

Un cas inattendu !



Mr M , 46 ans

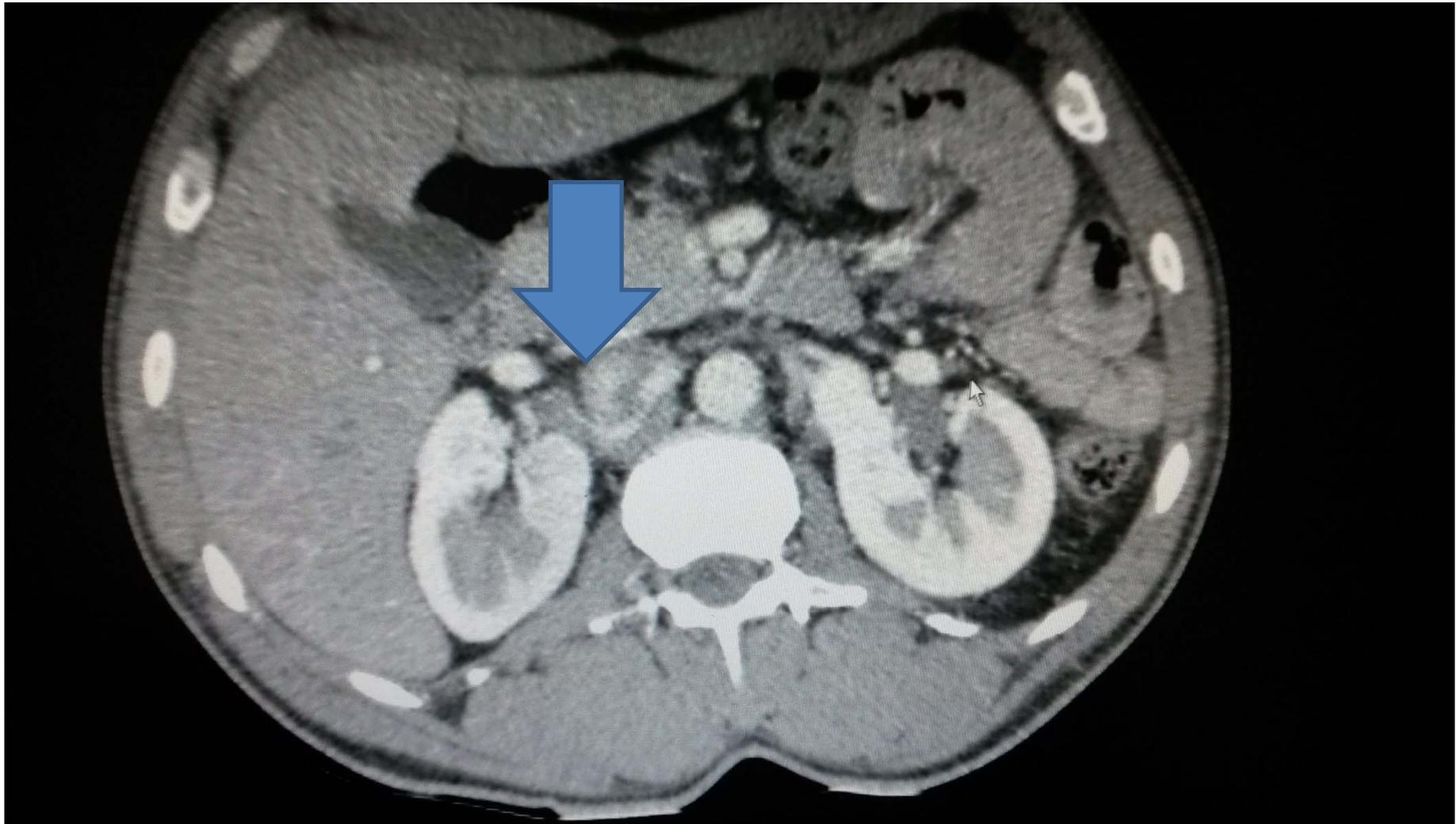
- Aucun ATCD, tabagique actif
- Consulte pour douleur abdominale brutale depuis 4-5 heures avec vomissements
- Examen : défense en FID, BHA ++, OH libres, pas de trouble du transit, apyrétique, pas de SFU, reste normal
- Constantes : RAS, pas d'HTA, non tachycarde
- BU : sang ++, leuco -, nit -, prot -

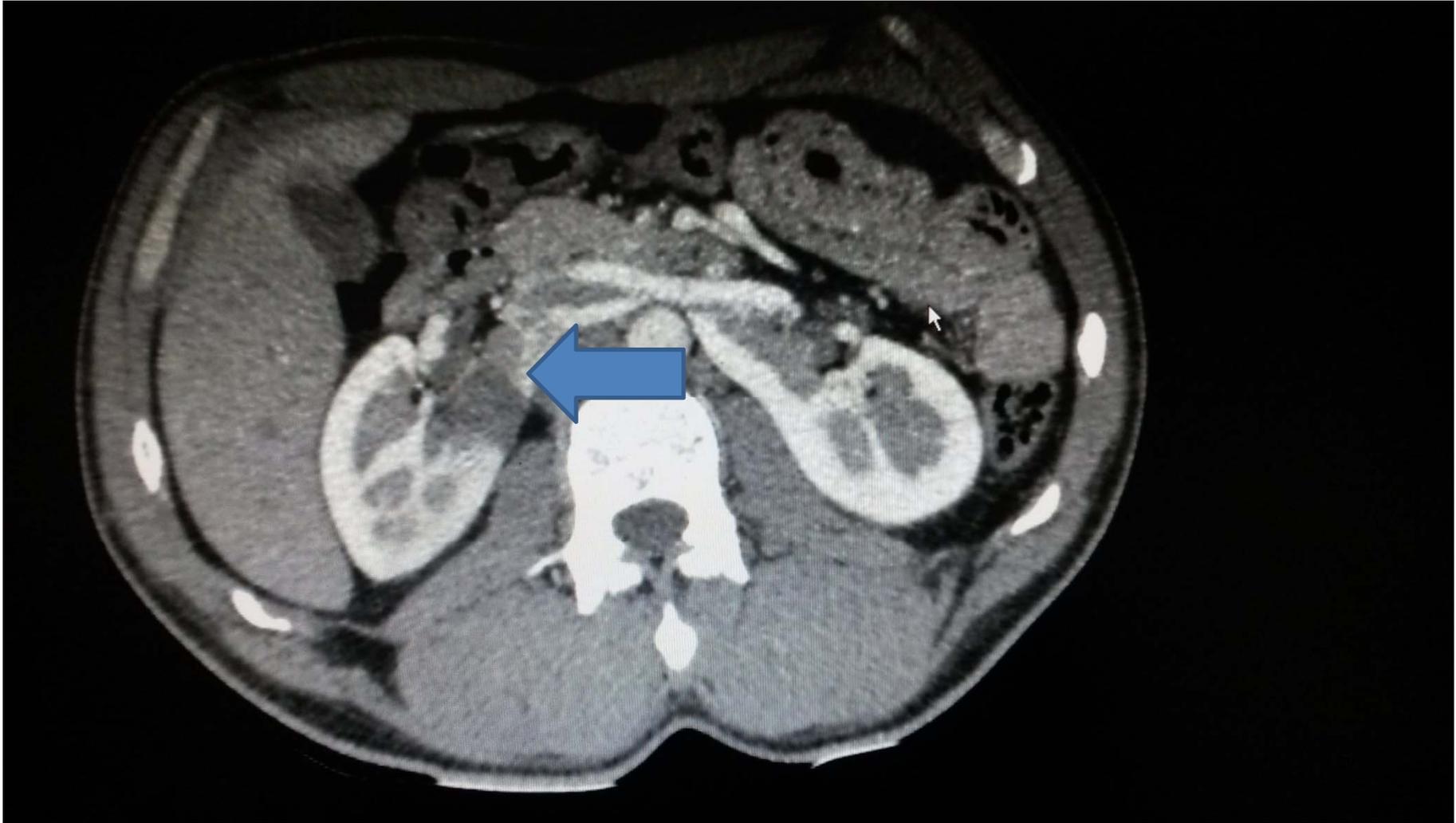
- Bilan biologique :
 - CRP nég
 - BHP normal
 - Leuco 19000 blcs
 - Crase normale
 - Créat 78 urée 3.9
- ASP couché : pas de NHA, ni PNP
- Echo abdo d'urgence : pas d'épanchement, pas de dilatation CPC, voies biliaires RAS, appendice non visualisé

Demande de Scanner AP injecté, verdict?



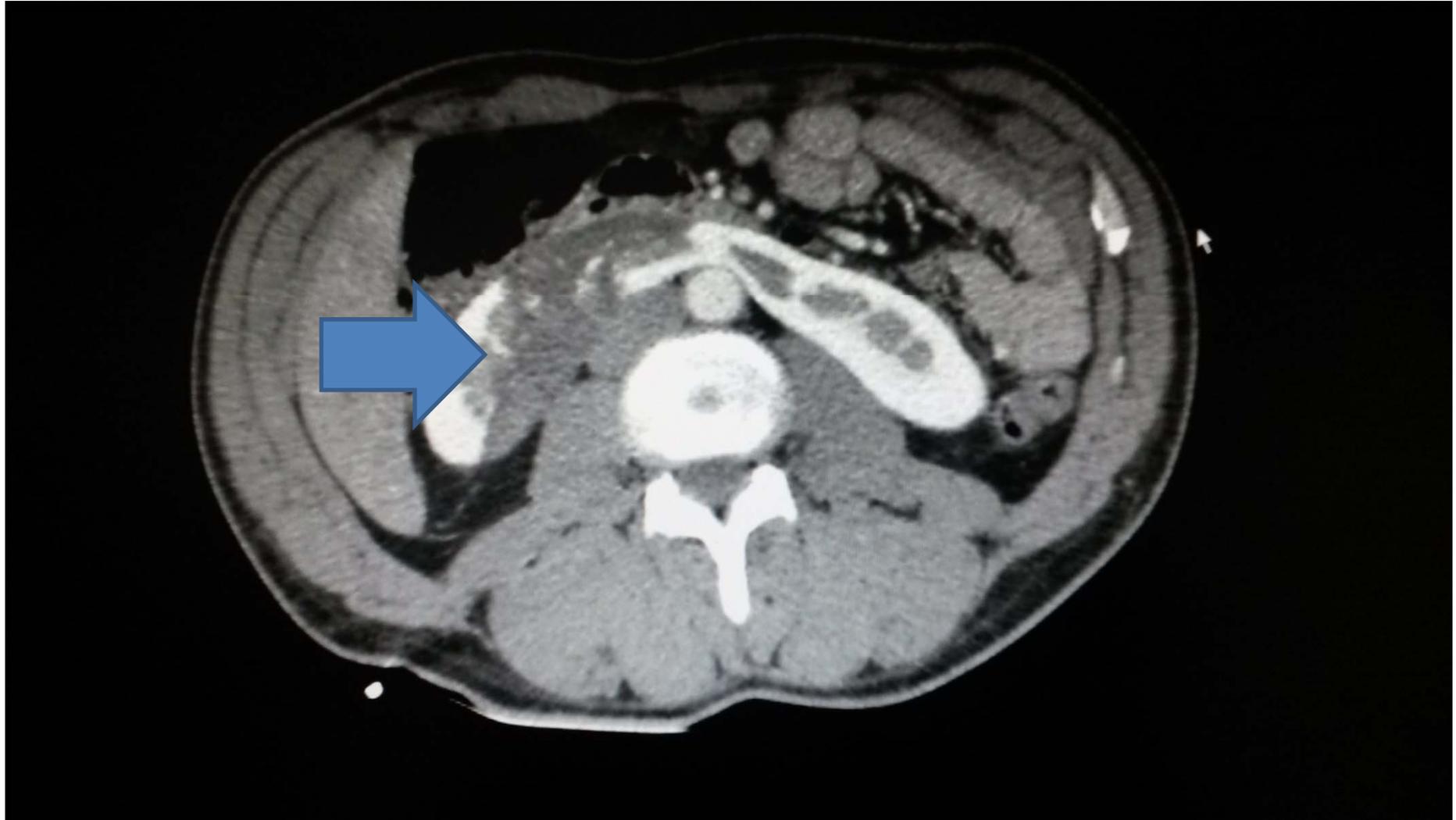
Sténose serrée de la partie distale de la division inférieure de l'artère rénale droite





Infarctus rénal à droite sur rein en fer à cheval

Atteinte de plus de 25% du
parenchyme



Le diagnostic d'infarctus rénal aigu est rarement évoqué devant un syndrome douloureux lombaire.

Tableau I. Étiologie des thromboses et embolies de l'artère rénale.

Thromboses de l'artère rénale.

Post traumatique
Post artériographie
Artériosclérose
Dysplasie fibromusculaire de l'artère rénale
Artérite inflammatoire (syphilis, polyartérite, thromboangéite oblitérante)
et causes immunologiques
Polyglobulie vraie
Cathétérisme de l'artère ombilicale chez le nouveau-né

Embolies de l'artère rénale

Endocardite bactérienne
Végétation aseptique des valves cardiaques
Chirurgie à coeur ouvert
Fibrillation auriculaire
Anévrisme de l'artère rénale
Tumeur cardiaque
Infarctus du myocarde
Anévrisme ventriculaire
Embolie paradoxale

Comment expliquer la symptomatologie ?

- Prévalence : première description de l'infarctus rénal remonte à 1865, son incidence exacte reste aujourd'hui encore inconnue car d'après les études, une proportion importante d'infarctus rénaux est asymptomatique ou non diagnostiquée. Le pic d'incidence de l'infarctus rénal se situe entre 60 et 80 ans, sans prédominance de sexe
- Clinique variée, peu spécifique mais la triade sur un terrain à risque thrombo-embolique :
 - *douleurs du flanc, abdominales ou dorso-lombaires,*
 - *élévation des LDH et*
 - *hématurie microscopique*
- Occlusion chronique unilatérale peut passer totalement inaperçue du fait du développement d'un système de circulation sanguine de suppléance
- Le scanner injecté : trouble de vascularisation par diminution ou une absence de réhaussement du parenchyme rénal ischémié lors de l'injection de pdc

Résumé sur l'infarctus rénal

- L'infarctus rénal est une pathologie rare qui doit être évoquée devant tout syndrome douloureux lombaire.
- Les causes les plus fréquentes sont liées à une pathologie cardiaque emboligène, une fibrodysplasie de l'artère rénale ou un traumatisme.
- Le diagnostic est le plus souvent évoqué sur le scanner abdominal injecté, mais sera confirmé et précisé lors de l'artériographie rénale sélective ou l'angioscanner.
- Le traitement peut être médical ou chirurgical selon l'importance des lésions et l'état général du patient.
- Les indications des traitements sont discutées à partir des revues de la littérature.

Qu'est devenu Mr M.?

- Transfert au CHU en chir vasculaire
 - Héparinothérapie + antalgiques avec diminution des douleurs en 48h
 - GB 13 000 et CRP 235 à la sortie
 - Sera revu en consultation pour bilan étiologique
-
- TTT de sortie :
 - Inexium
 - Topalgic
 - Innohep
 - Paracétamol

