

# La néphropathie à IgA associée à la spondylarthrite ankylosante



Par le Dr **Pierre Bataille** (Hôpital Docteur Duchenne - Boulogne-sur-Mer) [[Déclaration de liens d'intérêts](#)]

Article commenté :

## **Spondylarthropathy-associated IgA nephropathy**

N Champiaux, F Lioté, K El Karoui et al.

Kidney Int Rep. 16 March 2020 in press

► [Retrouvez l'abstract en ligne](#)

(source : nephro. fr publication 28.05.20 )

La néphropathie à IgA (NIgA) est une glomérulonéphrite à complexes immuns le plus souvent primitive sans atteinte extra-rénale. La NIgA est également décrite en association à divers états pathologiques tels que les hépatopathies, les maladies inflammatoires intestinales et certains rhumatismes inflammatoires, conduisant ainsi à la notion de néphropathie à IgA secondaire.

Cinquante observations ont été décrites surtout en association avec la spondylarthrite ankylosante (SpA) et plus accessoirement le rhumatisme psoriasique. Ces données invitent à s'interroger sur la nature réelle de ces NIgA.

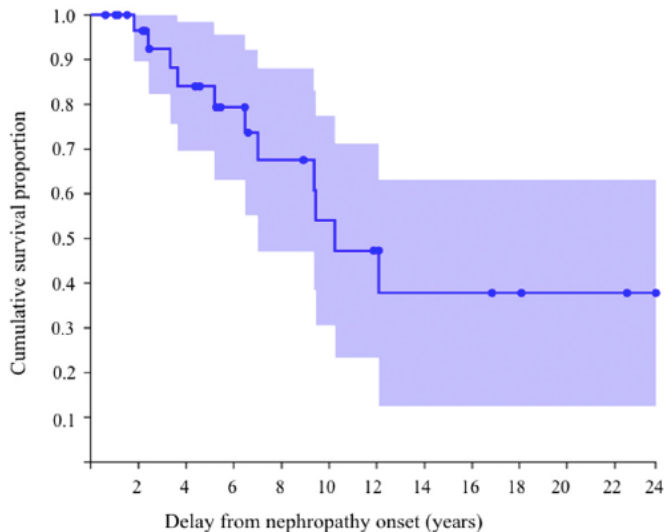
Diffèrent-elles dans leur pronostic des NIgA primitives ? Répondent-elles aux traitements du rhumatisme inflammatoire tels que les stéroïdes et les biothérapies de type anti-TNF $\alpha$  ? Leur pronostic est-il influencé par la consommation d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) ?

Dans ce travail rétrospectif collaboratif français, les auteurs ont colligé 32 patients souffrant de NIgA et SPA et ayant bénéficié d'une biopsie rénale. Les patients étaient HLAB27 dans 90% des cas (26/29).

A l'inclusion, leur âge était de 37 ans, le diagnostic de SPA précédant le diagnostic de NIgA pour 23 patients sur 32 avec un délai entre les 2 pathologies était chiffré entre moins 17 et plus 28 années.

Au diagnostic, la néphropathie était associée à une insuffisance rénale aiguë pour 5 patients et un syndrome néphrotique pour 4 patients. Le débit de filtration glomérulaire (DFG) était en moyenne de 84 ml/mn/1,73 m<sup>2</sup> (déviation standard  $\pm$  28 ml/mn/1,73m<sup>2</sup>) et la protéinurie moyenne d'environ 1,9 gramme par jour. Le suivi de l'ensemble de la cohorte a été en moyenne de 6 ans.

La figure suivante correspond à la courbe de survie des patients avant qu'ils n'atteignent le stade IV –V ou que l'on observe un doublement de la créatinémie. Après 6 ans de suivi, les auteurs ont observé un doublement de la créatinémie pour 39% des patients, le recours à la suppléance rénale pour 12% (4 patients) et un stade IV ou V d'insuffisance rénale chronique pour 27%.



**Courbe de survie avant d'arriver au stade IV ou V de l'insuffisance rénale chronique pour l'ensemble des patients, l'intervalle de confiance de 95 % étant figuré par la zone colorée.**

***Cumulative survival of patients, survie cumulative des patients ; delay from nephropathy onset (years), durée d'observation en années à partir du diagnostic de la néphropathie***

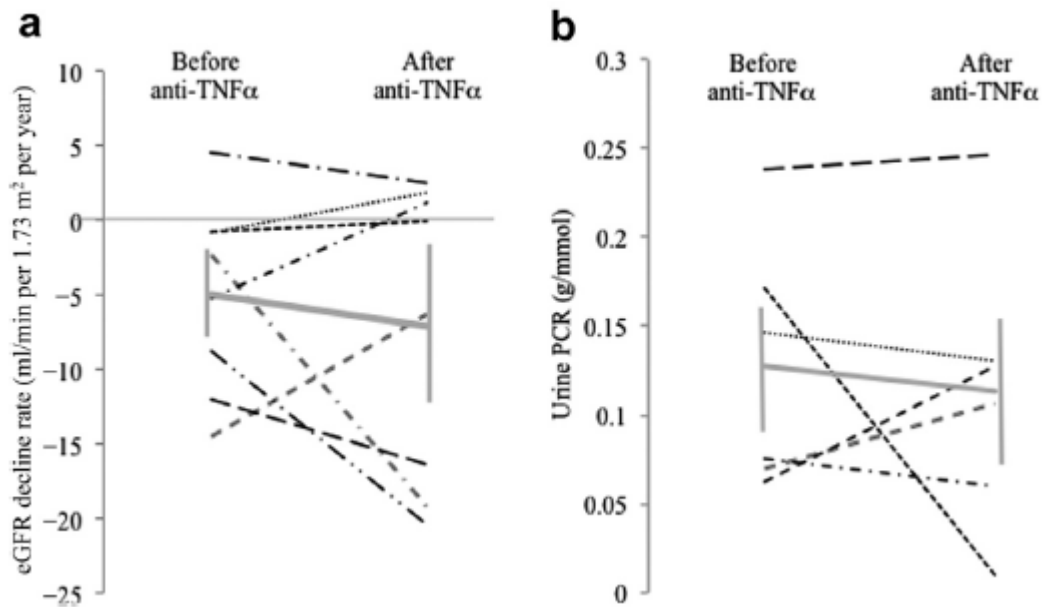
En fonction de l'évolution de la néphropathie, les patients, dont le suivi était d'au moins 2 ans, ont été classés en progressseurs (DFG inférieur à 30 ml/mn/1,73m<sup>2</sup> au terme du suivi) (9 patients) et non-progressseurs (n=19).

Les différences significatives observées au début du suivi entre progressseurs et non-progressseurs étaient les suivantes : une décroissance plus rapide de la perte de DFG (-9,3 *versus* -0,4 ml/mn/1,73m<sup>2</sup>, P = 0,007) ; une protéinurie plus importante (0,25 *versus* 0,11 gr/mmol de créatinine, P = 0,007) ; un nombre de molécules anti-hypertensives plus élevé (3 *versus* 1, P = 0,017) ; sur la biopsie rénale, un pourcentage de glomérules scléreux plus important (17 *versus* 11%, P= 0,01), de même que le pourcentage de sclérose glomérulaire segmentaire (paramètre S du score MEST de la classification d'Oxford (100 *versus* 61%, P=0,01) et le pourcentage d'atteinte scléreuse tubulo-interstitielle (paramètre T, fibrose interstitielle ou atrophie tubulaire ≥ à1 pour 85 *versus* 16%, P=0,004).

Tous les paramètres cliniques, biologiques, pathologiques et thérapeutiques ont été pris en compte dans l'analyse multivariée évaluant le pronostic rénal selon le modèle de Cox. Le seul paramètre significatif retrouvé était l'existence d'une dysfonction rénale lors de la prise en charge initiale.

L'impact de la corticothérapie s'est avéré non significatif sur l'évolution de la fonction rénale. Le recours persistant aux AINS n'était pas associé à une évolution défavorable. Il en était de même pour l'utilisation des biothérapies anti-TNF $\alpha$ .

L'impact des anti-TNF $\alpha$  pour les patients en ayant bénéficié, aussi bien sur la protéinurie que sur la fonction rénale, est représenté dans les 2 figures suivantes.



**a) eGFR decline rate (ml/mn/1,73m<sup>2</sup>), déclin du DFG estimé en ml/mn/1,73m<sup>2</sup> par an ; b) urine PCR (g/mmol), protéinurie en gramme par mmol de créatinine. Before anti-TNF $\alpha$ , avant le traitement par anti-TNF $\alpha$  ; after anti-TNF $\alpha$ , après traitement par anti-TNF $\alpha$ .**

Au terme de ce travail, le pronostic de la NIgA associé à une SPA apparaît nettement plus péjoratif que celui habituellement observé dans les NIgA primitives. Pour un même niveau de protéinurie, la perte de fonction rénale est supérieure à celles observées dans les cohortes VALIGA et Oxford ayant évalué l'évolution sur le long terme des NIgA primitives.

Il n'est pas impossible qu'un état inflammatoire chronique lié au rhumatisme inflammatoire ne soit impliqué dans ce pronostic plus sombre. Cependant, les traitements par anti-TNF $\alpha$  n'apparaissent avoir aucun bénéfice aussi bien sur la réduction de la protéinurie que sur la perte de fonction rénale.

L'impact négatif des AINS ne peut également être exclu car la consommation de ceux-ci n'a pas été évaluée très précisément. Enfin, il est possible que la corticothérapie n'ait été employée à une posologie plus adaptée à la SPA qu'à l'atteinte rénale.

En pratique, même si le lien physiopathologique entre SPA et NIgA reste largement inconnu, la prise en charge d'une NIgA pour ces patients doit être attentive car son pronostic apparaît plus sévère que celui attendu au cours d'une NIgA primitive.