



Une pyélonéphrite candidosique révélant une poussée de Lupus

QR CODE

A Mefteh, R Ben Salah, M Snoussi, S Marzouk, Z bahloul

Service de médecine interne, CHU Hedi chaker sfax

Introduction :

- Les infections urinaires à *Candida glabrata* se voit dans 15.6% des candiduries.
- Ces candiduries ne sont responsables d'une pyélonéphrite que rarement.
- On rapporte le cas d'une patiente ayant eu une pyélonéphrite bilatérale à *Candida glabrata* révélant une poussée de sa maladie.

Observation :

- ♀, âgée de 48 ans
- suivie pour lupus érythémateux systémique (LES)
- Elle a été hospitalisée dans notre service en Août 2020 dans un tableau d'altération de l'état général
- **À l'examen:**
 - température à 38,6°
 - sensibilité de l'hypochondre gauche et épigastrique.
 - ébranlement lombaire douloureux à gauche
 - œdème des 2 membres inférieurs de type rénal
- **à la biologie:**
 - syndrome inflammatoire biologique
 - anémie normochrome normocytaire arégénérative à 6.9 g/dl
 - un test de Coombs direct positif sans hémolyse
 - insuffisance rénale aigue avec une créatinine à 116 µmol/l.
 - un syndrome néphrotique
- **à l'ECBU:** urines troubles + leucocyturies à 80 000 EB/ml.
- **échographie rénale :** une infiltration de la graisse périrénale gauche sans collection décelable.

→ mise sous Céfotaxime 1g*3/j

→ évolution: persistance de la fièvre, aggravation des douleurs lombaires devenant bilatérales et augmentation de la CRP à 202 mg/l.

• **À examen mycologique des urines :** une *Candida glabrata*.

• **Au TDM thoraco-abdomino-pelvien:**

une densification de la graisse périrénale en bilatéral +épaississement régulier des fascias périrénaux sans collection, un épanchement péritonéal, pleural bilatéral et péricardique.

→ le diagnostic de pyélonéphrite aigue bilatérale bactérienne décapitée et candidosique a été retenu.

→ La patiente a été traitée par fluconazole et imipénèmes pendant 17 jours avec bonne évolution.

◆ **Pour le LES:**

*poussée hématologique, une polysérite, un SIB, un complément bas et une atteinte rénale grave :une néphropathie lupique stade III et V.

*TTT:

bolus de méthylprednisolone relayé par une corticothérapie forte dose pendant 8 semaines 6 bolus mensuels de cyclophosphamides relayé par azathioprine.

*Bonne évolution clinico-biologique

Conclusion :

Les patients lupiques ont un risque accru d'infection. Il faut toujours y prévenir car elles peuvent engager le pronostic vital.