

LES Néphrites

Interstitielles Aiguës

S. TALBI

CHU de SETIF

Service de Néphrologie Dialyse

PLAN

I- INTRODUCTION

II- INCIDENCE

III- HISTOLOGIE

IV- ETIOLOGIES

V- DIAGNOSTIC

VI- PRIS EN CHARGE

VII- PRONOSTIC

INTRODUCTION

- L'interstitium est l'espace qui sépare les tubes entre eux et les tubes du glomérule.
- **Les néphrites interstitielles aiguës (NIA) forment un groupe hétérogène d'affections dont les lésions sont faites de : œdème interstitiel + infiltrat souvent lymphocytaire.**
- Lésions tubulaires souvent associées → **terme néphrites tubulo-interstitielles aiguës**

INCIDENCE

- L'incidence de la NIA reste encore mal précisée (+/- 14% dans certaines séries) et ce à cause de:
 - Symptômes non spécifiques
 - Biopsie rénale n'est pas systématique

HISTOLOGIE

- Typiquement ; un infiltrat lympho-monocytaire + un œdème interstitiel.
- Les éosinophiles, sont peu nombreux, même dans les formes immuno-allergiques.
- L'atrophie tubulaire et la fibrose interstitielle signent le passage a la chronicité (IRC)

ETIOLOGIES

On distingue 05 grandes catégories de NIA :

1. NIA d'origine médicamenteuse :

- Elle représente 40-60% des cas, les substances les plus souvent responsables sont :
 - **Les β -lactamines (Péni M ainsi que Péni A, G, céphalosporines)**
 - **AINS, de survenue parfois tardive après le début du traitement**
 - ***Autres médicaments :***
 - *Antibiotiques (Bactrim, Rifampicine, Aciclovir, Ciprofloxacine...)*
 - *Diurétiques (thiazidique, furosémide)*
 - *Anti ulcéreux (cimétidine, ranitidine)*
 - *Anti convulsivants (gardéнал, phénitoïne)*
 - *Immunomodulateurs (Interféron, IL 2, anti CD4)*
 - *Hypo uricémiants : L'allopurinol (Zyloric R)*

2. NIA post-infectieuses :

- Pyélonéphrite aiguë bactérienne est le prototype de la NIA
- Infections Systémiques : Endocardite (Streptocoque ou Staphylocoque) ; Leptospirose, légionellose, brucellose ; mycoplasme, et toxoplasmose HNTA VIRUS (fièvre hémorragique), EBV, CMV...
- L'infection par le virus VIH a également été impliquée dans des NIA.

3. NIA associée aux maladies générales :

Auto immunes:

- Lupus : soit associée a l'atteinte glomérulaire (+++), soit une NIA isolée (5%).
- Sarcoïdose, la NIA granulomateuse a été rapportée.
- Maladie de Sjögren, des néphrites interstitielles sont possibles.

Malignes : lymphome non hodgkinien, myélome multiple, leucémie aigue...

4. NIA d'origine toxique :

Le principal responsable est la cocaïne

5. NIA idiopathiques :

Sd DOBRIN (**TINU** : Néphrite Tubulo-Interstitielle avec Uvéite) : **NIA + uvéite** antérieure a été rapportée : l'infiltrat de lymphocytes, plasmocytes, éosinophiles ;

- Evolution favorable, avec ou sans corticothérapie

DIAGNOSTIC

- Seule la **PBR** peut confirmer le diagnostic, mais, elle n'est indiquée que si la cause est
- peu claire ou si l'IR persiste malgré l'arrêt de la substance en cause (**> 21 jours**)

A- CLINIQUE :

- Elle dépend en partie de l'étiologie surtout pour les NIA d'origine médicamenteuse

NIA sur prise d'antibiotiques

- 02 a 03 semaines après le début du traitement, survient une IRA, avec la triade classique : ***rash cutané, fièvre et éosinophilie. Toutefois ;***
- Cette triade n'est présente que dans **30%** des cas.
- Le délai peut être **plus court** chez le patient déjà exposé à la même substance.

- NIA sur prise d'AINS

La triade est rare, la NIA est souvent associée a une protéinurie **néphrotique** (LGM)

- NIA sur prise de rifampicine

Souvent, une I R progressive, fièvre avec des frissons et des douleurs dans les flancs.

- NIA sur prise d'allopurinol

-Forme redoutable faite de rash exfoliatif, une IRA et une **cytolyse** hépatique

-Cette dernière aggrave le pronostic (jusqu'à 20% de mortalité)

B- EXAMENS PARACLINIQUES :

- Bilan Renal :

La créatininémie évolue plus lentement que dans la NTA ou GNA

- FNS :

L'éosinophilie en cas de NIA liée a la prise d'antibiotiques

- Analyse des urines :

- Leucocyturie **stérile**, cylindres leucocytaires, occasionnellement avec micro-hématurie.

- L'éosinophilurie (> 1% des leucoc urinaires) a une spécificité de 72-85%.

- La protéinurie est modérée faite de beta-2 microglobuline, lysozyme...

Une protéinurie néphrotique évoque NIA par prise d'AINS (souvent LGM)

- Perte du pouvoir de concentration de l'urine → **une polyurie et une nycturie.**

- Perte du pouvoir d'acidification d'urines (acidose).

- Néphropathie avec perte urinaire de sel.

C- RADIOLOGIE:

- Des Reins augmentés de taille avec une bonne différenciation cortico sinusale

PRISE EN CHARGE

A- Mesures générales :

- Suppression de la cause s'il y en a une.
- Eviter toute autre substance néphrotoxique.
- Corriger toute hypovolémie, HTA...

B- Mesures spécifiques :

- Les corticoïdes accélèrent la guérison et améliorent le pronostic des NIA médicamenteuses ;

PREDNISONNE : 0,5-1 mg/kg pendant 1 mois, ceci si une NIA ne régresse pas en 10 jours après l'arrêt de la substance en cause.

- Ils sont inefficaces lors de NIA suite à la prise d'allopurinol ou de rifampicine
- Ils demeurent efficaces en cas de NIA sur sarcoïdose, Lupus...

PRONOSTIC

1- Critères cliniques :

- En fonction de l'élément déclenchant :
 - Bon après infections,
 - Bon pour le Sd de Dobrin
- NIA médicamenteuse : le pronostic a long terme est favorable si le diagnostic était précoce et la substance est retirée.
- Une IRA de plus de trois semaines est de mauvais pronostic.

2- Critères Histologiques :

meilleur marqueur pronostique est le degré de **fibrose interstitielle** → IRC.



FIN