



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/nephro>

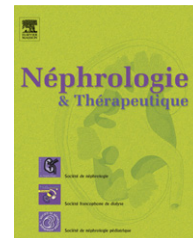


IMAGE EN NÉPHROLOGIE

Candidose et néphrite tubulo-interstitielle granulomateuse

Candidemia and granulomatous tubulointerstitial nephritis

Geneviève Benoit^{a,*}, Nicolas Mandalenakis^b, Claire Faucher^a, François Madore^a

^a Service de néphrologie, hôpital du Sacré-Coeur, université de Montréal, 5400, boulevard Gouin-ouest, Montréal, Québec H4J 1C5, Canada

^b Service de pathologie, hôpital du Sacré-Coeur, université de Montréal, Montréal, Canada

Reçu le 18 février 2008 ; accepté le 17 mars 2008

MOTS CLÉS

Candida ;
Néphrite
tubulo-interstitielle ;
Insuffisance rénale

KEYWORDS

Candida;
Tubulointerstitial
nephritis;
Renal insufficiency

Résumé L'infection à *Candida* est une cause relativement fréquente d'infection hémotogène nosocomiale chez le patient immunosupprimé. Cependant, l'atteinte rénale demeure inhabituelle. De plus, l'identification directe de *Candida* à la biopsie rénale est rarement possible. Nous présentons un cas d'insuffisance rénale aiguë secondaire à une néphrite tubulo-interstitielle à *Candida albicans*.

© 2008 Elsevier Masson SAS et Association Société de Néphrologie. Tous droits réservés.

Summary *Candida* infection is a relatively common cause of nosocomial bloodstream infection in immunosuppressed patients. However, renal involvement is infrequent. Moreover, direct *Candida* identification on kidney biopsy is rarely possible. We present a case of renal insufficiency secondary to *Candida albicans* tubulointerstitial nephritis.

© 2008 Elsevier Masson SAS et Association Société de Néphrologie. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : genevievebenoit@yahoo.ca (G. Benoit).

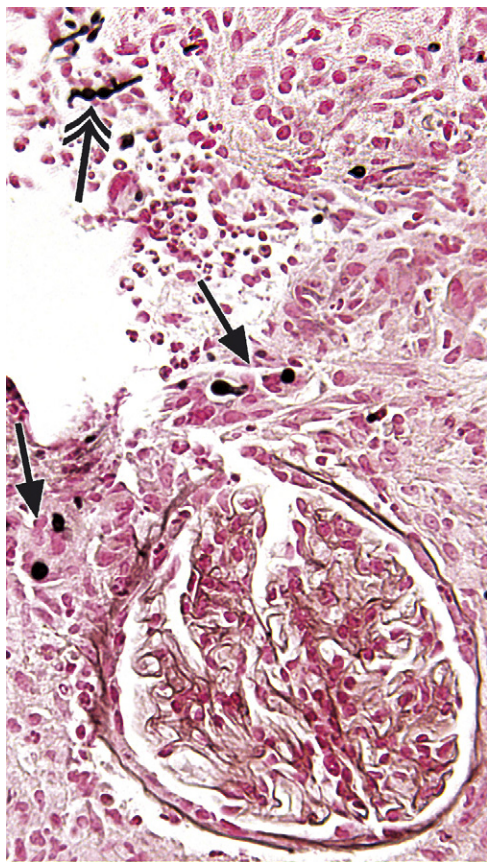


Figure 1 Atteinte tubulo-interstitielle granulomateuse. La coloration de Gomori-Grocott révèle plusieurs champignons sous forme de spores (flèche pleine) et d'hyphes (flèche à pointe double) dont l'aspect est compatible avec une candidose.

Cas clinique

Une femme de 21 ans s'est présentée avec des manifestations cliniques graves de colite de Crohn, requérant l'administration de méthylprednisolone, purinéthol et infliximab. En raison d'un état cachexique prononcé, elle fut également traitée par hyperalimentation intraveineuse. Au cours de l'hospitalisation, la patiente développa une insuffisance rénale aiguë, la créatinine sérique augmentant jusqu'à $237 \mu\text{mol/L}$ sur une période de dix jours. L'analyse d'urine démontra une hématurie microscopique et une leucocyturie,

sans protéinurie ni cylindrurie et la culture d'urine se révéla négative. À l'échographie rénale, les deux reins étaient de volume augmenté (15 cm) avec un cortex légèrement hyperéchogène. La biopsie rénale révéla une atteinte tubulo-interstitielle granulomateuse. De plus, la coloration argentine de Gomori-Grocott, permettant la coloration des éléments fongiques, révéla la présence d'hyphes et de spores (Fig. 1). Les hémocultures permirent d'identifier la présence d'une fungémie à *Candida albicans*. Par ailleurs, l'échographie cardiaque démontra des signes compatibles avec une myocardite et l'examen ophtalmologique révéla une rétinite fongique, le tout correspondant à des atteintes de candidose systémique. Suite à un traitement antifongique au fluconazole, la fonction rénale s'est nettement améliorée, la créatinine sérique s'étant normalisée ($77 \mu\text{mol/L}$) un mois plus tard.

L'infection à *Candida* est la quatrième cause la plus fréquente d'infection nosocomiale hématogène aux États-Unis [1]. Les manifestations cliniques de la candidose systémique sont diverses et incluent, entre autres, l'endocardite infectieuse, l'ostéomyélite, l'endophtalmite et la candidose hépatosplénique. L'atteinte rénale est moins fréquente et l'identification directe de *Candida* à la biopsie rénale est rarement possible. La néphrite tubulo-interstitielle granulomateuse [2], la pyélonéphrite emphysémateuse [3] et la nécrose papillaire rénale [4] causées par l'infection à *Candida* sont rapportées. Bien que le pronostic de ces manifestations rénales varie selon les cas, on rapporte dans la littérature que la pyélonéphrite emphysémateuse nécessite fréquemment une intervention chirurgicale (néphrectomie) pour assurer une éradication complète de la maladie. Notre observation illustre une complication peu fréquente de l'infection à *Candida*, soit l'insuffisance rénale aiguë, et l'efficacité du traitement antifongique pour le traitement de cette condition.

Références

- [1] Pappas PG. Invasive candidiasis. *Infect Dis Clin N Am* 2006;20: 485–506.
- [2] Meehan SM, Josephson MA, Haas M. Granulomatous tubulointerstitial nephritis in renal allograft. *Am J Kidney Dis* 2000;36:E27.
- [3] Hildebrand TS, Nibbe L, Frei U, Schindler R. Bilateral emphysematous pyelonephritis caused by *Candida* infection. *Am J Kidney Dis* 1999;33:E10.
- [4] Tomashefski Jr JF, Abramowsky CR. *Candida*-associated renal papillary necrosis. *Am J Clin Pathol* 1981;75:190–4.