

Amylose rénale : complication exceptionnelle du lupus érythémateux disséminé.

Amyloidosis : rare complication of systemic lupus erythematosus.

Fadoua Dami¹, Basmat Amal chouhani¹, Sanae Lamrani¹, Nadia Kabbali^{1,2}, Mohamed Arrayhani^{1,2}, Tarik Sqalli^{1,2}

1 Service de Néphrologie, CHU Hassan II, Fès - Maroc.

2 Equipe de recherche REIN, Faculté de Médecine et de Pharmacie, USMBA, Fès- Maroc.

Rev Mar Rhum 2016; 38: 58-60

Résumé

L'apparition d'une amylose secondaire au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite chronique juvénile et les spondylarthropathies est bien connue [1]. Sa survenue au cours de l'évolution de la maladie lupique est exceptionnelle. Nous rapportons un cas diagnostiqué huit ans après le début présumé du lupus érythémateux disséminé. La ponction biopsie rénale met en évidence une infiltration massive glomérulo-vasculaire par des dépôts anhistes et amorphes donnant un dichroïsme jaune vert en lumière polarisée après coloration au rouge Congo. Cette association ne répond pas aux thérapeutiques usuelles du lupus. Cette observation nous rappelle que toute protéinurie au cours du lupus érythémateux disséminé peut relever d'une étiologie autre que la néphropathie lupique.

Mots clés : Amylose AA; protéinurie; Insuffisance rénale chronique; Lupus érythémateux disséminés.

Abstract

Amyloidosis is a complication of chronic inflammatory diseases including rheumatoid arthritis, juvenile rheumatoid arthritis and spondyloarthritis. The occurrence of amyloidosis in the development of lupus disease is exceptional. We report a case diagnosed eight years after the diagnosis of systemic lupus erythematosus. renal biopsy was performed which revealed massive glomerular vascular Congo-red-positive areas exhibiting green birefringence under polarized light. This association does not respond to usual treatment for lupus. This observation reminds us that all of proteinuria in systemic lupus erythematosus may raise an etiology other than lupus nephritis.

Key words : Amyloidosis AA; proteinuria; chronic renal failure, Systemic Lupus Erythematosus.

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune dotée d'un grand polymorphisme clinique. L'amylose est un vaste groupe de maladies diagnostiquées histologiquement par la présence de dépôts protéiques insolubles dans les tissus [2]. Dans sa forme AA, l'amylose est secondaire à un état inflammatoire chronique pouvant être secondaire notamment aux maladies systémiques. Le LES se complique rarement d'amylose, nous en rapportons une nouvelle observation.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 34 ans, suivie depuis 2006 en dermatologie pour un lupus systémique à tropisme cutané, hématologique, et immunologique (anticorps anti-nucléaire positive, anticorps anti DNA positive) sans atteinte rénale (pas d'hématurie ni protéinurie). La patiente a été traitée par les corticostéroïdes par voie orale à la dose de 0,5mg/kg/j pendant une année associés aux antipaludéens de synthèse avec une bonne évolution. Huit ans plus tard, elle a présenté un syndrome

Amylose rénale : complication exceptionnelle du lupus érythémateux disséminé.

néphrotique profond impur avec hypoalbuminémie à 14g/l et une protéinurie à 8,4g/24h avec une insuffisance rénale (créatininémie à 40 mg /l), mais sans hématurie microscopique. Une ponction biopsie rénale a montré 11 glomérules siège de dépôt amorphes mésangiaux donnant un dichroïsme jaune vert en lumière polarisée après coloration au rouge Congo. La patiente a été mise sous colchicine 1mg/j. Deux mois plus tard, la patiente a installé les signes d'une atteinte digestive d'amylose et une aggravation de la fonction rénale avec une créatinine à 139 mg/l d'où sa mise en hémodialyse. La patiente est décédée un mois plus tard dans le cadre d'une septicémie.

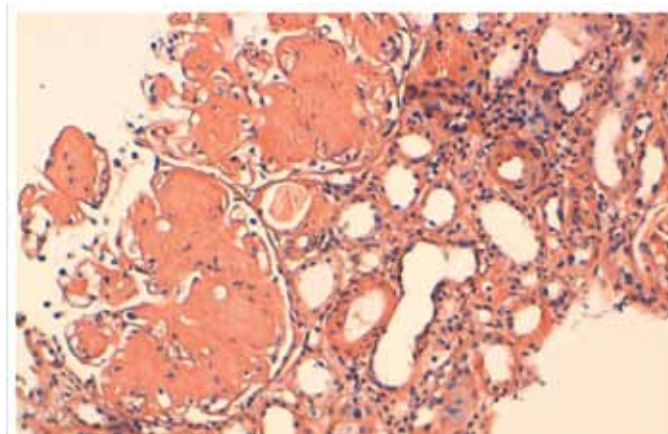


Figure 1 : Rouge Congo (X20) positif

DISCUSSION

L'amylose est un terme générique qui fait référence à un groupe de maladies secondaires aux dépôts, dans les tissus extracellulaires, de fibrilles. Aujourd'hui, au moins 23 protéines précurseur de fibrilles amyloïdes ont été identifiées. Il existe plusieurs formes héréditaires, mais l'amylose peut être secondaire à d'autres maladies. [3,4] Les fibrilles amyloïdes sont des polymères insolubles composés de sous unités de protéines de bas poids moléculaires, ces sous-unités sont dérivés à leurs tour de précurseurs solubles qui subissent des changements de conformation qui conduisent à l'adoption d'une configuration bêta-plissée essentiellement antiparallèle de la feuille [5]?

La formation de fibrilles est également associée au dépôt d'autres substances, notamment les glycosaminoglycanes, l'amyloïde sérique P et les apolipoprotéines spécifiques. Des cofacteurs peuvent influencer la phase de dépôt d'amyloïde dans le tissu, ainsi que la résorption [6,7].

L'amylose AA est associée à une forte titration en SAA. La protéine résultant de la délamination des dépôts SAA sur le mésangium glomérulaire et peut être distinguée comme une couleur vert pomme sous la lumière réfractaire après coloration au rouge Congo. la protéinurie néphrotique est souvent le premier signe de la maladie [8]. L'amylose AA est connue être secondaire à la présence d'une maladie inflammatoire chronique. Cependant, il reste des doutes quant à la raison pour laquelle la notification des cas combinés de lupus systémique et l'amylose AA est rare. [9,10]. Le LED a été la cause la plus probable de l'amylose AA chez cette femme. Les maladies héréditaires, infectieuses et inflammatoires que l'on sait capable de provoquer l'amylose AA ont été exclues avec une certitude raisonnable. Dans le peu de cas de lupus avec amylose décrits jusqu'à présent, le type d'amylose n'a pas toujours été déterminé [11,12].

Le délai entre le diagnostic du LED et l'installation des symptômes de l'amylose AA varie entre 1 et 35 ans. Dans à peu près la moitié des observations, l'amylose AA apparaît dans les cinq ans qui suivent le début du LED. [11]. Les concentrations du SAA dans le LED et dans les maladies inflammatoires chroniques ont été étudiées par De Beer et al [13]. Ils retrouvèrent des concentrations très élevées de SAA chez les patients présentant une polyarthrite rhumatoïde, une arthrite juvénile chronique et une maladie de Crohn. Elles étaient fortement corrélées à l'activité de la maladie. Contrairement aux concentrations dosées dans la RCH et chez la majorité des patients présentant le LED, qui n'étaient que légèrement élevées même quand la maladie était très active. Les concentrations de la CRP chez les patients avec un LED changent suivant le même model, que celles du SAA.

Les concentrations de la CRP, de façon similaire à celles du SAA, sont souvent normales même en présence de maladie active. Ces différences de concentrations du SAA et de la CRP respectivement entre le LED et la polyarthrite rhumatoïde peuvent être la raison majeur derrière la différence de l'incidence de l'amylose AA entre ces deux pathologies.

On décrit près de 30 cas d'association amylose-LES dans la littérature depuis 1956 [14]. Le traitement de l'amylose dans ce cas est peu codifié, son évolution étant directement liée à la maîtrise de l'inflammation et de la concentration de la protéine SAA [2].

Garcia-Tobaruela et al [14] a observé une amélioration des symptômes lors de la mise en place d'un traitement à base de colchicine, mais notre patiente ayant reçu un

traitement de colchicine sans bénéfice notable. Il n'y a pas d'information sur l'efficacité des immunosuppresseurs. Notre patiente est décédée trois mois après le diagnostic d'une amylose compliquant un lupus par une septicémie et c'était le même tableau rapporté dans quelques observations de la littérature [7].

CONCLUSION

Le risque d'hypocalcémie chez des patients recevant des bisphosphonates injectable au long cours, semble être sous-estimé par les praticiens, mais deviendra probablement de plus en plus important car les bisphosphonates sont largement utilisés en raison de l'augmentation des taux des métastases osseuses. Ces résultats montrent la nécessité d'un suivi précis de la calcémie ainsi que de la créatinine. Le dosage de la vitamine D devrait faire partie du bilan systématique avant d'administrer des bisphosphonates puissants et à action prolongée tels que l'AZ. Les données de la littérature suggèrent que la supplémentation vitamino-calcique est souhaitable durant ce type de traitement notamment chez les patients qui ont une calcémie initiale basse.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Queffeuilou.G, Berntbaum.F, Michel.C, Mougnot.B, Mignon.F: AA amyloidosis in systemic lupus erythematosus : an unusual complication, *Nephrol Dial Transplant* (1998) 13 :1846-8.
2. Anoun.J, Rezgui.A, Karmani.M, Ben Abdallah.O, Ben Fredj.F, Laouani.C: lupus systémique et amylose: une association rare. *la revue de médecine interne* 34S(2013) A85-A186.
3. Bziz.A , Azzimani.S , Harmouche.H , Rouas.L , Bourkia.L , Bouclouze.A , Maamar.M , Mezalek Tazi.Z , Ouzeddoun.N, Adnaoui.M , Bayahia.R , Alhamany.Z. Lupus systémique et amylose: une association inhabituelle à propos de 2 cas. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, ISSN 2028-9324 Vol. 16 No. (2016) : 563-9.
4. Baptista.A, Silva.A, Bernardo.I, Neves.P: AA Amyloidosis and Systemic Lupus Erythematosus: an uncommon association. *Port J Nephrol Hypert* 2007 ;21(3) :231-4
5. Powell.A , Albert.S , Bhogal.B , Black.M . Discoid lupus erythematosus with secondary amyloidosis. *Br J Dermatol* 2005;153:746-9.
6. Chan.C, Lai.F, Pang.P . An unusual case of systemic lupus erythematosus with isolated hypoglossal nerve palsy, fulminant acute pneumonitis and pulmonary amyloidosis. *Ann Rheum Dis* 1989; 48:236-9
7. Ridley.M , Maddison.P , Tribe.C . Amyloidosis and systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 1984; 43:649-50.
8. Emsley.J , White.H , O'Hara.B , Oliva.G , Srinivasan.N , Tickle.I: Structure of pentameric human serum amyloid P component. *Nature* 1994;367:338-45
9. Bijl.M , Bootsma.H , Van Der Geld.Y , Limburg.P , Kallenberg.C, Van Rijswijk.M. Serum amyloid P component levels are not decreased in patients with systemic lupus erythematosus and do not rise during an acute phase reaction. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:831-5.
10. Zandman.G, Blank.M , Langevitz.P , Slutsky.L , Pras.M , Anti serum amyloid component P antibodies in patients with systemic lupus erythematosus correlate with disease activity. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:1698-702.
11. Carstens.P , Ogden.L , Peak.P : Renal amyloidosis associated with systemic lupus erythematosus. *Am J Clin Pathol* 1980; 74: 835-8.
12. George.R , Kurian.S , Jacob.M , Thomas.K . Diagnostic evaluation of the lupus band test in discoid and systemic lupus erythematosus. *Int J Dermatol* 1995;34:170-3.
13. Beer.F, Fagan.E, Hughes.G, Mallya.R , Lanham.J, Pepys.M. Serum amyloid A protein concentration in inflammatory diseases and its relationship to the incidence of reactive systemic amyloidosis. *Lancet* 1982; 31: 231-3.
14. Garcia.A, Gil.A , Lavilla.P . Hepatic amyloidosis associated with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1995; 4: 75-77.