

# La Lettre d'ICAR en INFECTIOLOGIE

Avec le parrainage de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse

**Comité Scientifique**  
Yvon Berland, Marseille  
Gilbert Deray, Paris  
Maurice Laville, Lyon

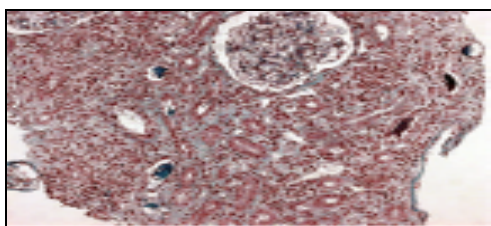
**Coordinateur National**  
Vincent Launay-Vacher, Paris

**Coordinateurs Régionaux**  
Philippe Brunet, Marseille  
Jean-Pierre Fauvel, Lyon  
Svetlana Karie, Paris

## IRIS et DILS : le spectre de l'atteinte rénale chez le patient VIH + s'élargit

L'atteinte rénale est fréquente et polymorphe au cours de l'infection par le VIH. L'HIVAN est l'atteinte rénale la plus documentée chez le patient VIH. Toutefois d'autres type de syndromes rénaux sont moins connus. C'est le cas de l'IRIS et du DILS.

**L'IRIS (Immune Restoration Inflammatory Syndrome)** ou syndrome de restauration immunitaire (SRI) est défini comme une réaction inflammatoire « paradoxale » en réponse à une infection infraclinique (ou antérieurement traitée) ayant lieu pendant la phase de reprise de fonction du système immunitaire suite au traitement par HAART (Highly Active AntiRetroviral Therapy) [1]. La prévalence de l'IRIS chez les sujets VIH + présentant des infections opportunistes varie entre 15 et 45 %. Le délai d'apparition de la maladie est, en moyenne, de 60 jours après l'introduction de l'HAART [2] (extrêmes compris entre 3 et 658 jours) [3]. La réaction inflammatoire peut toucher différents organes et systèmes : le foie, le pancréas, les poumons, les ganglions lymphatiques, les yeux, le tube digestif, la peau, les os et le rein. Le tableau classique consiste en une reprise de la fièvre et en une augmentation de volume des ganglions lymphatiques chez un patient infecté par le VIH traité pour une tuberculose, après l'introduction d'une trithérapie antiretrovirale. Dans ce cas précis, des cas d'insuffisance rénale aiguë ont été décrits [4,5]. L'augmentation de la créatininémie est associée à une faible protéinurie de profil tubulaire. La diurèse est conservée. La biopsie rénale met en évidence un infiltrat interstitiel associé ou non à une atteinte granulomateuse. Il n'y pas de lésions glomérulaires, l'analyse en immunofluorescence est négative.



Infiltrat interstitiel rénal dans le cadre de l'IRIS  
(avec autorisation, E. Daugas *et al.* Nat Clin Pract Nephrol 2006)

Le délai entre l'HAART et les manifestations rénales de l'IRIS était de 4 jours dans un cas [5] et de 2 mois dans l'autre [4]. Le délai entre l'initiation du traitement antituberculeux et l'introduction de l'HAART était de 1 mois [5] et de 15 jours [4]. Un court délai entre le début du traitement de l'infection opportuniste et celui de l'HAART peut être un facteur de risque.

Le diagnostic différentiel consiste en élimination d'une néphrotoxicité médicamenteuse, d'une hémopathie maligne ou d'infection. Dans ces 2 observations, une évaluation favorable de la fonction rénale a été observée sous traitement par la prednisolone (1 mg/kg/jour). Le traitement par l'HAART était maintenu.

**Le DILS (Diffuse Infiltrative Lymphocytic Syndrome)** ou lymphocytose infiltrative diffuse (LID) ou Sjögren-like syndrome. Sa prévalence semble être significativement diminuée depuis l'introduction des HAART. Ainsi, chez des patients VIH positifs grecs, 7,8 % d'entre eux présentaient des signes de DILS dans une étude publiée en 1998 [6] contre 1,53 % en 2003 [7]. Cette affection est secondaire à une prolifération oligoclonale des lymphocytes T CD8 en réponse à certains antigènes du VIH. Le tableau clinique est celui d'une maladie systémique. L'infiltration lymphocytaire est massive pouvant détruire des organes présentant les antigènes du VIH. Une atteinte des glandes parotidiennes est observée dans 100 % des cas. Les autres organes pouvant être affecté sont les poumons, les muscles, le foie, les nerfs et le rein. Toutefois, l'atteinte rénale est rare. Selon une étude, sa fréquence est d'environ 8 % parmi des patients présentant des symptômes de DILS et elle se manifeste par une acidose tubulaire de type IV et/ou une néphrite interstitielle aiguë avec infiltration lymphocytaire sur la biopsie rénale [8]. L'atteinte rénale est donc non spécifique et se présente cliniquement par une augmentation de la créatininémie, une faible protéinurie et souvent une leucocyturie. La biopsie rénale peut être évitée lorsqu'un organe plus accessible est atteint (glandes parotidiennes, par exemple). Le traitement repose sur une corticothérapie et la trithérapie antirétrovirale. L'évolution de la fonction rénale est partiellement favorable [9].

**Conclusion :** L'atteinte rénale dans le cadre de l'IRIS et du DILS est rare. Cependant, étant donnée sa sévérité, elle doit être recherchée systématiquement afin de poser le diagnostic le plus tôt possible et mettre en place un traitement par corticoïdes. L'atteinte rénale se manifeste dans les deux cas par une néphropathie tubulo-interstitielle aiguë avec les signes classiques de ce type d'affection. Dans le cas de l'IRIS, une introduction récente de l'HAART dans le contexte d'une infection opportuniste joue un rôle déclenchant, alors que dans le cas du DILS il existerait une prédisposition génétique.

Le 29 Décembre 2006

**Références :** [1] Stoll M & Schmidt RE. *Curr HIV/AIDS Rep* 2004; 1(3): 122-7. [2] Shelburne SA *et al.* *Antimicrob Chemother* 2006; 57(2): 167-70. [3] Shelburne SA *et al.* *AIDS* 2005; 19(4): 399-406. [4] Jehle AW *et al.* *Clin Infect Dis* 2004; 38(4): e32-5. [5] Daugas E *et al.* *Nat Clin Pract Nephrol* 2006; 2(10): 594-8. [6] Kordossis T *et al.* *Br J Rheumatol* 1998; 37(6): 691-5. [7] Panayiotakopoulos GD *et al.* *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42(10): 1164-7. [8] Basu D *et al.* *Arthritis Rheum* 2006; 55(3): 466-72. [9] Zafrani L *et al.* Abstract ANO16, Réunion de la Société Française de Néphrologie, Octobre 2006, Lille.

**ICAR** - Tél. 01 42 17 72 30 - Fax 01 42 17 72 12 - E-mail [icar.nephro@psl.aphp.fr](mailto:icar.nephro@psl.aphp.fr)

La diffusion de ce service est assurée avec le soutien du Laboratoire Gilead. La rédaction de la Lettre d'ICAR et les recherches bibliographiques sont effectuées sous la seule responsabilité du Conseil Scientifique et des Coordinateurs d'ICAR. Le Laboratoire Gilead n'est intervenu en aucune façon sur le contenu de la Lettre d'ICAR.