

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT DES OEDEMES DES MEMBRES INFERIEURS

Prs.R. BARRAINE (Poitiers) & J.E. WOLF (Dijon)

Rappel : définition et mécanismes:

- Définition des oedèmes: hyperhydratation extra-cellulaire provoquée par une rétention de sodium et d'eau dans les espaces interstitiels; d'où, au niveau des membres inférieurs, une augmentation anormale de volume;
 - Par 4 mécanismes principaux:
 - . augmentation de la pression hydrostatique intravasculaire,
 - . baisse de la pression oncotique,
 - . augmentation de la perméabilité membranaire,
 - . diminution anormale du drainage lymphatique (lymphoedème).
-

Les oedèmes des membres inférieurs (OMI) sont d'origines diverses, essentiellement cardio-vasculaire, hépatique ou rénale, et dus à l'infiltration du tissu sous-cutané. Leur signification étiologique est différente selon qu'ils sont uni ou bilatéraux.

I.- **Le DG POSITIF** repose, devant la constatation de M.I. plus ou moins augmentés de volume, sur:

1° **l'interrogatoire**: ancienneté des symptômes, contexte d'apparition des troubles, antécédents, habitudes alimentaires et nutritionnelles, traitements en cours;

2° **l'examen**: montre avant tout le caractère uni ou bilatéral et l'importance des oedèmes: de la simple infiltration des pieds (trace de la chaussure) et de l'œdème malléolaire (signe du godet) à l'aspect éléphantiasique et à l'anasarque (épanchement des séreuses), le signe le plus précoce de réapparition étant la prise de poids.

Généralement blancs et mous, il faudra noter leur caractère indolore ou non. Ils peuvent, en devenant chroniques, être inflammatoires et plus ou moins violacés.

Ils obéissent à la déclivité, maxima aux M.I. en fin de journée, alors que les lombes gardent en fin de nuit l'empreinte des draps.

Le **lymphoedème**, variété particulière résultant du blocage primitif ou secondaire du réseau lymphatique superficiel ou profond, uni ou bilatéral, est de diagnostic facile car bien différent, persistant malgré le repos nocturne; intéressant généralement les orteils ce qui est relativement inhabituel dans les autres causes d'œdème, pouvant prendre le godet au tout début, mais comportant rapidement un épaissement fibreux du derme avec aspect dur et cartonné et parfois des formations papulaires rugueuses et des éléments mycosiques, souvent aggravé par des surinfections. Le contexte étiologique est souvent évocateur (métastases ganglionnaires de cancers, en particulier de mélanomes; traitement radio-chirurgical de cancers pelviens; après interventions de revascularisation des artères distales; étiologie parasitaire –filariose-...), mais il existe des formes idiopathiques.

II.- Le DG DIFFERENTIEL:

Se limite, en cas de *bilatéralité*, à l'**infiltration cellulitique des M.I.**, bien différente, chronique et ne prenant pas le godet.

III.- Le DG ETIOLOGIQUE repose sur :

- la prise en compte de l'histoire clinique et des antécédents, tirés de l'interrogatoire;
- l'examen clinique: recherche d'un cordon veineux, de signes d'insuffisance cardiaque, inspection de l'abdomen et palpation du foie, recherche d'un épanchement pleural, d'une ascite...;
- dans tous les cas, radio thoracique, ECG et bilan biologique simple (ionogramme, créatinine, protides, bandelette urinaire);
- complété selon le contexte par:
 - .touchers pelviens, échographie abdominale,
 - .échographie cardiaque, écho-Doppler veineux, la phlébographie étant devenue d'indication exceptionnelle,
 - .bilan hépatique, rénal, électrophorèse des protides, examens urinaires (protéinurie, compte d'Addis...)

A- Les OMI sont BILATERAUX & SYMETRIQUES:

- 1- dans un contexte d'*insuffisance cardiaque, droite ou globale*, dyspnée, tachycardie, turgescence jugulaire, hépatomégalie avec reflux hépato-jugulaire, galop... La cause de l'insuffisance cardiaque est à rechercher: ECG, radio, écho...
Mécanisme: rétention hydro-sodée, d'où indication majeure du régime désodé et des diurétiques.

Rapprocher de ce tableau, la **péricardite chronique constrictive** dont le diagnostic sera affirmé par écho et cathétérisme (dip plateau)

- 2- chez un patient traité pour insuffisance coronarienne ou HTA, penser à la responsabilité des **inhibiteurs calciques** à l'origine d'OMI parfois importants.
- 3- *Chez un éthylique*, rechercher des signes de **cirrhose hépatique**: subictère ou ictère, angiomes stellaires, circulation collatérale abdominale, ascite, foie dur et tranchant, antécédents de rupture de varices oesophagiennes..., perturbations biologiques (prothrombine effondrée, élévation des γ -GT et, à l'électrophorèse, hypoalbuminémie et bloc $\beta\gamma$).
Un tableau comparable est réalisé par les **cirrhoses post-hépatitiques ou métaboliques** (hémochromatose, maladie de Wilson...).
Mécanisme: baisse de pression oncotique et hyperaldostéronisme secondaire. Traitement déplétif (antialdostérones), ponctions d'ascite et sevrage.
- 4- en l'absence des contextes précédents, des OMI volumineux feront évoquer une **origine rénale**:
 - . soit une **glomérulonéphrite aiguë** (contexte post-angineux, rare actuellement) ou, chez la femme enceinte, une **néphropathie gravidique** (HTA associée, protéinurie). *Mécanisme*: rétention hydro-sodée;
 - . soit un **syndrome néphrotique** (protéinurie, hypoprotidémie responsables d'une baisse de la pression oncotique) dont la cause sera précisée par ponction-biopsie rénale.
- 5- dans un contexte de **dénutrition** (carence alimentaire grave, réelles malnutritions observées dans certains pays en voie de développement), OMI par **hypoprotidémie**, ainsi qu'en cas d'**altération profonde de l'état général** (cancers évolués) où on recherchera la possibilité d'une **compression du petit bassin** au niveau vasculaire ou lymphatique (touchers pelviens, écho...);
- 6- *chez la femme jeune*, **oedèmes cycliques idiopathiques** rythmés par le cycle.

- 7- en cas *d'hypothyroïdie*, l'infiltration myxoedémateuse chronique des MI est blanchâtre, élastique, symétrique et généralement prétibial. Elévation de la TSH.
- 8- Enfin, ne pas méconnaître le rôle de *certaines médicaments*:
 - outre les *inhibiteurs calciques*, déjà vus, cause médicamenteuse la plus fréquente, agissant par augmentation des débits locaux au niveau cutané;
 - certains médicaments, par rétention hydro-sodée, peuvent, chez les sujets aux fonctions cardiaque ou rénale déjà déficientes, entraîner des OMI, et on citera *les corticoïdes et les AINS*.

B- L'OEDEME est UNILATERAL:

(ce qui n'exclut évidemment pas la possibilité de bilatéralisation)

- 1- une *phlébite profonde* est évoquée au premier chef sur le contexte (alitement), le caractère douloureux spontané et provoqué (Homans), un fébricule. Dg affirmé par l'écho-Doppler veineux. Toujours chercher si elle est haute une extension à la VCI et, en cas de doute, une embolie pulmonaire (scintigraphie).
 La phlébite peut être bilatérale avec parfois décalage dans le temps des symptômes. Elle peut être ancienne (*maladie post-phlébitique*), avec œdème chronique, dermite ocre, varices, ce qui n'exclut pas une récursive.
- 2- *en cas d'aspect inflammatoire local*, l'œdème est trop rarement au premier plan pour constituer le motif de consultation:
 . rechercher la trace d'une *piqûre d'hyménoptère* ou d'une *morsure de serpent*;
 . penser à la possibilité d'une *maladie de Lyme* si l'œdème a un aspect très inflammatoire et dure depuis plusieurs semaines, rechercher la notion de morsure de tique et rechercher par sérologie la présence d'anticorps de sérotype IgM
 . si on palpe un cordon induré avec œdème modéré et localisé: *phlébite superficielle*, nécessitant un traitement anti-inflammatoire; chercher l'absence d'extension profonde;
 . en cas d'*érysipèle* (fièvre, plaie cutanée, piquûre d'insecte infectée...) ou de *lymphangite*, traitement antibiotique
 . plus rare, heureusement, est la *fasciite nécrosante*, avec œdème rapidement progressif, extrêmement douloureux, touchant généralement le mollet, avec à la palpation crépitation sous-cutanée, nécessitant, outre une antibiothérapie adaptée (habituellement

antistreptococcique), un débridement chirurgical pour éviter les compressions vasculaires;

3- *en l'absence d'inflammation:*

. possibilité de **lésions traumatiques** (entorse, fracture), **ou post-traumatiques**, diagnostiquées sur les antécédents et les données des radiographies;

. **compression unilatérale**, veineuse ou lymphatique, au niveau pelvien (touchers pelviens, écho abdominale, scanner);

. **le lymphoedème primitif du dos du pied de la jeune fille** est fréquent, post-pubertaire, intéressant le pied et la cheville, accompagné d'un épaissement fibreux de la peau dorsale des orteils, d'un approfondissement des sillons transversaux et d'un coussinet graisseux rétro-malléolaire. Son évolution est très variable, susceptible de s'étendre et de se bilatéraliser.

4- *en cas d'antécédents de séjour prolongé en milieu tropical*, penser à la possibilité d'une **filariose**, responsable, après plusieurs années de lymphangites rétrogrades passagères et répétées, d'un lymphoedème, pouvant aller jusqu'à l'éléphantiasis. Diagnostic sur l'hyperéosinophilie, la découverte d'anticorps antifilariens et la mise en évidence des microfilaires (généralement *Wuchereria bancrofti*) sur le prélèvement nocturne de sang.

6- Connaître enfin l'existence de *causes congénitales et rares* d'OMI:

. **l'angiodysplasie ostéohypertrophique (syndrome de Klippel-Trenaunay)**, associant hypertrophie, angiome et dysplasie vasculaire du membre atteint. Dg.confirmé par radiographie et explorations vasculaires;

. **le lymphoedème congénital (maladie de Milroy)**, apparaissant dans l'enfance ou à la puberté, dur et ne prenant pas le godet, avec généralement une note familiale

EN CONCLUSION, on peut retenir de ce qui précède un certain nombre de **points importants**:

1° le diagnostic positif des OMI est clinique et facile, mais il faut penser à peser les malades pour détecter les formes frustes;

2° le diagnostic étiologique est souvent difficile et fait appel aux données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et d'examen complémentaires prescrits en fonction des orientations cliniques;

3° si les étiologies sont nombreuses et multiples, elles sont dominées de très loin par l'insuffisance cardiaque, la cirrhose hépatique décompensée, les syndromes néphrotiques et les phlébites profondes où leur apparition marque une phase relativement tardive de la thrombose.

4° les OMI ne mettent habituellement pas en jeu le pronostic vital, sauf s'ils sont associés à une pathologie thrombo-embolique. Dans les autres cas, ils s'intègrent dans les éléments pronostiques de leur affection causale.

oOo