

# Cas clinique : sténose de l'artère rénale

---

CECILIA PIAZZOLA  
INTERNE  
ENDOCRINOLOGIE

# Monsieur C, 51 ans

---

- **FdRCV :**

HTA

Tabagisme sevré 7PA

- **Antécédents**

- SCA 05/22 (stent IVA)

- FEVG 65%, HVG

- Découverte **HTA** en 2018

- Majoration progressive du traitement jusqu'à une trithérapie anti-HTA en 2022 avec :

- **HYDROXYCHLOROTHIAZIDE 25mg**

- **PRAZOSINE 5mg**

- **AMLODIPINE 10g**

# MAPA 07/22

Moyenne :

- 24h **171/109** mmHg
- diurne **173/111** mmHg
- nocturne **166/102** mmHg

*Non dipper*



# Bilan d'HTA secondaire:

---

- Sous *AMLODIPINE/PRASOZINE*. Pas de substitution potassique

- Kaliémie : 3,34 mmol/L
- Créatinine : 166 $\mu$ mol/L soit DFG : 42 ml/min
- RAR : 7
- rénine 60mUI/L, aldostérone 436 pmol/L
- Kalliurèse 33mmol/24h, natriurèse 74mmol/24h
- CLU : 76nmol/24h
- DMU : négatifs

- **EDAR :**

Vélocité aorte 100cm/sec

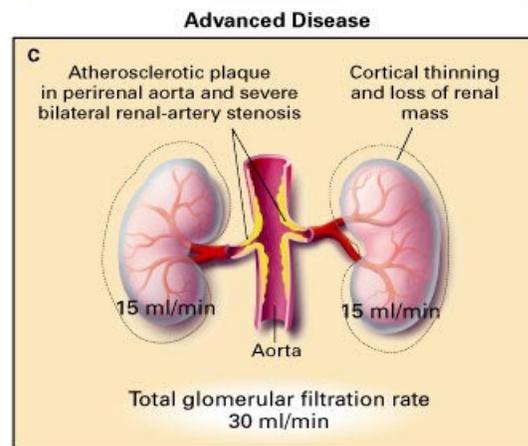
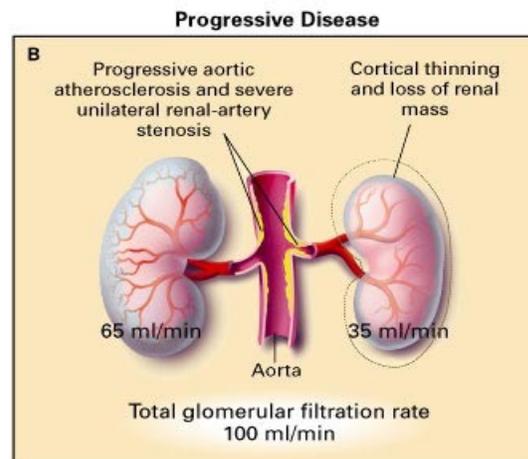
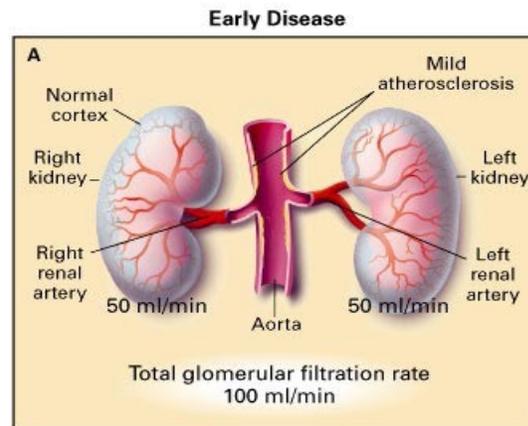
A droite : vélocité 100cm/sec. TMS <100 ms. IR 0,6. Absence de sténose. RD 9,5cm.

A gauche : vélocité **340cm/sec**. TMS 130 ms. IR 0,53. Rapport réno-aortique = 3,4. Sténose athéromateuse ostiale et post ostiale. Aspect serré avec coup de râpe acoustique. RG 9,5cm.

➔ **Sténose serrée athéromateuse ostiale et post ostiale courte de l'artère rénale gauche avec retentissement hémodynamique sur la vascularisation du rein gauche.**

# Sténose AR

Hypo-perfusion rénale  
→ augmentation  
résistance artériole  
efférente pour  
maintenir débit de  
filtration  
glomérulaire  
(activation SRAA)



## PRECOCE

HTA sévère diastolique, rénine dépendante par sténose,  
Pas d'atteinte rénale, IR bas,  
rein controlatéral sain

## INTERMEDIAIRE

HTA modérée, par rénine et néphro-angiosclérose controlatérale,  
Discrète atteinte rénale, IR moyen, néphro-angiosclérose débutante

## TARDIF

HTA modérée systolique et insuffisance rénale  
secondaire à néphro-angiosclérose controlatérale  
Rein sténosé protégé de l'HTA par la sténose,

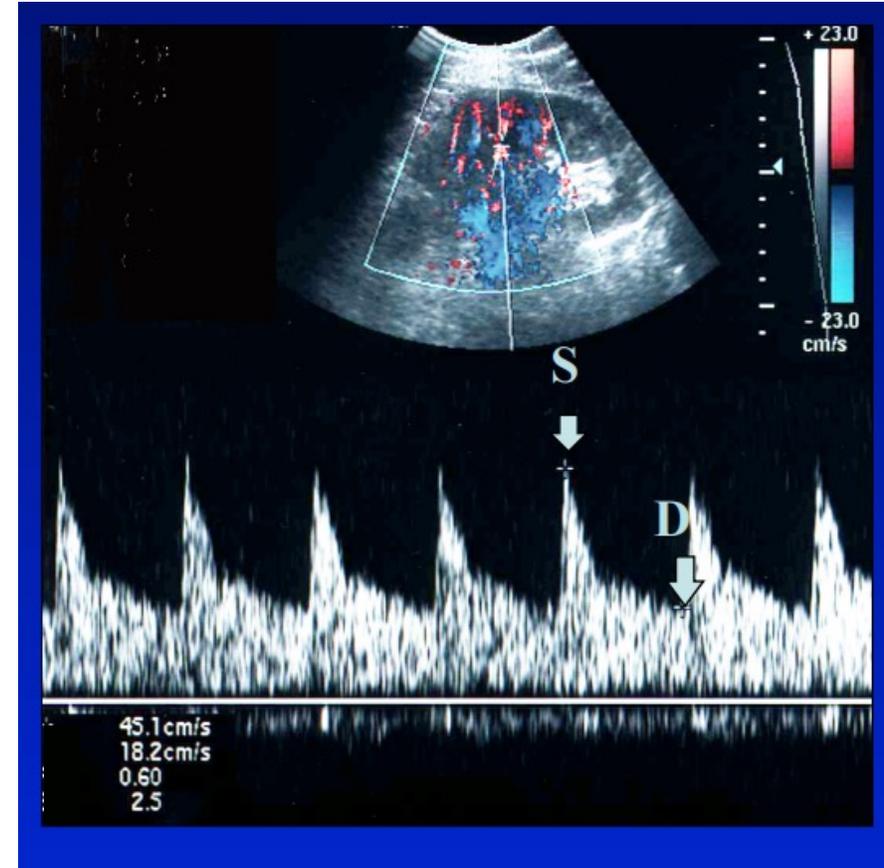
# Quand rechercher une sténose de l'artère rénale?

---

- **HTA accélérée** = aggravation brutale et persistante d'une HTA jusqu'alors contrôlée
- **HTA résistante** = échec d'obtention d'une pression cible chez les patients sous trithérapie à pleine dose incluant un diurétique
- **HTA maligne** = HTA + répercussion viscérale aiguë (IR, décompensation aiguë d'une IC congestive, perturbation visuelle ou neurologique et/ou rétinopathie avancée (grade III/IV))
- Développement ou aggravation d'une **IR après administration d'IEC ou d'ARA2**
- **Atrophie rénale inexpliquée** ou différence de taille >1,5 cm entre les 2 reins
- Œdème pulmonaire soudain inexpliqué (**OAP flash**)
- **IR inexpliquée**

# Echographie-doppler AR

- Sonde abdominale.
- Examen normal :
  - VMS < 130cm/sec
  - IR 0,45-0,75
  - Encoche pré-systolique et temps d'ascension systolique <100ms
  - RRA (rapport réno-aortique) < 3,5



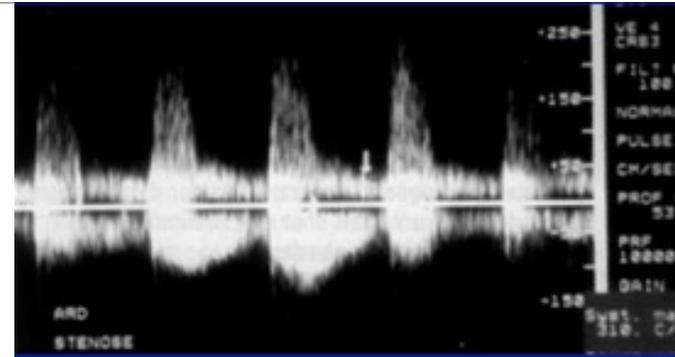
# Echographie doppler : sténose d'une AR > 60%

## ❖ Signes directs :

- Augmentation des vitesses > 200cm/sec
- RRA > 3,5
- Flux turbulent post-sténotique
- Coup de râpe acoustique
- Occlusion

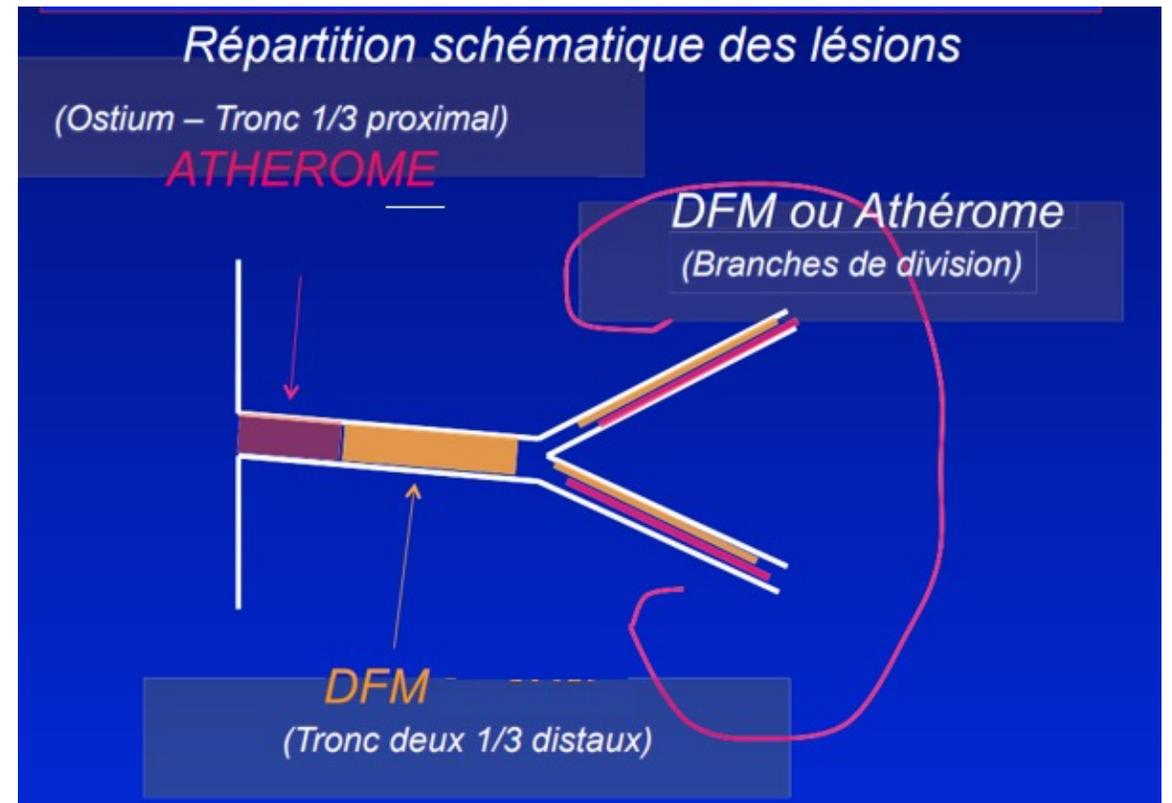
## ❖ Signes indirects (spécifiques, peu sensibles)

- Ralentissement du TMS > 100 ms
- Amortissement de la courbe parenchymateuse = baisse des IR < 0,45
- Asymétrie des IR des reins
- Disparition de l'encoche systolique précoce

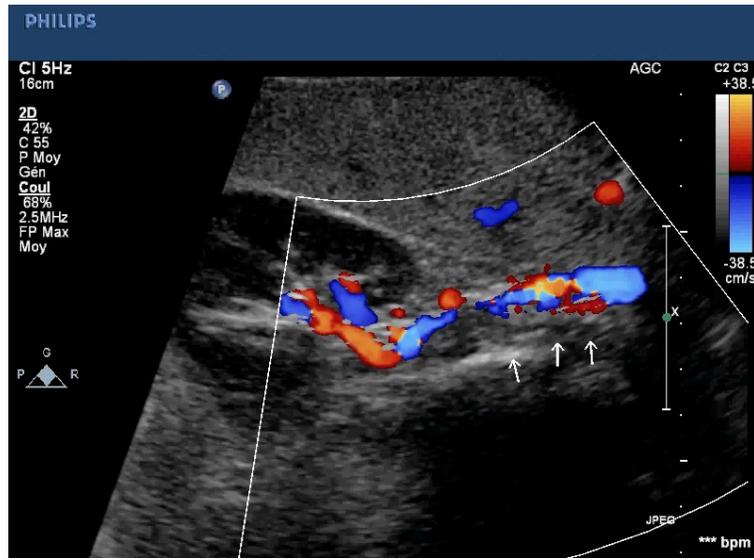


# Etiologies

- 90% : athérosclérose, souvent bilatérale.
- Environ 10% : dysplasie fibromusculaire
- < 1% : maladie de Takayasu, sténose radique, maladie de Kawasaki, Churg et Strauss, syndrome d'Alagille, médialyse, neurofibromatose de type 1, hématome de la paroi aortique, dissection aortique...



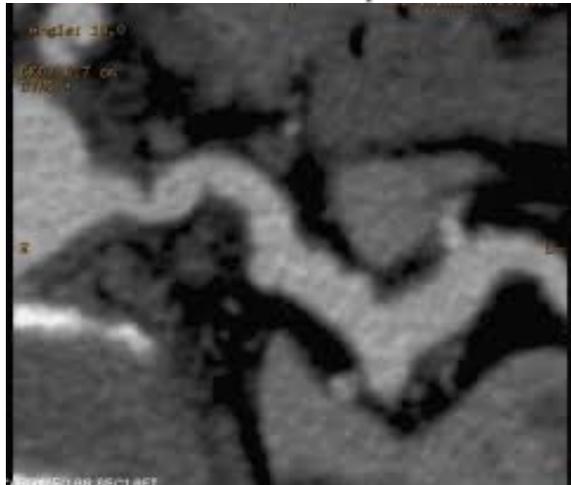
# Sténose Radique



# Maladie d'Erdheim Chester



# Mediolyse



# Takayasu

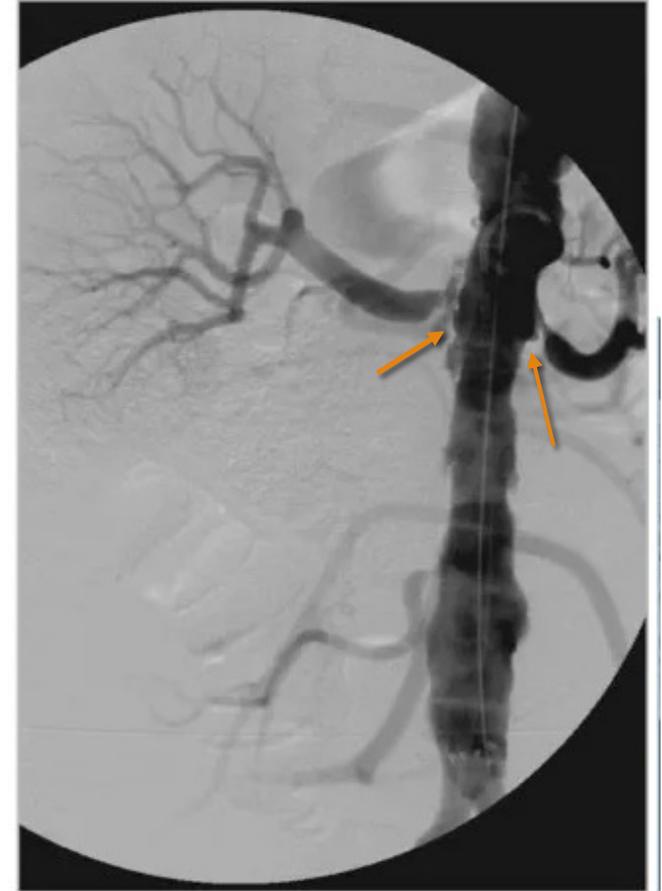


# Examens complémentaires

- AngioTDM rénal :



- Artériographie rénale  
(lors de la revascularisation)



# Traitements

---

- ❖ Traitements des FdRCV si étiologie athéromateuse : toujours
- ❖ Recherche d'autres localisations de la maladie athéromateuse
  
- ❖ Angioplastie transluminale percutanée  
+++ dans la dysplasie fibromusculaire avec taux de resténose faible.
- ❖ +/- stenting (maladie athéromateuse)
  
- ❖ Pontage artériel: échec répété de l'angioplastie ou anévrisme complexe.
  
- ❖ Si IR augmentés : néphroangiosclérose = peu de bénéfice de la revascularisation.



*Résultat post-stenting artère rénale droite*

# Conclusion

---

- ❖ Sténose de l'artère rénale :
  - principalement origine athéromateuse ou DFM.
- ❖ Diagnostic par échographie-doppler ou scanner devant une symptomatologie évocatrice.
- ❖ Contrôle des FDR Cardiovasculaires
- ❖ Recherche d'autres localisations
- ❖ Traitement médical ou angioplastie +/- stenting. Chirurgie rare.
- ❖ Sélection des patients en centre spécialisé  
*observance thérapeutique, mesure de la PA ambulatoire, évaluation de la sténose, fonction rénale*