

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique



Université BADJI-MOKHTAR ANNABA
Faculté de médecine Annaba

باجي مختار عنابة جامعة
كلية الطب

Conférence de Résidanat

Polycopié destiné aux résidents

2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année

En Pédiatrie

**Glomérulonéphrite aigue post
streptococcique de l'enfant**

Auteur : Dr Belamri Djamila

Visas :

Chef de service

De Pédiatrie Chargé DPGR

Président du CPRS

Vice doyen

Glomérulonéphrite aigue post streptococcique de l'enfant

Plan

I/ Introduction

1/ Objectifs Pédagogiques

2/ Définition

3/ Intérêt

4/Pathogénie

5/ Physiopathologie

6/ Anatomie pathologique

II/ Diagnostic Positif

A/ Etude clinique

B/ Etude Biologique

III/ Evolution et complications

IV/ Traitement

A/ Traitement curatif

B/ traitement préventif

V/ Conclusion

VI/ Bibliographie

I/ Introduction

1/ Objectifs Pédagogiques :

- Être capable de faire le diagnostic d'une GNA et la traiter
- Savoir dépister les complications aiguës de la GNA et les traiter en urgence
- Savoir Surveiller le malade à long terme
- Savoir poser l'indication de la PBR et les critères de guérison

2/ Définition :

2-1/ Glomérulonéphrite : désigne

*Ensemble de signes cliniques fait d'un syndrome néphritique (insuffisance rénale + hématurie macroscopique + Œdème + HTA inconstante) ± un syndrome néphrotique.

*Ensemble de lésions histologiques d'atteinte rénale, dont l'évolution est différente, dont certains cas le pronostic reste réservé.

↓ Intérêt de parler **Glomérulonéphrite à début aiguë**

2-2/Glomérulonéphrite aiguë post streptococcique : atteinte inflammatoire non suppurative diffuse et générale des glomérules des deux reins

3/ Intérêt

- **Fréquence** : 1^{ère} pathologie en néphrologie pédiatrique
- **Age** : > 2ans avec un pic en âge scolaire
- **Germe** : Streptocoque B hémolytique A (A12), méningocoque, staphylocoque, leishmania Donovanii, virus de la varicelle, Coxa virus
- **Porte d'entrée** : ORL (amygdalite, sinusite, rhinopharyngite) ou cutanée (impétigo, érysipèle)
- **Saison** : été et hiver printemps

4/ Pathogénie

Origine⇒Immunologique (prouvée actuellement) en rapport avec la formation de complexe immun circulant soluble (Ag-AC)

↓

Lésion mésangiale endocapillaire⇒ Stimulation d'une cascade de médiateur + activation du système du complément


↓

Consommation du complément C3 associée à des lésions immunologiques dont l'évolution se fait pour son propre compte.

5/ Physiopathologie

Inflammation non suppurative des glomérules = lésion glomérulaire → Hématurie ± protéinurie ↓ Œdème

Diminution de la filtration glomérulaire → Rétention hydro sodé
HTA



6/ Anapath

- Prolifération endocapillaire du glomérule (glomérule de volume ↑ + hyper cellulaire)
- Dépôt humps (C3, IgG) au niveau du versons épithéliale de la MBG
- Forme sévère : Prolifération cellulaire dans l'espace de Bowman (extra capillaire) ⇒ dépôt de croissants cellulaire évoluant vers la fibrose (GNA maligne)

II/ Diagnostic Positif

A/ Etude clinique

Début : brusque 10-21 jours après l'épisode infectieux

Signe révélateurs :

*Syndrome néphrétique

*HTA limite : HTAS ou HTAD > 10 mm Hg aux valeurs 97,5^{ème} percentile

*HTA confirmée : HTAS ou HTAD > 10 – 30 mm Hg aux valeurs 97,5^{ème} percentile

*HTA menaçante : HTAS ou HTAD > 30 mm Hg aux valeurs 97,5^{ème} percentile

*Complications : D. cardiaque, OAP, IRT, Œdème cérébral (convulsion, coma, cécité)

***Exceptionnellement :**

- Forme asymptomatique (50% cas) : signes cliniques discret + Signe biologique ++)
- Forme sans sang ni protéinurie : même tableau clinique que celui des formes classique avec un sédiment urinaire normale
- Forme avec un syndrome néphrotique (GNMP +++) où le pronostic est réservé

B/ Etude biologique

Signes urinaires	Signes sanguins
✓ Hématurie : Compte d'Addis (Macro ou microscopique)	✓ Fonction rénale perturbée (Urée ↑, créatinine normale, clearance de la créatinine basse)
✓ Protéinurie non sélective → syndrome néphrotique	✓ Bilan lipido protidique normal sauf si syndrome néphrotique associé
✓ Examen du culot urinaire (hématies,	

leucocytes, cylindre hyalin, cylindre hématique) ✓ Fonction rénale basse	✓ C3, C4 bas ✓ ASLO ↑, stréptokinase ↑, anti desexorubo nucléase B ↑
---	---

A retenir

GNA post streptococcique = Intervalle libre + Syndrome néphrotique + C3 bas + ASLO ↑ jusqu'à preuve du contraire

III/ Diagnostic différentiel

- | | |
|--|----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Début aigue d'une GNC ✓ Maladie de Berger* Evolution inhabituel d'une GNA considérée ✓ Syndrome d'Alport comme post-infectieuse ✓ GN du purpura rhumatoïde* Persistance de signe de gravité ✓ GN dans le LED | Diagnostic à considérer si |
|--|----------------------------|

IV/ Evolution et Complication

A/ Surveillance

Clinique	Biologique
Examen cardiovasculaire, pleuropulmonaire, Poids/j, TA 2/J, CU/J	Diurèse/ 24H et Horaire, Fonction rénale Si signe d'appel Fond d'œil, Radio du thorax, C3

B/ Complications

En rapport avec l'HTA et l'Oligurie

- OAP, défaillance cardiaque
- Convulsion avec une encéphalopathie hypertensive
- Amaurose réversible, Anurie et IRA

C/ Surveillance à long terme : Les contrôles seront rythmés de la manière suivante :

1mois après le début de la maladie, puis tous les 3mois jusqu'à 1 an à la recherche

C-1/ Critères de guérison

- *Régression du syndrome néphrétique en quelques jours
- *Disparition de l'hématurie macroscopique en 1mois et microscopique dans 80% en 18mois
- *Disparition de la protéinurie en 3mois et parfois en 6mois
- *Normalisation du complément C3 dans un délai de 6 à 10 semaines

*Normalisation des ASLO en 15 jours

C-2/ Indication de la PBR

- ✓ Anurie plus de 4 jours, IR
 - ✓ Syndrome néphrotique au-delà de 3 semaines
 - ✓ C3 bas plus de 10 semaines
 - ✓ Protéinurie > 1g/24h plus d'un mois
 - ✓ Hématurie macroscopique plus d'un mois
 - ✓ Hématurie microscopique plus de 18 mois
 - ✓ Hématurie microscopique récidivante
- } **GEC ou GEEC= GNA maligne** ⇒
} Immunosuppresseur, Ctc, Dialyse

IV/ Traitement

A/ Traitement curatif

A- 1/ traitement anti infectieux 600.000 lorsque < de 27kg

*Peni G pendant 10 jours ou Benzatine pénicilline 1200.00 lorsque > de 27kg

Si allergie : **Erythromycine** 50mg/kg/j pendant 10 jours

B-2/ traitement anti rétention hydrosodé

- Repos, Restriction hydro sodé (Restriction hydrique = 500cc/m²/J + diurèse) en petite quantité
- Diurétique : Furosémide 1-2mg/kg /prise sans dépassé 10mg/kg /j pendant 5 jours
- Inhibiteur calcique : 0,5mg/kg/j
- B Bloquant : 5mg/kg/j
- Népréssol 1-3mg/kg/j par voie oral et 0,25mg/kg/j en IV
- Dialyse si toujours HTA

B/ Traitement préventif

- Traitement par la benzatinepenicilline de toutes les infections ORL streptococcique
- Traitement correct des infections cutanées

V/Conclusion

La GNA post streptococcique est fréquente chez l'enfant, son diagnostic est facile mais ses complications immédiates peuvent compromettre le pronostic vital. A long terme le pronostic est excellent.

Bibliographie

1/ G. Deschênes. Glomérulonéphrite aiguë postinfectieuse. Encyclopédie Médico-chirurgicale 4-084-C-20

2/ L Mercadal, T Petitclerc. Glomérulopathies : Classification et Pronostic. Akos, encyclopédie Pratique de Médecine 5-0460