

I.R.A – A.K.I

Urgence

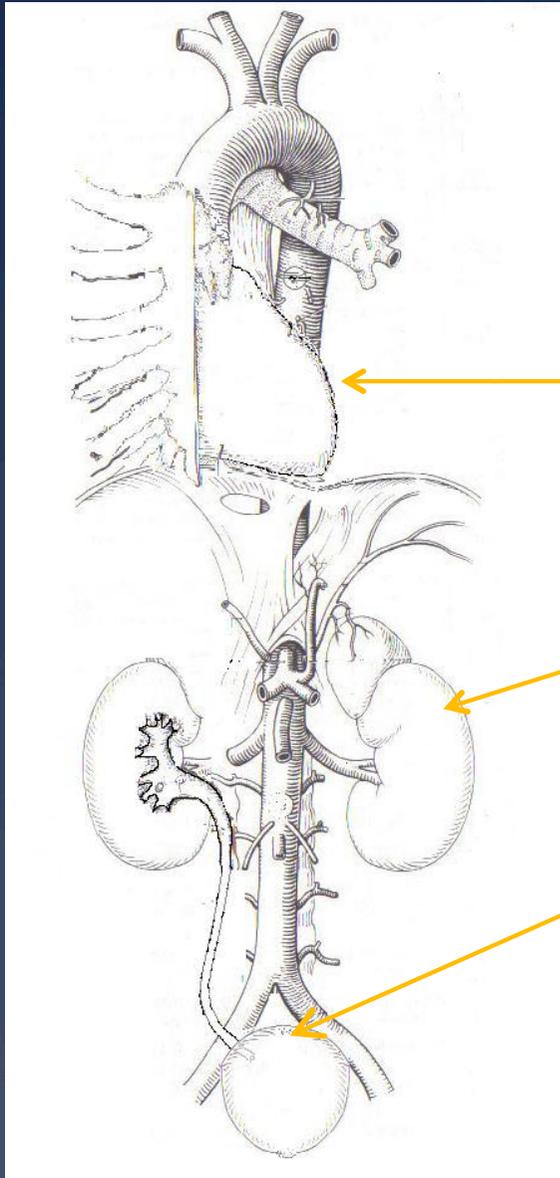
Chapitre 2 : Abord Diagnostic

Dr Guillen Anaya Miguel Ange

08 mai 2019 –

SEMINAIRE FORMATION MEDICALE EPICURA

ETIOLOGIE



PRERENAL	HYPOVOLEMIES INSUFFISANCE CARDIAQUE SYNDROME HEPATO-RENAL SYNDROME CARDIO-RENAL
RENAL	NTA NIA OBSTRUCTION TUBULAIRE GLOMERULONEPHRITE
POST RENAL	GLOBE TUMEUR du PETIT BASSIN SONDE URINAIRE BOUCHEE



STOP AKI WKD
2013

ENQUETE

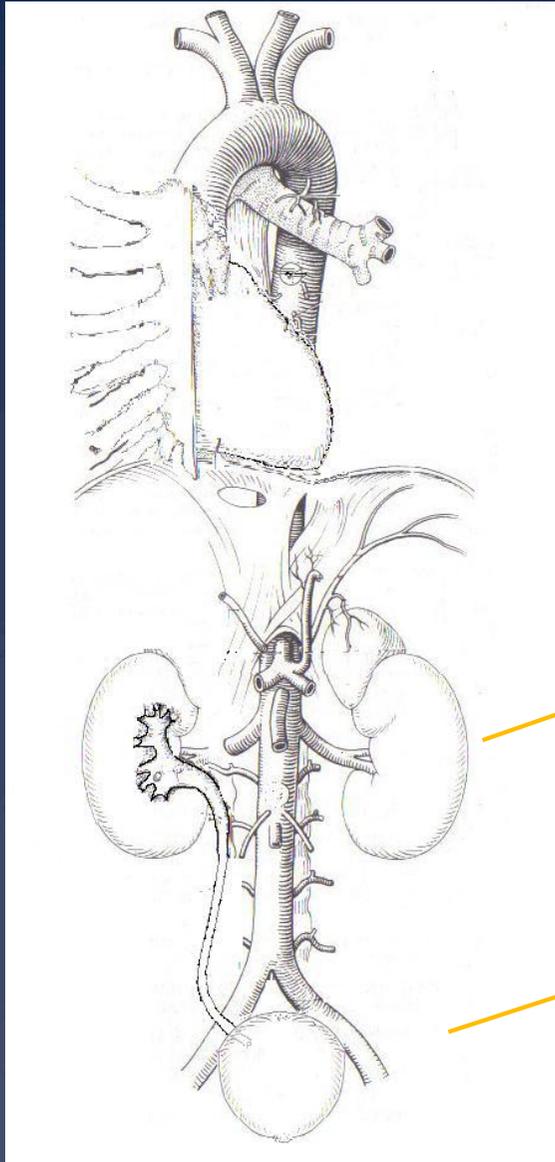
Interrogatoire

- * Histoire de l'affection :
Argument pour pré rénal ?
- * Oedeme depuis quand ?
- * Dyspnée: Orthopnée ?
- * Douleur ?
- * Médicament !!!

Antécédents

- * Histoire de
cardiovasculaire ?
- * Notion d'une ancienne
prise de sang ?
- * Imagerie ancienne ?
- * Diabète.
- * Pathologie Immune

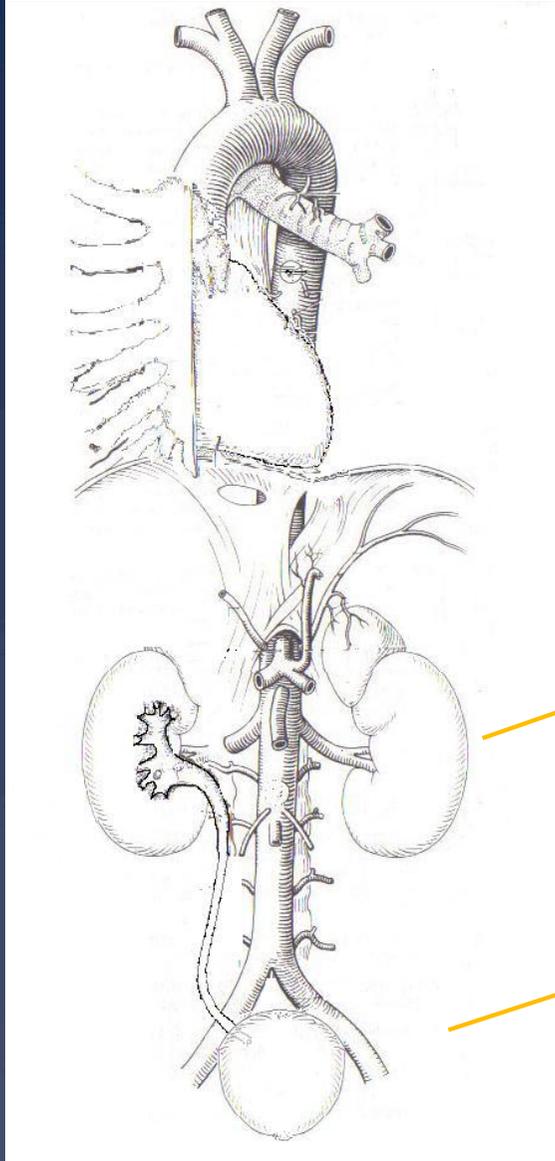
ANATOMIE



EXAMINER

Abdomen supérieur :
? Ballotement rénal
rénal Dououreux
? Ebranlement Rénal
Dououreux

ANATOMIE



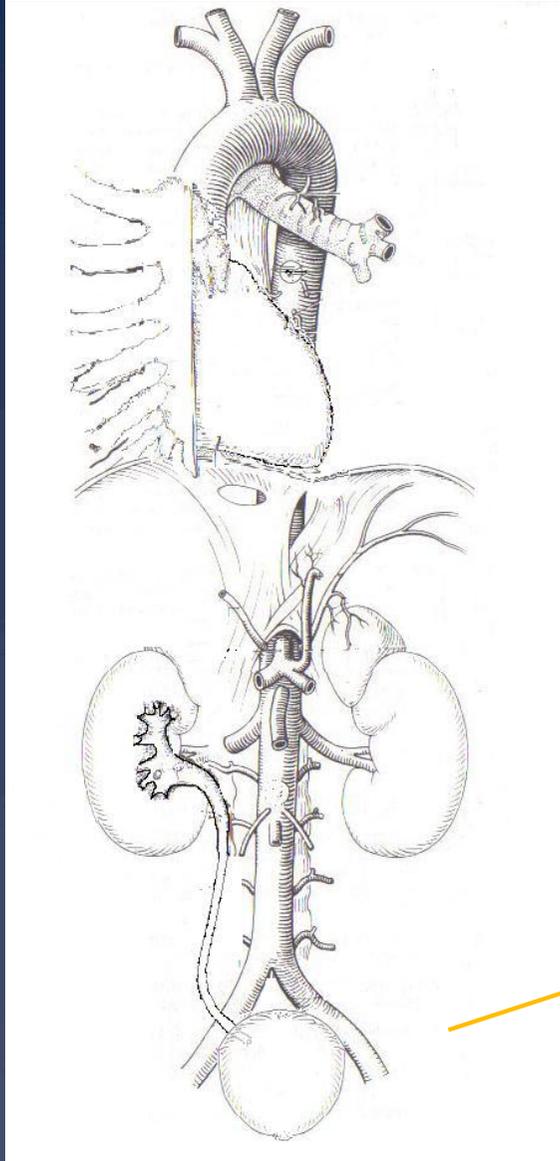
EXAMINER

Organomégalie ?

Ascite ?

Pathologie de la
cavité péritonéale ?

ANATOMIE



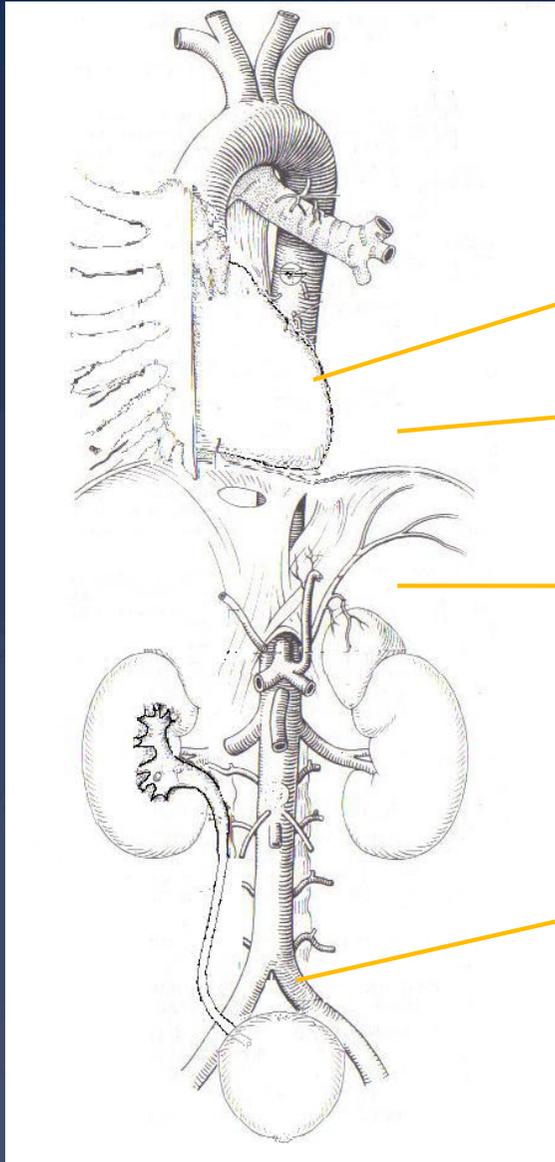
EXAMINER

Petit Bassin:

Globe ?

- Bladderscan -

ANATOMIE



EXAMINER

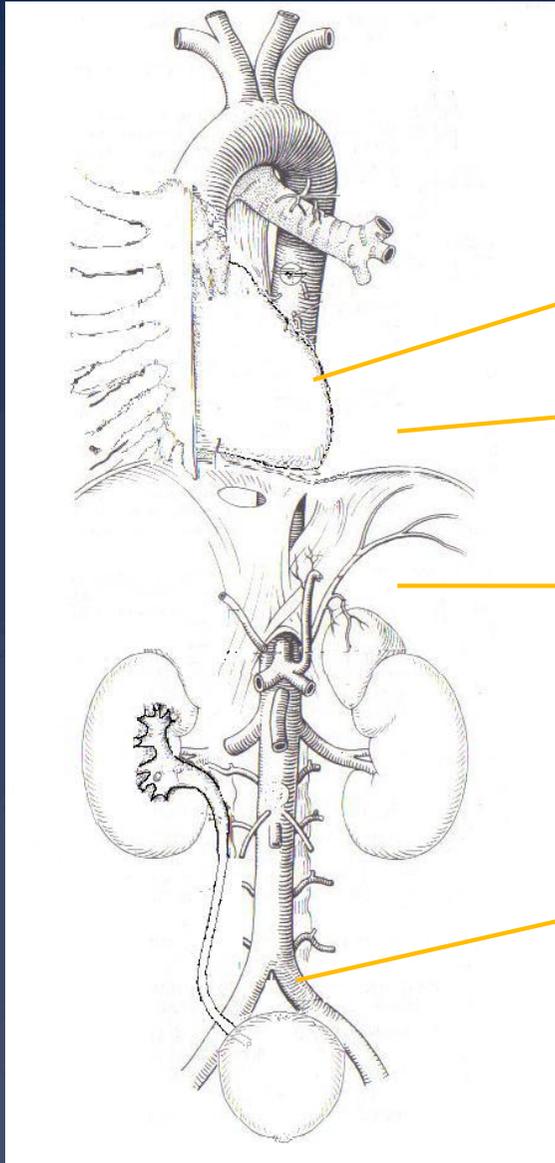
COEUR

Poumon

Rate – Foie

Vasculaire

ANATOMIE



EXAMINER

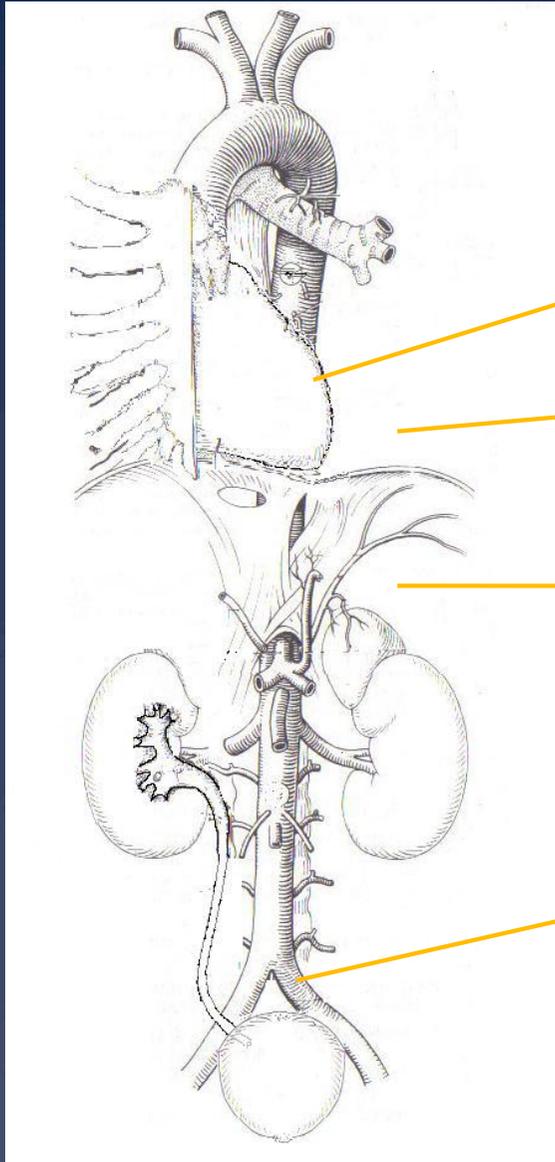
COEUR

Poumon

Rate – Foie

Vasculaire

ANATOMIE



EXAMINER

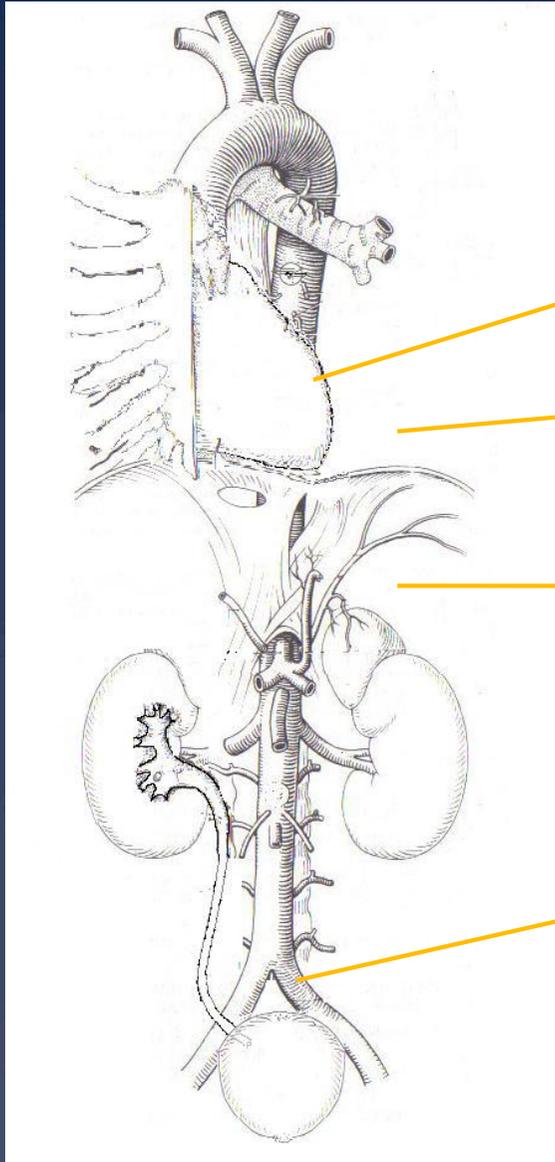
COEUR

Poumon

Rate – Foie

Vasculaire

ANATOMIE



EXAMINER

COEUR

Poumon

Rate – Foie

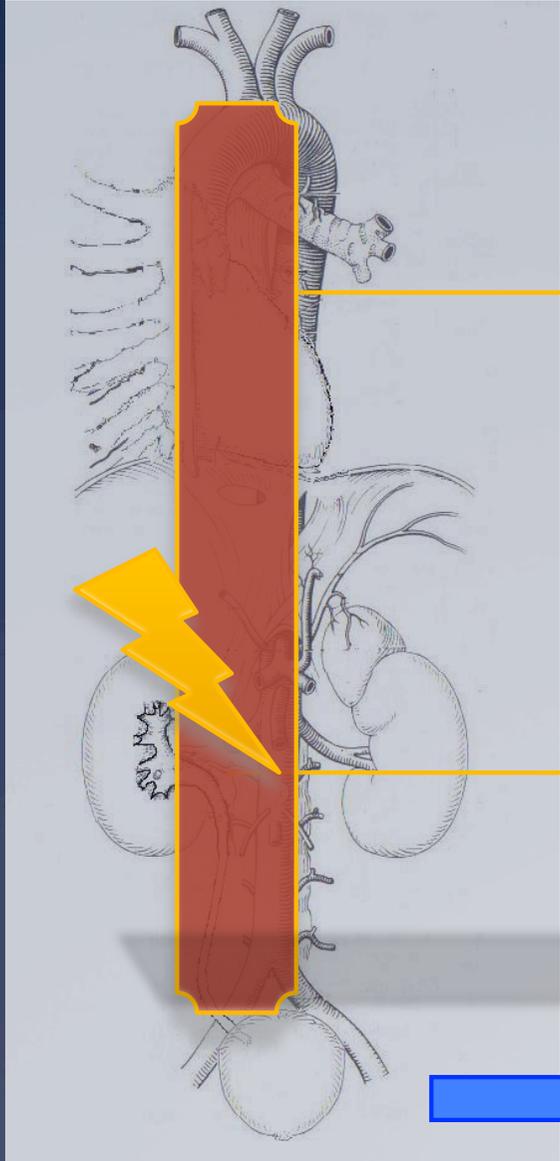
Vasculaire

EXAMINER

FORCE:
Grasping
Cuisse (Psoas)

REFLEXE





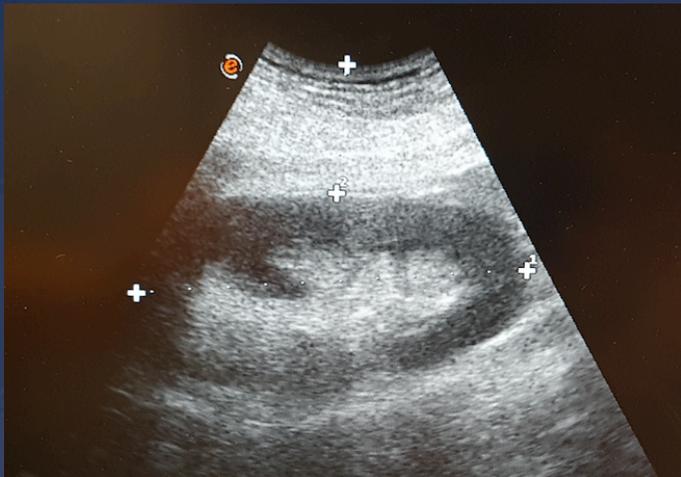
EXAMINER

FORCE:
Grasping
Cuisse (Psoas)

REFLEXE

VENTILATION

IMAGERIE



- * ECHOGRAPHIE.

- * Vitesse diagnostic post rénal.
- * Vascularisation rénale

US

- * CT scanner.

- * Vision de l'environnement rénal
- * Visibilité de l'imagerie pour les différentes spe.

IMAGERIE



- * A.K.I et Contraste :
 - * 1 Comme tout examen nécessité de justification
 - * 2 Il n'existe aucune recommandation précise en phase aigüe
 - * 3 Faire si risque d'erreur diagnostic > mortalité à AKI.

IMAGERIE



Section 4: Contrast-induced AKI

- 4.1: Define and stage AKI after administration of intravascular contrast media as per Recommendations 2.1.1–2.1.2. *(Not Graded)*
- 4.1.1: In individuals who develop changes in kidney function after administration of intravascular contrast media, evaluate for CI-AKI as well as for other possible causes of AKI. *(Not Graded)*
- 4.2.1: Assess the risk for CI-AKI and, in particular, screen for pre-existing impairment of kidney function in all patients who are considered for a procedure that requires intravascular (i.v. or i.a.) administration of iodinated contrast medium. *(Not Graded)*
- 4.2.2: Consider alternative imaging methods in patients at increased risk for CI-AKI. *(Not Graded)*
- 4.3.1: Use the lowest possible dose of contrast medium in patients at risk for CI-AKI. *(Not Graded)*
- 4.3.2: We recommend using either iso-osmolar or low-osmolar iodinated contrast media, rather than high-osmolar iodinated contrast media in patients at increased risk of CI-AKI. *(1B)*
- 4.4.1: We recommend i.v. volume expansion with either isotonic sodium chloride or sodium bicarbonate solutions, rather than no i.v. volume expansion, in patients at increased risk for CI-AKI. *(1A)*
- 4.4.2: We recommend not using oral fluids alone in patients at increased risk of CI-AKI. *(1C)*
- 4.4.3: We suggest using oral NAC, together with i.v. isotonic crystalloids, in patients at increased risk of CI-AKI. *(2D)*
- 4.4.4: We suggest not using theophylline to prevent CI-AKI. *(2C)*
- 4.4.5: We recommend not using fenoldopam to prevent CI-AKI. *(1B)*
- 4.5.1: We suggest not using prophylactic intermittent hemodialysis (IHD) or hemofiltration (HF) for contrast-media removal in patients at increased risk for CI-AKI. *(2C)*

- * A.K.I et Contraste nécessaire :
- * Adaptation Radiologique.
- * Mesure de remplissage si possible.
- * Eviter association néphrotoxiques

Stades

STADE	Créatinine	Débit Urinaire
1	1,5 à 1,9 x valeur de base Ou > + 0,3 mg/dL	< 0,5 ml/Kg/h en 6-12 h
2	2,0 à 2,9 x valeur de base	< 0,5 ml/Kg/h en > 12h
3	>= 3,0 x valeur de base Ou Créatinine > 4 mg/dL Ou Initiation de dialyse	< 0,3 ml/Kg/h en 24h ou anurie de 12 h

poids	60	70	80	90	100
en 12h					
0,5 ml/Kg/H	360	420	480	540	600
0,3 ml/K/H	216	252	288	324	360



Rappel Fonction

BILAN d'IRA

- * Epuration toxine urémique
 - * Poison
- * H2O
- * Na / Cl / K / ACIDE BASE
- * Ca / P / Mg
- * Glycémie
- * Hémato complet
- * Enz . Hépatique
- * Gaz sanguin (selon indication)
- * Hémostase

BILAN d'IRA ETIO

- * Complément
- * FAN/ANCA/FR/CRYO
- * IgG4
- * MYELOME ! E.P /
KappaLambda
- * Hantavirus (lipide)
- * Oxalose

C'est l'anatomopathologie d'urgence du rein

ECHANTILLON d'URINE:



SONDAGE URINAIRE:

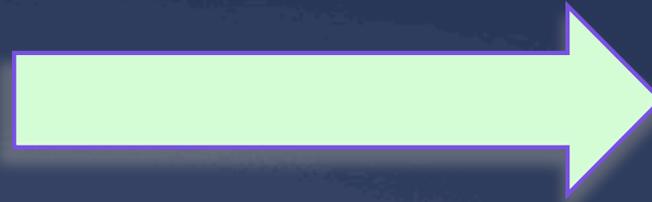
Majoration du risque infectieux –
Traumatique !

Indication:

- Globe
- Pas d'autre possibilité de suivre la diurèse

C'est l'anatomopathologie d'urgence du rein

ECHANTILLON d'URINE:



LABORATOIRE

Tigelle ! Faux négatif !

Sensibiliser si
cristallurie

Documents Utiles chez www.nephrologue.be

- Analyse d'urine pour insuffisance rénale aiguë (Bon-EPICURA):



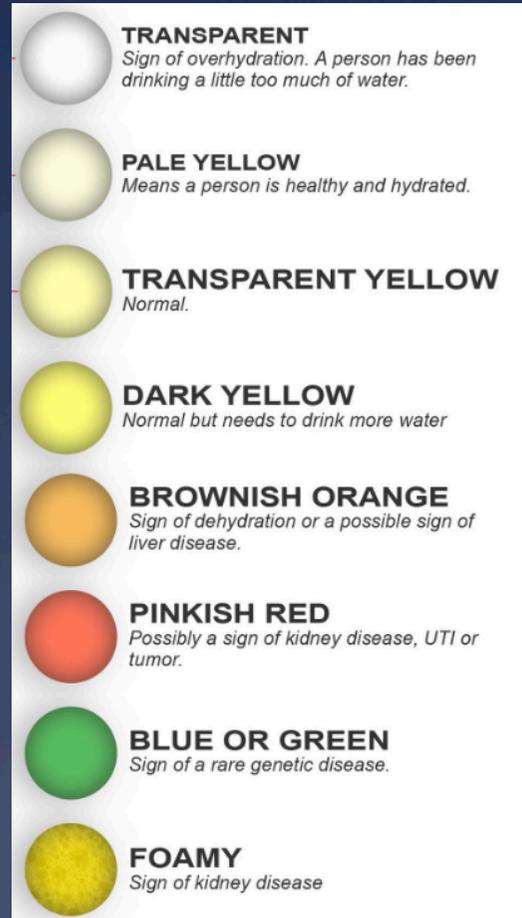
[URINE AKI old-ePIRUCA](#)



[Biologie Urine AKI](#)

C'est l'anatomopathologie d'urgence du rein

ECHANTILLON d'URINE:



INDIQUER
OBSERVATION
DANS
LE DOSSIER

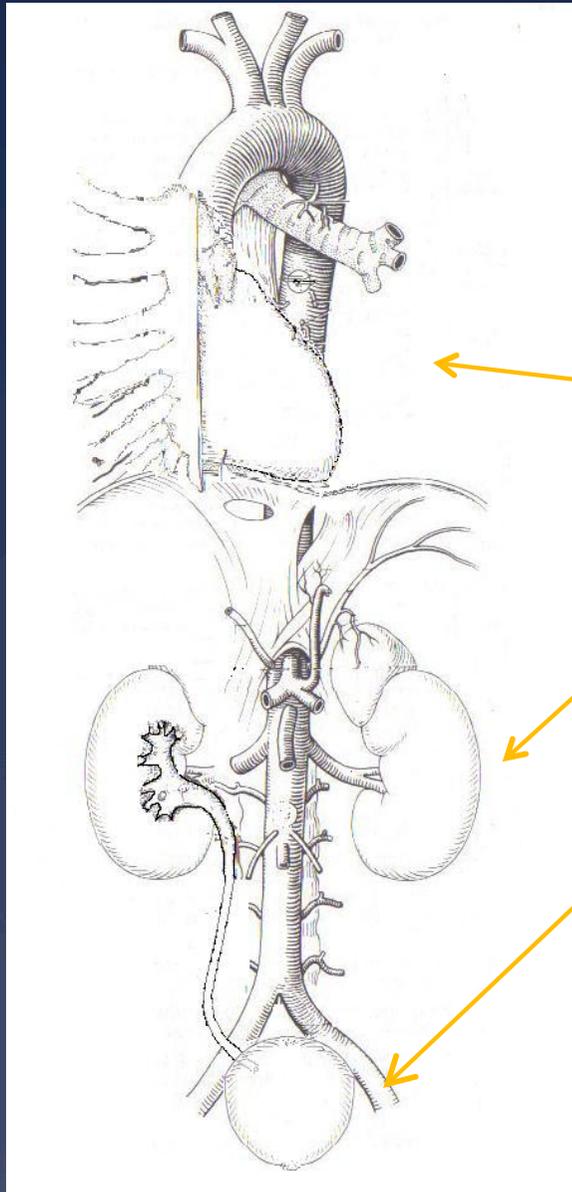
INDIQUER SI
Transparent
Ou
Turbide

ECHANTILLON d'URINE:

C'est l'anatomopathologie d'urgence du rein

Analyse		
Glycosurie	Si glycémie normale	Tubulopathie (ou inhibiteur)
Leucocyturie	Si Absence d'infection bactérienne	Néphrite
Hématurie	Si Absence de lésion urologique	Rupture membranaire
Protéinurie	Si Absence d'infection	Défaut membranaire biophysique
Osmolalité	Ex clinique pour l'interprétation	Elevé = sécrétion ADH ou osmo actif sanguin
Fe NA	Absence de diurétique IEC ARBS	Bas = capacité de rétention sodée par le rein
Na ↑ K ↓	Absence de diurétique IEC ARBS	Hyperaldostéronisme

ETIOLOGIE



PRERENAL

HYPOVOLEMIES
INSUFFISANCE CARDIAQUE
SYNDROME HEPATO-RENAL
SYNDROME CARDIO-RENAL

RENAL

NTA
NIA
OBSTRUCTION TUBULAIRE
GLOMERULONEPHRITE

POST RENAL

GLOBE
TUMEUR du PETIT BASSIN
SONDE URINAIRE BOUCHEE

SEPSIS

SEPSIS

qSOFA

- * Fréquence Respiratoire > 22 /min
- * Pression Artérielle < 100 mmHg
- * Altération Cognitive

SIRS

- * T° >38
- * F.C. > 90 (pière bb-)
- * FR > 20 ou pCO₂ < 32 mmHG
- * GB > 12 000 ou < 4000

SEPSIS et AKI

Perfusion

- * Remplissage Rapide si hypotension: Physiologique / Hartman
- * Oxygène

Infection

- * Trouver le foyer → Antibiothérapie.
- * Si Diagnostic chirurgical ne pas retarder la prise en charge.

Maladie rénale aiguë non sepsis

