	Pédiatrique Pellegrin Émetteur : Service des Urgences Pédiatriques	IN-PRM-019
	INSTRUCTION	Ind : 01 Page : 1/2
Conduite à tenir devant une glomérulonéphrite aiguë		

Atteinte glomérulaire et tubulaire aiguë apparaissant au cours ou au décours d'un épisode infectieux aigu (infection streptococcique récente, méningite ou septicémie à méningocoque ou *H influenzae*, ostéomyélite ou dermatose à staphylocoque). Elle est caractérisé par une activation du système complémentaire.

1 DIAGNOSTIC POSITIF

- Hématurie microscopique, parfois macroscopique, pouvant rester isolée
- Syndrome néphrotique biologique : protéinurie > 50 mg/kg/j et albuminémie < 30 g/L
- Insuffisance rénale (augmentation créatinine et urée sanguines)
- Rétention hydro-sodée responsable d'une HTA et d'œdèmes

2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL


- Autres causes d'insuffisance rénale aiguë (SHU)
- Causes extra-rénales des œdèmes (hépatique, digestive, cardiaque, purpura rhumatoïde...)
- Autres causes d'hématurie (infection urinaire, maladie hémorragique, PTI, lithiase...)

3 CRITERES DE GRAVITE

- HTA sévère, insuffisance cardiaque, OAP, épanchement pleural
- Œdème cérébral : vomissements, céphalées, coma, état de mal convulsif
- Insuffisance rénale, syndrome néphrotique

4 PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

- Préciser circonstance de survenue :
- Evaluation poids, TA, FC, température, SpO₂, ECG (à la recherche d'une hyperkaliémie), diurèse
- Bilan biologique (bilan sanguin en macro-méthode pour éviter de fausser la kaliémie) :
 - NF, CRP, protéines, albumine, urée, créatinine, ionogramme, calcium, phosphore, complément (C3, C4), sérologies streptococciques, ± GDS
 - chimie urinaire
 - bactériologie : hémocultures, ECBU
- Rx P ± écho cardiaque si signes de surcharge ventriculaire gauche
- Abord veineux périphérique avec B27 si critères de gravité :
 - hydratation limitée aux pertes insensibles (20 mL/kg/j ou 400 mL/m²/j) + diurèse
 - LASILIX 2 mg/kg IVL sur 30 min. (ou 5 mg/kg IVL sur 1 h si insuffisance rénale)
 - si HTA sévère, ajouter LOXEN 1-4 µg/kg/min. PSE
 - en cas d'hyperkaliémie > 6 : KAYEXALATE 1 g/kg IR
± BiNa 14% 1-2 mL/kg sur 15 min.
± gluconate de Ca (même posologie que dans hypocalcémie ci après)
 - si hypocalcémie (< 2,1 mmol/L) : gluconate de calcium 10% (10 mL = 1 g gluconate = 90 mg Ca = 2,2 mmol Ca) : 0,5-1 mL/kg en 5 min.
 - en cas d'acidose métabolique (pH < 7,20 et bicarbonates < 15 mEq/L) : calcul du déficit en bicarbonates = $(25 - \text{HCO}_3^-) \times (\text{poids en kg}) / 3$ = quantité (mEq) à corriger sur 30 min. en perfusion ; 1 mEq = 2 mL BiNa 42% ou 6 mL BiNa 14% (en l'absence de surcharge hydro-sodée)
- Si insuffisance rénale sévère, hyperkaliémie : EER (cf. 6.1)
- Antibiothérapie (après prélèvements) :
 - en cas d'antécédent de pharyngite, d'impétigo : ORACILLINE (100.000 ui/kg en 3 prises)
 - en fonction du germe suspecté (cf. IN-PRM-012)

 C.H.U. Hôpitaux de Bruxelles	Pédiatrique Pellegrin Émetteur : Service des Urgences Pédiatriques	IN-PRM-019
	INSTRUCTION	Ind : 01 Page : 2/2
Conduite à tenir devant une glomérulonéphrite aiguë		

5 CRITERES D'HOSPITALISATION

- Simple surveillance ambulatoire en cas d'hématurie isolée
- Hospitalisation en néphro-pédiatrie (5° B) pour bilan et mise en route du traitement dans les autres cas

6 PRESCRIPTIONS A LA SORTIE DES URGENCES

6.1 A l'hôpital :

- Surveillance TA, pouls, température, poids, diurèse
- Poursuite du traitement et des investigations initiées aux urgences
- Indication d'EER (dialyse péritonéale ou hémofiltration) :
 - urémie > 30 mmol/L
 - hyperkaliémie rebelle > 7 mmo l/L
 - acidose métabolique avec RA < 10 mmol/L
 - intoxication par l'eau avec Na < 120 mmol/L et troubles neurologiques
 - inflation hydro-sodée avec HTA, OAP, œdème cérébral
- A discuter : biopsie rénale, corticoïdes

6.2 En ambulatoire :

- Consultation en urgence si fièvre, HTA, oedèmes...
- Contrôle clinique + BU dans le mois