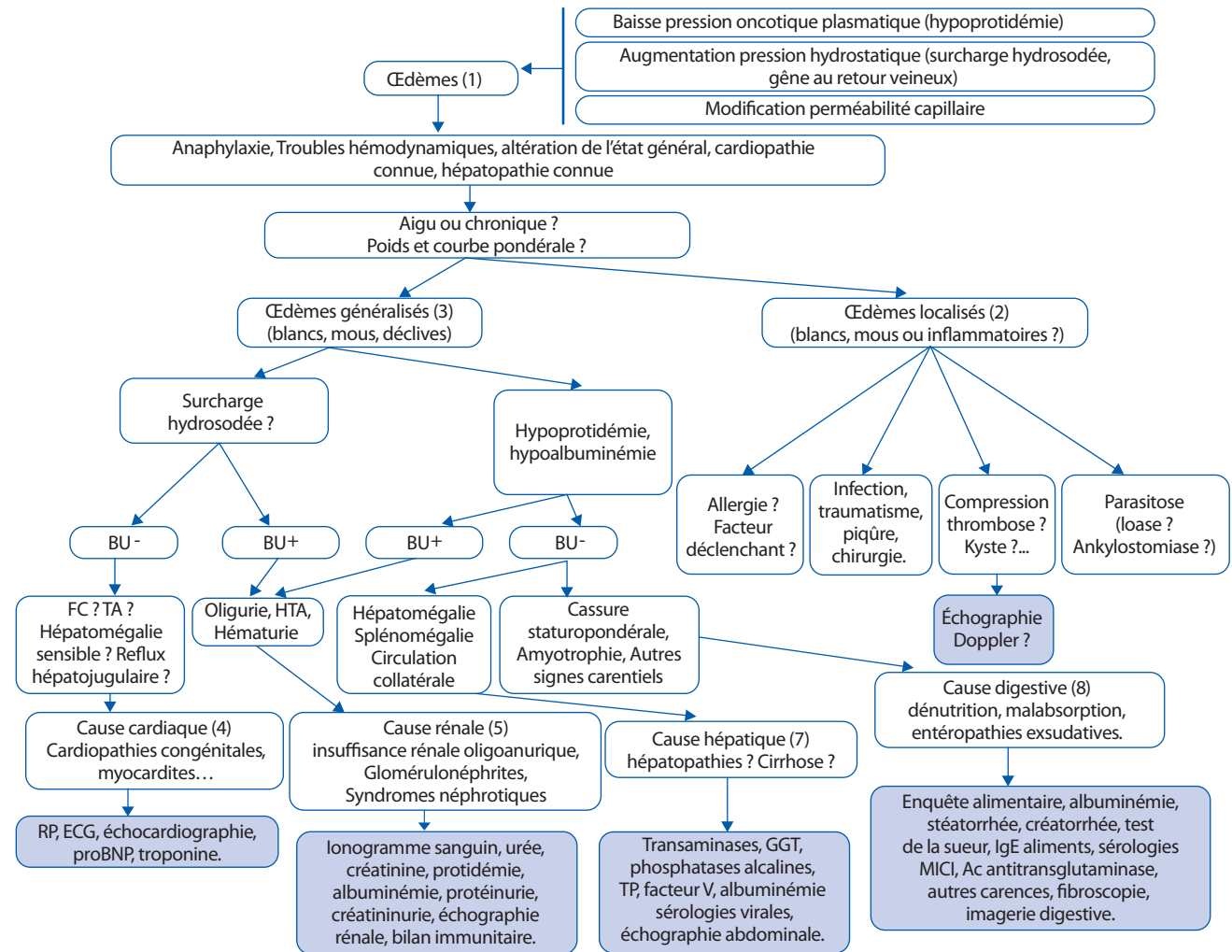


G. Roussey-Kesler

Service de pédiatrie, CHU Nantes, 7 quai Moncousu, 44093 Nantes, France



■ Abréviations

BU :	bandelette urinaire
ECG :	électrocardiogramme
FC :	fréquence cardiaque
GGT :	gamma glutamyl transférases
HTA :	hypertension artérielle
MICI :	maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
RP :	radiographie pulmonaire
TP :	taux de prothrombine

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Le syndrome œdémateux correspond à une accumulation d'eau et de sel dans le secteur interstitiel. Les échanges entre les milieux interstitiel et vasculaire se font au travers des parois des endothéliums capillaires et résultent des pressions hydrostatique et oncotique au niveau capillaire et interstitiel [1]. L'arbre décisionnel illustre la démarche diagnostique, clinique et paraclinique devant un syndrome œdémateux de l'enfant. Les éléments qui doivent être recherchés à l'examen clinique sont indiqués en italique, les examens complémentaires en grisés, et sont réalisés selon l'orientation étiologique clinique.

(2) Dans le cadre d'œdèmes localisés, l'anamnèse et l'examen clinique vont rechercher une allergie, un facteur déclenchant, une infection, une piqûre, un traumatisme, une compression (thrombose ? hématome ? kyste ? lésion iatrogène ?), une chirurgie récente, une parasitose (loase, ankylostomiase).

(3) Dans le cadre d'œdèmes généralisés, les deux causes principales sont la surcharge hydro-sodée et l'hypo-protidémie.

(4) Une surcharge hydro-sodée peut survenir en cas d'insuffi-

sance cardiaque (cardiopathies congénitales, myocardites, etc.) ou (5) d'atteinte rénale avec oligurie (insuffisance rénale oligo-anurique, glomérulonéphrite, etc.). (6) Une hypoprotidémie peut faire suite soit à un défaut d'apport (dénutrition, malabsorption dans le cadre de maladies digestives, etc.), (7) soit à un défaut de synthèse hépatique (hépatopathies, cirrhose), (5) soit à des pertes excessives, digestives (entéropathies exsudatives) ou urinaires (syndrome néphrotique) [2].

Ainsi l'examen clinique doit apprécier le poids et l'évolution de la courbe de poids (trop belle courbe chez un nourrisson ? ou cassure ? prise de poids récente ?). Des œdèmes généralisés mais modérés peuvent s'observer dans les régions déclives. Il faut notamment se méfier des œdèmes palpébraux matinaux, qui disparaissent dans la journée, pris à tort pour une conjonctivite. Une anaphylaxie est rapidement repérée par l'interrogatoire, sur les circonstances brutales de survenue, et l'examen clinique (urticaire, prurit, gêne respiratoire, signes digestifs, etc.). Il faut évaluer les apports alimentaires, sodés et liquidiens, ainsi

que la diurèse et le transit. La situation hémodynamique (tachycardie ? hypo ou hypertension [pathologie rénale ?]), des signes d'insuffisance cardiaque (hépatomégalie sensible ? reflux hépatojugulaire ?), une circulation veineuse collatérale seront systématiquement recherchés. Un tableau d'anasarque avec ascite, épanchements pleuraux voire péricardique peut être présent. Un syndrome œdémateux chez un nouveau-né peut faire évoquer également d'autres causes, avec notamment des anomalies congénitales : cardiaques, lymphatiques, veineuses, rénales mais aussi des infections congénitales (CMV, etc.).

Liens d'intérêts

G. Roussey-Kesler : Essais cliniques : en qualité d'investigateur principal, coordonnateur ou expérimentateur principal (Pfizer) ; Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude (Roche) ; Conférences : invitations en qualité d'intervenant (Société Française de Pédiatrie, Société de Néphrologie Pédiatrique).

Correspondance :

Adresse e-mail : gwenaelle.roussey@chu-nantes.fr (G. Roussey-Kesler)

■ Références

- [1] Pietrement C. Compartiments hydriques et osmoregulation. In : Cochat P, editor. Néphrologie pédiatrique. Paris : Doin ; 2011. 35-8.
- [2] Doucet, A, Favre G, Deschênes G. Molecular mechanism of edema formation in nephrotic syndrome: therapeutic implications. *Pediatr Nephrol* 2007;22:1983-90.