

L'enflement = les oedèmes

Oedèmes 'mobiles'

- membres inférieurs le soir
- paupières le matin

Prise de poids : progressive ou brutale



L'enflement = les oedèmes

- Oedèmes mobiles
- Epanchement d'eau dans
 - la plèvre (pleurésie)
 - l'abdomen (ascite)
 - plus rarement le scrotum ou le péricarde



L'enfllement = les oedèmes

- Prise de poids
- Rétention de sel (NaCl) et d'eau :
1 kg = 9 gr de sel
- Traitement :
 - régime sans sel strict
 - diurétique
 - furosémide à dose croissante
 - résistance au diurétique
 - éventuellement associé à 1 ou 2 autres diurétiques



L'enflement = les oedèmes

surveillance du traitement

- Perte de poids
- dans le sang, concentration de sel (Na, natrémise) et de potassium (K, kaliémie)



Les complications du syndrome néphrotique

Complications aiguës

- infections
- thrombose
- insuffisance rénale aiguë

Complications chroniques

- hypercholestérolémie
- insuffisance rénale chronique
(selon la cause du syndrome néphrotique)

Infections au cours du syndrome néphrotique

Fièvre et frissons

Peau (*streptocoque* ou
stahylocoque) = érysipèle

Grave car déficit immunitaire
associé au syndrome
néphrotique

Extension rapide



Infections au cours du syndrome néphrotique

Fièvre et frissons

Peau (*streptocoque ou stahylocoque*)

Grave car déficit immunitaire associé au syndrome néphrotique

Peritonite à pneumocoque

Extension rapide

Antibiothérapie

Urgente

Par voie intra-veineuse

-

Les infections

Morbidité notable chez l'enfant
et dans les pays en développement

Pneumocoque

Poumons, peau, péritoine, urine
Varicelle

Mécanisme incertain

Prévention : vaccination contre les infections invasives à Pneumo
'recommandée au cours du syndrome néphrotique'

Schéma de vaccination (groupe 1)

VP3 (Prevenar) : 1 dose

VP23 (Pneumo 23) : 1 dose 2 mois plus tard

INVS, INPES

thrombose vasculaire dans le syndrome néphrotique

Quel territoire ?

- artériel
- veineux

Quelles localisations particulières de thrombose associée au SN dans le territoire veineux ?

- sinus cérébraux
- artère pulmonaire
- veine rénale

Les thromboses

Thromboembolism in Nephrotic Syndrome 227

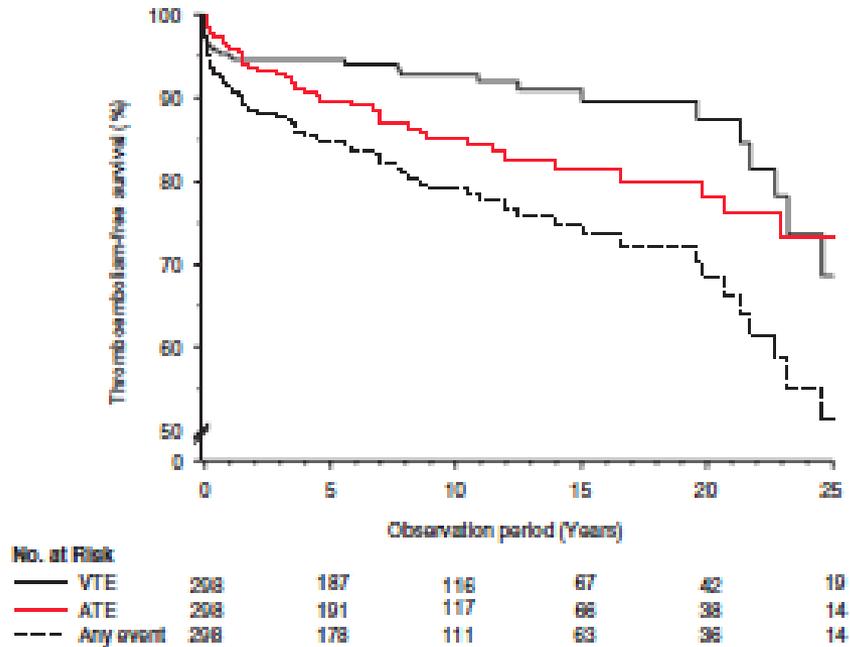


Figure 2. Kaplan-Meier estimates of the probability of VTE-, ATE-, and any (VTE, ATE, or both) event-free survival.

N = 298

Suivi : 9±10 ans

6 mois : TV 9.8% - TA 5.5%

Incidence annuelle 1%

Mahmoodi, *Circulation*, 2008

thrombose vasculaire dans le SN

Votre hypothèse est confirmée. Quel traitement initial ?

- héparine IVSE ou HBPM (héparine sous-cutanée)
- anticoagulant oral (AVK)

Quelle durée de traitement en cas de thrombose veineuse périphérique ou d'embolie pulmonaire ?

○ 6 mois, ou davantage en cas de persistance du syndrome néphrotique

Thrombose veineuse : questions irrésolues

- 1) Faut-il dépister les patients asymptomatiques ?
- 2) Faut-il traiter les patients asymptomatiques ?

Prévention de la thrombose veineuse dans le SN

*En l'absence de thrombose
veineuse initiale*

*Le bénéfice d'un traitement
anti-coagulant préventif est
discuté*

Si albuminémie < 20-25 g/L

insuffisance rénale aiguë

- Hypovolémie (insuffisance rénale fonctionnelle) - **reversible**
- Nécrose tubulaire - **reversible**
- Hyperpression (oedème) sous capsulaire - **reversible**
- Thrombose de veine rénale
- (Thrombose d'artère rénale)
- Prolifération extra-capillaire
- Accident médicamenteux (IEC-ARA2) - **souvent reversible**

Sont utiles :
echo ou doppler
Scanner ou IRM
biopsie rénale,
etc...

Les complications du syndrome néphrotique

Complications aiguës

- infections
- thrombose
- insuffisance rénale aiguë

Complications chroniques

- hypercholestérolémie
- dénutrition
- insuffisance rénale chronique
(selon la cause du syndrome
néphrotique)
- carence en vitamine (D) ou en
hormone (thyroïde)

complications chroniques du SN régime protidique

Quelle recommandation d'apport protidique ?

- limité ($<0,8$ g/kg/j) car il s'agit d'une MRC
- modéré (≈ 1 g/kg/j)
- ☑ Adapté à la fuite urinaire (≈ 1 g/kg/j + fuite)

Hypo-cholestérolémiants au cours du syndrome néphrotique

Hypercholestérolémie avec "profil athérogène"

Quelle preuve d'efficacité biologique, et quelle ampleur ?

Au total, 4 essais randomisés (\approx 160 patients) avec diverses statines

Même effet de classe, ampleur max avec rosuvastatine (\approx 40%)

Bonne tolérance, pas de rhabdomyolyse ou d'anomalies des tests hépatiques

Aucun bénéfice établi sur mortalité toute cause, mortalité CV ou infarctus myocarde non-fatal

En prévention primaire logique, mais quand débiter, et avec quel objectif ?

en cas de SN persistant

Jamais urgent : pas si LGM initial, oui si GEM en phase d'observation

Expliquer résultat attendu

Réduire la protéinurie au cours du syndrome néphrotique *chronique*

Réservé aux patients avec SN durable (pas de rémission dans les 2-3 mois)

IEC en 1^{ère} ligne (captopril, ramipril, etc.)

Qualité de vie médiocre si déplétion sodée marquée (hypoTA, IRA)

2^{ème} ligne incertaine

- ARA2 ? (irbesartan, losartan, etc.)