

**IX ème Congrès de la Fédération des Sociétés Maghrébines  
d'Anesthésie réanimation (FMSAR)  
XIXème Congrès National**



**Insuffisance rénale aigue  
et pré éclampsie**  
**prise en charge en réanimation médicale**

**DR AOUF MERIEM  
MAITRE ASSISTANTE EN REANIMATION  
MEDICALE  
CHU CONSTANTINE**

**Hôtel Mercure - Alger 13, 14 & 15 Décembre 2018**

# INTRODUCTION



- L'insuffisance rénale aiguë liée à la grossesse est une complication responsable d'une importante morbi mortalité.
- la fréquence diminue.
- Cette défaillance résulte de multiples causes dont la pré éclampsie (PE) et le HELLP syndrome .
- risque de néphropathies aiguës et chroniques.

# ÉPIDÉMIOLOGIE



- La fréquence IRA de la grossesse est très différente entre les pays développés et dans ceux en voie de développement.
- depuis les années 1960, l'incidence a diminué 1/ 3000 à 1/20 000
- plus élevée dans les pays en voie de développement (incidence ??)
- 3eme trimestre
- La prévalence de l'IRA au cours de la prééclampsie sévère est estimée entre 0,8-7,4 %, voire entre 8 à 31 % en cas de HELLP ,
- Le recours à l'hémodialyse survient pour un cas sur 10 000 à 20 000 grossesses en cas de nécrose tubulaire aiguë,

# *METHODOLOGIE*



- Étude descriptive, rétrospective des patientes prééclamtiques sévères et éclamptiques avec IRA jugées à partir du score de KDIGO ayant été hospitalisées au service de réanimation de CHUC.
- La période d'inclusion s'étend du Janvier 2016 jusqu'au october 2018.
- La population étudiée est composée des patiente dont l'age gestationnel est plus de 20 SA et jusqu'au post partum.

# *LE BUT DE L'ETUDE*



- Stratégie de prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë en cas de prééclampsie .
- place de l'hémodialyse .

# CLASSIFICATION DE KDIGO



- recommandations internationales KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) de mars 2012

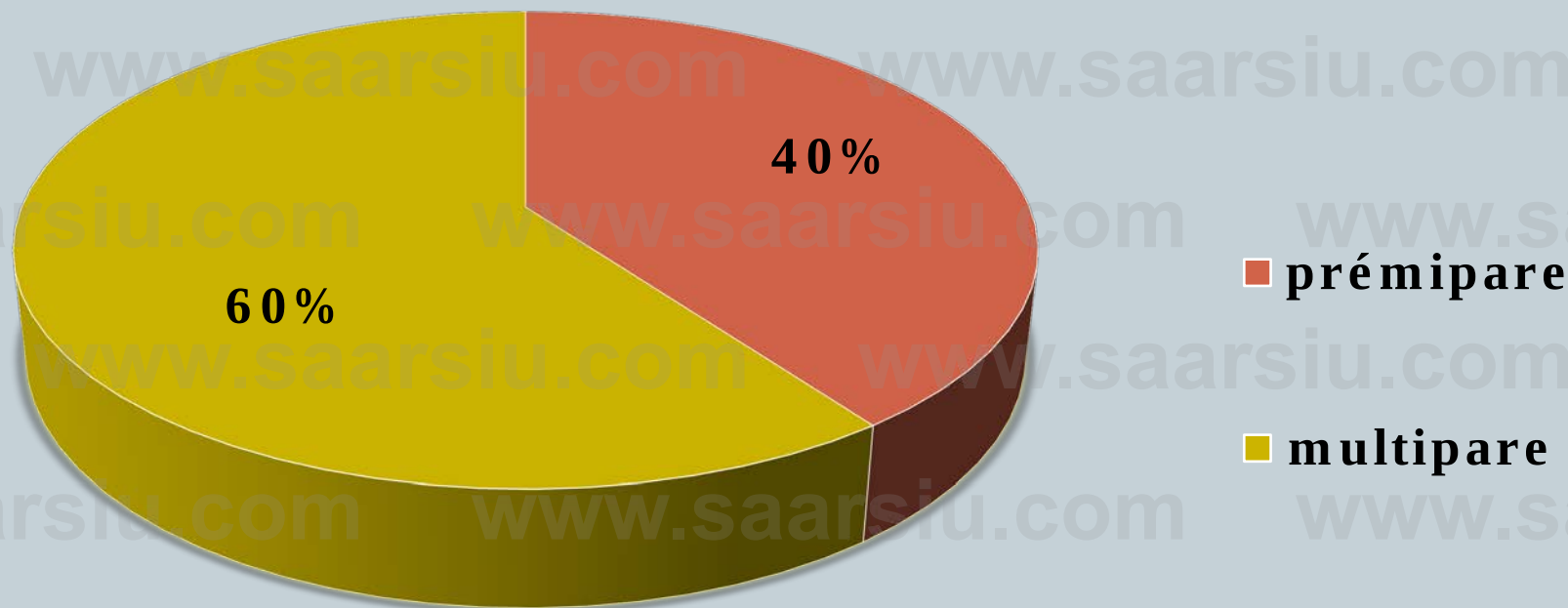
| Stade | Créatinine plasmatique                                                                                                                       | Diurèse                                                                               |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | $\geq 26,5 \mu\text{mol/l}$ ou 1,5 à 1,9 fois la créatinine plasmatique de base                                                              | $< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ pendant 6 h à 12h                                             |
| 2     | 2,0 à 2,9 fois la créatinine plasmatique de base                                                                                             | $< 0,5 \text{ ml/kg/h}$ pendant $\geq 12\text{h}$                                     |
| 3     | 3,0 fois la créatinine plasmatique de base ou créatinine plasmatique $\geq 354 \mu\text{mol/l}$ ou mise en route de l'épuration extra-rénale | $< 0,3 \text{ ml/kg/h}$ pendant $\geq 24\text{h}$ ou anurie pendant $\geq 12\text{h}$ |

Le stade est déterminé par le critère le plus péjoratif entre "créatinine plasmatique" et "diurèse"



# ***RESULTAT***

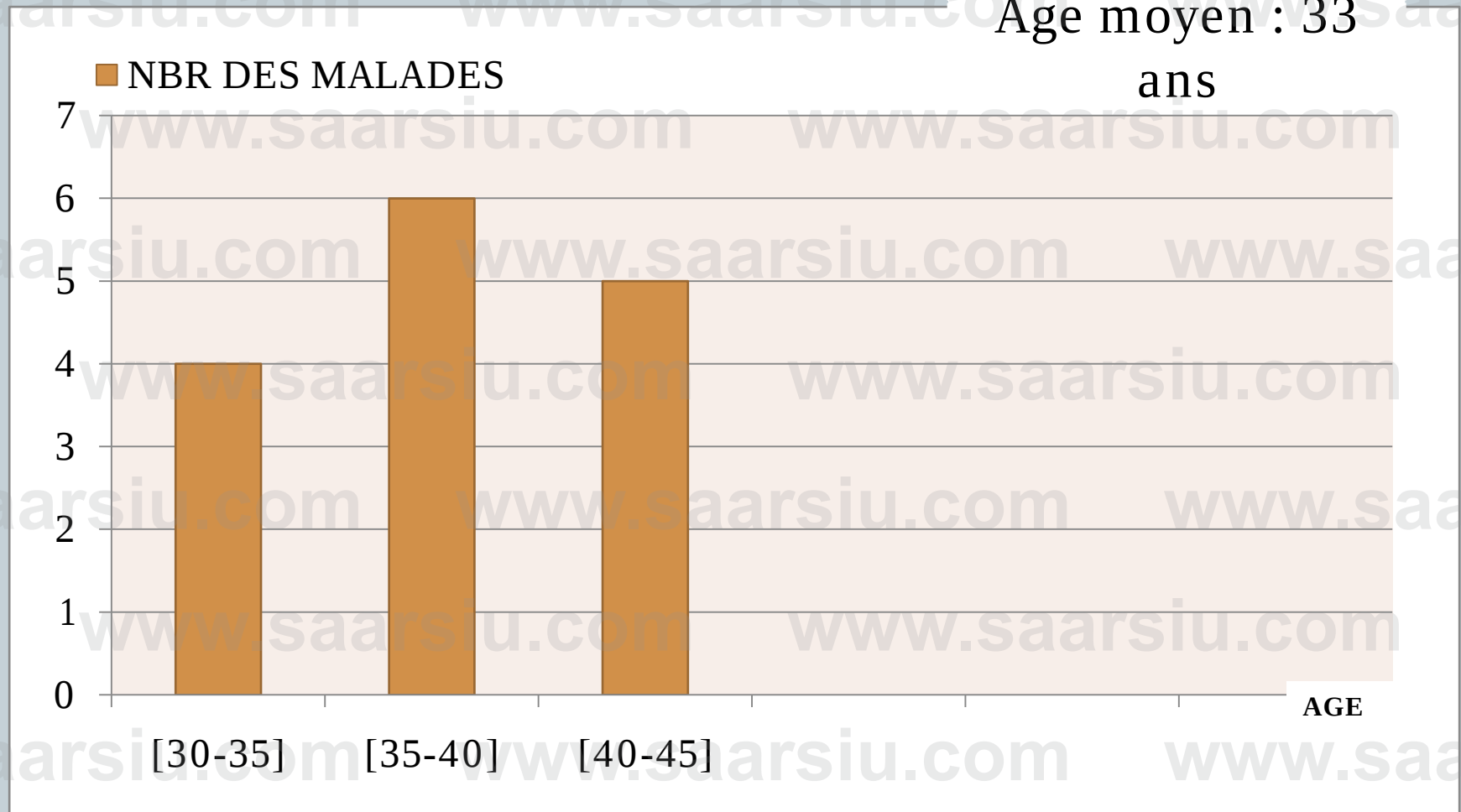
12 patientes : 2% de l'ensemble des admissions



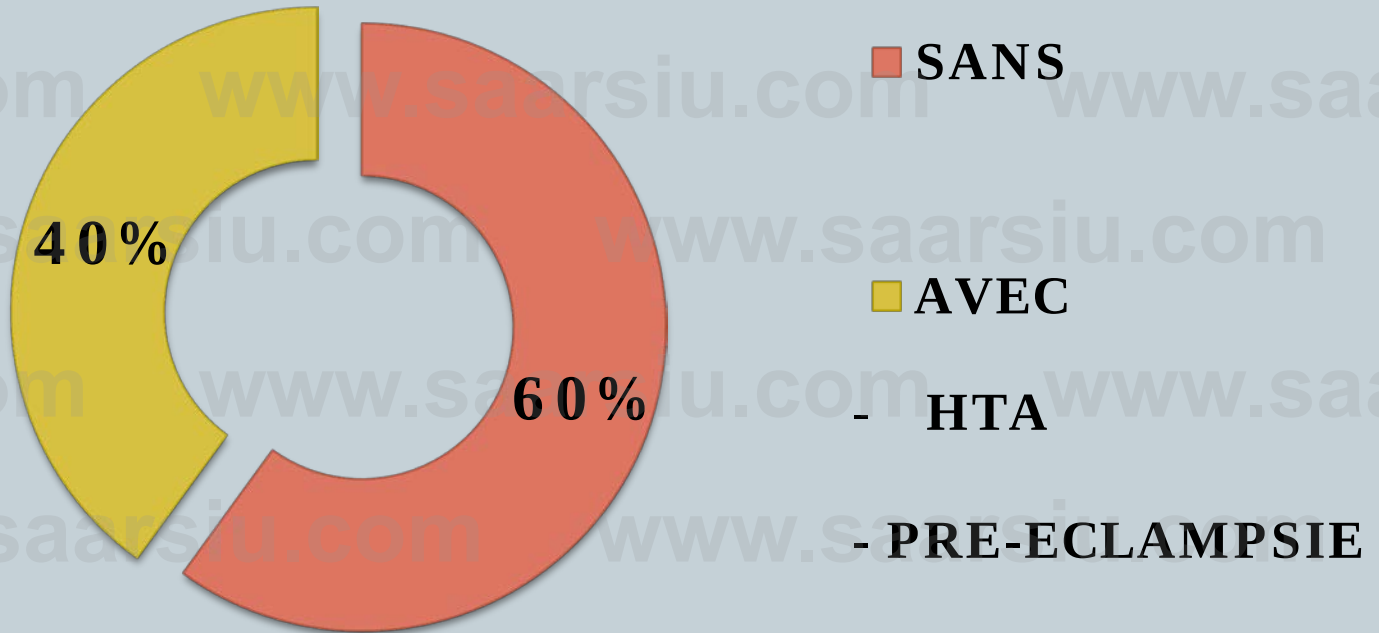
# AGE



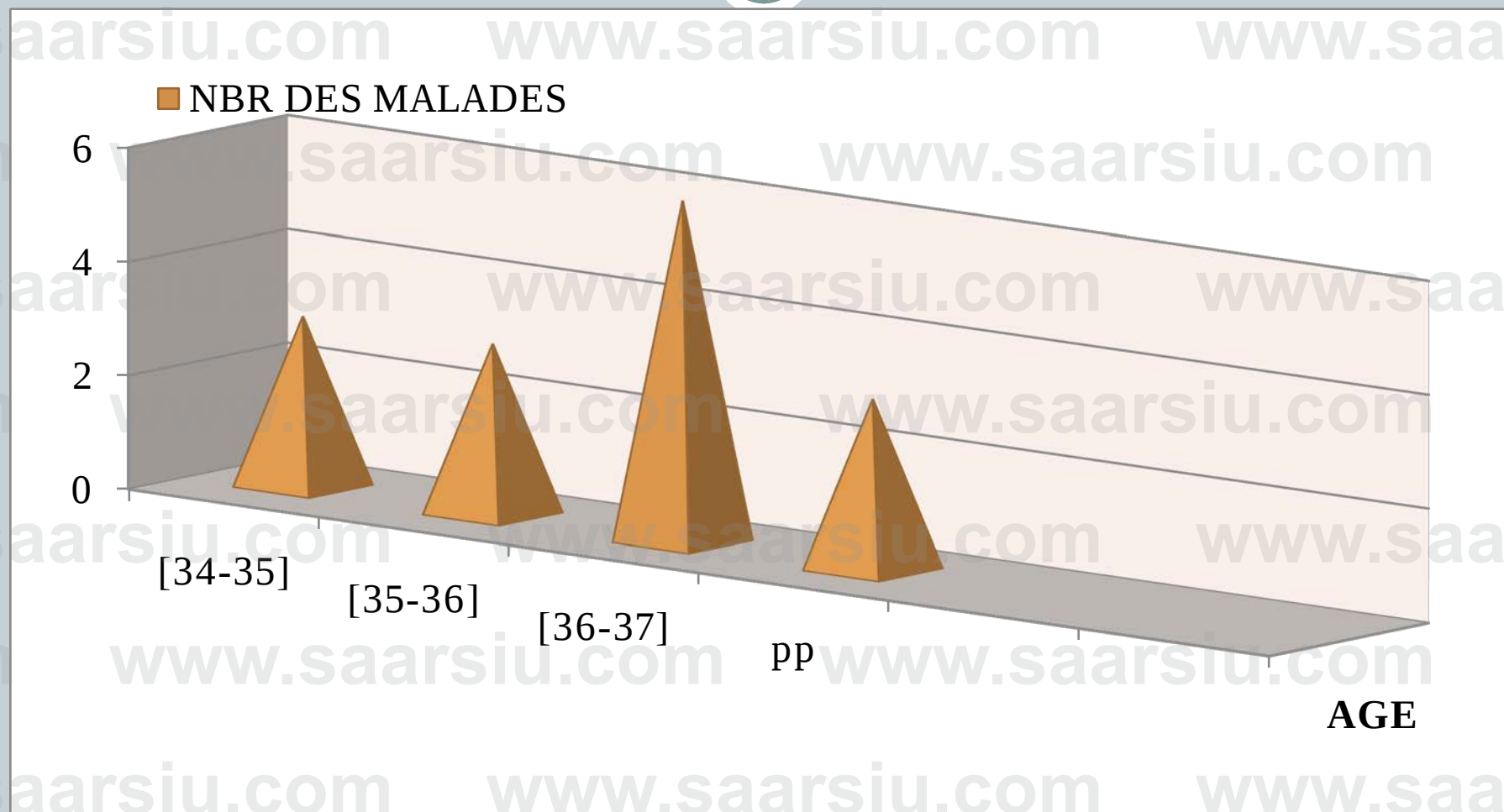
Age moyen : 33  
ans



# ANTÉCÉDENTS



# AGE GESTATIONNEL

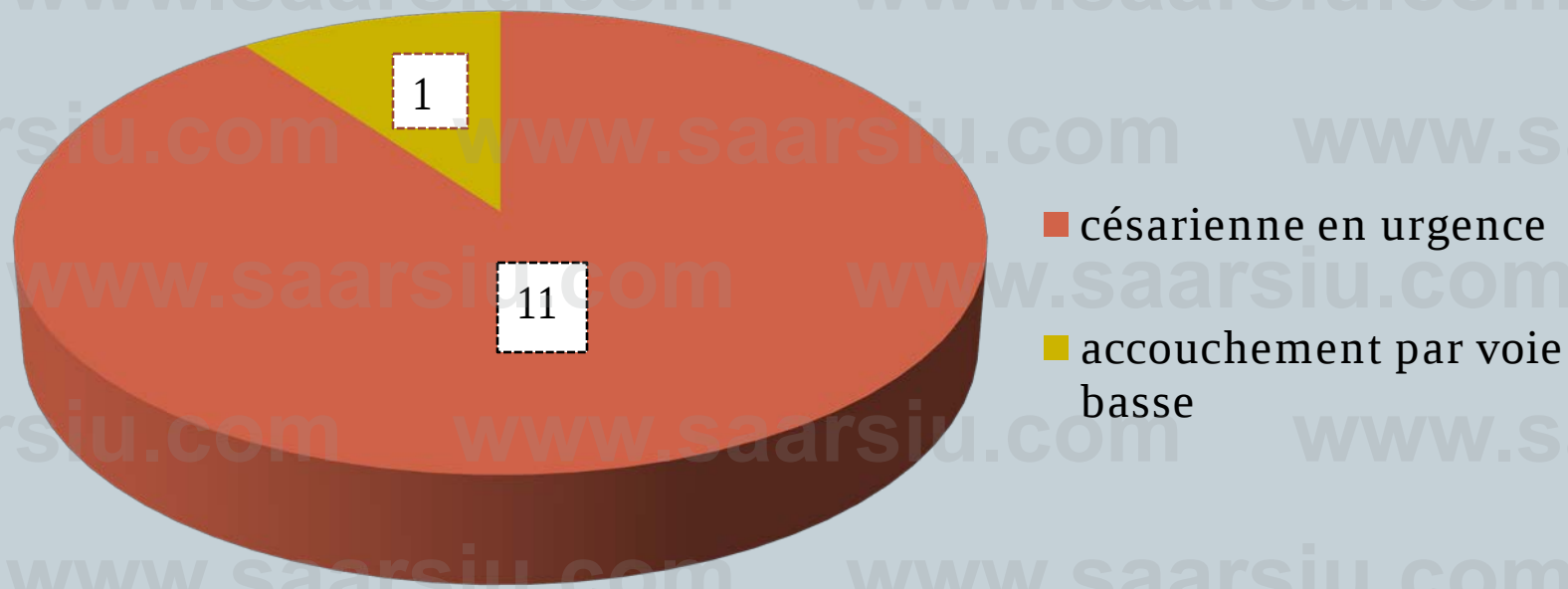


# Signes de prééclampsie sévère

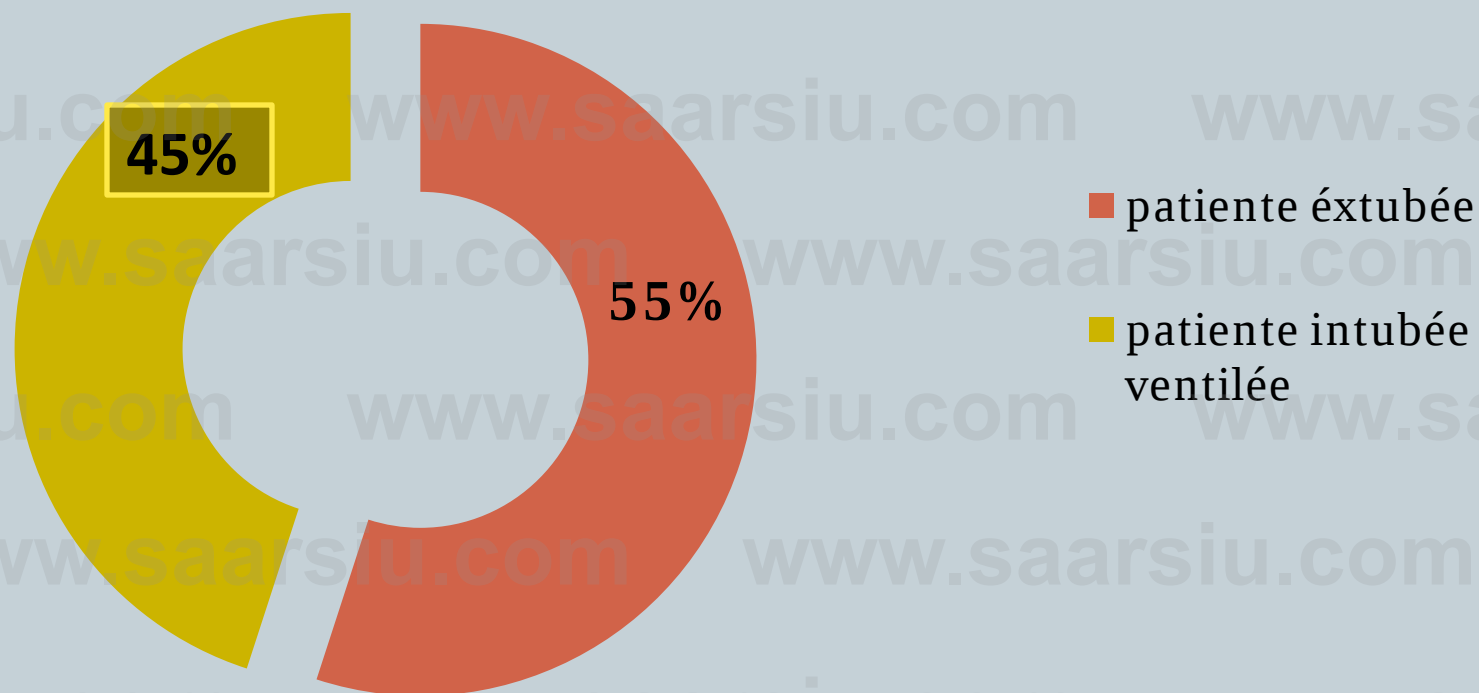


- TAS/D > 160/110 ou HTAG +
  - Douleur abdominale en barre, nausées vomissements
  - Céphalées en casque, hyperréflexie OT, tb oculaires
  - protéinurie > à 3,5 g/j
  - créatininémie > à 100 µmol/L
  - oligurie avec diurèse < 20 mL/H
  - hémolyse
  - ASAT > 3N
  - thrombopénie < 100 G/L

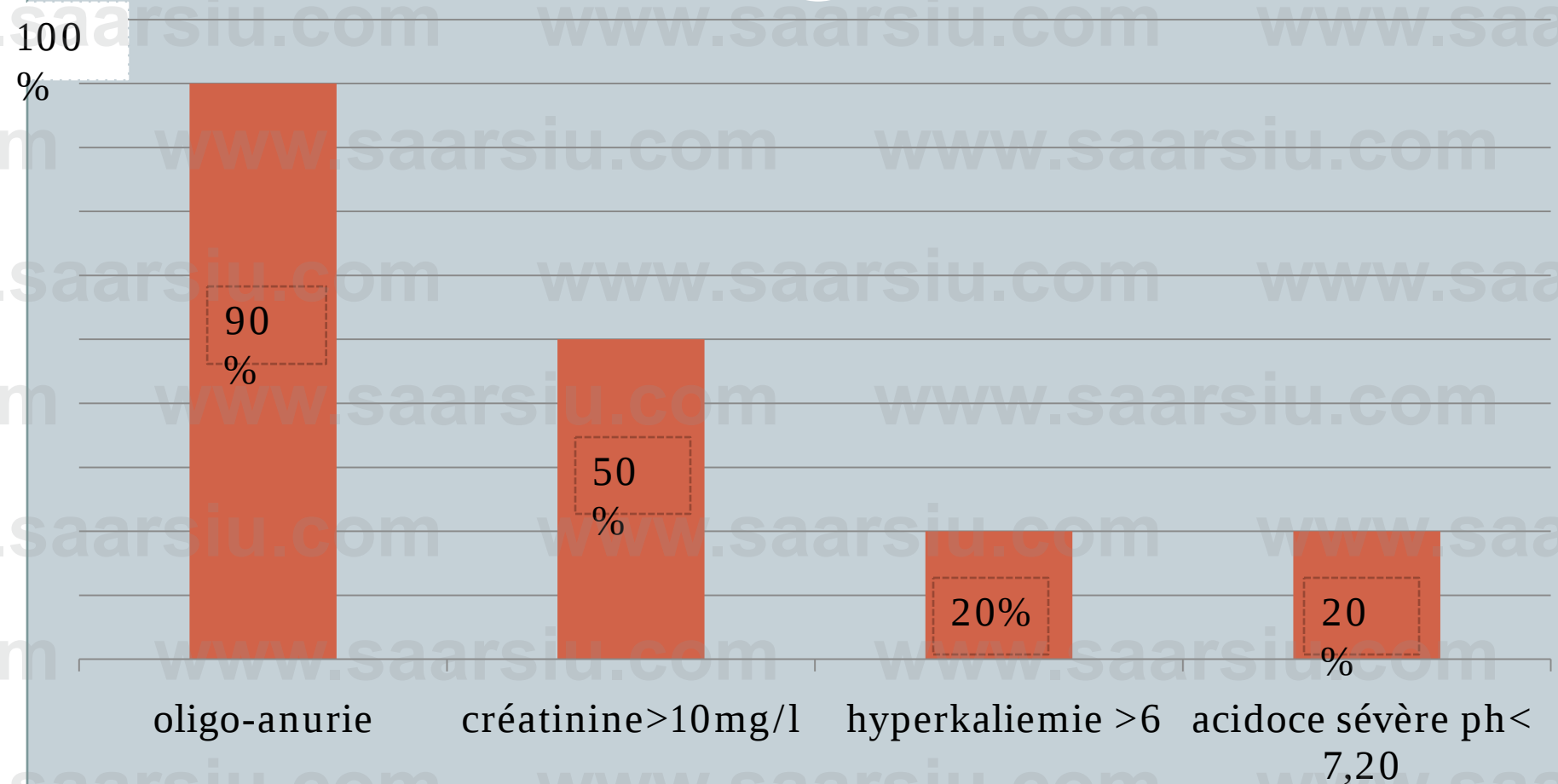
# Interruption médicale de la grossesse après 34 SA



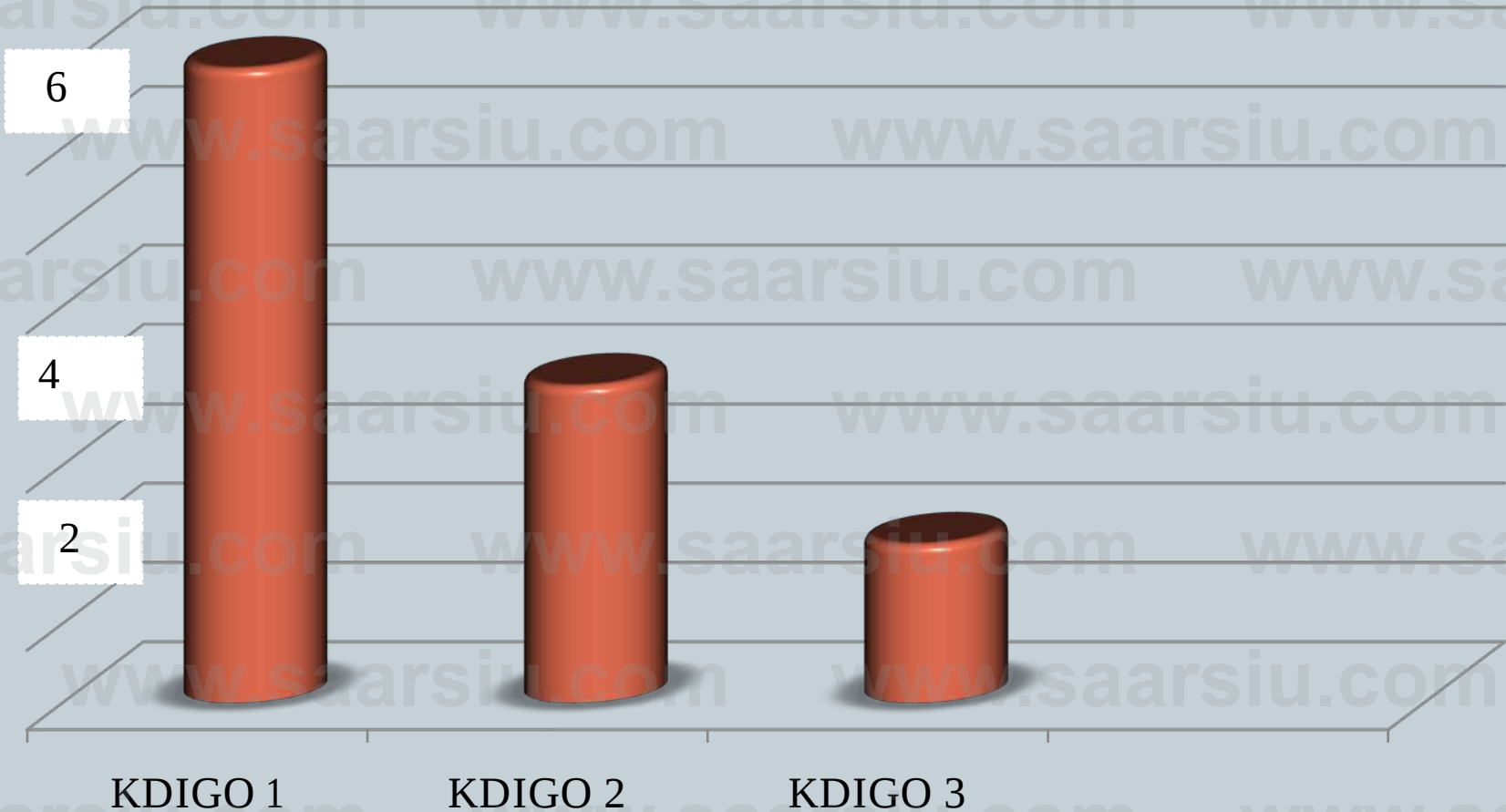
# Transfère en réanimation



# Symptomatologie rénale



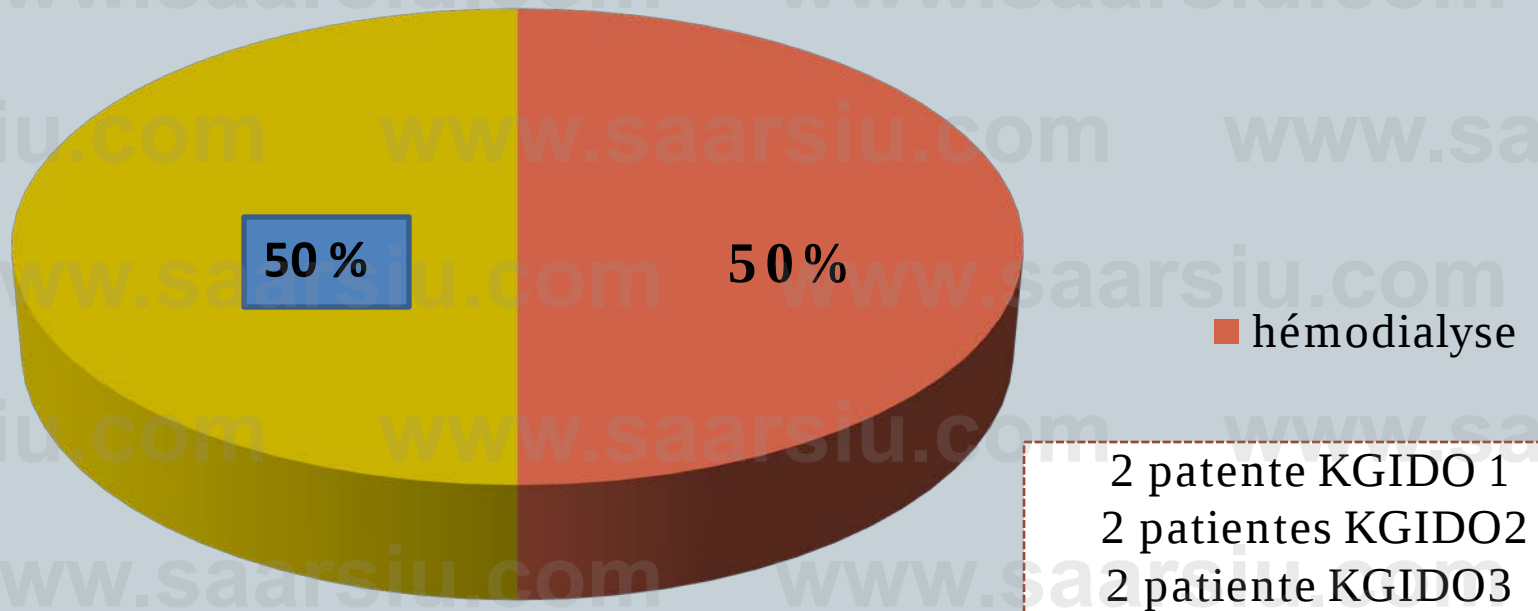
# Classification KDIGO





- Pour les 6 patientes KDIGO (1) ET 4 patientes KDIGO(2)
  - Le lasilix spécial était le plus utilisé dans notre série,
  - On a assisté à une relance d'une diurèse normale au bout de 24heures, et à une normalisation de la fonction rénale au bout de 3 jours pour 4 patientes KDIGO (1 )et 2 patientes KDIGO (2)
    - les patientes restantes ont bénéficié des séances de dialyse devant la dégradation rapide de leur fonction rénale ( ↗ ↗ ↗créatinimie , anurie )

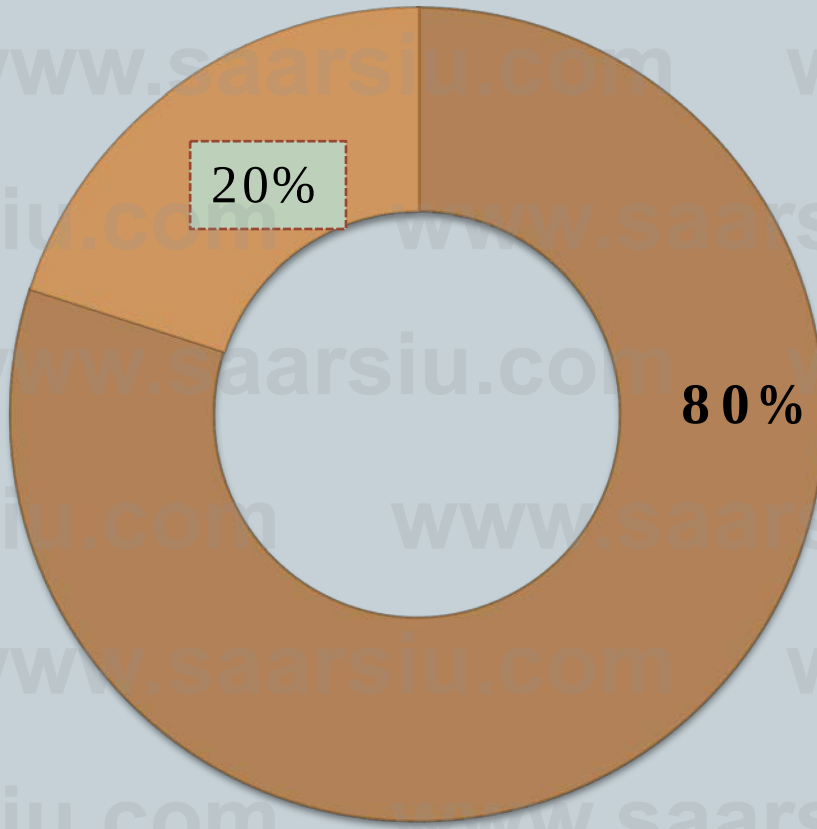
# Recours à l'hémodialyse



Causes:

Hyperkaliémie, anurie avec oap de surcharge

# Évolution



■ récupération totale  
■ néphropathie secondaire

20 à 30 jours



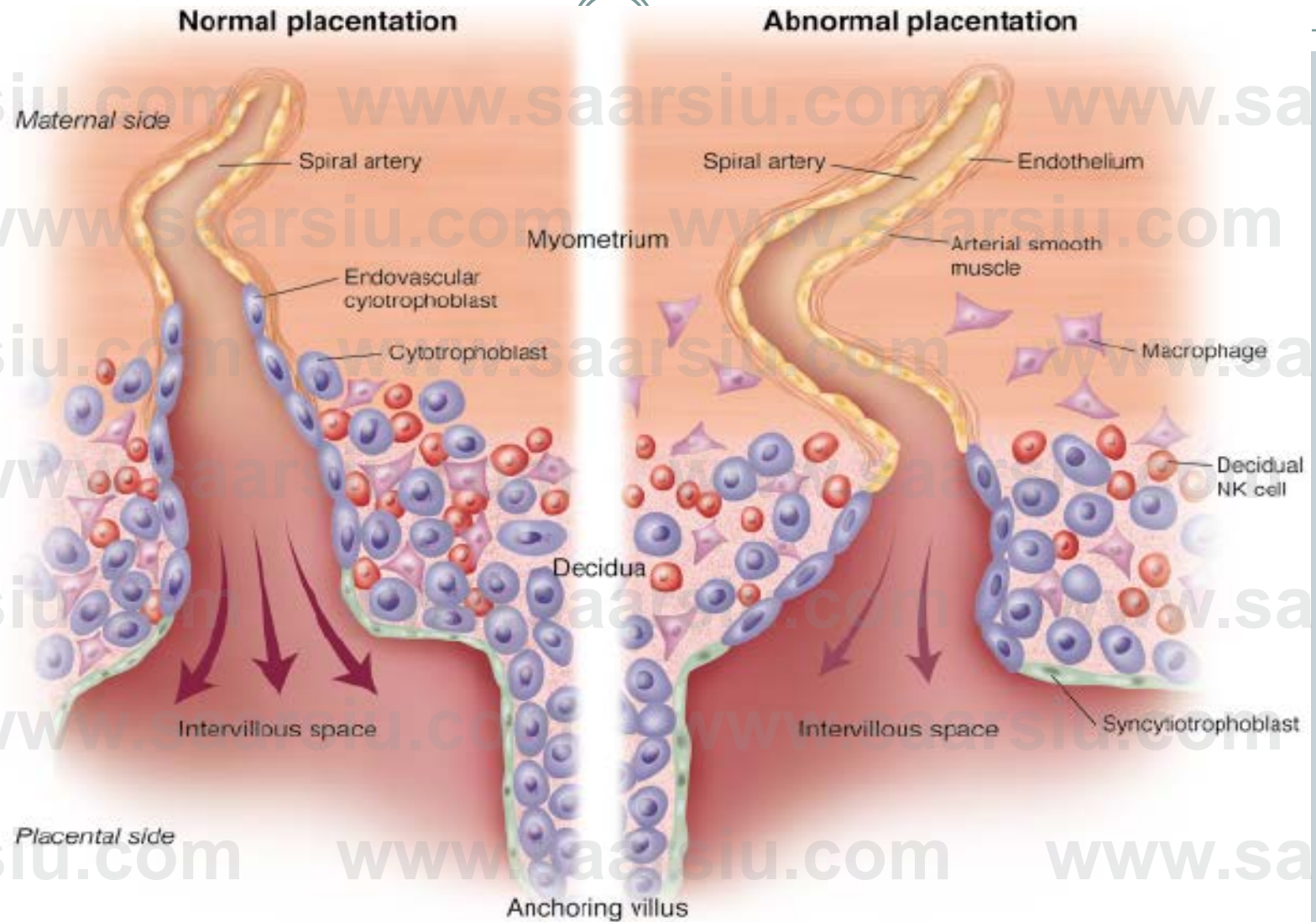
# DISCUSSION

# Définition



- L'insuffisance rénale au cours de la PE est définie par une créatinémie  $> 90$  mmol/l et d'urée supérieures à 7 mmol/l.
- l'insuffisance rénale de sévérité variable est associée à une protéinurie généralement de fort débit (syndrome néphrotique), une inflation hydrosodée souvent marquée (œdème déclive, ascite, épanchement pleural).
- L'insuffisance rénale s'inscrit souvent dans le cadre d'une atteinte multiviscérale.

# Physiopathologie

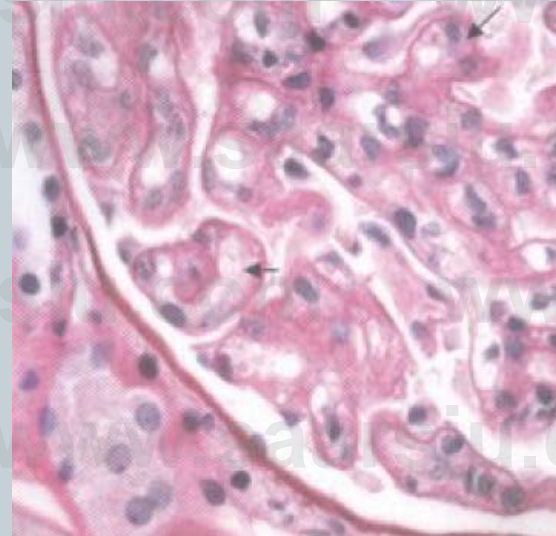
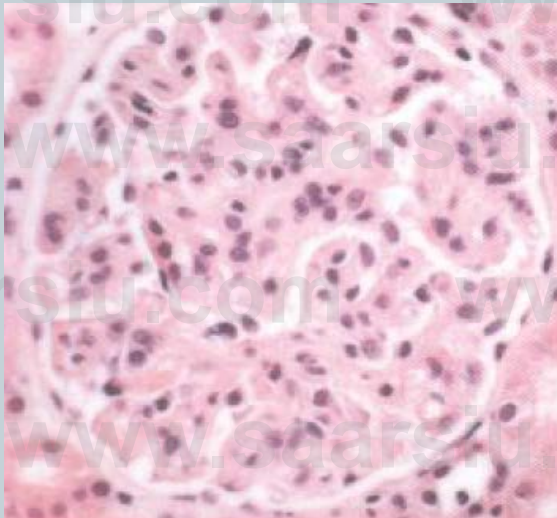


# Physiopathologie



- La PE modifie l'adaptation physiologique rénale lors de la grossesse, en détournant le rôle de facteurs **angiogéniques dont le Vascular endothelial growth factor (VEGF)**, impliqué dans le remodelage vasculaire placentaire afin de permettre le bon développement foetal.
- De récentes avancées ont permis de mettre en évidence un facteur circulant, le Soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1), bloquant l'action du VEGF en inhibant sa fixation sur son récepteur à la surface des cellules endothéliales.
- Il en résulte une ischémie placentaire, la cellule endothéliale glomérulaire en étant la première cible physiopathologique.

Les lésions sont généralement glomérulaires  
(endothélioze)



# Diagnostic



- Plusieurs outils diagnostics existent afin de déterminer et de quantifier le degré d'une insuffisance rénale aiguë, mais aucun n'a été établi spécifiquement pour la femme enceinte ni adapté en fonction des modifications physiologiques liées à la grossesse.

# Prise en charge



- le seul traitement efficace reste l'interruption immédiate de la grossesse pour permettre la réversion de l'endothéliopathie glomérulaire.
- Le contrôle tensionnel est primordial et urgent afin de prévenir les complications maternelles et foetales.

# Volémie : remplissage versus diurétiques



- La PE est un état d'hypovolémie permanente secondaire à l'hypoalbuminémie et à l'activation endothéliale responsable d'une fuite de l'eau intravasculaire vers le secteur interstitiel.
- Il n'y a pas d'étude à l'heure actuelle sur une prise en charge volémique spécifique.
- L'objectif est de préserver une perfusion rénale optimale sans risquer une surcharge hydrosodée pulmonaire.
- Un remplissage vasculaire est à entreprendre lorsqu'un risque d'hypovolémie est prévisible.
- Les diurétiques sont utiles si OAP ou oligoanurie.

# Place de l'épuration extrarénale



- Les indications d'initiation de l'épuration extrarénale sont les mêmes que pour la population générale.
- À ce jour, il n'existe pas d'étude ni de recommandations sur les modalités d'épuration extrarénale en cas de défaillance rénale associée à la PE.
- Cependant, lorsque la PE se complique d'hémorragie de la délivrance, d'un état septique ou d'une nécrose tubulaire sévère, voire d'une nécrose corticale, peut survenir et nécessiter le recours à l'épuration extrarénale.

Le Congrès

Médecins. Conférence d'actualisation

© 2013 Sfar. Tous droits réservés.

## Acute Kidney Injury

Thomas Rimmelé MD, PhD

[th.rimmele@gmail.com](mailto:th.rimmele@gmail.com)

poumon ou acidose métabolique très sévère. En revanche, lorsqu'il existe un AKI stade 2 ou 3 de la classification KDIGO, progressant plus ou moins rapidement mais sans élément nécessitant de démarrer en urgence, le moment précis de l'initiation de la technique d'EER n'est pas clairement établi, certains proposant d'initier l'EER très tôt et d'autres d'attendre le plus tardivement possible. Plusieurs études randomisées comparant une stratégie de démarrage précoce de l'EER versus une stratégie tardive sont en cours de réalisation et il faudra certainement plusieurs années encore avant qu'il ne soit possible de répondre clairement à cette question de l'initiation, voire de manière plus globale, du « timing » de l'EER. En effet, d'après les données actuelles de la littérature, il n'est pas non plus possible de recommander un moment précis d'arrêt de l'EER.

# Commentaires



- Dans notre série on a noté que la symptomatologie rénale dominée par l'oligo- anurie et élévation de la créatinémie surtout pour des femmes multipares avec antécédents d'HTA
- La récupération de la fonction rénale dans la moitié des cas après stabilité hémodynamique et l'introduction des diurétiques
- la dialyse la plus tardivement possible (urgence extrême) .

# Conclusion



- La PE est une entité physiopathologique multifactorielle.
- la cible centrale est l'endothélopathie, notamment glomérulaire.
- L'atteinte rénale est constante, même si elle n'a pas toujours de manifestation clinique.
- En dépit d'un manque de moyens prophylactiques et thérapeutiques efficaces contre la PE, l'identification de biomarqueurs pourrait prédire le développement et la sévérité de la PE.
- Le pronostic rénal lié à la PE tient compte d'un dépistage précoce par connaissance des facteurs de risques et d'un suivi rapproché et régulier.