

# Les néphrites interstitielles aiguës

457# 19  
Mohamed  
Photos Pro  
Tél: 0661 20 56 35

## I INTRODUCTION:

-L'interstitium est l'espace qui sépare les tubes entre eux et les tubes du glomérule.

-Les néphrites interstitielles aiguës (NIA) est une IRA caractériser par une atteinte initiale et prédominante de structure du compartiment interstitiel du rein formant un groupe hétérogène d'affections dont les lésions sont faites de : œdème interstitiel + infiltrat par de différentes cellules : lymphocyte ; PNN ; plasmocytes ;....

Associés à des lésions tubulaires souvent → terme néphrites tubulo-interstitielles aiguës

## II INCIDENCE:

L'incidence de la NIA dans les différentes séries d'IRA est mal précisée 10% à 15% (symptômes non spécifiques et biopsie rénale n'est pas systématique)

## III PHYSIOPATHOLOGIE:

Les mécanismes sont mal élucidés mais les réactions décrites laissent suggérer une base immunologique:

1) Réaction d'hypersensibilité directe de type I ; rash cutané, fièvre, éosinophilie, éosinophilurie, élévation des IgE, présence d'éosinophiles dans l'interstitium rénal.

2) Formation de complexes immuns (dépôts d'IgG, de C3 et de C1q sur la membrane basale des tubules) en cas Lupus, maladie de Sjögren.

3) Formation d'auto-anticorps anti-membrane basale des tubules dans certaines NIA médicamenteuse.

## IV 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 à la chronicité (IRC)

Le plus souvent absence des dépôts en IF

**V ETIOLOGIES** : On distingue 05 grandes catégories de NIA :

### **1. NIA d'origine médicamenteuse (mécanisme immunoallergique) :**

Elle représente 40-60% des cas, les substances les plus souvent responsables sont :

**Antibiotiques :**

Les premiers cas ont concerné la METHICILLINE (actuellement retirée du marché)

Puis qlq publications des NIA dues aux pénicillines, céphalosporines et sulfamides.

**Antituberculeux :** Essentiellement la rifampicine.

**Anti-inflammatoires non stéroïdiens :** Tous les AINS ont été incriminés.

**Diurétiques :** Le furosémide (Lasilix ®), thiazidiques, peuvent provoquer des NIA.

**Hypo uricémiants :** L'allopurinol (Zyloric ®).

### **2. NIA post-infectieuses :**

PNA bilatérale d'origine hématogène

La pyélonéphrite aiguë bactérienne est le prototype de la NIA

D'autres germes : Leptospirose, légionellose, mycoplasme, et toxoplasmose

HNTA VIRUS (fièvre hémorragique), EBV, CMV, HBV...

L'infection par le virus VIH a également été impliquée dans des NIA.

### **3. NIA associée aux maladies générales :**

Auto immunes (mécanisme immuno allergique)

- Lupus : soit associée à l'atteinte glomérulaire (+++) soit NIA isolée (5%).

- Sarcoidose, la NIA granulomateuse a été rapportée.

- Maladie de Sjögren, des néphrites interstitielles sont possibles.

Malignes : lymphomes non hodgkinien, myélome, 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.

## VI 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 à 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 si le patient a déjà été exposé à la substance.

#### NIA sur prise d'AINS

La triade est rare, la NIA est souvent associée à 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.

NIA infectieuse : en générale tableau de sepsis avec geordano bilateral

### B-EXAMENS PARACLINIQUES :

Bilan Rénal : La créatininémie évolue plus lentement que dans la NTA ou GNA.

FNS : L'éosinophilie en cas de NIA liée à la prise d'antibiotiques.

#### Analyse des urines :

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

- L'éosinophilurie (> 1% des leucocytes urinaires) a une spécificité de 72-85%.
  - La protéinurie est modérée faite de bêta-2 microglobuline, lysozyme...
- Une protéinurie néphrotique évoque NIA par prise d'AINS (souvent LGM associée)
- 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 (natruirese abondante).

### C-RADIOLOGIE :

Des Reins augmentés de taille avec une bonne différenciation cortico sinusale

## VII PRISE EN CHARGE :

### A- Mesures générales :

- Suppression de la cause s'il y en a une.
- Éviter toute autre substance néphrotoxique.
- Corriger toute hypo volémie, HTA...
- le recoure a l'hémodialyse est rare (IRA le plus souvent a diurèse conservée)

### B- Mesures spécifiques :

- Les corticoïdes accélèrent la guérison et améliorent le pronostic des NIA médicamenteuses ; PREDNISONE : 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...
- ATB si NIA d'origine infectieuse.

## VIII PRONOSTIC :

### Critères cliniques :

- En fonction de l'élément déclenchant:
  - Bon après infections,
  - Bon pour le Sd de Dobrin
- NIA médicamenteuse : le pronostic à 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.

### Critères Histologiques :

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