

Cas Clinique

Rachel PESSIS

avril 2009

ÉDITORIAL

L'Institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat du groupe de recherche SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins, et en particulier à la préparation au concours de l'Internat depuis 1982. Cette démarche repose sur deux éléments clés : une méthode de travail rigoureuse, et la consultation de documents de référence, désormais disponibles gracieusement sur internet. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis 25 années (16 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales depuis 2004) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris, Lyon, Marseille, et Lille, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

L'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate propose désormais une rubrique de cas cliniques mensuels, répondant aux objectifs pédagogiques du deuxième cycle des études médicales, et qui a pour but d'optimiser votre préparation aux Épreuves Classantes Nationales, en vous permettant de vous familiariser avec la docimologie de l'épreuve.

Nous espérons vivement que ces cas cliniques vous seront pleinement profitables et nous vous souhaitons bon courage et bonne chance !

Walid Amara, Alain Combes
et toute l'équipe pédagogique de l'Institut la Conférence Hippocrate.

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

PARIS

CYCLES D'ENSEIGNEMENT 2009-2010

DCEM 3 (CONCOURS JUIN 2011)

- Examen de sélection en **mercredi 06 mai 2009 de 18 h 30 à 19 h 30** (faculté de médecine Pitié-Salpêtrière : amphithéâtres A, B et C)
- **Programme de l'examen : Cardiologie, Endocrinologie, Hématologie, Orthopédie, Maladies Infectieuses et Pneumologie**
- **Deux conférences** hebdomadaires de spécialité du **lundi 31 août 2009 à fin juin 2010** sur l'ensemble du programme des Epreuves Classantes Nationales
- Une conférence de tutorat mensuelle
- Un **examen blanc** tous les deux mois
- **ENC blanc** en janvier et mars 2010

DCEM 4 (CONCOURS JUIN 2010)

- Examen de sélection **mercredi 29 avril 2009 de 18 h 30 à 19 h 30** (faculté de médecine Pitié-Salpêtrière : amphithéâtres A, B et C)
- Programme de l'examen sur tout le programme de l'Examen National Classant
- **Deux conférences** hebdomadaires de spécialité de **juillet 2009 à fin janvier 2010** sur l'ensemble du programme des Epreuves Nationales Classantes
- Une conférence de tutorat mensuelle
- Un **examen blanc** mensuel
- **Epreuves Classantes Nationales blanches** en janvier et mars 2010

- **Tour de printemps** (février, mars, avril, mai) : une conférence hebdomadaire sur 12 semaines avec 5 dossiers rédactionnels de type Epreuves Classantes Nationales, comprenant 6 à 10 questions, corrigés et commentés en détail.

**Plus de 20 années d'expérience dans la préparation
Epreuves Classantes Nationales**

INSCRIPTION :
Sur le site Internet : laconferencehippocrate.com

POUR TOUTE INFORMATION, APPELEZ LE 01.47.07.13.46

LILLE

CYCLES D'ENSEIGNEMENT 2009-2010

Ouverts aux étudiants de la Faculté d'Etat et de la Faculté Libre de Médecine de Lille

D.C.E.M.3 (CONCOURS JUIN 2011)

● **EXAMEN DE SELECTION ouvert aux DCEM2 : Mercredi 29 avril 2009 à 18h30 Faculté de médecine Henri Warembourg – Pôle Formation-amphithéâtre 2 (nouvelle faculté)**

- Une conférence hebdomadaire de spécialité
- Une conférence de tutorat bimestrielle
- Préparation à la Lecture Critique d'Analyse d'article
- Un examen blanc bimestriel

Se présenter 30 minutes à l'avance muni de la carte d'étudiant avec photo

(pas d'entrée sans carte d'étudiant avec photo)

- une pièce d'identité
- une photocopie de la carte d'étudiant
- une enveloppe timbrée (format 110 x 220) à vos coordonnées (pas d'enveloppe = pas de réponse)
- **Epreuves (1h30) :** 30 questions rédactionnelles courtes, indépendantes, sur les matières suivantes : Cardiologie, Chirurgie viscérale, Endocrinologie, Gastrologie, L.C.A., Neurologie, Néphrologie, Orthopédie-Rhumatologie, Pneumologie, Urologie.

Résultats envoyés par Internet à l'adresse e-mail d'inscription

Clôture des inscriptions le vendredi 17 avril 2009

La carte d'étudiant avec photo sera exigée le jour de l'examen

D.C.E.M.4 (CONCOURS JUIN 2010)

● **EXAMEN DE SELECTION ouvert aux DCEM3 EXCLUSIVEMENT Mercredi 8 avril 2009 à 18h30 - Faculté de médecine Henri Warembourg – Pôle Formation-amphithéâtre 2 (nouvelle faculté)**

- Cycle de 2 conférences hebdomadaires de spécialités de juillet 2009 à janvier 2010
- 3 conférences de tutorat
- Un examen blanc mensuel
- Deux concours blancs nationaux en janvier et mars 2010
- Tour de Printemps : (février, mars, avril, mai) une conférence hebdomadaire sur 13 semaines, dont 1 conférence de Lecture Critique d'Article, avec 5 dossiers rédactionnels de type Epreuves Classantes Nationales, comprenant 6 à 10 questions, corrigés et commentés en détail.

Se présenter 30 minutes à l'avance muni de la carte d'étudiant avec photo

(pas d'entrée sans carte d'étudiant avec photo)

- une pièce d'identité
- une photocopie de la carte d'étudiant
- une enveloppe timbrée (format 110 x 220) à vos coordonnées (pas d'enveloppe = pas de réponse)
- **Epreuves :** 3 dossiers sur toutes les matières

Résultats envoyés par Internet à l'adresse e-mail d'inscription

Clôture des inscriptions le vendredi 27 mars 2009

INSCRIPTIONS : Sur le site Internet : laconferencehippocrate.com

POUR TOUTE INFORMATION, APPELEZ LE 03.20.12.06.03

La carte d'étudiant avec photo sera exigée le jour de l'examen

LYON

CYCLES D'ENSEIGNEMENT 2009-2010

D.C.E.M.3 (CONCOURS JUIN 2011)

- **EXAMEN DE SELECTION** Samedi 25 avril 2009 - Faculté de médecine RTH Laënnec – Amphithéâtre A1 - 7 rue Guillaume Paradin 69008 LYON

SE PRESENTER 30 MINUTES A L'AVANCE MUNI DE VOTRE CARTE D'ETUDIANT AVEC PHOTO ET DE VOTRE CARTE D'IDENTITE.

- Programme de l'examen : QROC (Cardiologie, endocrinologie, hématologie, orthopédie, maladies infectieuses et pneumologie)
- Cycle de conférences de spécialités : Une conférence hebdomadaire de septembre 2009 à début mai 2010 sur l'ensemble du programme des Epreuves Classantes Nationales
- Une conférence de tutorat mensuelle
- Un examen blanc tous les deux mois
- ECN blanche de mars 2010

D.C.E.M.4 (CONCOURS JUIN 2010)

- **EXAMEN DE SELECTION ECN Blanches** – 14 et 15 mars 2009 - Faculté de médecine RTH Laënnec – Amphithéâtre A1, A2 et A3 - 7 rue Guillaume Paradin 69008 LYON
- Cycle de conférences de spécialités : Deux conférences hebdomadaires de spécialité du juillet 2009 à mi-janvier 2010 sur l'ensemble du programme des Epreuves Classantes Nationales
- Une conférence de tutorat mensuelle
- Un examen blanc mensuel et deux Examens Blancs Nationaux Classants en janvier et mars 2010
- Tour de printemps (février, mars, avril 2009) : une conférence hebdomadaire sur 13 semaines avec 5 dossiers rédactionnels de type Epreuves Classantes Nationales, corrigés et commentés en détail.

POUR TOUTE INFORMATION, APPELEZ LE 04.78.54.21.05.

MARSEILLE

CYCLES D'ENSEIGNEMENT 2009-2010

D.C.E.M.3 (CONCOURS JUIN 2011)

- **EXAMEN DE SELECTION** : Mardi 09 juin 2009 - de 18h00 à 20h00 - Faculté des Sciences (Métro Gare St Charles) - Amphi MARION
- Programme de l'examen : matières étudiées en DCEM2
- Deux conférences hebdomadaires de spécialité du 14 septembre 2009 au 30 avril 2010 sur l'ensemble du programme de l'E.C.N.
- Conférences de Méthodologie
- 4 examens blancs

D.C.E.M.4 (CONCOURS JUIN 2010)

- **EXAMEN DE SELECTION** : Samedi 23 mai 2009 – de 09h00 à 12h00 - Faculté des Sciences (Métro Gare St Charles) Amphi MARION
- Programme de l'examen : tout le programme de l'E. N. C.
- Deux conférences hebdomadaires de spécialité du 29 juin 2009 à la fin février 2010
- Un examen blanc mensuel
- **Tour de printemps** (mars, avril, mai 2009) : une conférence hebdomadaire sur 13 semaines avec 5 dossiers rédactionnels de type Epreuves Classantes Nationales, comprenant 6 à 10 questions , corrigés et commentés en détail

POUR TOUTE INFORMATION, APPELEZ LE 04.91.22.69.77

DOSSIER INTERNET

Madame P..., âgée de 50 ans, vous est adressée en consultation par son médecin traitant pour augmentation de la créatininémie, confirmée par deux ionogrammes sanguins réalisés à trois mois d'intervalle.

Cette femme a pour antécédents une hypertension artérielle connue depuis cinq ans et traitée par IEC. Lorsque vous l'interrogez sur ses antécédents familiaux, elle vous raconte que son père et sa grand-mère paternelle seraient apparemment tous les deux décédés de la même maladie ; elle aurait entendu parler d'urémie.

La patiente ne décrit aucun signe fonctionnel.

A l'examen, vous notez :

– poids : 68 kg pour une taille de 1m60, surface corporelle 1.73 m². PA 150/95 mm Hg, symétrique aux deux bras, contact lombaire bilatéral et indolore, hépatomégalie à deux travers de doigt.

Elle vous tend le bilan biologique prescrit par son médecin traitant qui montre :

- Ionogramme sanguin :
 - Sodium : 139 mmol/L
 - Potassium : 3.6 mmol/L
 - Bicarbonates : 22 mmol/L
 - Chlore : 101 mmol/L
 - Phosphore : 1.1 mmol/L
 - Calcium : 2.2 mmol/L
 - Protides : 70 g/L
 - Glucose : 4.9 mmol/L
 - Urée : 9 mmol/l
 - Créatinine : 155 μ mol/L
- Numération Formule Sanguine :
 - Hémoglobine : 13 g/dL
 - Leucocytes : 7 G/L
 - Plaquettes : 250 G/L
- Bandelette urinaire : tout est négatif

QUESTION N° 1

A quel stade de Maladie Rénale Chronique se situe-t-elle ? (vous utiliserez comme estimateur du débit de filtration glomérulaire la formule de Cockcroft et Gault).

Quel est votre diagnostic étiologique concernant l'atteinte rénale (Justifiez).

Comment le confirmez-vous ?

QUESTION N° 2

La patiente a une fille de 15 ans et un fils de 25 ans, asymptomatiques tous les deux. Elle a très peur que ses enfants soient atteints et vous demande s'il faut faire un test de dépistage et s'il faut surveiller ses enfants. Que lui répondez-vous ?

QUESTION N° 3

Vous suivez régulièrement cette malade, à qui vous avez prescrit le traitement adapté. Un an plus tard, elle se présente aux urgences de l'hôpital pour une douleur lombaire droite brutale. Elle frissonne. A l'examen, vous constatez une fièvre à 39°C et une douleur violente à la percussion de la fosse lombaire droite. La bandelette urinaire est normale.

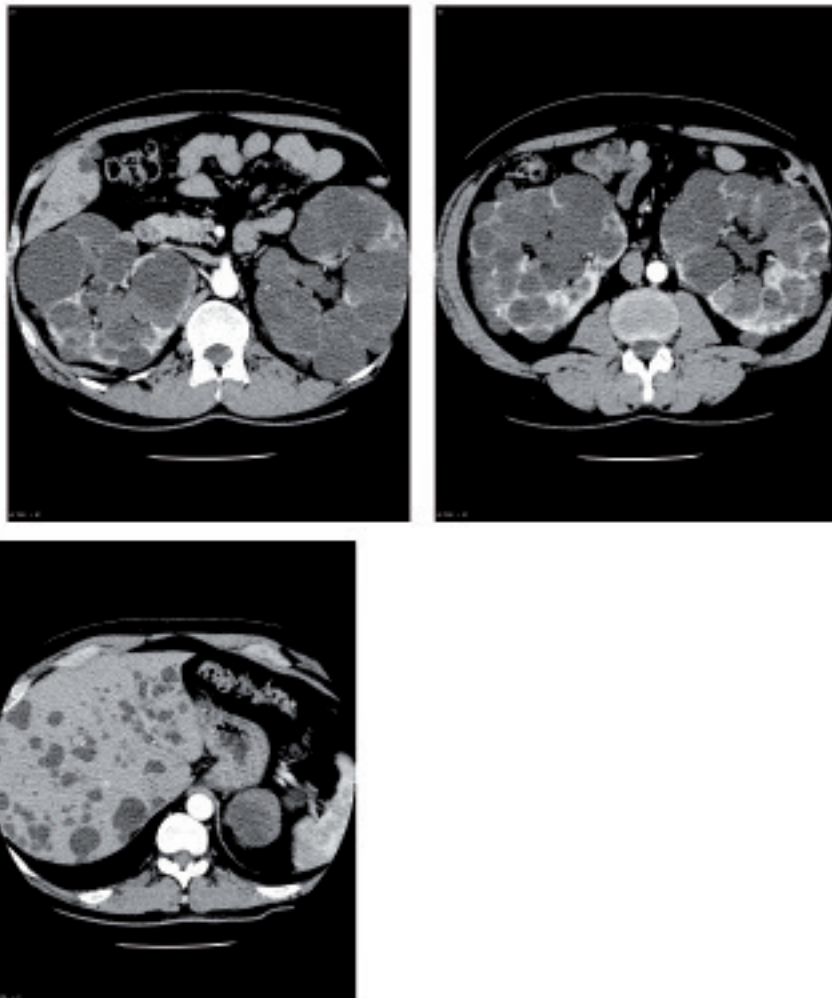
Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Lesquelles sont les plus probables ? (justifiez).

Quelle est la conduite à tenir diagnostique en urgence?

QUESTION N° 4

Un mois après la fin du traitement, un scanner de contrôle est réalisé. Interprétez-le.



QUESTION N° 5

Deux ans plus tard, le bilan que vous avez prescrit à Madame P... est maintenant le suivant :

- Ionogramme sanguin
 - Sodium : 139 mmol/L
 - Potassium : 3.9 mmol/L
 - Bicarbonates : 22 mmol/L
 - Chlore : 101 mmol/L
 - Phosphore : 1.3 mmol/L
 - Calcium : 1.9 mmol/L
 - Protides : 70 g/L
 - Glucose : 4.9 mmol/L
 - Urée : 13 mmol/l
 - Créatinine : 225 μ mol/L
- Numération Formule Sanguine :
 - Hémoglobine : 13.2 g/dL
 - Leucocytes : 7.5 G/L
 - Plaquettes : 255 G/L
- Bandelette urinaire : tout est négatif

Quelle est alors votre prise en charge pour Madame P...?

QUESTION N° 6

Au cours des deux années qui suivent, Madame P.. fait deux épisodes de pyélonéphrite aiguë droite, dont un compliqué d'un choc septique et nécessitant une hospitalisation de trois semaines, et un épisode d'hémorragie intrakystique droite compliquée de déglobulisation. Lorsque vous la revoyez, Madame P.. vous dit se sentir fatiguée et nauséuse, et se plaint de gonflements des jambes. Sa clairance de la créatinine est maintenant à 10 mL/min/1.73m².

Quelle est votre attitude ? Que prévoyez-vous pour Madame P.. ?

QUESTION N° 7

Indiquez les avantages et les inconvénients de la transplantation rénale par rapport à la dialyse. Quels sont les principes éthiques du prélèvement d'organe sur donneur en mort encéphalique, et quels sont ceux d'attribution des greffons ?

CORRIGE DU DOSSIER

QUESTION N° 1

A quel stade de Maladie Rénale Chronique se situe-t-elle ? (vous utiliserez comme estimateur du débit de filtration glomérulaire la formule de Cockcroft et Gault).

Quel est votre diagnostic étiologique concernant l'atteinte rénale (Justifiez).

Comment le confirmez-vous ?

- Insuffisance rénale chronique modérée2
- Insuffisance rénale chronique :
 - Diminution du débit de filtration glomérulaire avec clairance de la créatinine estimée à 40 ml/min/1.73m² selon la formule de Cockcroft et Gault
 - Chronique : dosage antérieur de créatinine datant de trois mois.....1
- Modérée : clairance de la créatinine entre 30 et 60 mL/min/1.73m².....1
- Polykystose hépato-rénale autosomique dominante :3
 - Notion de maladie rénale familiale1
 - * (urémie) dont la distribution évoque une maladie autosomique dominante :1
 - au moins un membre atteint par génération, sexe indifférent ; faire un arbre généalogique
 - Argument de fréquence :1
 - * la plus fréquente des maladies rénales génétiques
 - Age habituel :1
 - * d'aggravation de la maladie
 - Symptôme inaugural : HTA
 - Palpation de deux gros reins, hépatomégalie (atteinte hépatique)1
 - Pas de protéinurie, pas d'anémie1
- Confirmation du diagnostic :
 - Echographie rénale et abdominale.....2
 - A la recherche de :
 - * Deux gros reins déformés par des kystes multiples et bilatéraux.....1
 - * Souvent une polykystose hépatique.....1

NB.1 : Diagnostic positif de la Polykystose Rénale Autosomique Dominante

- Le scanner a une sensibilité supérieure mais n'est pas indiqué en première intention en l'absence de complications.
- Il n'est pas indiqué à l'heure actuelle de rechercher les mutations génétiques dans les familles.
- Critères diagnostiques échographiques validés pour établir le diagnostic dans le cadre d'une enquête familiale chez les apparentés d'un sujet atteint: en présence d'une histoire familiale de néphropathie autosomique dominante.

Age	Critères échographiques
< 30 ans	au moins 2 kystes rénaux (uni ou bilatéraux)
30-60 ans	au moins 2 kystes dans chaque rein
> 60 ans	au moins 4 kystes dans chaque rein

NB.2 : Il n'est pas indiqué de pratiquer de façon systématique une angioIRM de dépistage des malformations artérielles cérébrales sauf en cas d'antécédents familial de rupture d'anévrisme intracrânien

NB.3 : Il existe deux formules d'estimation du débit de filtration glomérulaire

● **La formule de Cockcroft et Gault :**

- Clearance de la créatinine = $K \times (140 - \hat{\text{Age}}) \times \text{Poids} / \text{Cr}$
- *clairance de la créatinine (mL/min/1.73m²), K = 1,23 pour l'homme et 1,04 pour la femme, âge (années), poids (kg), Cr = créatininémie (mol/L)*

● **La formule MDRD (Modification of the Diet in Renal Disease):**

- Clearance de la créatinine = $K \times 170 \times \text{Cr}^{-0,999} \times \hat{\text{Age}}^{-0,176} \times \text{U}^{-0,170} \times \text{Albumine}^{0,318}$
- *clairance de la créatinine (mL/min/1.73m²), K = 1 pour l'homme et 0,762 pour la femme, Cr = créatininémie(mg/dL), âge (années), U = urée sanguine (mg/dL), Albumine=albuminémie (g/dL) ; multiplier par 1,18 pour le sujet afro-américain*

QUESTION N° 2

La patiente a une fille de 15 ans et un fils de 25 ans, asymptomatiques tous les deux. Elle a très peur que ses enfants soient atteints et vous demande s'il faut faire un test de dépistage et s'il faut surveiller ses enfants.

Que lui répondez-vous ?

- La recherche de la mutation génétique n'est pas indiquée :2
 - Ni chez le proposant1
 - Ni chez ses apparentés du premier degré (1)
- Il faut réaliser un arbre généalogique complet de la famille2
- Il faut lui réexpliquer le mode de transmission autosomique dominant :.....2
 - Transmission non liée au sexe ; le risque qu'un parent atteint transmette la maladie est de 50 % pour chacun de ses enfants, un sujet à risque non atteint ne transmet pas la maladie.
- En pratique :
 - Pour sa fille, qui a moins de 20 ans : pas d'indication à une échographie de dépistage, prise de la PA 1 fois/an.....2
 - Pour son fils, qui a plus de 20 ans : indication à une échographie de dépistage :2
 - * après information des résultats possibles et de leur signification, à renouveler une fois à 30 ans en cas de négativité

QUESTION N° 3

Vous suivez régulièrement cette malade, à qui vous avez prescrit le traitement adapté. Un an plus tard, elle se présente aux urgences de l'hôpital pour une douleur lombaire droite brutale. Elle frissonne. A l'examen, vous constater une fièvre à 39°C et une douleur violente à la percussion de la fosse lombaire droite. La bandelette urinaire est normale. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Lesquelles sont les plus probables ? (justifiez).

Quelle est la conduite à tenir diagnostique en urgence?

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES :

- Infection intrakystique rénale droite2
- Hémorragie intrakystique rénale droite2
- Infection parenchymateuse aiguë rénale droite (pyélonéphrite aiguë ascendante).....2
- Lithiase urique droite.....2
- Chez une patiente insuffisante rénale chronique sur Polykystose Hépat-Rénale Autosomique Dominante, avec risque d'apparition d'une insuffisance rénale aiguë

PAR ORDRE DE PROBABILITE :

- Infection intrakystique et hémorragie intrakystique sont les plus probables (complications les plus fréquentes au cours de la Polykystose Rénale Autosomique Dominante, tableau clinique le plus compatible)1
- Pyélonéphrite moins probable devant la bandelette urinaire négative1
- La lithiase urique ne peut pas être éliminée avant l'imagerie 1

CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE :

- Recherche de signes de gravité clinique :1
 - Prise d'AINS, signes de sepsis sévère
- Examens complémentaires :
 - Biologie :
 - * ECBU (à faire ici même si BU négative).....1
 - * Hémocultures.....1
 - * NFS, CRP, ionogramme sanguin avec urée et créatinine
 - Imagerie :
 - * échographie rénale.....2
 - * et/ou scanner rénal sans injection.....2
 - pour une infection intrakystique : parois kystiques épaissies, contenu hétérogène...1
 - pour une hémorragie intrakystique : kystes spontanément hyperdenses au scanner.1
 - pour une pyélonéphrite : signes positifs de pyélonéphrite, éliminer un abcès rénal
 - pour un calcul : recherche d'un obstacle : dilatation des cavités pyélocalicielles, visualisation directe du calcul
 - examen du rein controlatéral.....1

NB.1 : si oublié « de rechercher un obstacle sur les voies urinaires par les examens complémentaires » = ZERO

NB.2 : Une douleur lombaire chez un malade avec une Polykystose Rénale Autosomique Dominante a quatre grandes causes

- Infection parenchymateuse ou kystique (douleur fébrile) ; le traitement de l'infection est à prolonger plusieurs semaines ; la ponction du kyste infecté est nécessaire si fièvre et douleurs persistent plus d'une semaine sous antibiothérapie probabiliste afin d'identifier le germe
- Hémorragie intrakystique (peut être fébrile)
- Lithiase (peut être fébrile)
- Douleur fonctionnelle (douleurs non fébriles)

QUESTION N° 4

Un mois après la fin du traitement, un scanner de contrôle est réalisé. Interprétez-le.

- Scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste
- Analyse des reins :
 - Néphromégalie bilatérale2
 - Présences de multiples kystes corticaux et médullaires dans les deux reins qui en déforment les contours.....2
 - Pas d'image évocatrice de pyélonéphrite ou de séquelles de pyélonéphrite du rein droit, pas d'image évocatrice d'infection ou d'hémorragie intrakystique du rein droit
- Analyse du foie :
 - Hépatomégalie.....22
 - Présence de nombreux kystes hépatiques.....2
- Conclusion :
 - Polykystose rénale avec atteinte hépatique2
 - Sans signe de complication visible

NB : pour la réalisation de cet examen injecté, la patiente aura bénéficié d'une préparation et d'une surveillance accrue.

QUESTION N° 5

Deux ans plus tard, le bilan que vous avez prescrit à Madame P... est maintenant le suivant :

- Ionogramme sanguin
 - Sodium : 139 mmol/L
 - Potassium : 3.9 mmol/L
 - Bicarbonates : 22 mmol/L
 - Chlore : 101 mmol/L
 - Phosphore : 1.3 mmol/L
 - Calcium : 1.9 mmol/L
 - Protides : 70 g/L
 - Glucose : 4.9 mmol/L
 - Urée : 13 mmol/l
 - Créatinine : 225 μ mol/L
- Numération Formule Sanguine :
 - Hémoglobine : 13.2 g/dL
 - Leucocytes : 7.5 G/L
 - Plaquettes : 255 G/L
- Bandelette urinaire : tout est négatif

Quelle est alors votre prise en charge pour Madame P...?

- Il s'agit maintenant d'une insuffisance rénale chronique sévère : clairance de la créatinine entre 15 et 30 mL/min/1.73m² (clairance estimée à 27 mL/min/1.73m²)
- Pas de prise en charge spécifique curative de la maladie causale
- Poursuite et intensification des mesures symptomatiques prescrites au diagnostic
- Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et de ses complications.....3
 1. Prise en charge des facteurs d'évolution : ralentissement de la progression de l'insuffisance rénale :.....1
 - a) Contrôle strict de la pression artérielle (objectif : pression artérielle < 130/80 mm Hg) :1
 - traitement par antihypertenseurs : ici ajout d'une autre classe à l'IEC si besoin
 - b) Prévention des épisodes d'insuffisance rénale aiguë :2
 - éducation sur les facteurs favorisant d'insuffisance rénale aiguë :1

déshydratation extracellulaire (diarrhée), médicaments néphrotoxiques (AINS à contre indiquer), injection de produit de contraste iodé, pathologies surajoutées (lutte contre les infections notamment urinaires, vaccination pneumocoque et grippe).....1
 - c) Restriction protidique : 0.8 à 1 g/kg/j
 - d) Recherche et traitement des autres facteurs de risque cardiovasculaires
 2. Traitement des complications métaboliques :2
 - a) Complications métaboliques phosphocalciques.....1

(objectifs : Calcémie normale, phosphore <1.5 mmol/L, PTH < 3N): apport en vitamine D hydroxylée si carence et si la phosphorémie le permet : Alfacalcidol ; apport en carbonate de calcium modéré, baisse des apports en phosphore, chélateurs du phosphore : Carbonate de calcium, Sevelamer (Rénagel).
 - b) Acidose métabolique (objectif : bicarbonates > 22 mmol/L):1

eau de Vichy ou Salvetat, bicarbonate de sodium
 - c) Troubles de l'équilibre hydrosodé : régime modérément désodé, boissons libres
 - d) Lutte contre la dénutrition

3. Préparation à la dialyse :2
 - a) Préservation du capital veineux.....1
 - b) Vaccination hépatite B.....1
 - c) Création d'une fistule artério-veineuse à partir de 10-15 mL/min de clairance.....1
 - d) Inscription sur liste de transplantation à envisager1
4. Prise en charge de la maladie chronique :2
 - a) Education thérapeutique avec notamment respect des règles hygiéno-diététiques et du traitement
 - b) Modalités de surveillance
 - c) Adresses d'associations de malades à renouveler
 - d) Proposition de soutien psychologique
5. Surveillance

NB 1 : les kystes hépatiques sont le plus souvent asymptomatiques sans perturbation du bilan hépatique et ne nécessitent dans ce cas aucune prise en charge.

NB 2 : l'insuffisance rénale de la Polykystose Rénale Autosomique Dominante progresse en général rapidement, avec une perte de la filtration glomérulaire d'environ 5 ml/min/an .

QUESTION N° 6

Au cours des deux années qui suivent, Madame P.. fait deux épisodes de pyélonéphrite aiguë droite, dont un compliqué d'un choc septique et nécessitant une hospitalisation de trois semaines, et un épisode d'hémorragie intrakystique droite compliquée de déglobulisation. Lorsque vous la revoyez, Madame P.. vous dit se sentir fatiguée et nauséuse, et se plaint de gonflements des jambes. Sa clairance de la créatinine est maintenant à 10 mL/min/1.73m².

Quelle est votre attitude ? Que prévoyez-vous pour Madame P.. ?

- Il faut mettre en route un traitement de suppléance de la fonction rénale :2
 - Madame P. est maintenant en insuffisance rénale ultime.....1
(clairance de la créatinine < 15 ml/min/1.73m²)
 - Elle présente des signes de gravité cliniques1
(fatigue, nausées, oedèmes des membres inférieurs)
- D'abord par un système de dialyse (hémodialyse de préférence) (1), puis éventuellement par une transplantation rénale :1
 - Mise en place des séances de dialyse (la fistule artérioveineuse nécessaire à l'hémodialyse a dû être créée auparavant)
 - Inscription sur la liste de transplantation et bilan pré-transplantation.....1
- Annonce du diagnostic
- Indication d'une néphrectomie droite :2
 - Nombreuses et fréquentes complications mettant en jeu le pronostic vital
 - Permet de faire la place pour le futur greffon

NB 1 : la transplantation rénale (et donc l'inscription sur liste) peut être envisagée dès le stade de l'insuffisance rénale sévère, avant qu'un traitement dialytique ne soit institué

NB 2 : l'hémodialyse est préférable à la dialyse péritonéale dans le cas de la Polykystose Rénale Autosomique Dominante avec de très gros reins car la surface d'échange et la tolérance au remplissage sont réduites

QUESTION N° 7

Indiquez les avantages et les inconvénients de la transplantation rénale par rapport à la dialyse. Quels sont les principes éthiques du prélèvement d'organe sur donneur en mort encéphalique, et quels sont ceux d'attribution des greffons ?

Transplantation rénale par rapport à la dialyse

- Avantages :
 - Qualité de vie meilleure1
 - Espérance de vie augmentée1
 - Coût moindre.....1
- Inconvénients :
 - Nécessité d'une intervention chirurgicale :1
avec ses complications potentielles
 - Nécessité de prendre un traitement :
 - * immunosuppresseur1
 - * à vie
 - * lui-même pourvoyeur de complications (infectieuses, tumorales ?)

Principes éthiques du prélèvement d'organe sur donneur en mort encéphalique

- Le consentement :
 - Le consentement est présumé en l'absence de refus exprimé1
(registre national des refus, consultation des papiers personnels, témoignage des proches)
- Gratuité (1)
- Anonymat (1)

Principes éthiques d'attribution des greffons

- Principe d'efficacité et d'équité1
(fonction de l'âge, de la compatibilité, de la durée d'attente, de la morphologie, des complications)
- Gestion des priorités
- Liste gérée par l'Agence de Biomédecine.....1

nc = non coté

Total..... 100 points

Référence programme Epreuves Classantes Nationales 2004 :

I-1-8 : Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation.

I-253 : Insuffisance rénale chronique.

I-277 : Polykystose rénale.