

# Glomérulonéphrite Aigue

(Post infectieuse)

## Définition :

GNA post infectieuse est une maladie glomérulaire relativement fréquente chez nous, 1 à 3 semaine après l'infection apparaissent des œdèmes, protéinurie modéré, hématurie, souvent HTA et IRA.

## Etiologie :

L'agent infectieux le plus souvent responsable est un streptocoque  $\beta$ -hémolytique de groupe A (surtout infection ORL) , plusieurs types sérologique néphritogènes en particulier type A12 ( responsable d'angine) , A49 (responsable d'infection cutanée). Le plus souvent apparaissent sous forme d'épidémie parfois sporadique ; infection à pneumocoque-staph-méningo ou à la suite d'une infection virale (rougeole, varicelle).

## Clinique :

-exceptionnelle avant l'âge de 02 ans ; maladie du grand enfant.

-les premiers signes de la maladie apparaissent 10 à 20 jours après l'infection :

- Malaise général.
- Hématurie macroscopique confirmé par la chimie des urines.
- Oedèmes de la face qu'il faut les rechercher au niveau des membres inferieures
- Protéinurie modérée constante exceptionnellement peut générer un sd néphrotique ( $\neq$  hypoalbuminémie).
- HTA modérée transitoire dans les  $\frac{1}{2}$  des cas (aide le dgc).
- Insuffisance rénale aigue transitoire, observée dans les  $\frac{1}{3}$  des cas, elle s'accompagne d'oligurie même d'anurie.

-Parfois les signes sont réduite  $\rightarrow$  peuvent passés inaperçus.

-Parfois l'enfant se présent avec des complications mettant en jeu le pronostic vital dont le faut un TRT d'urgence :

- ✓ Surcharge cardiovasculaire avec OAP et insuffisance cardiaque (bruit de galop)  
 $\rightarrow$ voire asystolie et la mort si pas de TRT.
- ✓ IRA avec oligurie même anurie.
- ✓ Manifestation d'œdème cérébral avec céphalée, convulsion, cécité et engagement (coma)  $\rightarrow$ décès.

### **Biologie :** (stigmate d'infection causale)

- ✓ Prélèvement de la gorge est le plus souvent négatif (si infection ORL).
- ✓ Dosage des ASLO à distance de l'infection, répété 2 à 3 fois tous les 15 jours.
- ✓ Diminution du complément hémolytique total CH50 même le fractionné C3 précocement et qu'elle va se normaliser au bout de 2 mois.

### **Anapath :**

- A la microscopie optique les glomérules apparaissent hypercellulaire.
- A fort grossissement on va voir des multiplications des cellules mésangiales et appel des cellules au niveau des glomérules (PNN à l'intérieure des capillaire sanguins).
- Du coté épithélial on a des dépôts conique : HUMP, à l'immunofluorescence on observe un dépôt cellulaire au niveau de ces bosses.

### **Evolution et pronostic :**

- En générale favorable, avec disparition des signes dans quelques jours.
- Hématurie microscopique qui va disparaître progressivement en 6mois.
- GNA rechute exceptionnellement.
- Il faut une surveillance d'une année en moins.

### **Traitement :**

- pas de traitement étiologique.
- surveillance de la diurèse, de la fonction rénale, TA et ionogramme sanguin.
- le traitement est symptomatique :
  - ATBpie à base de pénicilline, érythromycine.
  - Diurétique « furosémide » 1-2mg/kg/j inj si l'enfant n'a pas uriné, on répète tous les 2-4h et en fonction de l'état de l'enfant on peut aller jusqu'à 10mg/kg. Si l'anurie persiste et/ou hyperkaliémie→dialyse.
  - Supplémentation si hypokaliémie.
- indication de la biopsie rénale :
  - \*précoce si les signes cliniques ne se régressent pas ou s'aggravent.
  - \*persistance de l'hématurie macroscopique après 1 mois.
  - \*hématurie microscopique après 6 mois.
  - \*pas de normalisation du C3 au bout de 2 mois.

**Diagnostic différentiel :**

- Pyélonéphrite aigue (c'est une infection rénale confirmée par l'ECBU sans qu'il y ait une hypoalbuminémie).
- Sd néphrotique (protéinurie massive).
- Glomérulonéphrite chronique.

-