

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patient de 68 ans, porteur de cardiopathie ischémique, avec 2 stents, se présente pour une colique néphrétique hyperalgique gauche, avec nausées, vomissements et HTA. Il s'agit d'un infarctus rénal.

Objectifs critiques :

- Prendre en charge initialement une colique néphrétique,
- Chercher les signes de gravité,
- Poser le diagnostic d'un infarctus rénal,
- Considérer les examens complémentaires,
- Proposer la stratégie thérapeutique adéquate.

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	68 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 70 Kg, Taille = 175 cm
SF	:	colique néphrétique
Début	:	brutal
Signes associés	:	nausées, vomissements
Mode d'admission	:	ramené par sa famille
Signes critiques	:	HTA, hématurie

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	Cardiopathie ischémique, 2 stents, sous Cardioaspirine®, Vastarel®, Crestor®, Tenormine®
Toxiques	:	RAS
Allergiques	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 20 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, pas de râles, SpO2 = 98%
Fonction circulatoire	:	FC = 90 bpm, PA = 180/110 mmHg, pas de pâleur, pas de souffle
Fonction neurologique	:	GCS = 15/15, pas de déficit, pupilles isocores réactives, pas de convulsion
Examen somatique	:	douleur à la palpation du flanc gauche
Glycémie : 1,1 g/L	BU : S++ P++	Température : 37,9 °C

Check-list

Équipement

- Réanimation respiratoire
- Réanimation hémodynamique
- Chariot d'urgence
- Chariot de soins
- Moniteur multiparamétrique

Drogues

- Morphine
- Thrombolytique

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué masculin
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples

Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : fille du patient (interrogatoire)

Infarctus rénal

ESC_UN_001_Scénario

Baseline

FR = 20
SpO2 = 98
EtCO2 = 30

FC = 90
PA = 180/110
ECG = FA

GCS 15/15
Bien orienté

Interventions

TTT Symptomatique
de la colique néphrétique

RAS

FC = 80
PA = 170/100
SpO2 = 99

TTT de l'infarctus
rénal

Non

Oui



Baseline

FR = 20 c/min, SpO2 = 98%, pas de râles

FC = 90 bpm, PA = 180/110 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Critical

Arythmie mal tolérée

Poussée hypertensive

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 99%, pas de râles

FC = 90 bpm, PA = 130/70 mmHg

EtCO2 = 40 mmHg

Stabilité respiratoire et hémodynamique

Fiche

- L'infarctus rénal est une pathologie rare, dont le diagnostic est souvent méconnu et omis en raison de l'absence de symptômes spécifiques,
- La plupart des patients présentent une clinique mimant une colique néphrétique, mais également parfois des douleurs abdominales diffuses associées ou non à des vomissements,
- Le CT-scan abdomino-pelvien injecté est l'examen de choix pour établir le diagnostic de cette pathologie. L'injection de produit de contraste dans les situations où aucun calcul n'est mis en évidence permet alors un diagnostic précoce de l'infarctus rénal,
- Au plan de l'imagerie, le parenchyme rénal montre une amputation de forme triangulaire restant hypodense après l'injection de produit de contraste et correspondant à la zone d'infarctissement. Cet aspect peut éventuellement évoquer une pyélonéphrite, à distinguer de l'infarctus par sa présentation clinique,
- Une hématurie microscopique est parfois retrouvée, mais son absence ne permet pas d'exclure le diagnostic. La lactate déshydrogénase (LDH) sérique est un marqueur classique de la nécrose cellulaire, et son augmentation dans les cas d'infarctus rénaux est décrite,
- Des facteurs de risque thromboemboliques comme la fibrillation auriculaire, les antécédents thromboemboliques ou les cardiopathies valvulaires et ischémiques sont fréquemment retrouvés chez la plupart des patients,
- Lorsque le diagnostic est posé dans les douze heures suivant le début des symptômes, nous proposons d'effectuer une angiographie intraveineuse ou une angio-IRM en urgence, et si une obstruction importante sur une artère rénale est mise en évidence, de discuter l'indication à une thrombectomie/ embolectomie par voie ouverte ou à une angioplastie rénale percutanée,
- Le contrôle de la fonction rénale ainsi qu'une surveillance régulière de la tension artérielle afin de déceler une hypertension secondaire semble nécessaire.

Objectifs techniques

- Prendre en charge initialement une colique néphrétique,
- Chercher les signes de gravité,
- Poser le diagnostic d'un infarctus rénal,
- Considérer les examens complémentaires,
- Proposer la stratégie thérapeutique adéquate.

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	4.65 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	11.1 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	33.8 %	(34.0-40.0)
VGM	82.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	14.60 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	84.0 %	
Soit	8.64 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.08 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	188 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	16,3 sec	
Taux de prothrombine	84 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	32 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	3.2 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	140 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	6,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.20 g/L	(0.70-1.10)
Urée	1.62 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	50 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	70 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	66 UI/L	(5-40)
CRP	110 mg/L	(< 10)
Albumine	40 g/L	(35-55)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.36	(7.35-7.45)
CO²	40 mmHg	(35-45)
HCO₃⁻	26 mmol/L	(22-26)
PaO²	95 mmHg	(> 85)
SaO²	92 %	(95-100)
Lactates	1 mmol/L	(< 2)

Bactériologie

	Résultat	Références
Hémocultures	Négatives ---	

	Résultat	Références
ECBU	ED négatif ---	
	GR +	
	Leucocytes ---	

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
LDH	850 UI/L	(200-400)

Radiographie du thorax



Radiographie AUSP



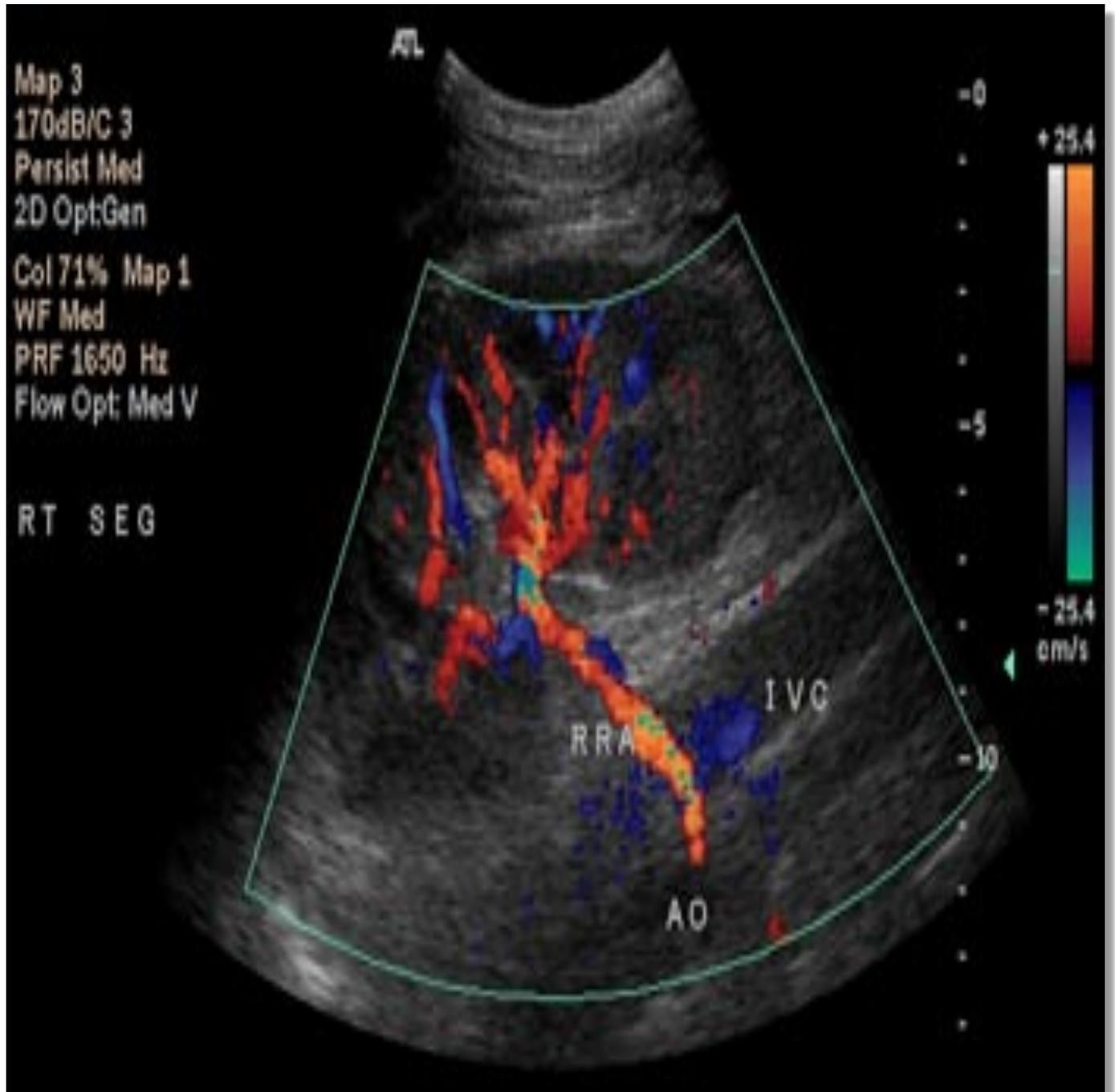
Échographie abdominale



Interprétation :

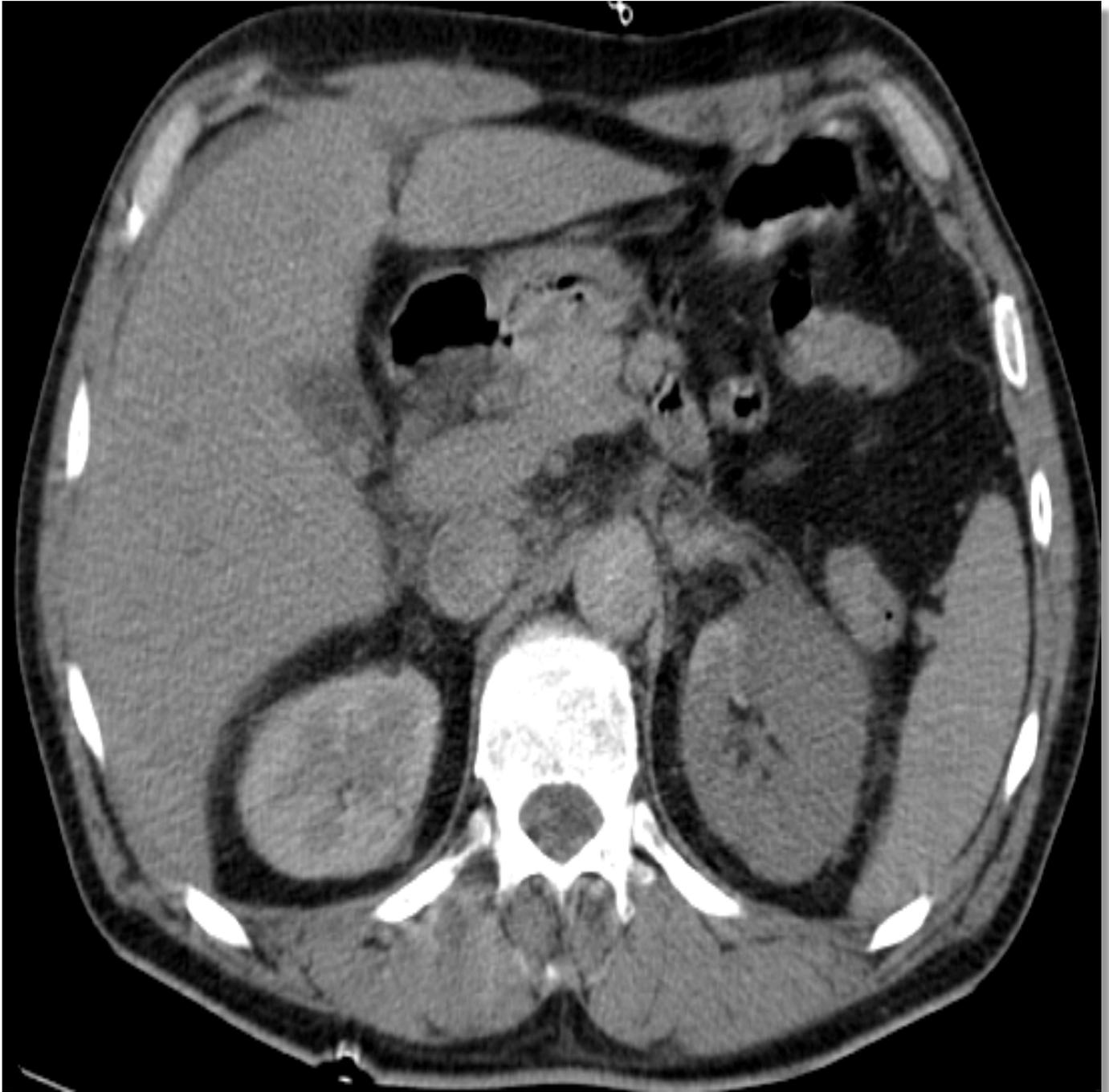
**Rein gauche de petite taille,
Absence de dilatation pyélocalicielle.**

Doppler rénal



Interprétation :

Signal artériel faible au niveau de l'artère rénale gauche.



Interprétation :

Retard d'opacification du rein gauche.

Artériographie rénale



Interprétation :

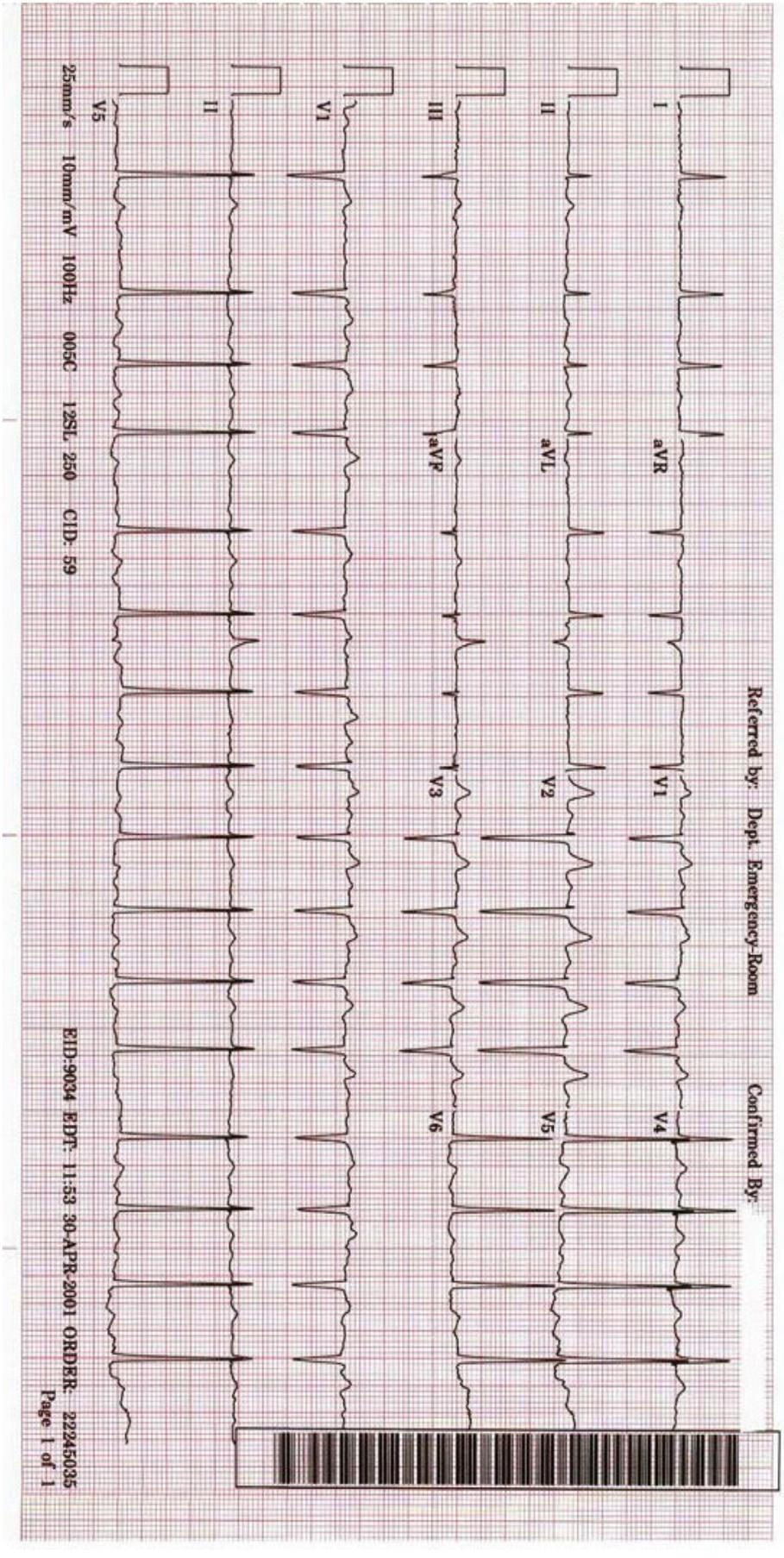
Artère rénale mal perfusé.

Angio-IRM rénale



Interprétation :

Artère rénale mal perfusé.





Interprétation :

**Akinésie modérée de la paroi antérieure du VG,
FE = 48%.**