgical. Dans les suites opératoires le scanner abdominal montre un hématome périrénale et permet la découverte fortuite d'une dissection aortique type B de STANFORD qui s'étend de l'abouchement des artères sous-clavières jusqu'à la bifurcation iliaque. L'enquête étiologique de cette dissection aortique nous a permis de réunir plusieurs éléments en faveur du syndrome de Marfan : Hyperlaxité articulaire, scoliose > 20°, signe du pouce, signe du poignet, dilatation de l'aorte ascendante, insuffisance aortique, vergetures, myopie... La créatinine est restée stable à 600 µmol/l avec à l'échographie rénale : * rein droit de 9 cm avec présence de trois calculs caliciels et d'une dilatation pyélocalicielle modérée ; * rein gauche normal de 11 cm non dilaté bien différencié sans image de calculs. L'angio IRM montre deux artères rénales gauche qui naissent du faux chenal expliquant l'IR.

Discussion. - L'atteinte rénale associée au syndrome de Marfan répond à des mécanismes variables ; dans notre observation la dissection de l'aorte est responsable d'une hypoperfusion rénale, l'association à une anomalie des protéines microfibrillaires du collagène de la membrane basale glomérulaire est possible.

Conclusion. - Le diagnostic de syndrome de Marfan au cours de l'exploration d'une IR et la découverte fortuite d'une dissection aortique très étendue restée asymptomatique font l'originalité de notre observation.

AN073

Affiche Néphrologie

Crise aiguë sclérodermique inaugurale au cours de la grossesse

G. Turlotte, S. Coupel, M. Hourmant, J.-P. Soullillou

Service de néphrologie et d'immunologie clinique, centre hospitalo-universitaire, Nantes, France

Introduction. - La crise rénale complique environ 10 % des sclérodermies systémiques, mais est beaucoup moins souvent révélatrice de cette connectivite, d'autant plus durant la grossesse. Nous rapportons le troisième cas décrit dans la littérature de crise inaugurale chez une patiente de 25 ans primigeste.

Patients et méthodes. - Une femme de 25 ans, enceinte de 31 semaines d'aménorrhée et dont le suivi obstétrical était tout à fait normal, est hospitalisée pour céphalées pulsatiles associées à des oedèmes des membres inférieurs. Le tableau clinicobiologique est celui d'une prééclampsie avec souffrance fœtale aiguë, une insuffisance rénale aiguë anurique (créatinine 350 µmol/l) avec hypertension artérielle sévère à 210/130 mmHg et protéinurie glomérulaire (1.49g/24h), une anémie hémolytique mécanique (schizocytes 40°/00) avec thrombopénie, sans cytolysé hépatique. L'extraction fœtale en urgence ne s'est pas accompagnée d'une régression des symptômes. Le bilan immunologique retrouve des anticorps antinucléaires type anti-scl70 à 1/1280 ; l'histologie placentaire identifie des zones de nécrose ischémique étendues, et la biopsie rénale montre des lésions de microangiopathie thrombotique. Une capillaroscopie objective des dystrophies capillaires sévères.

Discussion. - Nous posons donc le diagnostic de crise rénale aiguë révélant une sclérodermie systémique, chez une patiente indemne de lésions cutanées évocatrices de cette maladie. Le traitement anti-hypertenseur strict, comportant des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, associé initialement aux échanges plasmatiques, a permis de contrôler cette poussée, avec cependant persistance d'une insuffisance rénale nécessitant une hémodialyse chronique.

Conclusion. - Il faut savoir évoquer la crise sclérodermique en cas de syndrome prééclampsique, même si sa fréquence est rare, d'autant plus si le tableau néphrologique est d'allure rapidement progressif et évolue malgré l'interruption de la grossesse.

Pour en savoir plus

- [1] Gore JE, et al. Clin Exp Rheumatol 2006;24 (1):87-8.
- [2] Mok CC, et al. Scand J Rheumatol 2003;32 (1):55-7.

AN074

Affiche Néphrologie

CREST syndrome et glomérulonéphrite à ANCA-MPO+

D. Doyen, M. Bulimaga, A.-P. Cozette, R. Aoudia, S. Patouraux, E. Cassuto-Viguié, V. Esnault

Service de néphrologie, hôpital Pasteur, Nice, France

Introduction. - En 2003 un homme de 35 ans conduit son fils chez le dermatologue.

Patients et méthodes. - Le médecin remarque chez le père une sclérodactylie, une calcinose sous cutanée des

coudes et à l'interrogatoire un syndrome de Raynaud (avec mégacapillaires en capillaroscopie). Un an auparavant il avait bénéficié du traitement chirurgical d'une hernie hiatale... Présence d'Ac anti Scl 70, mais absence d'Ac anti Centromère ; présence d'Ac anti noyaux (1/640) sans Ac anti ADN natif. Le diagnostic de CREST est posé. L'expertise pneumologique secondaire devant une intolérance à l'effort montre une fibrose pulmonaire et la limitation des échanges gazeux au TLCO. En échographie cardiaque trans-thoracique la PAP est à 26mmHg et la FE à 67 %. La fonction rénale est définie alors par une créatinine plasmatique à 85µmoles/l. Fin janvier 2007 survenue de douleurs abdominales et exploration en médecine interne : pas d'anomalie biologique et morphologique digestives mais élévation de la créatininémie à 466µmoles motivant l'admission en néphrologie. Les reins sont de taille et de morphologie normale, sans anomalie pyélocalicielle. La diurèse est conservée. Il n'y pas d'hypertension artérielle (120/70) et pas d'éléments clinique pour une crise sclérodermique ; pas de prise récente de corticoïdes ni d'AINS. Un traitement par IEC est mis en route. Du point de vue biologique : protéinurie à 5.3g/24h et hématurie à 76000GR/ml. Pas de signes d'hémolyse et de schizocytes. Sérodiagnostics VHB, VHC et VIH négatifs. Présence d'Ac anti Scl 70, absence d'Ac Anti-centromère, présence d'ANCA anti MPO+ (dot blot) et d'ANCA (1/320,) complément normal. La ponction biopsie rénale retrouve une GN à croissants cellulaires paucimmune sans éléments pouvant évoquer une atteinte vasculaire de la sclérodermie : un traitement immunosuppresseur associant corticothérapie orale et bolus de cyclophosphamide est mis en route... La progression de l'insuffisance rénale nécessite un traitement par hémodialyse.

Discussion. - Plusieurs cas de GN à croissant ANCA MPO + ont été décrits dans la littérature au cours d'une sclérodermie systémique.

Conclusion. - L'apparition d'une insuffisance rénale rapidement progressive - sans argument pour une crise sclérodermique - doit faire penser, dans ce contexte, à la possibilité d'une GN à croissant ANCA MPO+ avec la prise en charge thérapeutique adaptée.

AN075

Affiche Néphrologie

Sarcoïdose et glomérulonéphrite extramembraneuse : à propos d'une observation

S. Barbouch, C. Karoui, K. Ben Abdelghani, F. Hazgui, M. Ounissi, S. Turki, R. Goucha, F. Ben Moussa, H. Ben Maiz, F. Ben Hamida, A. Kheder

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

Introduction. - La sarcoïdose est une affection granulomateuse systémique d'origine indéterminée, typiquement caractérisée par la formation de granulome(s) tuberculoïde(s) non caséux au niveau des organes atteints. L'atteinte rénale au cours de cette maladie est généralement secondaire à une hypercalcémie et une hypercalciurie, mais on peut avoir aussi des atteintes spécifiques à type de néphropathie interstitielle granulomateuse ou, beaucoup plus rarement, une glomérulonéphrite extramembraneuse (GEM).

Patients et méthodes. - Nous rapportons 1 cas de GEM chez un patient atteint de sarcoïdose.

Résultats. - Observation : patient né en 1936, tabagique, chez qui on pose le diagnostic de sarcoïdose en janvier 1997, confirmé histologique par une double biopsie bronchique et labiale. Hospitalisé en Mars 1997 pour exploration d'un syndrome néphrotique impur (hématurie microscopique). Sa pression artérielle est à 150/80 mmHg sans traitement avec une hypotension orthostatique. Aux bandelettes urinaires on note une protéinurie à 2 croix, une hématurie à 3 croix. À la biologie : fonction rénale normale, protéinurie = 3,6 g/24h, protidémie = 50 g/l et albuminémie = 18 g/l. L'échographie rénale montre des reins de taille normale. La ponction biopsie rénale a mis en évidence une GEM type II sans granulome. Le patient a été mis sous corticoïdes à la dose de 1 mg/Kg/j puis a été perdu de vue.

Discussion. - L'atteinte glomérulaire est exceptionnelle au cours de la sarcoïdose, certains auteurs pensent qu'elle pourrait être due à d'autres maladies auto-immunes associées à la sarcoïdose. Dans notre observation, il n'y avait aucun argument pour une autre pathologie dysimmunitaire associée.

Conclusion. - L'atteinte glomérulaire au cours de la sarcoïdose justifie une corticothérapie à forte dose.

AN076

Affiche Néphrologie

Sténose athéromateuse de l'artère rénale chez trois jeunes patients infectés par le VIH

J.-J. Boffa ^{a,*}, P. Kamgang ^a, E. Plaisier ^a, J.-P. Rougier ^a, A. Kanfer ^b, G. Pialoux ^c, P.-M. Girard ^d, P. Ronco ^a

^a Service de néphrologie et dialyses, hôpital Ténon, Paris, France ; ^b Hôpital de jour, hôpital Ténon, Paris, France ; ^c Service de maladies infectieuses et tropicales, hôpital Ténon, Paris, France ; ^d Service de maladies infectieuses et tropicales, hôpital Saint-Antoine, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Contrairement à la sténose de l'artère rénale par fibrodysplasie qui touche plus volontiers la jeune femme, la sténose athéromateuse de l'artère rénale (SAAR) survient chez des sujets de plus de 60 ans, ayant de longue date de multiples facteurs de risques cardiovasculaires. Nous rapportons 3 observations de SAAR chez de jeunes patients infectés par le VIH.

Patients et méthodes. - Deux patients de 46 ans et un de 49 ans suivis régulièrement pour une infection par le VIH, indemnes de néphropathie ont été adressés pour une HTA sévère d'apparition récente. Pour l'un d'entre eux, une hypokaliémie était associée. Le diagnostic de l'infection par le VIH remontait respectivement à 12, 14 et 16 ans. Ces 3 patients étaient traités par une combinaison anti-rétrovirale depuis 8 ans. Deux patients ont une co-infection par le virus de l'hépatite C liée à une toxicomanie intraveineuse. Aucun d'entre eux n'a eu une infection opportuniste. Leur traitement a été modifié au fil de temps pour l'apparition de mutations virales aux drogues et/ou pour la positivité de leur charge virale. Au moment du diagnostic de SAAR, la charge virale était indétectable et les lymphocytes CD4 supérieurs à 400/mm³ pour ces 3 patients. L'HTA était

d'emblée sévère avec un hyperaldostérionisme secondaire dans 2 cas. Son contrôle avant angioplastie nécessitait une bithérapie anti-hypertensive. Les facteurs de risque cardiovasculaires présents se limitaient à une intoxication tabagique pour les 3 patients. De plus, 2 patients présentaient une dyslipidémie et le troisième un diabète induit par le traitement anti-rétroviral. L'examen retrouvait toujours une lipoatrophie faciale associée à une redistribution anormale des graisses. La SAAR ostiale a été détectée par un écho-doppler, confirmée par un angioscanner et traitée par angioplastie associée à un traitement anti-agrégant et hypolipémiant.

Discussion. - Le jeune âge de ces patients est tout à fait inhabituel pour une SAAR. Les patients infectés par le VIH ont plusieurs facteurs spécifiques augmentant le risque de maladie athéromateuse. Les traitements anti-rétroviraux sont connus pour induire une résistance à l'insuline, un diabète, une stéatose hépatique, une élévation du cholestérol total, du LDLc et des triglycérides, une baisse du HDLc associée ou non à une redistribution anormale des graisses. L'inflammation persistante due à l'infection virale peut favoriser la maladie athéromateuse. L'intoxication tabagique est fréquente dans cette population.

Conclusion. - Le traitement antirétroviral par l'induction d'une dyslipidémie et la redistribution des graisses peut contribuer au développement de la maladie athéromateuse et des sténoses des artères rénales. La SAAR doit être recherchée chez de jeunes patients infectés par le VIH récemment hypertendus.

AN077

Affiche Néphrologie

Nécrose corticale bilatérale au cours d'une crise rénale aiguë sclérodermique

C. Courtellemont ^a, M. Hié ^b, B. Devaux ^c, M. Gatfosse ^d, G. Favre ^a, M. Touzot ^e, J. Adam ^f, P. Callard ^f, P. Ronco ^b, J.-J. Boffa ^b

^a Service de néphrologie et dialyses, hôpital Ténon, Paris, France ; ^b Service de néphrologie et dialyses, hôpital Ténon, Paris, France ; ^c 77, centre hospitalier de Coulommiers, Coulommiers, France ; ^d Service de médecine interne, centre hospitalier de Coulommiers, Coulommiers, France ; ^e Urgences néphrologiques et transplantation rénale, hôpital Ténon, Paris, France ; ^f Service d'anatomopathologie, hôpital Ténon, Paris, France

Introduction. - La crise rénale aiguë sclérodermique est l'atteinte rénale habituellement observée au cours de la sclérodermie. Les lésions histologiques sont proches de celles d'une hypertension artérielle maligne.

Patients et méthodes. - Nous rapportons le cas d'un patient de 52 ans qui a développé une insuffisance rénale aiguë anurique secondaire à une nécrose corticale bilatérale dans le cadre d'une sclérodermie. Ses antécédents sont un tabagisme chronique, un syndrome de Raynaud bilatéral évoluant depuis 10 ans et une probable exposition professionnelle à la silice. Trois semaines avant son admission, il développe un épaissement cutané limité aux 4 extrémités et des polyarthralgies. Le bilan biologique initial montre une fonction rénale normale et des anticorps anti-Scl 70 positifs. L'histologie cutanée confirme le dia-

gnostic de sclérodermie. L'évolution au cours des jours suivants est marquée par l'extension foudroyante au tronc et au visage de l'atteinte cutanée puis par l'installation d'une hypertension artérielle modérée. Une corticothérapie à 20 mg/j est introduite 2 jours avant l'hospitalisation. Il est admis en réanimation pour altération de l'état cognitif et insuffisance rénale aiguë oligoanurique compliquée d'une hyperkaliémie. À l'examen clinique, il existe une sclérose cutanée diffuse oedémateuse associée à une mélanodermie. Une sclérodactylie rétractile est responsable d'une impotence fonctionnelle majeure. Le fond d'œil révèle une rétinopathie hypertensive stade III bilatérale contrastant avec des valeurs peu élevées de pression artérielle. La créatininémie est à 762 µmol/l et la kaliémie à 7,2 mmol/l. De plus, on retrouve des stigmates de microangiopathie thrombotique. L'activité protéase du facteur vWf est effondrée (< 5 %) sans anticorps anti-ADAMTS-13. L'exploration de la voie alterne du complément est normale. La manométrie objective une atteinte oesophagienne. Il n'existe pas d'atteinte pulmonaire au scanner. L'hémodialyse et un traitement anti-hypertenseur par voie intraveineuse sont débutés en urgence. Il bénéficie aussi d'échanges plasmatiques. L'histologie rénale met en évidence une nécrose corticale. L'IRM rénale retrouve un aspect caractéristique : un liseré cortical en hypersignal T1 non rehaussé par l'injection de gadolinium.

Discussion. - La nécrose corticale est une complication historique de la sclérodermie, jamais rapportée du vivant des patients. Cette observation est inhabituelle par son caractère fulgurant en l'absence d'HTA maligne. De plus, l'origine de l'effondrement de l'activité ADAMTS-13 et son rôle physiopathologique restent à déterminer.

AN078

Affiche Néphrologie

Cryoglobuline et atteinte rénale

A. Dridi ^{*}, S. Barbouch, L. Rais, K. Zouaghi, R. Goucha, F. El Younsi, F. Ben Moussa, F. Ben Hamida, A. Kheder
Service de médecine interne et de néphrologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

^{*} Auteur correspondant.

Introduction. - La cryoglobuline (CG) mixte est un désordre multisystémique fortement associé à l'infection par le virus de l'hépatite C. Le rein est fréquemment atteint et la néphropathie conditionne souvent le pronostic.

Patients et méthodes. - Dans ce travail nous nous intéressons aux néphropathies secondaires à la CG. La présence d'une néphropathie secondaire à la CG est définie par la présence d'une protéinurie > 0,5 g/24 heures et d'une hématurie en l'absence de toute autre pathologie pouvant expliquer ces anomalies.

Résultats. - Nous avons recensé 11 cas de cryoglobuline avec atteinte rénale. Il s'agit de 3 hommes et de 8 femmes ayant un âge moyen de 51,3 ans. Une cryoglobuline mixte de type II, faite essentiellement d'IgM et d'IgG a été détectée dans 8 cas. Une infection par le VHC a été observée chez 9 patients. Trois de nos malades présentaient un purpura à l'admission dont deux se plaignaient d'arthralgies. Le diagnostic de néphropathie cryoglobulinémique selon les critères susmentionnés a été retenu chez tous nos patients. Un syndrome néphrotique a été retrouvé dans tous les cas

avec une protéinurie moyenne de 4,37 g/24h et une créatinine moyenne de 275,6 $\mu\text{mol/l}$. La biopsie rénale avait montré une glomérulonéphrite membranoproliférative dans 10 cas et une glomérulonéphrite proliférative endo et extracapillaire dans un cas. Cinq de nos patients sont en hémodialyse au moment de l'étude.

Discussion. - Ces résultats concordent avec les données de la littérature soulignant la fréquence de l'évolution de la néphropathie cryoglobulinémique vers l'insuffisance rénale chronique.

Conclusion. - Les données de la littérature confirment l'association entre CG mixte et infection par le virus de l'hépatite C et l'association entre CG de type II et glomérulonéphrite. Le traitement antiviral associant interféron et ribavirine constitue le traitement de première intention de ces cryoglobulinémies.

AN079

Affiche Néphrologie

Néphropathie à IgA et maladie de Behçet : à propos de deux observations

S. Barbouch, C. Karoui, A. Dridi, M. Ounissi, S. Turki, R. Goucha, F. Ben Moussa, H. Ben Maiz, F. Ben Hamida, A. Kheder

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

Introduction. - La maladie de Behçet est une vascularite multisystémique qui associe habituellement une aphtose bipolaire, une atteinte articulaire, des uvéites et une atteinte vasculaire. L'atteinte rénale est rarement rapportée. Quelques cas de néphropathie à IgA (NIgA) ont été colligés.

Patients et méthodes. - Nous rapportons 2 observations de patients suivis pour une maladie de Behçet compliquée d'une NIgA.

Résultats. - Observation 1 : M. F.A. âgé de 46 ans, suivi depuis 12 ans pour maladie de Behçet traité par Colchicine avec une amélioration de la symptomatologie. Ce traitement a été arrêté en 1996 par le patient. Hospitalisé en 1998 pour exploration d'une insuffisance rénale débutante. Examen clinique : aphtes buccaux et cicatrices d'aphtes génitaux, pseudofolliculite du dos, pression artérielle normale, sédiment urinaire : protéinurie et hématurie. Biologie : leucocytes = 7900, VS = 77, EPP = Nle, créatinine = 145 $\mu\text{mol/l}$, AAN < 0, complément : NI, protéinurie de 24h : 2,4 g. Echo rénal : reins de taille normale, bien différenciés. La ponction biopsie rénale (PBR) : néphropathie segmentaire et focale en rapport avec des dépôts mésangiaux d'IgA associée à des lésions de vascularite. Le patient a été mis sous corticoïdes à la dose de 1 mg/kg/j associée à la colchicine et aux IEC. L'évolution est bonne. Avec un recul actuel de 5 ans, la fonction rénale est stable à 150 $\mu\text{mol/l}$, la protéinurie des 24h est à 0,9g et il existe une Hm à 1x. Observation 2 : Mme R.M. Âgée de 44 ans, suivie pour une maladie de Behçet depuis l'âge de 23 ans. Elle a été traitée par corticothérapie à forte dose et immunosuppresseurs associée à la colchicine et aux anticoagulants. L'évolution était bonne sur le plan oculaire et vasculaire, avec la persistance de l'atteinte cutanée et articulaire. En 1998, elle a été hospitalisée pour l'exploration d'une héma-

turie microscopique avec une fonction rénale normale. Elle était alors sous 10 mg de corticoïdes. La PBR a révélé des dépôts mésangiaux d'IgA. On a maintenu le traitement corticoïde à cette dose. Le recul actuel est de 6 ans, la patiente garde une hématurie microscopique avec une fonction rénale normale.

Discussion. - L'atteinte rénale au cours de la maladie de Behçet varie de simples anomalies du sédiment urinaire aux néphropathies glomérulaires diffuses. La NIgA est très rarement rapportée.

Conclusion. - Le traitement repose sur les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, associés aux corticoïdes et immunosuppresseurs si l'atteinte est plus sévère. Le pronostic de cette néphropathie est généralement bon.

AN080

Affiche Néphrologie

Atteinte rénale au cours de la spondylarthrite ankylosante : à propos d'une série de 25 cas

C. Gharbi, S. Barbouche, L. Ben Fatma, F. Hazgui, M. Ounissi, C. Ben Taarit, R. Goucha, F. Ben Moussa, H. Ben Maiz, F. Ben Hamida, A. Kheder

Laboratoire de Santé 02, service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction. - La spondylarthrite ankylosante (SPA) est une maladie inflammatoire chronique touchant principalement les articulations axiales. Parmi les signes extra-articulaires de cette arthropathie, l'atteinte rénale est considérée comme rare. Nous rapportons à ce propos, une étude descriptive des principales manifestations rénales observées au cours de la SPA.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 25 patients ayant une SPA répondant aux critères d'Amor, associée à une atteinte rénale. Une prédominance masculine a été notée dans notre série (22 H/ 3 F). L'âge moyen des patients est de 51 ans (extrêmes de 19 à 76 ans). L'atteinte rénale observée chez ces patients se répartit comme suit : 3 cas d'amylose révélés par un syndrome néphrotique intense, un cas de néphropathie à IgA, 6 patients ont présenté des lithiases rénales symptomatiques de coliques néphrétiques, un cas de hyalinose segmentaire et focale, 1 cas de sténose de l'artère rénale, 3 cas de néphropathie tubulo-interstitielle, un patient a présenté un syndrome néphritique aiguë avec à la biopsie rénale ; une prolifération endocapillaire pure, un patient avait une hématurie microscopique dont le bilan étiologique était négatif, un autre avait un syndrome néphrotique sur rein unique et 7 patients avaient une insuffisance rénale chronique. L'évolution a été stable chez 16 patients, 2 sont décédés suite à une hémorragie digestive de grande abondance et 7 sont actuellement en hémodialyse périodique.

Discussion. - Les manifestations rénales habituellement rencontrées au cours de la SPA sont représentées par l'amylose, les lithiases rénales ainsi que la néphropathie à IgA. Le pronostic rénal dépend de la néphropathie en cause. Le traitement de la SPA peut précipiter la survenue d'une insuffisance rénale.

Conclusion. - Les manifestations rénales au cours de la SPA sont rares, mais certes sous-estimées. Une surveillance régulière est systématique afin d'instaurer les mesures

nécessaires de néphroprotection en cas de survenue d'une atteinte rénale.

AN081

Affiche Néphrologie

Néphropathies liées aux mutations d'UMOD : manifestations pré et post-transplantation rénale

A. Mari ^a, S. Faguer ^b, P. Bernadet-Monrozies ^a, O. Cointault ^a, D. Chauveau ^b

^a Service de néphrologie, de dialyse et de transplantation rénale, CHU de Rangueil, Toulouse, France ; ^b Service de néphrologie et d'immunologie clinique, CHU de Rangueil, Toulouse, France

Introduction. - Les mutations d'UMOD se manifestent par un tableau de néphropathie interstitielle à transmission autosomique dominante associée à une goutte articulaire souvent précoce et sévère. Nous rapportons 8 patients supplémentaires, issus de 3 familles non consanguines, dont l'histoire clinique confirme l'intérêt de l'allopurinol comme protecteur rénal.

Patients et méthodes. - Le diagnostic de mutation du gène de l'uromoduline a été porté à l'âge de 55 ans en moyenne. Les 3 familles présentent une mutation dans l'exon 4 (région concentrant la grande majorité des mutations répertoriées), dont une est nouvellement décrite (p.T225M, pas de phénotype inhabituel). Le phénotype rénal associe une insuffisance rénale chronique constante (terminale (IRCT) chez 3/8 avec mise en dialyse entre 29 et 48 ans) et une hyperuricémie symptomatique avec fraction d'excrétion de l'acide urique abaissée ($FE_{AU} < 7\%$). Aucun patient ne présente de kyste. L'échographie montre une atrophie rénale bilatérale. L'histologie (effectuée chez un patient) montre une fibrose interstitielle importante avec infiltrat inflammatoire modéré et atrophie tubulaire. Les membranes basales tubulaires sont épaissies, plissées ou en double membrane. Les manifestations articulaires sont constantes (crises de gouttes et/ou tophus goutteux). Deux patients ont eu leur 1^{ère} crise de goutte articulaire à l'âge pédiatrique (10 et 15 ans) et ont tous deux atteint le stade d'IRCT (à 29 et 48 ans). Chez un patient, la bonne observance du traitement par allopurinol a permis de diminuer le nombre de crises de goutte et de ralentir l'évolution de l'IRC (créatininémie à 260 µmol/l à l'âge de 20 ans (au diagnostic), 280 µmol/l à 37 ans et IRCT à 48 ans). Pour autant, l'uricémie n'a pu être normalisée chez aucun patient malgré un traitement à dose efficace. Après transplantation rénale (2 patients), l'hyperuricémie persiste (600 µmol/l) malgré la poursuite de l'allopurinol mais aucune crise de goutte n'est intervenue.

Discussion. - L'hyperuricémie est un facteur de risque reconnu de dysfonction du greffon. Celle-ci peut également être majorée par l'utilisation d'un traitement hyperuricémiant comme la ciclosporine. Le diagnostic de mutation d'UMOD doit donc être réalisé avant la greffe afin d'aider au choix du traitement.

Conclusion. - Un début pédiatrique de la maladie n'est pas inhabituel. La précocité de l'atteinte articulaire semble

corrélée à la sévérité de l'atteinte rénale. Le dépistage des mutations d'UMOD doit donc être réalisé avant le stade d'insuffisance rénale. L'allopurinol doit être prescrit précocement et durablement pour tenter de ralentir l'évolution vers l'IRCT.

AN082

Affiche Néphrologie

Profil clinique et évolutif de l'insuffisance rénale aiguë gravidique

A. Tarik ^{a,*}, K. Amalie ^a, K. Elaslouj ^a, N. Kheiri ^a, K. Hachim ^a, M. Zamd ^a, G. Medkouri ^a, M. Benghanem ^a, B. Ramdani ^a, A. Benkirane ^b

^a Service de néphrologie et hémodialyse, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc ; ^b Laboratoire central D d'anatomopathologie, CHU Ibn-Rochd, Casablanca Maroc

Introduction. - L'insuffisance rénale gravidique (IRAG) est une complication fréquente dans les pays en voie de développement ; elle est grevée d'une importante morbi-mortalité materno-fœtale. Le but du travail est d'évaluer le profil clinique, étiologique et évolutif de l'IRAG.

Matériels et méthodes. - Étude rétrospective ; colligée au service de néphrologie de CHU IBN ROCHD de CASABLANCA sur une période de 7 ans (Janvier 2000-Décembre 2006). Les patientes avec néphropathies antérieures ont été exclues de cette étude.

Résultats. - Il s'agit de 34 patientes âgées en moyenne de 32,70 . La grossesse n'a été suivie que dans 10 cas. Le terme moyen était de 33 ± 7 semaines. La parité moyenne était de 1,99. On a noté un syndrome œdémateux dans 24 cas ; une HTA dans 24 cas ; une oligoanurie dans 23 cas. La créatinine moyenne était de 66 mg/L ; l'anémie : dans 26 cas ; thrombopénie : dans 22 cas ; une hyperuricémie dans 7 cas et une cytolysé hépatique dans 18 cas. . La PBR réalisée dans 8 cas a objectivé une nécrose tubulaire aiguë dans 2 cas, une nécrose corticale dans 2 cas, une glomérulosclérose dans 1 cas, une microangiopathie dans 1 cas et un rein normal dans 2 cas. Les étiologies principales étaient la prééclampsie-éclampsie : 85,29 % ; le hémolyse : 38,23 % ; les hémorragies obstétricales : 20,58 % ; la MFIU : 32,35 %, post-césarienne 5,88 % et le sepsis : 2,94 %. L'évolution était marquée par une récupération de la fonction rénale dans 21 cas ; l'évolution vers la chronicité dans 6 cas et le décès dans 6 cas .L hémodialyse était nécessaire dans 22 cas.

Discussion. - Les étiologies principales de l'IRAG étaient la prééclampsie-éclampsie, ce qui concorde avec la plupart des études, . Dans notre contexte l'IRAG secondaire aux avortements septiques représente un pourcentage non négligeable, contrairement aux pays occidentaux, où elle a presque disparu. Concernant l'évolution, nos résultats étaient comparables aux autres études, où la chronicité représente 6 cas, due essentiellement à la nécrose corticale.

Conclusion. - La réduction de la morbi-mortalité materno-fœtale passe par la prévention rigoureuse, le suivi prénatal et la prise en charge précoce en service spécialisé.

AN083

Affiche Néphrologie

Néphropathie amyloïde et spondylarthrite ankylosante : à propos de trois cas

C. Gharbi *, S. Barbouche, F. Hazgui, I. Helal, R. Goucha, F. Ben Moussa, H. Ben Maiz, A. Kheder
Laboratoire de Santé 02, service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - L'atteinte rénale au cours de la Spondylarthrite ankylosante (SPA) est rare et souvent sous-estimée. Parmi ces manifestations, l'amylose reste la néphropathie glomérulaire la plus fréquemment observée. Nous rapportons à ce propos, 3 cas de néphropathies amyloïdes compliquant l'évolution d'une SPA.

Patients et méthodes. - Il s'agit de 3 patients de sexe masculin, dont l'âge moyen est de 34 ans, présentant une SPA validant les critères d'Amor. Le délai moyen de survenue de l'atteinte rénale est de 12,6 ans et l'atteinte rénale a été révélée par un syndrome néphrotique intense dans tous les cas. L'examen physique a montré une hypotension orthostatique chez tous les patients, une macroglossie a été retrouvée chez 1 patient et les nerfs cubitiaux étaient palpables dans un autre cas. La biopsie labiale a été contributive chez 2 patients et la biopsie rénale a montré une atteinte glomérulaire avec dépôts vasculaires amyloïdes chez tous les malades. Tous les patients ont reçu de la colchicine et l'évolution s'est faite vers la dégradation progressive de la fonction rénale dans 2 cas. Seul un patient est resté stable sur le plan clinique et biologique.

Discussion. - L'amylose AA est une complication grave au cours de l'évolution d'une SPA. Sa prévalence est variable selon les études, faisant intervenir des facteurs environnementaux, génétiques et thérapeutiques.

Conclusion. - L'amylose est la néphropathie glomérulaire habituellement observée au cours de la SPA. Elle s'associe aux formes graves et invalidantes de la maladie et conditionne souvent le pronostic de cette arthropathie. La guérison du processus inflammatoire peut stabiliser l'atteinte rénale, cependant, le pronostic reste réservé. De nouvelles perspectives thérapeutiques sont actuellement possibles avec la transplantation rénale.

AN084

Affiche Néphrologie

Étude descriptive de la fonction rénale des patients traités par lithium au long cours

O. Ailioaie, I. Tostivint, L. Mercadal, H. Izzedine, C. Bagnis, G. Deray

Service de néphrologie, Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Introduction. - Le lithium malgré son potentiel néphrotoxique reste incontournable dans le traitement des troubles bipolaires. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données suffisantes sur l'évolution de la fonction rénale chez ces patients. Nous rapportons les données de suivi au long cours des marqueurs de la fonction rénale des patients traités par lithium.

Matériels et méthodes. - Il s'agit d'une étude rétrospective. Les critères d'inclusion étaient un traitement au lithium au long cours et un suivi en consultation dans notre centre.

Résultats. - Les données de 10 patients (4 hommes/6 femmes) ont pu être analysées. Tous ont été adressés pour une insuffisance rénale sous lithium. L'âge moyen des patients en 2007 est de 55,5 ans (35-76 ans). Tous les patients ont eu une amélioration importante de leur état psychique après l'introduction du lithium. Ils sont suivis dans notre service pour un traitement par lithium pris depuis en moyenne 15 ans (1-30 ans). En Mars 2007 la clairance moyenne (MDRD) est de 52,5 ml/min contre 60,8 ml/min en début de suivi dans le service (diminution de 0,55 ml/an). L'insuffisance rénale préexistait déjà chez 2 patients (LGM, néphrite post-radique). Une néphropathie de profil interstitiel qui pourrait être liée au traitement par lithium a été présente chez 8 patients. Les niveaux de la lithémie ont été maintenus en moyenne à 0,68 mEq/l (0,5-0,86 mEq/l) pendant la période suivie. Un syndrome polyuropolydipsique a été présent chez 5 patients, avec une diurèse de 5-6 l/j. On n'a pas signalé de cas d'atteinte glomérulaire. Un patient, qui présentait une LGM, n'a pas aggravé sa fonction rénale, ni la protéinurie, après 1 an de traitement par lithium. Une patiente, traitée pendant 30 ans par lithium, présente actuellement une IRC std IV, aggravée probablement par la présence des facteurs de risque cardiovasculaires : hypertension, dyslipidémie. Une patiente a développé une hyperparathyroïdie primitive qui pourrait être mise en rapport avec le traitement par lithium.

Discussion. - Les patients insuffisants rénaux sous lithium ont une fonction rénale altérée qui tend à progresser dans le temps. La néphrotoxicité du lithium est confirmée mais le bénéfice psychiatrique du traitement semble plus important.

Conclusion. - En conclusion, le traitement par lithium peut être bénéfique chez les patients avec insuffisance rénale modérée, si le suivi néphrologique est régulier et la lithémie est maintenue dans les cibles (0,5-0,8 mEq/l).

AN085

Affiche Néphrologie

GNMP type 1, cryoglobuline de type 3 et LLC : une association fortuite ?

G. Favre ^a, C. Courtellemont ^a, P. Callard ^b, J. Cabane ^c, P. Aucouturier ^d, J.-J. Boffa ^a, P. Ronco ^a

^a Service de néphrologie et hémodialyse, hôpital Ténon, Paris, France ; ^b Service d'anatomopathologie, hôpital Ténon, Paris, France ; ^c Service de médecine interne, hôpital Saint-Antoine, Paris, France ; ^d Service de biochimie, hôpital Ténon, Paris, France

Introduction. - Les glomérulonéphrites membranoprolifératives (GNMP) survenant dans le cadre des leucémies lymphoïdes chroniques (LLC) sont liées à la présence d'une protéine monoclonale qui forme des dépôts glomérulaires organisés. Nous rapportons ici le cas d'un patient présentant une GNMP de type 1, une LLC et une cryoglobulinémie de type 3, c'est-à-dire sans composant monoclonal.

Patients et méthodes. - Un patient caucasien de 53 ans sans antécédent est hospitalisé pour un syndrome glomérulaire aigu. Il présente un syndrome tumoral (adénopathies profondes et périphériques, hépatomégalie) associé à une altération de l'état général avec syndrome oedémateux et hypertension artérielle sévère. L'atteinte rénale est caractérisée par une élévation de la créatininémie, une protéinurie

rie de débit élevé sans hypoalbuminémie et une hématurie microscopique. Sur le plan hématologique, il y a 10.200 leucocytes/mm³ avec une formule normale, l'hémoglobine est à 11.4 g/dl, le VGM est normal ainsi que la concentration sanguine de plaquettes. Sur le plan immunologique, la fraction C4 du complément est indosable et la fraction C3 est normale. Il existe une cryoglobulinémie de type 3. Les sérologies virales sont négatives pour les hépatites B et C et pour le VIH. Aucun marqueur d'auto-immunité n'est présent. L'histologie rénale révèle une GNMP de type 1 avec des dépôts endomembraneux presque circonferentiels sur les anses capillaires en microscopie optique. Ces dépôts sont constitués d'IgG, d'IgA et de chaînes légères kappa et lambda en immunofluorescence. Au microscope électronique, les dépôts ne sont pas organisés et leur localisation apparaît endo- et extramembraneuse. L'immunophénotypage lymphocytaire révèle un contingent de lymphocytes matures CD 5, 19, 20 et 23. L'histologie du ganglion sus-claviculaire, la biopsie ostéoméduillaire et l'histologie des glandes salivaires accessoires montrent une infiltration diffuse de petits lymphocytes B matures.

Discussion. - La survenue simultanée d'une GNMP de type 1 et d'une LLC de stade B suggère un lien physiopathologique entre ces 2 maladies. Dans la littérature, cette association est décrite en présence d'une protéine monoclonale avec dépôts organisés fibrillaires dans le glomérule. Dans notre observation, il n'y a pas de protéine monoclonale et les dépôts glomérulaires ne sont pas organisés. La recherche d'un composant monoclonal de chaînes lourdes d'IgA et G sur la biopsie rénale a été entreprise en immunofluorescence.

Conclusion. - En l'absence de protéine monoclonale, le lien physiopathologique entre la LLC et la GNMP est difficile à établir dans cette observation et il pourrait s'agir d'une association fortuite.

AN086

Affiche Néphrologie

Effet d'une supplémentation en créatine chez des haltérophiles de sexe féminin sur la performance et la fonction rénale

R. Khelif ^a, H. Mahfoudh ^{b,*}, S. Yaich ^b, F. Ayadi ^c, F. Jarraya ^b, K. Kammoun ^b, M. Kharrat ^b, K. Charfeddine ^b, M. Ben Hmida ^b, J. Hachicha ^b

^a Institut supérieur du sport et de l'éducation physique de Sfax, Sfax, Tunisie ; ^b Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital Hedi-Chaker, Sfax, Tunisie ; ^c Laboratoire de biochimie, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - Des études récentes ont prouvé le potentiel positif d'une ingestion de créatine chez les sportifs. L'objectif de cette étude est de préciser les effets de cette substance sur la performance et la fonction rénale chez des jeunes haltérophiles de sexe féminin à court et à moyen terme.

Patients et méthodes. - 13 jeunes haltérophiles ont été volontaires pour participer à cette étude, elles ont été soumises à un programme d'entraînement à raison de 6 jours sur sept, 20 g de créatine par jour ont été administrés pendant cinq jours et 2.5 g par jours pendant 23 jours. Toutes les athlètes ont réalisé un test de performance physique et

une exploration biologique sanguine et urinaire, respectivement à j0, j6 et à j29.

Discussion. - L'analyse des données a révélé une augmentation très significative à j6 du poids, de l'IMC et de la masse maigre squelettique. La créatinine plasmatique ainsi que la créatinine et l'urée urinaire s'élèvent à j0 avec une légère diminution de la clairance de la créatinine. Tous ces marqueurs retrouvent leurs valeurs normales à j 29. On n'a pas noté de modification de la microalbuminurie. Toutefois on a relevé une élévation des CPK. Les tests de performance ont présenté une nette amélioration en fin de supplémentation.

Conclusion. - La supplémentation en créatine chez les jeunes haltérophiles de sexe féminin améliore la performance sportive et augmente le poids et la masse maigre et induit une légère diminution transitoire de la clairance de la créatinine avec une élévation des enzymes musculaires (CPK) traduisant ainsi un effet secondaire qui doit être surveillé.

AN087

Affiche Néphrologie

Néphropathie lupique chez l'homme. À propos de 13 cas

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

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

* Auteur correspondant.

Introduction. - Le lupus érythémateux systémique est rare chez l'homme. À la lumière de 13 observations nous essayons de contribuer à la précision des particularités de la néphropathie lupique.

Patients et méthodes. - Etude rétrospective étalée sur 6 ans (janvier 2000 à décembre 2006). Nous avons analysé les paramètres cliniques, biologiques et histologiques des patients de sexe masculin suivis au service de néphrologie pour néphropathie lupique.

Résultats. - Il s'agit de 13 hommes recensés parmi 114 cas de néphropathie lupique. Ils sont âgés en moyenne de 27,9 ans +/- 9,3. L'atteinte rénale est inaugurale du lupus dans 85 % des cas. Le tableau clinique extrarénal est dominé par l'atteinte articulaire (86 %), cutanée (72 %), séreuse (20 %), une atteinte viscérale grave cardiaque dans 15 % des cas. À la présentation, l'hypertension artérielle est présente dans 67 % des cas, la protéinurie moyenne est de 3,5 +/- 2,9 g/j, néphrotique dans 88 % des cas. L'insuffisance rénale aiguë est présente à l'admission dans 60 % des cas avec une créatinémie moyenne de 25 +/- 23,1 mg/l. La biopsie rénale révèle une prédominance des formes prolifératives (7 cas), la classe III dans 4 cas, la classe VI dans 1 cas et la classe II dans 1 cas. Sur le plan biologique, l'atteinte hématologique est dominée par l'anémie (95 %), les Ac antinucléaires sont présents dans 85 % des cas. Un traitement d'induction a été instauré dans toutes les formes prolifératives à base de bolus de méthylprednisolone et de cyclophosphamide ; le traitement d'entretien à base de bolus de cyclophosphamide trimestriel, ou d'azathioprine dans 75 % et 25 % des cas respectivement. L'évolution a été marquée, après un suivi moyen de 22 mois, par une rémission chez 63,8 % des cas, une aggravation de la fonction rénale dans 30,5 % des cas avec une insuffisance rénale chronique terminale chez 2 patients et la survenue de

rechutes chez 40 % des cas. Les complications sont surtout infectieuses.

Discussion. - Le lupus systémique est une maladie essentiellement de la femme adulte et touche rarement l'homme. L'âge de survenue est identique à celui des femmes. Les particularités clinicobiologiques et l'évolution sont variables d'une étude à l'autre.

Conclusion. - Notre étude montre la sévérité de la néphropathie lupique chez nos patients. L'évolution est marquée par un nombre important de rechutes et par les complications infectieuses sous traitement immunosuppresseur.

AN088

Affiche Néphrologie

DILS ou Castleman, un diagnostic difficile

N. Bigé^a, G. Favre^a, M. Wislez^b, J. Cadranet^b, M. Colombat^c, P. Callard^c, R. Borie^d, J.-J. Boffa^a, P. Ronco^a

^a Service de néphrologie et hémodialyse, hôpital Ténon, Paris, France ; ^b Service de pneumologie, hôpital Ténon, Paris, France ; ^c Service d'anatomopathologie, hôpital Ténon, Paris, France ; ^d Service d'hématologie, hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction. - Le syndrome de prolifération lymphocytaire diffuse (DILS) survient au cours des infections VIH non traitées et se présente rarement comme un syndrome tumoral avec atteinte viscérale, contrairement au syndrome de Castleman. Nous rapportons un cas de DILS avec syndrome tumoral et atteinte viscérale diffuse.

Patients et méthodes. - Un patient guinéen de 36 ans est hospitalisé pour insuffisance rénale et découverte d'une co-infection VIH-VHC. L'examen clinique montre une polyadénopathie, une hépatosplénomégalie, une polypnée de repos et des râles bronchiques diffus. Il existe un syndrome néphrotique impur (HTA et insuffisance rénale modérées). Le test au synacthène révèle une insuffisance surrénalienne. L'immunophénotypage lymphocytaire sanguin identifie 4000/mm³ lymphocytes T avec un ratio CD4/CD8 < 0.1. Il existe une hypergammaglobulinémie oligoclonale à 78g/L, une cryoglobulinémie de type III et une anémie hémolytique auto-immune. Le liquide bronchoalvéolaire est riche en lymphocytes (23 %). Les charges virales VIH et VHC sont élevées et la PCR HHV8 faiblement positive. L'imagerie révèle des opacités pulmonaires en verre dépoli et une néphromégalie bilatérale. L'histologie ganglionnaire montre une prolifération plasmocytaire, lymphocytaire TCD8 et vasculaire détruisant l'architecture ganglionnaire. L'histologie hépatique est normale. L'histologie rénale retrouve un infiltrat interstitiel lym-

phocytaire TCD8 et plasmocytaire, une fibrose modérée et des glomérules en pain à cacheter (12/12). Les glandes salivaires accessoires sont le siège d'une sialadénite majoritairement plasmocytaire (Chisolm IV).

Discussion. - On évoque d'abord une maladie de Castleman multicentrique devant la séropositivité VIH et HHV8, la prolifération plasmocytaire et vasculaire au sein des organes lymphoïdes, l'hypergammaglobulinémie et le syndrome néphrotique. Cependant, l'absence de signes généraux et de syndrome inflammatoire, le caractère minime de la réplication HHV8 et l'absence de marquage pour l'antigène spécifique d'HHV8 sur les organes biopsiés ne sont pas en faveur de ce diagnostic.

Conclusion. - Le diagnostic de DILS est retenu malgré une présentation atypique. Habituellement, la prolifération lymphocytaire TCD8 s'accompagne d'un syndrome sec et d'une parotidomégalie. Ici, seule la sialadénite témoigne de l'atteinte des glandes salivaires. Dans la littérature, les atteintes viscérales sont rares. Dans cette observation, elles sont multiples et florides.

AN089

Affiche Néphrologie

Intérêt de l'osteodensitométrie dans l'évaluation de l'atteinte osseuse au cours de la maladie rénale chronique

M. Essig^{a,*}, M. Flamant^b, E. Dupuis^a, C. Du Halgouet^a, C. Randoux^a, C. Michel^c, F. Vrtovsni^a

^a Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital Bichat, Paris, France ; ^b Service de physiologie, hôpital Bichat, Paris, France ; ^c Aura Nord, Aura Paris, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction. - Introduction : La maladie rénale chronique (MRC) se complique rapidement d'une altération du métabolisme phosphocalcique (PPCa) avec une atteinte osseuse complexe associant des zones d'ostéodystrophie (Od), d'os adynamique (Ad) ou d'ostéomalacie (Om). L'absorptiométrie biphotonique (DEXA) permet d'analyser la densité minérale osseuse (DMO). Son intérêt dans l'analyse des atteintes osseuses liées à la MRC n'est pas établi.

Patients et méthodes. - Nous avons analysé la DMO du rachis, des deux fémurs, du poignet et du corps entier (T-score -2,5 < < -1 : Ostéopénie (Ope), < -2,5 : Ostéoporose (Opo)) chez 86 F et 157 H (âge : 54±1 [18-85]) de stade DOQI-1 à DOQI-4. Le débit de filtration glomérulaire (DFG) a été mesuré par clairance plasmatique du Iohexol. Étaient aussi analysées la calcémie ionisée (Ca⁺⁺) et totale, la phosphatémie (Pi), l'hormone parathyroïdienne (PTH), la 25 (OH) vitamine D et la 1-25 (OH)₂ vit D.

	T-score Rachis		Fémurs		Radius 33 %	
DOQI (n/Ope/Opo)	-2,5 < < -1	< -2,5	-2,5 < < -1	< -2,5	-2,5 < < -1	< -2,5
DQI-1 (20/12/0)	9	0	3	0	9	0
DQI-2 (65/26/5)	18	4	12	1	14	4
DQI-3(128/50/16)	34	15	35	5	40	13
DQI-4 (30/14/3)	9	2	8	2	12	3

	DFG	Ca++	Pi	PTH	25 (OH) OH ₂	1-25 OH ₂
DQI-1	108±3	1,22±0,01	1,02±0,03	41±3	10±1	45±5
DQI-2	72±1	1,23±0,01	0,95±0,02	47±3	15±1	45±2
DQI-3	44±1	1,19±0,02	0,97±0,02	68±4	14±1	33±2
DQI-4	23±1	1,17±0,05	1,13±0,06	183±29	15±2	21±2

Le DFG était inversement corrélé à la DMO des fémurs ($p = 0,004$) et du radius ($p = 0,02$). Quel que soit le site d'analyse, la DMO n'était corrélée à aucun des paramètres phosphocalciques.

Discussion. - L'absence de corrélation entre la DMO et les paramètres PPCa résulte probablement des effets différentiels et cumulatifs de l'Od, de l'Ad et de l'Om sur la DMO de chaque site.

Conclusion. - La DEXA ne permet pas d'affiner l'analyse de l'atteinte osseuse liée aux altérations du métabolisme PPCa ce qui rend discutable son utilisation en routine dans le suivi des patients atteints de MRC. Cependant, cet examen reste important au début du suivi pour établir le statut osseux des patients.

AN090

Affiche Néphrologie

Polykystose rénale autosomique dominante (PKR) : à propos de 324 cas

A. Dridi *, S. Barbouch, L. Rais, K. Zouaghi, H. Hedri, E. Abderrahim, F. Ben Moussa, F. El Younsi, H. Ben Maiz, F. Ben Hamida, A. Kheder

Service de médecine interne et néphrologie, hôpital Charles-Nicolas, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Introduction. - La polykystose rénale autosomique dominante est une maladie fréquente dans notre pays. L'objectif de ce travail est de déterminer les caractéristiques cliniques et évolutives de cette affection.

Matériels et méthodes. - c'est une étude rétrospective incluant 324 patients atteints de PKR et hospitalisés entre 1965 et 2006 dans notre service. L'analyse statistique a été effectuée au moyen du Chi square test et du test t de Student.

Résultats. - Nous avons recensé 162 hommes et 162 femmes âgés de 8 à 79 ans (âge moyen : 49,7±12 ans). Les principaux symptômes révélant la maladie incluent l'insuffisance rénale observée chez 177 patients (54,6 %), les lombalgies retrouvées dans 162 cas (52 %), l'hypertension artérielle (HTA) chez 106 malades (32,7 %) et l'hématurie dans 97 cas (30 %). L'examen clinique trouve une augmentation de la taille des reins chez 223 patients (69 %) et une hypertension artérielle dans 178 cas (55 %). La fonction rénale était normale chez 71 patients (52 % hypertendus et 48 % normotendus). Cependant une insuffisance rénale a été observée chez 248 patients (55,6 % hypertendus et 44,4 % normotendus). La PKR était associée à des kystes hépatiques chez 121 patients (37,6 %). La prévalence de l'HTA était la même dans la PKR isolée et la PKR associée à des kystes hépatiques (55,7 % vs 52,5 % ; $p = 0,57$). L'étude génétique moléculaire a été réalisée chez 8 familles et a

révélé 62,5 % de PKD1, 12,5 % de PKD2 et 25 % de non PKD1 non PKD2. Après un suivi moyen de 13 mois (extrêmes : 1-272 mois), La fonction rénale était stable chez 41 % patients et altérée chez 59 % d'entre eux. Cette détérioration de la fonction rénale était plus fréquente chez les malades de sexe masculin ou hypertendus. 13 % des patients sont décédés.

Discussion. - Il apparaît que l'HTA, complication fréquente de la PKR, est un événement précoce dans l'histoire naturelle de cette affection, elle n'influence pas l'installation de l'insuffisance rénale mais contribue à la dégradation de la fonction rénale.

Conclusion. - Le diagnostic de PKR est souvent posé chez des patients en insuffisance rénale chronique. Une enquête familiale minutieuse afin de poser le diagnostic précocement et un bon contrôle de la tension artérielle pourraient freiner la progression vers l'insuffisance rénale terminale.

AN091

Affiche Néphrologie

Le syndrome pneumorénal : à propos de cinq cas

T. Aatif, O. Maoujoud, M. Asseraji, M. Benyahia, D. El Kabbaj, M. Hassani, I. Akhmouch, M. El Allam, Z. Qualim
Service de néphrologie-hémodialyse, hôpital militaire Mohammed-V, Rabat, Maroc

Introduction. - Le syndrome pneumorénal est défini le plus souvent par l'association d'une insuffisance respiratoire aiguë sur hémorragie intraalvéolaire (HIA) et d'une insuffisance rénale sur glomérulonéphrite aiguë. Le but du travail est d'analyser les aspects cliniques, biologiques, les étiologies et l'évolution sous traitement.

Patients et méthodes. - Étude rétrospective de janvier 2004 à mars 2007. Cinq cas de syndrome pneumorénal ont été colligés.

Résultats. - L'âge moyen est de 30 ans (18-51), prédominance féminine 4F/1H. Tous les patients avaient une glomérulonéphrite rapidement progressive avec protéinurie et hématurie. L'hypertension artérielle est notée dans 2 cas, un délai moyen de prise en charge de 4 semaines, une oligoanurie dans 3 cas. L'HIA était extériorisée (hémoptysie) dans 4 cas avec des signes radiologiques évocateurs (radiographie et/ou TDM thorax) dans 4 cas et confirmée au lavage bronchoalvéolaire dans un seul cas. Une anémie a été notée dans tous les cas. La biopsie rénale a révélé une glomérulonéphrite extracapillaire (GNEC) dans tous les cas. Les Ac antiMBG ont été isolés dans un seul cas, les ANCA antiprotéinase3 dans 2 cas, les ANCA antimyéloperoxidase dans 2 cas et le C3 consommé dans 2 cas. Les étiologies étaient : 2 cas de maladie de Goodpasture, 2 cas de maladie de Wegner et un cas de GNEC postinfectieuse. L'insuffisance rénale était sévère avec recours à l'hémodialyse dans 4 cas. Les corticostéroïdes et/ou cyclophosphamide ont été instaurés dans tous les cas. Les échanges plasmatiques ont été nécessaires dans 3 cas. Le suivi moyen des patients est de 18 mois. L'évolution a été marquée par une récupération de la fonction rénale dans un seul cas, une insuffisance rénale chronique (IRC) stable dans un cas et une IRC terminale dans 3 cas.

Discussion. - Le syndrome pneumorénal relève d'étiologies multiples et hétérogènes dominées par les vascularites à ANCA et la maladie de Goodpasture. Le pronostic rénal est

mauvais et le pronostic vital est rapidement mis en jeu et dépendant d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique appropriée et urgente.

Conclusion. - Le syndrome pneumorénal est un syndrome clinique secondaire à des maladies graves, nécessitant une prise en charge en urgence afin de préserver le pronostic rénal et surtout le pronostic vital.

AN092

Affiche Néphrologie

Corrélation entre l'anémie et l'atteinte rénale chez le diabétique de type I

L. Kazmouhi, F. Bouabid, S. Boutchich, Y. Amar, H. Rhou, N. Ouzeddoun, R. Bayahia, L. Benamar

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

Introduction. - L'anémie est une complication fréquente de l'insuffisance rénale. Chez le patient diabétique, elle est précoce et représente un facteur de progression de la néphropathie diabétique. **But du travail.** - déterminer la prévalence de l'anémie dans une population de diabétiques de type I (D1), démontrer la corrélation entre le degré de l'anémie et l'évolution de la néphropathie diabétique et dégager les principaux facteurs prédictifs de cette anémie.

Matériels et méthodes. - C'est une étude rétrospective intéressant 79 patients D1. Nous avons analysé les paramètres démographiques, l'évolution du diabète, la présence d'une rétinopathie et d'une neuropathie et la pression artérielle. Sur le plan biologique, nous avons relevé le taux d'hémoglobine (Hb), le volume globulaire moyen et la concentration corpusculaire moyenne de l'Hb, la créatinine sérique, l'excrétion urinaire d'albumine (EUA en mg/24h) et l'Hb glyquée. Nous avons distingué 4 groupes de patients selon les degrés d'atteinte rénale : G1 patients ayant une EUA négative, G2 patients avec une microalbuminurie, G3 patients avec une macroalbuminurie, G4 patients avec une insuffisance rénale. Afin de dégager les facteurs prédictifs de développement de l'anémie nous avons comparé deux groupes de patients avec ou sans anémie. L'anémie a été définie selon l'OMS (Hb < 12 g/dl chez la femme, Hb < 13 g/dl chez l'homme).

Résultats. - L'âge moyen de nos patients est de 25.9 ± 6 ans avec une nette prédominance féminine : 55/24 et une évolution moyenne du diabète de $14,5 \pm 6$ ans. L'anémie est présente chez 20 patients soit une prévalence de 26 %. Cette dernière augmente avec le stade de la néphropathie diabétique. En effet, elle est de 12,5 %, 20,8 %, 29 % et 39 % dans les groupes 1, 2, 3 et 4 respectivement. La comparaison des 2 groupes avec et sans anémie a permis de retenir que l'âge avancé du patient ($p = 0.002$), le sexe féminin ($p = 0.001$), la durée d'évolution du diabète ($p = 0.005$), l'existence EUA (0.003), l'altération de la fonction rénale ($p < 0.001$) et le recours aux IEC ($p = 0.001$) sont des facteurs prédictifs de développement de l'anémie. Et en analyse multi variée, seule la clairance de la créatinine est retrouvée comme facteur prédictif indépendant de l'anémie.

Discussion. - l'anémie est fréquente chez le diabétique et constitue un facteur pronostic et de progression de la néphropathie diabétique.

Conclusion. - L'anémie est fréquente chez nos patients diabétiques type I. Sa survenue précoce et son retentissement sur l'évolution de la néphropathie diabétique nécessitent son dépistage et son traitement précoce.

AN093

Affiche Néphrologie

La glomérulonéphrite rapidement progressive : à propos de 20 cas

T. Aatif, O. Maoujoud, M. Asseraji, I. Akhmouch, M. Benyahia, D. El Kabbaj, M. Hassani, M. El Aalam, Z. Oualim

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

Introduction. - La glomérulonéphrite rapidement progressive (GNRP) est un syndrome associant une atteinte glomérulaire et une insuffisance rénale rapidement progressive. Le but du travail est d'étudier les données clinico-biologiques, histologiques, étiologiques et évolutives des GNRP.

Matériels et méthodes. - Étude rétrospective intéressant 20 patients hospitalisés dans notre formation du janvier 2003 à mars 2007.

Résultats. - L'âge moyen est de 37 ans, avec une prédominance féminine 11F/9H. Le tableau clinique à l'admission était une GNRP dans tous les cas, l'oligoanurie a été notée dans 65 %, l'hypertension artérielle dans 50 % des cas et la protéinurie était néphrotique dans 60 %. Tous les patients ont bénéficié d'une biopsie rénale, qui est revenue en faveur d'une glomérulonéphrite extracapillaire dans tous les cas, le pourcentage moyen des croissants était de 77 %. À l'immunofluorescence (IF), la GNRP était de type I dans 15 %, de type II dans 55 % et de type III dans 30 % des cas. Les ANCA ont été retrouvés chez 45 % (antiPR3 : 15 % et antiMPO : 30 %) ; les AntiMBG ont été retrouvés dans 10 % et les AAN dans 25 % des cas. La pathologie causale est représentée essentiellement par le lupus (25 %), la maladie de Wegner (20 %) et la maladie de Goodpasture (15 %). Tous nos patients ont reçu un traitement étiopathogénique à base de corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs, 70 % des patients ont eu recours à l'hémodialyse aiguë et 25 % ont bénéficié d'échanges plasmatiques. L'évolution a été marquée par une récupération dans 20 % des cas, une insuffisance rénale chronique (IRC) stable dans 35 % et une IRC terminale dans 45 % des cas.

Discussion. - La GNRP est une forme grave des néphropathies glomérulaires. Elle impose une biopsie rénale urgente avec étude en IF et un bilan immunologique, permettant un diagnostic étiologique précis et un traitement adapté dans un but de préserver le pronostic rénal et vital. Les étiologies restent dominées par les vascularites à ANCA et la maladie de Goodpasture.

Conclusion. - La GNRP est une urgence néphrologique qui nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce et adéquate.

AN094

Affiche Néphrologie

Syndrome néphrotique : aspects cliniques et histologiques

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

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

Introduction. - Le syndrome néphrotique (SN) répond à une définition biologique associant une protéinurie supérieure à 3 g/24 heures, une hypoalbuminémie inférieure à 30g/l et une hypoprotidémie inférieure à 60 g/l. Il est en rapport avec une hyperperméabilité de la membrane basale glomérulaire aux protéines plasmatiques et il est toujours secondaire à une atteinte glomérulaire. Le but du travail est d'étudier les aspects cliniques et histologiques des SN colligés dans notre service.

Matériels et Méthodes. - Étude rétrospective, intéressant les patients hospitalisés dans notre formation entre janvier 2001 et décembre 2006 et ayant un SN. Les paramètres étudiés étaient : l'âge le sexe, les données cliniques et les aspects étiologiques.

Résultats. - 80 patients (52 hommes et 28 femmes), la moyenne d'âge était de 36 ans (1-72). Tous les patients avaient un SN à l'admission, il était pur dans 26 % (21 cas)

impur dans 74 % (59 cas), l'hématurie était présente dans 53 cas (66 %), l'hypertension artérielle ($\geq 14/9$ cmHg) dans 33 cas (41 %) et l'insuffisance rénale (créatinémie ≥ 15 mg/l) dans 34 cas (42,5 %). Tous nos patients ont bénéficié d'une ponction biopsie rénale (PBR) avec une étude en immunofluorescence dans 54 cas (67,5 %). Le nombre moyen des glomérules en optique était de 17 glomérules (0-81) avec une seule PBR blanche. Le SN était primitif dans 67 % (53 cas), secondaire dans 33 % (26 cas). Dans les SN primitifs les étiologies sont dominées par la LGM 34 % (18 cas) suivie respectivement par la GEM 26 % (14 cas) et la GNMP 13 % (7 cas). Dans les SN secondaires les étiologies sont dominées par la néphropathie lupique 39 % (10 cas) et l'amylose 31 % (8 cas).

Discussion. - Le SN est secondaire à une atteinte glomérulaire, la PBR est capitale permettant un diagnostic histologique, elle est toujours indiquée chez l'adulte. Chez l'enfant, elle est indiquée si l'âge est < 2 ans ou > 10 ans avec un SN pur, si le SN est impur et s'il existe des signes extrarénal. Cet examen permet avec un bilan étiologique exhaustif de mieux classer les SN.

Conclusion. - Le SN relève d'étiologies multiples et hétérogènes. Il est secondaire à une lésion de la barrière glomérulaire qui peut être soit fonctionnelle ou organique. Il impose une biopsie rénale (surtout chez l'adulte) et une enquête étiologique.