



B.ZINE EL ABIDINE, Y.AFKAR, S.LMRANI, N.RGUIG, M. AHARMIM, JE.BOURKADI.

Service pneumo-phtisiologie.

Hôpital Moulay Youssef Salé.

N.SAKOUT

Service néphrologie ,Rabat.

Introduction

La néphrite tubulo-interstitielle est une inflammation des tubules des reins et des tissus qui les entourent. La cause la plus fréquente de la néphrite tubulo-interstitielle aiguë est une réaction immuno-allergique à un médicament.

Nous rapportons un cas de néphrite tubulo-interstitielle dont le diagnostic différentiel se pose principalement entre une néphrite immuno allergique secondaire à la rifampicine et une néphrite tuberculeuse.

Observation clinique

Il s'agit d'un patient de 37 ans, traité pour une tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement en 2019 et déclaré guéri. En octobre 2023, il a été pris en charge pour une rechute. Le contrôle bactériologique réalisé au deuxième mois de traitement a montré une recherche positive de BK dans les expectorations à l'examen direct. Les tests génotypiques (Xpert MTB Rif et XDR)n'ont pas détecté de résistance, mais un dosage sérique des antibacillaires a mis en évidence un sous-dosage en rifampicine. Par conséquent, les posologies ont été ajustées jusqu'à une dose de 28 mg/kg/jour pour atteindre un dosage sérique dans la fourchette thérapeutique.

Dix jours après l'augmentation des doses, le patient a présenté des vomissements et des douleurs abdominales. Une prise en charge symptomatique a été instaurée et un bilan biologique a révélé une insuffisance rénale avec une urée à 2,38 g/L et une créatinine à 88,30 mg/L, tandis que le bilan hépatique était normal. Dans le cadre du bilan étiologique, nous avons réalisé une protéinurie de 24 heures à 0,47 g/L, des tests immunologiques (ANCA, C3, C4) normaux, ainsi qu'une échographie réno-vésico-prostatique et un uroscanner revenant sans anomalies. Le diagnostic de néphrite interstitielle immunoallergique à la rifampicine a alors été retenu.

Le traitement a été modifié pour inclure la clofazimine, le linézolide et la moxifloxacine, avec une durée prolongée à 15 mois. Cependant, 45 jours après le début de ce protocole, le patient a interrompu le traitement en raison d'une neuropathie périphérique probablement secondaire au Linézolide. Une nouvelle hospitalisation a révélé une aggravation de l'insuffisance rénale(urée à 2.36 g/L ,créatinine à 97.10mg/L), malgré l'arrêt de la rifampicine depuis 45 jours. Le diagnostic initial de néphrite interstitielle immunoallergique a été écarté au profit d'une atteinte rénale d'origine tuberculeuse.

Le patient a été placé sous un régime thérapeutique atténué avec RH 1jour/2. Un dosage sérique des antituberculeux avec une posologie de la rifampicine à 10 mg/kg/j a objectivé des concentrations dans les fourchettes thérapeutiques. L'évolution a été marquée par une amélioration de l'état général, la disparition des vomissements et une amélioration progressive de la fonction rénale. Le dernier bilan montrait une urée à 0,70 g/L et une créatinine à 19,40 mg/L.

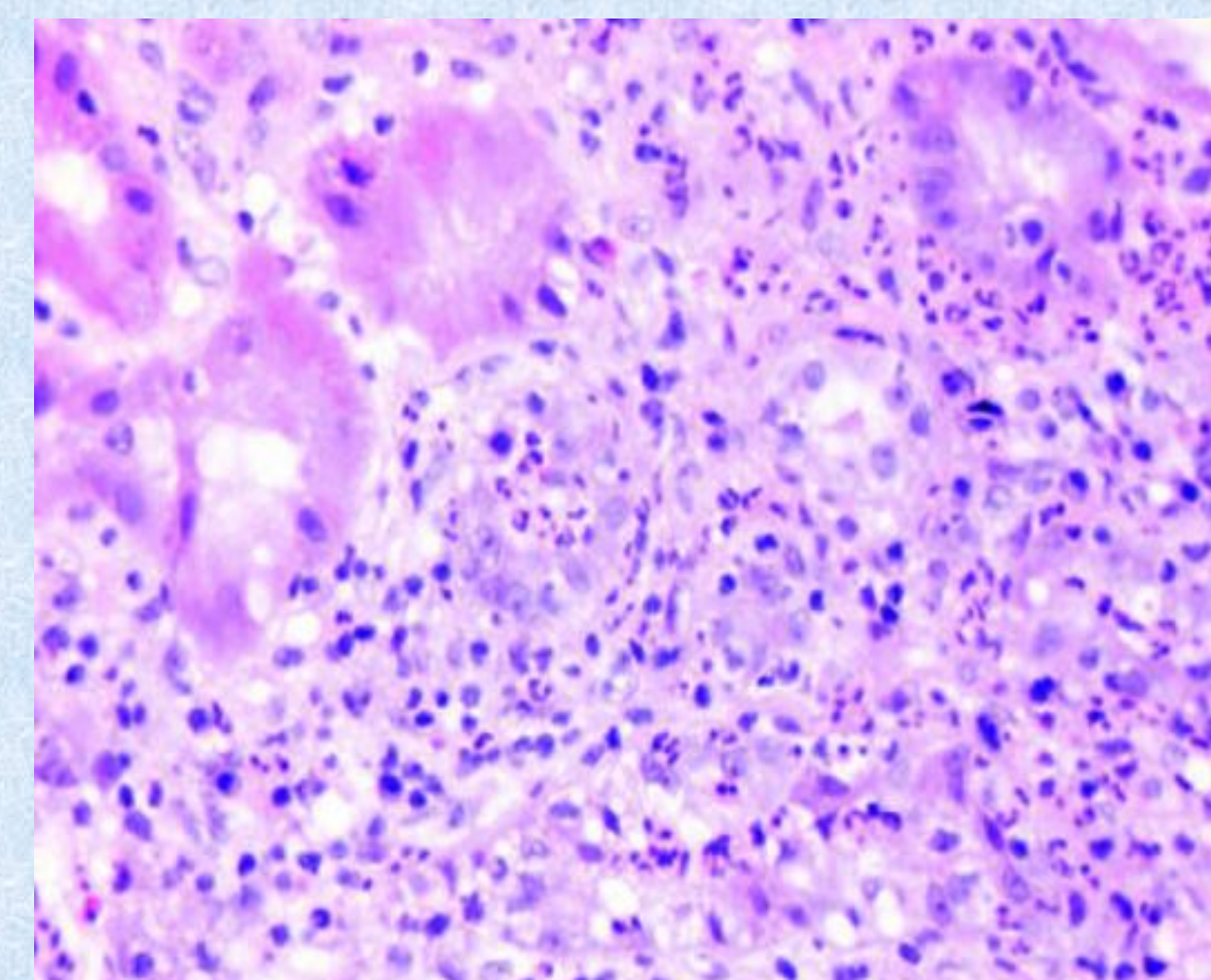


Figure 1:Infiltrat inflammatoire interstitiel sévère, composé de polymorphonucléaires, de quelques histiocytes, plasmocytes et de rares éosinophiles, l'image histologique est compatible avec une néphrite tuberculeuse .(3)

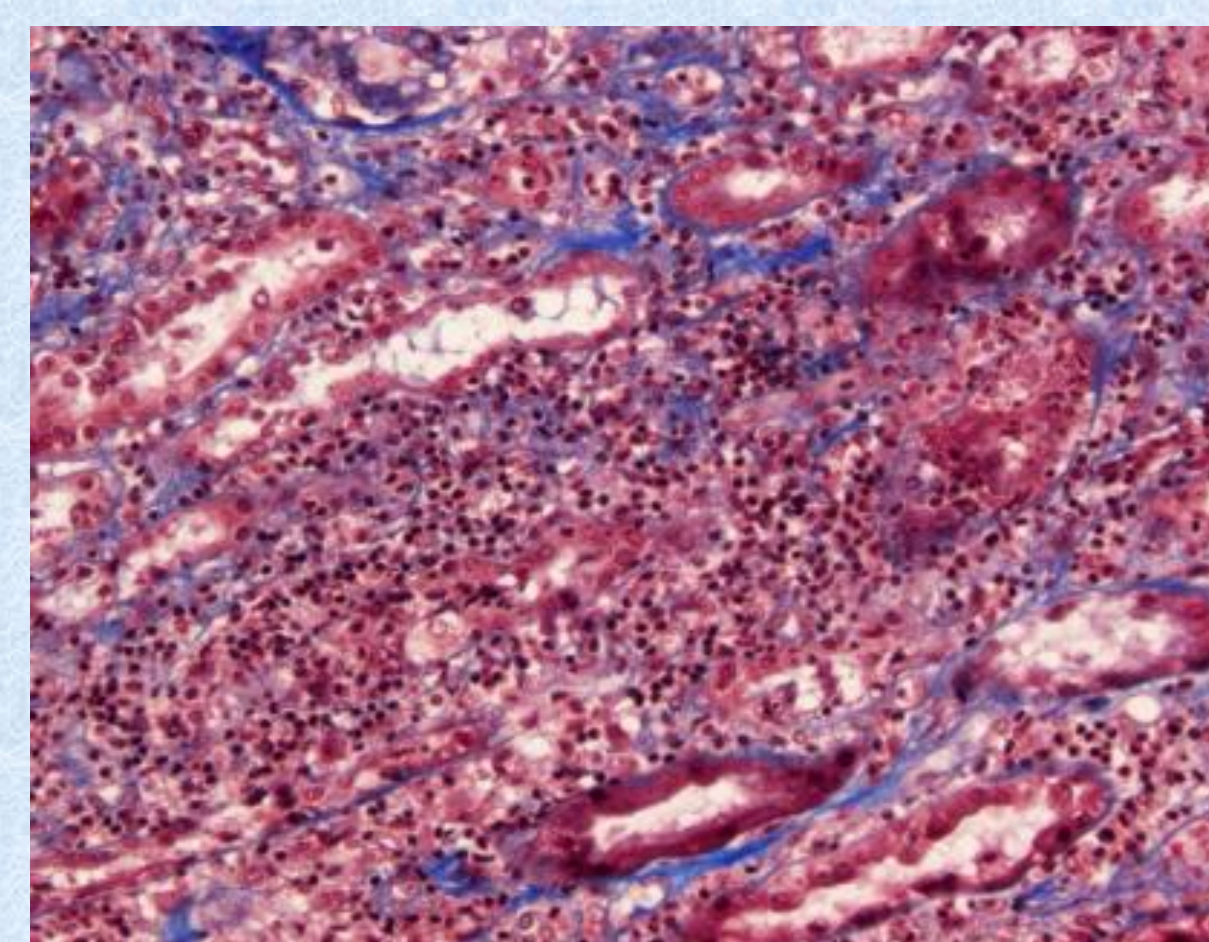


Figure 2:Biopsie rénale. Infiltrat interstitiel intense et lésions de nécrose tubulaire (néphrite tubulo-interstitielle immuno-allergique).(4)

Discussion

La présentation clinique de la néphrite interstitielle immuno-allergique est peu spécifique. Le délai d'apparition des symptômes, qui surviennent entre l'introduction du traitement et l'apparition des signes cliniques, varie de quelques jours à quelques semaines, avec une moyenne d'environ 10 jours (1). La fonction rénale est altérée dans des proportions variables. La diurèse est généralement préservée, et la protéinurie, constante, est modérée à faible, accompagnée d'hématurie et de leucocyturie. L'examen histologique révèle un infiltrat lymphocytaire, souvent en foyers ou diffus, un œdème interstitiel, ainsi que des signes de nécrose tubulaire (1).

En revanche, dans la néphrite tuberculeuse, l'histologie montre des granulomes épithélioïdes, souvent associés à des cellules géantes de type Langhans, avec ou sans nécrose caséuse. En cas de tuberculose pulmonaire active, accompagnée d'une altération de la fonction rénale, le diagnostic différentiel doit se faire principalement entre une néphrite immunoallergique médicamenteuse (due à la rifampicine) et une néphrite tubulo-interstitielle infectieuse (tuberculose). C'est précisément ce cas qui se présentait chez notre patient. Initialement, une néphrite immunoallergique a été suspectée, en raison de la diurèse préservée, d'une protéinurie modérée et d'une leucocyturie aseptique. Cela a conduit au changement de traitement.Cependant, face à l'absence d'amélioration de la fonction rénale après l'arrêt de la rifampicine, une néphrite tubulo-interstitielle infectieuse (tuberculose) a finalement été retenue. Ce diagnostic a été retenu malgré une échographie rénale et un uroscanner normaux. Le patient a été placé sous un régime thérapeutique atténué avec RH 1jour/2. Un dosage sérique des antituberculeux avec une posologie de la rifampicine à 10 mg/kg/j a objectivé des concentrations dans les fourchettes thérapeutiques, après éducation du patient pour arrêter la prise de plantes utilisées en automédication contre une toux sèche gênante, responsable du sous-dosage initial.

La ponction biopsie rénale reste l'examen de référence, permettant de mettre en évidence deux atteintes histologiques principales : la néphrite tubulo-interstitielle immunoallergique (due à la rifampicine) et la néphrite tubulo-interstitielle infectieuse (due à la tuberculose).Mais elle n'a pas été réalisée chez notre patient.

Conclusion

La survenue d'une insuffisance rénale chez un patient présentant une tuberculose pulmonaire active sous traitement antibacillaire de 1^{ère} ligne doit faire rechercher une néphrotoxicité médicamenteuse (rifampicine) ou une néphrite tubulo-interstitielle d'origine tuberculeuse.(2)

Bibliographie

(1) Néphropathie interstitielle immuno-allergique Drug-induced acute interstitial nephritis S. Caillard *, B. Moulin Service de néphrologie transplantation, hôpital central, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg, France Reçu le 13 février 2003 ; accepté le 5 mars 2003.

(2) Tuberculose et atteintes rénales : à propos d'un cas inhabituel :[Catherine Stoermann-Chopard](#) ,[Solange Moll](#) ,[Isabelle Binet](#) ,[Pierre-Yves Martin](#)
DOI: 10.53738/REVMED.2003.61.2426.0469.

(3) Revue médicale suisse Tuberculose et atteintes rénales : à propos d'un cas inhabituel
[Catherine Stoermann-Chopard](#) ,[Solange Moll](#) ,[Isabelle Binet](#) ,[Pierre-Yves Martin](#).

(4) Néphropathie interstitielle immuno-allergique Drug-induced acute interstitial nephritis S. Caillard *, B. Moulin Service de néphrologie transplantation, hôpital central, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg, France.