

La néphropathie lupique : Données d'une étude monocentrique

Fatimaezzahra BENSALÉK, Résidente, Service médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire MOHAMED VI, Marrakech, Maroc

- Chadyne TAOUIL, Résidente, Service médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire MOHAMED VI, Marrakech, Maroc
- Mouna ZAHLANE, PES, Service médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire MOHAMED VI, Marrakech, Maroc
- Leila BENJILALI, PES, Service médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire MOHAMED VI, Marrakech, Maroc
- Lamiaa ESSAADOUNI, PES, Service médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire MOHAMED VI, Marrakech, Maroc

Introduction

La néphropathie lupique (NL) est une complication grave et fréquente du lupus érythémateux disséminé (LED). Elle est un facteur pronostique qui présente une corrélation significative avec l'augmentation de la morbidité et de la mortalité [1]. Notre étude avait pour but de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, immunologiques et histologiques de la NL dans une population nord-africaine.

Patients et Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 12 ans, englobant les patients diagnostiqués avec une néphropathie lupique selon les critères de classification ACR 2019 [2], et ayant un suivi médical au service de médecine interne du CHU de Marrakech (Maroc).

Tableau 1: Les caractéristiques cliniques et démographiques des patients atteints de NL.

Les caractéristiques cliniques et démographique	Total N= 170 Patients
Femme, n (%)	147 (86 %)
Age au moment du diagnostic (ans), moyenne \pm SD	32.18 \pm 11.11
Fièvre	23 (13,5%)
Ulcérations buccales	24 (14,1%)
Erythème malaire	90 (53%)
Photosensibilité	91 (53,5%)
Alopecie	53 (31,2%)
Lupus discoïde	9 (5,3%)
Phénomène de Raynaud	9 (5,3%)
Arthralgies	139 (82%)
Sérites	56 (33%)
Manifestations neurologiques	29 (17%)

Discussion

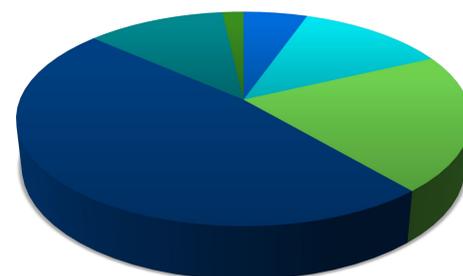
La néphropathie lupique est la cause la plus fréquente de lésions rénales dans le LED. Les facteurs de risque pour le développement de la NL sont le jeune âge, le sexe masculin et la race non caucasienne [1-3]. Habituellement, la NL survient tôt dans la progression de la maladie, généralement dans les 6 à 36 premiers mois [1]. Mais il peut révéler la maladie dans 25 à 70 % des cas [4]. Il n'y avait pas de différence significative entre nos caractéristiques démographiques et les manifestations extra-rénales, en particulier la prédominance des manifestations cutanées et articulaires, mais aussi les sérites et les manifestations neurologiques par rapport aux données des d'autres pays [3-5]. Les manifestations rénales dans notre série étaient plus faibles que dans d'autres études [4-5], ce qui pourrait être attribué à l'utilisation précoce des immunosuppresseurs dans notre centre. La plupart de nos patients présentaient une forme proliférative de classe IV, ce qui était identique à des études similaires [3-5]. Il a été démontré que la combinaison de CS et de CYC, peut induire une rémission complète ou partielle chez plus de 80 % des patients atteints de NL proliférative [6]. L'AZA et le MMF peuvent également être utilisés comme alternative au CYC, en particulier pour maintenir la rémission [6]. Nos résultats n'objectivent une rémission que dans 48% des cas, ce qui est lié à une mauvaise observance du traitement.

Résultats

Parmi les 394 patients atteints de LED, nous avons inclus 170 individus qui avaient un LN, ce qui représente 43,14% de tous les patients. Il y avait 147 femmes (86%), le sex-ratio était de 6,3:1. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 32,18 \pm 11,11 ans (tableau 1). L'atteinte rénale s'est manifestée d'emblée dans 58% des cas, dans les autres cas, elle s'est généralement développée après un an d'évolution. La protéinurie était la circonstance de découverte la plus fréquente (89% des cas). Les manifestations rénales étaient un syndrome œdémateux dans 37,64 % des cas, une hypertension artérielle dans 8 %, un sédiment actif avec hématurie dans 47 % et leucocyturie dans 41 %, un syndrome néphrotique dans 36,47 %. 50 patients (29,4%) présentaient une insuffisance rénale, modérée dans 21 cas, avancée dans 12 cas et sévère dans 17 cas. Les caractéristiques cliniques extra-rénales de ces patients sont listées dans le tableau 1. Les données hématologiques et immunologiques sont présentées dans le tableau 2.

Parmi les 162 patients qui ont subi une biopsie rénale, l'atteinte glomérulaire était prédominante, la distribution de la classe histologique est illustrée dans la figure 1. L'atteinte tubulaire a été notée dans 21 % des cas, avec une atrophie dans 30 cas et une nécrose dans 4 cas. Une atteinte interstitielle a été observée dans 39 % des cas, associée à une fibrose interstitielle dans 46 cas et à des lésions de vascularite dans 13 cas. Cent cinquante-neuf patients ont reçu une corticothérapie (CS), souvent en association avec du cyclophosphamide (CYC) dans 56 % des cas. Le mycophénolate mofétil (MMF) a été prescrit à 13 % des patients. L'azathioprine (AZA) a été utilisée principalement pendant la phase d'entretien (15 % des cas). Dans l'ensemble, les résultats ont été favorables, avec 48 % de cas de rémission. Cependant, 39 patients ont connu des rechutes et 13 patients ont évolué vers une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Un seul décès a été enregistré dans notre population d'étude, il était lié à l'insuffisance rénale chronique terminale.

Figure 1: Les classes de la néphropathie lupique dans notre série



■ Class I ■ Class II ■ Class III ■ Class IV ■ Class V ■ Class VI

Tableau 2: Les données hématologiques et immunologiques dans notre cohort

Paramètres	Total N= 170 Patients
(hémoglobine <7 g/dl)	26 (15,3%)
Leucopénie (TLC<3500/ul)	17 (10%)
Lymphopénie (ALC<1500/ul)	95 (56%)
Thrombocytopénie (<100,000)	38 (22,3%)
Positive Coombs test	26 (15,3%)
ANA (IIF on Hep-2cells>1:100)	149 (88%)
Anti-dsDNA (> 60 IU/l)	120 (71%)
Low C3-C4 (<65-< 15mg/dl)	30 (18%)
IgG-IgM aCL (>20 GPL/dl)	19 (11,2%)

Conclusion

Notre série souligne la gravité de la néphropathie lupique, caractérisée par une prévalence accrue des formes prolifératives et un risque accru d'évolution vers l'insuffisance rénale chronique terminale. Par conséquent, un diagnostic précoce et une prise en charge multidisciplinaire apparaissent comme des facteurs essentiels pour améliorer le pronostic de cette pathologie.

Références

- [1] Samir V. Parikh, Salem Almaani, Sergey Brodsky, and Brad H. Rovin. Update on Lupus Nephritis: Core Curriculum 2020. Am J Kidney Dis. XX(XX):1-17. doi: 10.1053/j.ajkd.2019.10.017.
- [2] Aringer M, Costenbader K, Daikh D et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 2019;78:1151-9.
- [3] John G. Hanly1, Aidan G. O'Keefe2, Li Su3, Murray B. Urowitz4, et al. The frequency and outcome of lupus nephritis: results from an international inception cohort study. Rheumatology 2016;55:252-262
- [4] S. Béji *, H. Kaaroud, F. Ben Moussa, E. Abderrahim, R. Goucha, F. Ben Hamida, H. Hedri, F. ElYounsi, T. Ben Abdallah, A. Kheder, H. Ben Maiz. Néphropathie lupique : à propos de 211 cas. La revue de médecine interne 26 (2005) 8-12.
- [5] SH Koubar, J Kort, S Kawtharani, M Chaaya, M Makki and I Uthman. Characteristics of lupus and lupus nephritis at a tertiary care center in Lebanon. Lupus (2019) 0, 1-6.
- [6] Buhaescu I, Covic A, Dery G. Treatment of proliferative lupus nephritis – a critical approach. Semin Arthritis Rheum. 2007;36: 224-237. French.