

Frédérique BERNARTS

DMV, Dipl ECVIM, spécialiste en Médecine Interne
Centre Hospitalier Vétérinaire NORDVET
La Madeleine (59)

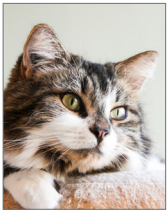
Damien LEGROUX

DMV, CES de Biochimie et Hématologie
Cliniques Animales. DU d'hématologie
Laboratoire IDEXX



Episode de dysorexie sur un terrain de polykystose rénale : intérêt de la SDMA

Anamnèse et commémoratifs



Patient : Rita, chatte européenne stérilisée de 3 ans.

Motif de la consultation : abattement, dysorexie, « douleur abdominale » en regard de la zone de projection des reins.

Historique : polykystose rénale diagnostiquée à l'âge de 6 mois en l'absence de signes d'insuffisance rénale, troubles locomoteurs depuis toujours (dos cambré, genoux fléchis).

Examen clinique

Rita est en bon état général, elle est normotherme et normohydratée. L'examen des appareils cardio-vasculaire et respiratoire ne montre aucune anomalie. La palpation abdominale au moment de la consultation est souple et non douloureuse. Une douleur très prononcée est observée lors de la manipulation des grassetts.

Liste des anomalies

- Syndrome abattement/dysorexie
- Douleur articulaire lors de la mobilisation des grassetts

Hypothèses diagnostiques

Syndrome abattement/dysorexie

Episode de décompensation rénale sur fond de polykystose rénale

Causes extra-digestives

- Stress (déménagement, nouvel entrant, environnement modifié...)
- Nausée
- Perte d'odorat
- Douleur chronique
- Causes alimentaires (aversion, changement aliment)
- Causes inflammatoires systémiques
- Causes infectieuses (FeLV, FIV, PIF...)
- Causes néoplasiques
- Causes organiques
 - Affection cardiaque : ICC
 - Affection rénale : Azotémie, MRC
 - Affection respiratoire
 - Affection de l'oropharynx : stomatite, ulcères, gingivite, abcès, myosite des masticateurs, fracture, néoplasie, corps étranger
- Dysendocrinies (Diabète Sucré Acido-Cétosique)
- Causes iatrogènes (médicaments)
- Causes toxiques
- Causes digestives
 - Affection hépatique (lipidose, cholangite)
 - Affection pancréatique (pancréatite)
 - Affection intestinale (MICI)

Examens complémentaires

Un bilan biologique est réalisé de manière à explorer les principales hypothèses diagnostiques et à apprécier le fonctionnement rénal à ce stade.

Bilan sanguin et urinaire

Un bilan rénal complet est réalisé associant des tests fonctionnels (urée/créatinine, SDMA, densité urinaire) et lésionnels (UPC/RPCU, bandelette urinaire). *Voir annexe 1*

La créatininémie pour Rita était de 16,8 mg/L (IR : 8-24 mg/L) 2 ans auparavant. Elle est évaluée sur un autre automate à 14,5 mg/L (IR : 9-23 mg/L) le jour de la consultation. Aucune perte de poids n'a été signalée sur ce laps de temps. La SDMA est à 13 µg/dL confirmant que la fonction rénale semble conservée à ce stade. Les autres paramètres sanguins rénaux (urée, calcium, phosphore et ionogramme) sont dans l'intervalle de référence. L'hypothèse de décompensation rénale est alors écartée avec confiance.

Les paramètres hépatiques (PAL, ALAT, GGT, albumine, bilirubine totale, cholestérol, ASAT) sont dans l'intervalle de référence. Une affection hépatique est donc peu probable.

Le rapport Albumine/Globulines n'est pas en faveur d'une inflammation ou d'une infection de type PIF.

L'hyperglycémie modérée isolée associée à un dosage de fructosamines en dessous de l'intervalle de référence, rend l'hypothèse d'un diabète sucré peu probable. Il est vraisemblable qu'il s'agisse d'une hyperglycémie de stress. *Voir annexe 2*

La numération et formule sanguine révèle la présence d'une lymphopénie isolée sans anomalie morphologique associée, une numération rouge et une hémoglobinémie dans les limites inférieures de l'intervalle de référence. En l'absence de neutrophilie et d'éosinopénie associées à la lymphopénie, l'hypothèse d'un stress corticoïdes (endogène ou exogène) paraît peu probable. Ces éléments seront éventuellement à recontrôler afin de s'assurer de l'absence d'une infection bactérienne ou virale aiguë. La réalisation d'un test SNAP® Combo Plus FIV/FeLV peut éventuellement être envisagée si ça n'est pas déjà le cas. *Voir annexe 3*

Analyse d'urine

DU : 1,024 donc la capacité de concentration des urines semble altérée mais une valeur isolée ne permet pas de conclure définitivement. Il est donc préconisé de suivre attentivement l'ensemble des paramètres rénaux sur le long cours.

Le RPCU (rapport protéine/créatinine urinaire) est inférieur à 0,1. Aucune protéinurie n'a été détectée. *Voir annexe 4*

Compte tenu des antécédents du patient, une nouvelle échographie abdominale est réalisée sous sédation (signes d'agressivité). On note une asymétrie rénale avec un rein gauche hypertrophié. Le rein controlatéral est de taille normale. Des kystes cortico-médullaires sont visibles dans les 2 reins. Malgré ces anomalies, l'architecture générale des reins est conservée. Le reste de l'examen ne révèle aucune autre anomalie. Aucun kyste n'est visible sur le foie ou le pancréas. *Voir annexe 5 et 6*

Diagnostic

Rita est atteinte de polykystose rénale. Le fonctionnement du rein semble conservé à ce stade, aucune azotémie n'est à signaler.

Traitement et suivi

Aucun traitement de fond n'est préconisé à ce stade. La présence d'une densité urinaire abaissée isolée, d'une SDMA proche de la limite supérieure de l'intervalle de référence et de valeurs limites basses pour la numération rouge et l'hémoglobinémie nécessite la réalisation d'un suivi clinique et biologique très attentif. La réalisation d'une cinétique SDMA pourrait être très informative sur le long terme.

Discussion

Ce cas clinique illustre l'intérêt de réaliser un bilan rénal complet en présence de lésions de polykystose rénale avérées de manière à s'assurer que les reins remplissent leurs fonctions. Le dosage de la SDMA pour compléter l'exploration historique se justifie pleinement car elle n'est pas impactée par un certain nombre de facteurs extra-rénaux qui pourraient naturellement compliquer l'interprétation. Les signes cliniques accompagnant la polykystose rénale apparaissent en moyenne entre 3 et 10 ans (1). Le développement des kystes détruit petit à petit le parenchyme rénal et donc altère très progressivement le fonctionnement rénal (2). Un suivi clinique et biologique rapproché doit donc être proposé aux propriétaires de Rita. L'objectif étant de mettre en place le traitement de la maladie rénale chronique le plus précocement possible grâce à un diagnostic précoce pour allonger l'espérance de vie et conserver la qualité de vie du patient.

Conclusion

L'épisode d'abattement/dysorexie manifesté par Rita n'est pas dû à une décompensation brutale de la fonction rénale malgré la présence d'une polykystose rénale.

Références

- 1- Elodie GOFFART, La polykystose rénale du chat
Le Point Vétérinaire n°96 Février 2016
- 2- Diagnosis of feline polycystic kidney disease by a combination of ultrasonographic examination and PKD1 gene analysis
Y-J. Lee, H-Y. Chen, W-L. Hsu, C-M. Ou, M-L. Wong
Veterinary Record (2010) 167, 614-617

Remerciements

Au Dr Frédérique BERNAERTS, Dipl ECVIM et à l'équipe du centre hospitalier vétérinaire NORDVET à La Madeleine (59).

Annexe

Bilan rénal - annexe 1

	21/09/15	Catalyst Dx
► Créatinine	16,8	8,0 - 24,0 mg/L
► Urée	0,745	0,336 - 0,756 g/L
► Rapport Urée/Créat	2,1	
► Phosphore	48,38	31,00 - 75,00 mg/L

Bilan biochimique, laboratoire de référence - annexe 2

REIN :			
SDMA (EIA)	13	0-14	µg/dL
Créatinine	14,5	9-23	mg/L
Urée	0,55	0,34-0,81	g/L
Sodium	149,7	147-159	mmol/L
Potassium	3,9	3,3-5,8	mmol/L
Phosphates anorganiques	1,1	0,8-2,2	mmol/L
FOIE :			
Bilirubine totale	1,40	jusqu'à 4	mg/L
GPT - ALAT	46,96	<175	U/L
Phosphatases alcalines - PAL	30,2	<73	U/L
γ-GT	<1	jusqu'à 5	U/L
GOT - ASAT	18,8	<71	U/L
GLDH	<1	<11	U/L
Protéines totales	62	59-87	g/L
Albumine	31	27-44	g/L
Globulines	31	29-54	g/L
Ratio albumine/globuline	0,98	>0,57	
PANCRÉAS			
Glucose	2,76	+ 0,63-1,40	g/L
Cholestérol	1,56	<3,29	g/L
Fructosamines	177	- 190-365	µmol/L
MUSCLES			
Créatinine Kinase	137,1	<542	U/L
LDH	43,7	<182	U/L
Calcium	2,24	2,2-2,9	mmol/L
Magnésium	0,9	0,6-1,1	mmol/L
Triglycérides	0,9	0,21-4,32	g/L

Hémogramme - annexe 3

Numération :			
Leucocytes	8,0	3,9-19	G/l
Hématies	7,1	7,1-11,5	T/l
Hémoglobine	10,9	10,3-16,2	g/dl
Hématocrite	34,3	28,2-52,7	%
VGM	48,0	39-56	fl
TCMH	15,3	12,6-16,5	pg
CCMH	31,8	28,5-37,8	g/dl
Plaquettes	294	155-641	G/l
Rares thrombocytes géants			
Formule :			
Granulocytes basophiles	0		%
Granulocytes éosinophiles	6		%
Neutrophiles segmentés	86		%
Lymphocytes	8		%
Monocytes	0		%
Granulo. basophil. (abs)	0	0-100	/µl
Granulo. éosinoph. (abs)	478	90-2180	/µl
Neutrophiles segmentés (abs)	6854	2620-15170	/µl
Lymphocytes (abs)	638	- 850-5850	/µl
Monocytes (abs)	0	- 40-530	/µl
Cellules atypiques	0	0	%
Anisocytose	0	0	
Polychromasie	0	0	
Réticulocytes	2,90		/1000 hématies
Réticulocytes (absolue)	20,7	3-50	K/µl

Analyse d'urine - annexe 4

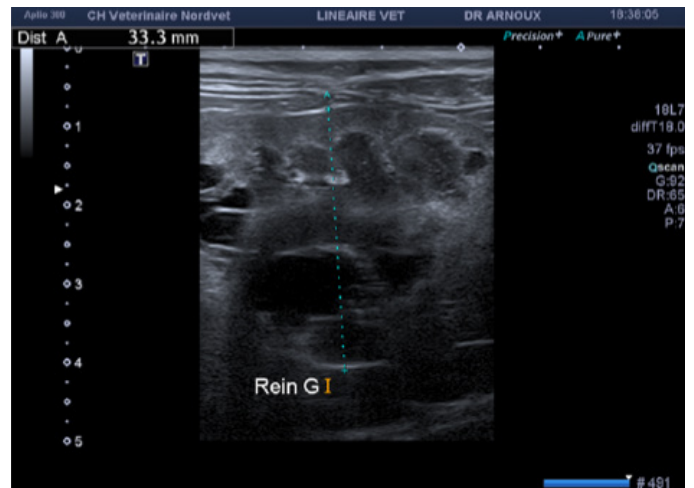
Nitrites	négatif	négatif	
pH	8,0	5,5-7,0	
Protéines	négatif	négatif	
Glucose	négatif	négatif	
Corps cétoniques	négatif	négatif	
Urobilinogène	négatif	nég. à +	
Bilirubine	négatif	nég. à +	
Sang/hémoglobine	négatif	négatif	
Densité urinaire	1024	>1035	
Ratio Prot./Créat.	<0,1	<0,33	
Protéines urinaires	11	2-63	mg/dl
Créatinine urinaire	124,5		mg/dl

Annexe

Photo - annexe 5



Photo - annexe 6



 IDEXX SDMA™

IDEXX
LABORATORIES

© 2018 IDEXX Laboratories, Inc. Tous droits réservés. • 1803008-0318
Toutes les marques ® / TM sont la propriété de la société IDEXX Laboratories, Inc. ou de ses filiales aux États-Unis
et/ou dans d'autres pays. La Politique de confidentialité d'IDEXX est disponible sur idexx.com.

IDEXX
LABORATORIES