

Biopsies rénales itératives dans la néphropathie lupique

W. Ouhammou, S. Allibou, M. Chettati, W. Fadili, I. Laouad
 Service de néphrologie, CHU Mohammed VI de Marrakech Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

INTRODUCTION

L'atteinte rénale au cours du lupus érythémateux systémique est un déterminant majeur du pronostic de la maladie. La ponction biopsie rénale (PBR) est un moyen diagnostique qui a un intérêt important dans la décision thérapeutique. Une fréquence élevée de transformation de classe anatomopathologique est décrite dans la littérature. L'objectif de ce travail est : d'évaluer le rôle des PBR itératives chez les patients atteints de néphropathie lupique, en ce qui concerne les indications, l'évolution anatomopathologique et de décrire les caractéristiques thérapeutiques et évolutives chez ces patients.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de néphrologie au CHU Mohammed VI de Marrakech incluant une série de patients atteints de néphropathie lupique et qui ont eu au moins 2 PBR sur une période de 6 ans, entre Janvier 2017 et Décembre 2022.

RÉSULTATS

Parmi les patients atteints de néphropathie lupique, 33 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de $29,8 \pm 9$ ans. Le sexe ratio H/F était de 0,17. La PBR a été réalisée à 2 reprises chez 24 cas (72,7%), 7 patients ont eu 3 PBR (21,2%) et 2 patients ont eu 4 PBR (6,1%) (Figure 1). La durée médiane entre 2 PBR était de 19,3 mois. La présence d'hématurie était l'indication de PBR prédominante avec un pourcentage de 33,3% suivie d'une persistance ou aggravation de la protéinurie à 24,2% et un syndrome néphrotique à 21,1%. Les anticorps antinucléaires étaient positifs chez 78,8% des patients et les anticorps anti DNA étaient positifs dans 48,4% des cas, l'hypocomplémentémie C3 était notée dans 75,7% des cas. À l'étude histologique, la classe IV est retrouvée dans 21 cas (63,6%), la classe V est retrouvée dans 4 cas (12,1%) et la classe mixte IV + V dans 6 cas (18,2%). Une évolution de la classe histologique a été observée chez 48,5% des cas. Vingt-et-un patients soient 63,6% ont été traités par l'association corticothérapie IV et cyclophosphamide IV (protocole NIH). Huit malades soit 24,2% ont été traités par MMF en traitement d'attaque. Le recours au rituximab a été indiqué chez 4 malades (12,1%) devant une néphropathie lupique réfractaire. L'évolution a été marquée après un suivi moyen de 3 ans par une rémission dans 36,3% des cas, une détérioration du DFG dans 45,5% des cas avec une insuffisance rénale chronique terminale dans 36,3% des cas (Figure 2).

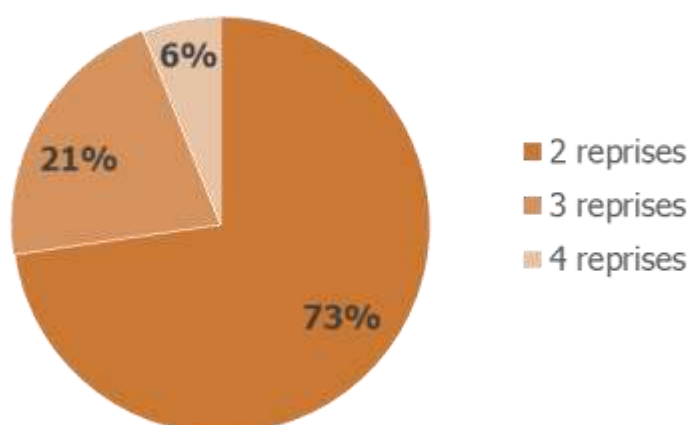


Figure 1 : Répartition des malades en fonction du nombre de PBR itératives réalisées

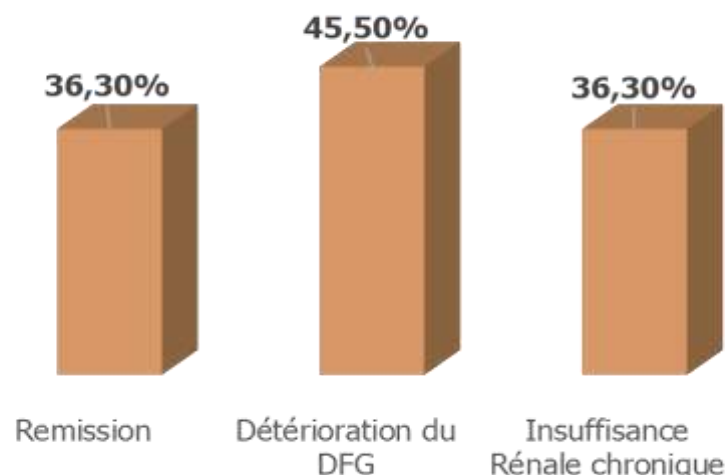


Figure 2 : L'évolution des patients dans notre série

DISCUSSION

La conversion d'une classe histologique à une autre est la caractéristique principale de la néphropathie lupique. Une haute fréquence des transitions (25 % à 50 %) a été décrite dans des études antérieures [1]. Comme d'autres auteurs, nous avons trouvé une prédominance des conversion entre classes prolifératives et mixtes de néphropathie lupique. Dans l'étude de Marinaki S et al. le taux était de 21% de transition entre les classes III et IV et vice versa avec ou sans lésions de classe V [2]. De plus, la conduite thérapeutique selon les guidelines ne font pas la distinction entre les deux classes prolifératives, et la thérapie n'est même pas influencée par l'association avec des lésions de classe V. D'autre part, la transition d'une classe proliférative à une classe non proliférative est rare. L'étude de Lu et al. [3] rapporte un taux de 50 % de ce type de conversion. Les autres études avec une fréquence élevée de changements de lésions prolifératives aux classes non prolifératives variante de 50% à 65%, sont tous avec des biopsies protocolaires [4-6]

CONCLUSION

Les formes prolifératives de l'atteinte rénale dans notre série sont fréquentes et sévères. La PBR permet de différencier entre la stabilisation ou l'aggravation des lésions histologiques ainsi que de trancher entre la nature active ou fibreuse des lésions et par conséquent d'ajuster la conduite thérapeutique.

Références

- [1] Moroni C, Pasquali S, Quaqlini S, Banfi G, Casa-nova S, Maccario M, et al. Clinical and prognostic value of serial renal biopsies in lupus nephritis. Am J Kidney Dis 1999; 34: 530-9.
- [2] Marinaki S, Kapsia E, Liapis G, Gakiopoulou H, Skalioti C, Kolovou K, Boletis J. Clinical impact of repeat renal biopsies in patients with lupus nephritis: Renal biopsy is essential especially later in the course of the disease. Eur J Rheumatol. 2019 Nov 25;7(1):2-8. doi: 10.5152/eurjrheum.2019.18146. PMID: 31782721; PMCID: PMC7001996.
- [3] Lu J, Tam LS, Lai FM, Kwan BC, Choi PC, Li EK, et al. Repeat renal biopsy in lupus nephritis: a change in histological pattern is common. Am J Nephrol 2011; 34: 220-5.
- [4] Gunnarsson I, Sundelin B, Heimbürger M, Forslid J, van Vollenhoven R, Lundberg I, et al. Repeated renal biopsy in proliferative lupus nephritis: predictive role of serum C1q and albuminuria. J Rheumatol 2002; 29: 693-9.
- [5] Esdaile J, Joseph I, MacKenzie T, Kashgarian M, Hayslett JP. The pathogenesis of lupus nephritis: information from repeat renal biopsy. Semin Arthritis Rheum 1993;23:135-148
- [6] Askenazi D, Myones B, Kamdar A, Warren R, Pe-rez M, De Guzman M et al. Outcomes of children with proliferative lupus nephritis: the role of protocol renal biopsy. Pediatr Nephrol 2007; 22: 981-6.