



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



Nina : La SDMA, un paramètre fiable pour évaluer la fonction rénale indépendamment de la masse musculaire

Anamnèse et commémoratifs



Nina est une chatte européenne stérilisée de 11 ans qui est présentée à la consultation de médecine interne pour dysorexie persistante depuis 1 semaine malgré mise en place d'un traitement symptomatique à base de cimétidine ZITAC® (anti-acides) et mirtazapine NORSET® (orexigène). Le matin de la consultation, elle a mangé 10g de croquettes hypoallergéniques (car soignée pour gastrite chronique). Elle ne présente aucun trouble digestif (ni vomissements ni diarrhée). Elle a perdu 300g sur un an.

Examen clinique

Nina est normotherme à 38,1°C. Son poids est stable depuis l'apparition de la dysorexie. L'examen des appareils cardiovasculaire et respiratoire ne montre pas d'anomalie. La palpation abdominale est souple et non douloureuse. L'examen attentif de la cavité buccale ne montre aucune anomalie pouvant être à l'origine de la dysorexie. Une légère sensibilité à la palpation du larynx est notée. Aucune adénomégalie n'est à rapporter. La propriétaire de NINA a un tempérament très inquiet.

Liste des anomalies

- Dysorexie
- Perte de poids
- Sensibilité de la zone laryngée
- Antécédents de gastrite chronique

Hypothèses diagnostiques

Dysorexie (1) / perte de poids

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)

Laryngite

Rechute de gastrite chronique

Examens complémentaires

Un bilan biologique est réalisé de manière à explorer les principales hypothèses diagnostiques et rassurer la propriétaire.

Bilan sanguin



Analyse d'urine

DU : 1,050 donc la capacité de concentration des urines est bien conservée.

Les valeurs de créatinine pour NINA étaient de 21,4 mg/L 3 ans auparavant et de 19,4 mg/L 1 an auparavant. Cela illustre le fait qu'historiquement NINA est plutôt dans les limites hautes de l'intervalle de référence de créatinine. Le jour de la consultation, la créatinine est dans les limites supérieures de l'intervalle des valeurs usuelles (22 mg/L IR 8-24) malgré la perte de poids. Un bilan rénal complet est donc réalisé. La SDMA est à 13 µg/dL confirmant que la fonction rénale semble conservée à ce stade. Les autres paramètres rénaux (urée, créatinine, calcium, phosphore et ionogramme) sont dans l'intervalle de référence. L'hypothèse d'affection rénale est alors écartée avec confiance.

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

L'hypercholestérolémie isolée ne semble pas en rapport avec la prise récente d'un repas, d'un médicament ou une affection cholestatique/pancréatique/rénale/endocrinienne. Ce paramètre pourra être recontrôlé ultérieurement.

La Spec® fPL étant dans l'intervalle de référence, l'hypothèse de pancréatite est peu probable. Le dosage du glucose et des fructosamines ne révèle pas d'anomalie. Un diabète sucré peut donc être écarté.

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

Une valeur élevée de LDH peut être expliquée par la présence d'une hémolyse sur le spécimen analysé.

La numération et formule sanguine ne révèle pas d'anomalie. Une hypothèse infectieuse ou inflammatoire systémique ne semble pas privilégiée à ce stade.

Spec fPL - Lipase Féline Spécifique du Pancréas	0,6		µg/L
REIN :			
SDMA (EIA)	13	0-14	µg/dL
Créatinine	17,3	9-23	mg/L
Urée	0,55	0,34-0,81	g/L
Sodium	152,0	147-159	mmol/L
Potassium	4,5	3,3-5,8	mmol/L
Phosphates anorganiques	1,4	0,8-2,2	mmol/L
FOIE :			
Bilirubine totale	< 1	jusqu'à 4	mg/L
GPT - ALAT	46,75	<175	U/L
Phosphatases alcalines - PAL	19,8	<73	U/L
γ-GT	<1	jusqu'à 5	U/L
GOT - ASAT	37,2	<71	U/L
GLDH	3	<11	U/L
Protéines	73	59-87	g/L
Albumine	33	27-44	g/L
Globulines	40	29-54	g/L
Ratio albumine/globulines	0,83	>0,57	
PANCRÉAS			
Glucose	0,68	0,63-1,40	g/L
Cholestérol	3,36	+ <3,29	g/L
Fructosamines	233	190-365	µmol/L
MUSCLES			
Créatinine Kinase	276	<542	U/L
LDH	673,1	+ <182	U/L
Calcium	2,26	2,2-2,9	mmol/L
Magnésium	1,1	0,6-1,1	mmol/L
Triglycérides	0,4	0,21-4,32	g/L
Numération :			
Leucocytes	5,9	3,9-19	G/l
Hématies	11,0	7,1-11,5	T/l
Hémoglobine	14,3	10,3-16,2	g/dl
Hématocrite	43,6	28,2-52,7	%
VGM	39,7	39-56	fl
TCMH	13,0	12,6-16,5	pg
CCMH	32,8	28,5-37,8	g/dl
Plaquettes	142	- 155-641	G/l
Présence de nombreux petits agrégats plaquettaires. Anisocytose thrombocytaire. Thrombocytes géants (mégaplaquettes) : +			
Formule :			
Granulocytes basophiles	0		%
Granulocytes éosinophiles	6		%
Neutrophiles segmentés	80		%
Lymphocytes	12		%
Monocytes	2		%
Granulo. basophil. (abs)	0	0-100	/µl
Granulo. éosinoph. (abs)	373	90-2180	/µl
Neutrophiles segmentés (abs)	4736	2620-15170	/µl
Lymphocytes (abs)	693	- 850-5850	/µl
Monocytes (abs)	118	40-530	/µl
Cellules atypiques	0	0	%
Anisocytose	0	0	
Polychromasie	0	0	
Réticulocytes	2,10		/1000 hématies
Réticulocytes (absolue)	23,0	3-50	K/µl

Traitement et suivi

Aucune nouvelle anomalie n'est à signaler. Un contrôle annuel est recommandé.

Discussion

Ce cas clinique illustre l'intérêt de mesurer conjointement la créatinine et la SDMA de manière à interpréter la fonction rénale indépendamment de la masse musculaire. Le bilan biologique global permet quant à lui d'explorer et d'exclure en première intention les hypothèses diagnostiques prioritaires.

Conclusion

La fonction rénale de NINA est conservée. L'épisode de dysorexie était probablement dû à une laryngite ou à une rechute de sa gastrite chronique.

Références

- (1) Marks S. Diagnostic and therapeutic approach to the anorectic cat. Proceedings of the World Small Animal Veterinary Association World Congress; 2001 Aug 8–11; Vancouver, Canada. <http://www.vin.com/Members/proceedings/Proceedings.plx?Cid=WSAVA2001&Category=&Pid=168&o=ViN>

Remerciements

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

