



NÉPHROPATHIE A IGA RÉVÉLÉE PAR UN SYNDROME PNEUMO-RÉNAL

1^{er} Auteur : roua, MANKAI, AHU, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE

- jihen, OUALI, Spécialiste, Néphrologie, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- rached, JAZI, Spécialiste, Néphrologie, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- houda, FERIANI, Spécialiste, Néphrologie, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- salma, DGHAIES, AHU, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- wafa, SKOURI, AHU, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- sabrine, BACHROUCH, AHU, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- hamida, KHEMIRI, AHU, Hématologie, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- latifa, KHELIFA, MCA, Hématologie, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- wafa, GARBOUJ, Spécialiste, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- haifa, TOUNIS, MCA, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- manel, LAJMI, Spécialiste, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE
- raja, AMRI, MCA, Médecine interne, Hôpital MTM, Nabeul, TUNISIE

Introduction:

La néphropathie à IgA (maladie de Berger) est une glomérulonéphrite primitive qui se révèle majoritairement par une atteinte rénale hématuriante associée ou non à une insuffisance rénale. La présence d’une atteinte pulmonaire est extrêmement rare et fait évoquer une vascularite à IgA. Nous rapportons le premier cas d’une néphropathie à IgA révélée par un syndrome pneumo-rénal.

Observation:

Il s’agissait d’un homme âgé de 53 ans, tabagique à 31 paquets-années et qui avait une hypertension artérielle diagnostiquée depuis une année associée à la découverte d’une insuffisance rénale avec créatinine initiale à 208µmol/l non suivies. Il a consulté les urgences pour une dyspnée aigue avec des douleurs thoraciques associées à une hémoptysie de faible abondance d’évolution chronique. A l’examen, il avait une pâleur cutanéomuqueuse et un œdème des membres inférieurs blancs mous gardant le godet. La tension artérielle était égale à 140/70 mmHg. Le patient n’avait pas de lésions purpuriques. Aux bandelettes urinaires il avait une hématurie à 3 croix de même pour la protéinurie. A la biologie, il avait une anémie normochrome normocytaire à 7,3g/dl sans autres cytopénies. La créatinine était élevée à 693 µmol/l et une urée à 25mmol/l. la protéine C activée était égale 70 mg/dl. L’ionogramme était sans anomalies. Il avait une hypo albuminémie à 29,8g/l et des protides totaux normaux à 70g/l. Sur le plan immunologique, les anticorps anti-nucléaires, les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles et les anticorps anti membrane basale glomérulaire étaient tous négatifs. L’échographie abdominale a révélé des reins de taille normale avec une différenciation cortico sous corticale moyenne ainsi qu’un épanchement intra péritonéal. L’échographie trans-thoracique a révélé une lame d’épanchement péricardique. L’angioscanner thoracique a éliminé une embolie pulmonaire et a mis en évidence un épanchement pleural de moyenne abondance, une condensation parenchymateuse du segment dorsal du lobe supérieur droit et lobaire inférieure homolatérale et des troubles ventilatoires en bandes avec des plages en verre dépoli. Une séance d’hémodialyse en urgence a succédé l’exploration scannographique. La fibroscopie bronchique n’a pas été tolérée par le malade. La ponction biopsie rénale a montré des lésions tubulo-interstitielle importantes, des lésions de prolifération, un épaississement mésangial, un infiltrat inflammatoire diffus et des lésions importantes de fibrose. A l’immunofluorescence, présence de dépôt focal d’IgA. Comme les autres causes de l’hémoptysie ont été éliminé, l’imputabilité du syndrome pneumo-rénal à la néphropathie à IgA a été retenue et le patient était traité par corticothérapie selon le protocole de POZZI avec amélioration sur le plan respiratoire. Néanmoins, il a gardé une insuffisance rénale chronique avec nécessité d’hémodialyse 3 fois par semaine.

Discussion:

Les manifestations systémiques au cours de la néphropathie à IgA ne sont pas connues. Les atteintes articulaire, digestive et pulmonaire sont l’apanage de la vascularite à IgA qui n’a pas pu être retenue dans notre cas devant l’absence de purpura vasculaire qui représente un critère majeur au diagnostic. Un syndrome pneumo-rénal révélant une néphropathie à IgA n’était pas décrit auparavant.

Conclusion: Il s’agit de la première observation mettant en évidence une présentation systémique de la néphropathie à IgA.