

République algérienne démocratique et populaire  
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique  
Université Abou Bekr Belkaid de Tlemcen  
Faculté de Médecine  
Service de : Néphrologie/Hémodialyse  
Chef service : Pr Benmansour

Mémoire de fin d'étude

# Aspect évolutif et thérapeutique de la néphropathie lupique

Encadré par : Dr Sari Hamidou

Réalisé par : Batahri khadidja



Année Universitaire  
2016/2017

## *Remerciements :*

En tout premier lieu,

Je remercie le bon Dieu, tout puissant, de m'avoir donné la force pour survivre, ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés.

A l'issue de la rédaction de cette recherche, je suis convaincue que le thème est loin d'être un travail solitaire. En effet, je n'aurais jamais pu réaliser ce travail sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifestés à l'égard de ma recherche m'ont permis de progresser..

Je tiens à remercier mon encadreur de thème, **Dr Sari Hamidou**, pour la confiance qu'elle nous 'a accordée en acceptant d'encadrer ce travail, pour ses multiples conseils et pour toutes les heures qu'elle a consacrées à diriger cette recherche.

nous aimerons également lui dire à quel point nous avons apprécié sa grande disponibilité et son respect sans faille des délais serrés de relecture des documents que nous avons lui adressés. Enfin, nous avons été extrêmement sensible à ses qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail.

Nous souhaiterions exprimer notre gratitude à notre Chef service

**Pr Benmansour** pour nous avoir donné envie de réaliser un thème sur les néphropathies lupiques.

Nous le remercions également pour son accueil chaleureux à chaque fois que j'ai sollicité son aide, ainsi que pour ses multiples encouragements, notamment durant ma période de stage

Nous souhaiterions aussi adresser notre gratitude aux autres Assistants sans lesquels notre thème serait certainement moins riche : messieurs

Ces remerciements seraient incomplets si nous n'en adressions pas à l'ensemble des Résidents **Service de néphrologie / hemodialyse** pour leur soutien logistique et moral ainsi que pour la très bonne ambiance que j'ai toujours trouvée au service .

## *Dédicace :*

Au nom du dieu le clément et le miséricordieux louange à ALLAH le tout puissant.

Je dédie ce modeste travail en signe de respect, reconnaissance et de

Remerciement

### **A mes très chers parents**

.Aucune dédicace, aucun mot ne pourrait exprimer à leur juste valeur la gratitude et l'amour que je vous porte.

Je mets entre vos mains, le fruit de longues années d'études, de longs mois de distance de votre amour de votre tendresse, de longs jours d'apprentissage.

Loin de vous, votre soutien et votre encouragement m'ont toujours donné de la force pour persévérer et pour prospérer dans la vie.

Chaque ligne de cette thèse chaque mot et chaque lettre vous exprime la reconnaissance, le respect, l'estime et le merci d'être mes parents.

## *1/sommaire :*

*1.1/introduction.*

*1.2/Epidémiologie.*

*1.3/diagnostic.*

*1.4/prise en charge.*

*1.4.1/traitement conventionnel.*

*1.4.2/traitement immunosuppresseur.*

*2/Matériels et méthodes .*

*2.1/données épidémiologiques*

*2.2/données cliniques.*

*3/discussion.*

*4/conclusion.*

### 1.1 Introduction :

Le Lupus Erythémateux Disséminé (L.E.D.) ou systémique (encore appelé maladie lupique) est une maladie auto-immune qui, sous forme d'inflammation chronique, affecte la peau, les articulations, les reins, les poumons, le système nerveux, les séreuses et/ou d'autres organes.

Cette affection multi-système conduit à des expressions cliniques différentes d'un sujet à l'autre avec comme point commun des poussées entrecoupées par des périodes de rémission .

Le L.E.D. est le prototype même de la maladie auto-immune caractérisé par de nombreux auto-anticorps et des dépôts d'immuns complexes dans les organes.

« Lupus » est un mot latin signifiant « loup » ; il prendra un nouveau sens au Moyen-âge pour désigner les lésions cutanées caractéristiques que provoque la maladie au niveau du visage (nez-front-pommettes).

La cause du L.E.D. est encore inconnue ; mais quel qu'en soit le déclenchement, le problème de base demeure une altération du fonctionnement du système immunitaire. Chez les patients lupiques, le S.I. réagit de façon inadéquate en produisant des anticorps dirigés contre les constituants du soi, ce sont les auto-anticorps .

Malgré de nombreuses années de recherches, aucun élément déclencheur n'a pu être scientifiquement prouvé comme étant à l'origine de la maladie. Cependant,

au fil des années, certains facteurs ont été reconnus comme pouvant être liés aux déclenchements de poussées de lupus.

### 1.2 Epidémiologie

La prévalence du lupus est de 30 à 40 cas pour 100 000 personnes en Europe du Nord et jusqu'à plus de 200 cas pour 100 000 personnes dans les populations noires. Aux Etats-Unis le nombre de patients atteints de lupus dépasse 250 000. Les femmes, notamment dans la tranche d'âge des 20-40 ans, sont plus souvent atteintes que les hommes. Cette prépondérance féminine est de l'ordre de 9 contre 1.

Il existe des facteurs qui influencent l'évolution de la maladie chez certains patients.

L'environnement et le facteur hormonal ont tous deux un rôle dans le développement du lupus ; cependant, le facteur génétique n'est pas à exclure.

Les bases génétiques dans le lupus érythémateux disséminé font l'objet de nombreuses recherches qui ont permis de montrer la présence de gènes de susceptibilité. Ces gènes reconnus comme potentiellement candidats font partie du complexe majeur d'histocompatibilité, ce sont les gènes HLA de classe I. De plus, les études sur des familles lupiques ou sur des jumeaux atteints de lupus ont permis d'établir l'importance de ces facteurs, génétiques. Ces connaissances sont actuellement en train d'être développées pour être utilisées à des fins diagnostiques ou pronostiques.

Certaines protéines du complément (un déficit en C1q, C2 ou C4) peuvent aussi entraîner un lupus, il s'agit d'hypo-complémentémie héréditaire . Le système complément joue un rôle primordial dans la solution et l'élimination des complexes immuns.

Le déficit en C4 est très rare et il se complique dans 87% des cas d'un lupus. Les lupus associés à un déficit complet en C4 ou à un déficit homozygote en C2 ont des caractéristiques particulières

Ils se manifestent précocement dans la vie,

L'atteinte cutanée prédomine, cependant l'atteinte rénale est plus rare,

Les Ac anti-DNA sont souvent absents, mais les Ac anti-SSA sont plus fréquents.

De plus, le déficit homozygote en C1 dont le gène allèle est localisé en dehors du complexe majeur d'histocompatibilité, prédispose également à la survenue de L.E.D. et des syndromes apparentés.

Le fait que la maladie prédomine chez la femme est lié à un facteur hormonal.

En général, l'oestrogène tend à activer l'effet sur le système immunitaire tandis que la testostérone a un rôle plus protecteur . Dans une étude en aveugle, aléatoire et contrôlée, les femmes ménopausées avec un lupus recevant un traitement de substitution hormonal contenant des oestrogènes et de la progestérone ont un risque de poussées 1,34 fois supérieur au risque de poussées chez les femmes recevant un placebo. Il n'est pas clairement démontré comment les hormones sexuelles peuvent favoriser le lupus.

Enfin, il est clair que l'environnement joue un rôle dans le L.E.D. On trouve

- Le stress : le début de la maladie ou certaines poussées peuvent parfois être liées à une forme de stress. Malheureusement, la prise en charge du stress est difficile à résoudre pour un patient lupique.

- Les médicaments : certaines molécules sont connues pour exacerber le lupus, ce sont des médicaments inducteurs. Les plus connus sont la procainamine, l'hydralazine, et la quinidine. On retrouve aussi certains antibiotiques (très occasionnellement la pénicilline).

- Les ultra-violetts : ils peuvent provoquer l'initiation ou l'activation de la maladie, selon un mécanisme encore inconnu. Cependant, tous les patients ne sont pas sensibles au soleil (environ un sur deux) et cette sensibilité peut varier au cours de la maladie.

Il est à noter qu'un antécédent de maladie virale peut apparaître au début de la maladie lupique ou immédiatement après une poussée. Le virus Epstein Barr (E.B.V.) peut être important puisqu'une association temporelle entre le commencement d'un lupus et l'apparition d'une infection E.B.V. a été reportée .

### 1.3 Diagnostic :

L'extraordinaire diversité des manifestations cliniques du lupus rend souvent son diagnostic difficile. Aucun paramètre clinique ou biologique isolé ne permet le diagnostic.

Celui-ci nécessite l'association de plusieurs syndromes cliniques et/ou biologiques.

La société américaine de rhumatologie (American College of Rheumatology, ACR) a proposé une classification de onze critères basés sur des symptômes cliniques (tableau 1). Les anomalies sérologiques permettront de conforter le diagnostic.

<b>Critères</b>	<b>Définitions</b>
<b>1. Eruption malaire</b>	Erythème malaire en aile de papillon
<b>2. Lupus discoïde</b>	Erythème en placards avec des squames kératosiques adhérentes
<b>3. Photosensibilité</b>	Eruptions cutanées résultant d'une réaction inhabituelle au soleil
<b>4. Ulcérations buccales ou Nasopharyngiennes</b>	Ulcères oraux ou nasopharyngées habituellement douloureux

<b>5. Polyarthrite non érosive</b>	Impliquant au moins deux articulations périphériques et caractérisée par des douleurs, une augmentation de volume ou un épanchement articulaire
<b>6. Atteinte des séreuses (pleurésie ou péricardite)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pleurésie : épanchement pleural</li> <li>– Péricardite : documenté par un E.C.G.</li> </ul>
<b>7. Atteinte rénale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Protéinurie &gt; 0,5 g/jour</li> <li>– Présence de cylindres dans les urines (G.R., hémoglobine, leucocytes, cellules tubulaire...)</li> </ul>
<b>8. Atteinte neurologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Convulsion</li> <li>– Psychose</li> </ul>
<b>9. Atteinte hématologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anémie hémolytique avec une hyperréticulose</li> <li>– Ou leucopénie &lt; 4000/mm<sup>3</sup></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ou lymphopénie &lt; 1500/mm<sup>3</sup></li> <li>– Ou thrombocytopénie &lt; 100 000/mm<sup>3</sup></li> </ul> <p>En l'absence de cause médicamenteuse</p>
<b>10. Désordre immunologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Présence d'anticorps anti-ADN natif</li> <li>– Ou d'Ac Anti-Sm</li> <li>– Ou fausse sérologie syphilitique</li> </ul>
<b>11. Anticorps antinucléaires</b>	Taux anormal d'anticorps antinucléaires en l'absence de médicaments inducteurs de lupus.

**Tableau 1 :** *Critères de classification du lupus érythémateux systémique proposé par le Collège Américain de Rhumatologie (ACR), 1982, modifié en 1997 (7, 8)*

**Histologie / classification de la néphropathie lupique :**

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a proposé une classification des différents types de néphropathies lupiques, permettant ainsi une standardisation de la prise en charge des patients (tableau 2). Cette classification (1) est basée

sur les examens anatomo-pathologiques et divise les atteintes glomérulaires en six classes :

<p><b>Classe I :</b> glomérule normal</p>	<p>–<b>Classe IA :</b> strictement normal avec toutes les techniques</p> <p>–<b>Classe IB :</b> normal en microscopie optique, mais présence de dépôts en immunofluorescence ou microscopie électronique</p>
<p><b>Classe II :</b> altération mésangiale isolée (mésangiopathie)</p>	<p>–<b>Classe IIA :</b> épaissement de la matrice mésangiale et/ou hypercellularité légère à modérée</p> <p>–<b>Classe IIB :</b> hypercellularité modérée</p>
<p><b>Classe III:</b> glomérulonéphrite segmentaire et focale (associée à des altérations mésangiales légères ou modérées)</p>	<p>–<b>Classe IIIA :</b> lésions nécrosantes actives</p> <p>–<b>Classe IIIB :</b> lésions sclérosantes et lésions nécrosantes actives</p> <p>–<b>Classe IIIC :</b> lésions sclérosantes (chroniques) =sclérose</p>

<p><b>Classe IV:</b> glomérulonéphrite diffuse (prolifération mésangiale sévère endocapillaire ou mésangio-capillaire et/ou dépôts sous-endothéliaux extensifs ; les dépôts sous-épithéliaux</p>	<p>–<b>Classe IVA :</b> pure sans lésions segmentaires</p> <p>–<b>Classe IVB :</b> avec lésions nécrosantes actives</p> <p>–<b>Classe IVC :</b> avec lésions sclérosantes et lésions nécrosantes actives</p> <p>–<b>Classe IV D :</b> avec lésions purement sclérosantes</p>
<p><b>Classe V :</b> glomérulonéphrite extramembraneuse</p>	<p>–<b>Classe VA :</b> glomérulonéphrite extra-membraneuse pure</p> <p>–<b>Classe VA :</b> glomérulonéphrite extra-membraneuse associée à des lésions de classe II</p>
<p><b>Classe VI :</b> glomérulonéphrite sclérosante avancée</p>	

**Tableau 2 :** *classification des glomérulonéphrites selon l'O.M.S.*

#### 1.4/La prise en charge :

Il n'y a pas de traitement radical et définitif du lupus ou de la néphropathie lupique. Les objectifs généraux du traitement du lupus sont :

- obtenir la rémission des signes d'activités immunologiques,
- obtenir la rémission (complète ou partielle) des anomalies rénales (le plus important étant d'arrêter la progression de la maladie vers l'insuffisance rénale terminale),
- minimiser le risque toxique.

Des mesures générales de prévention des poussées lupiques doivent toujours être mises en oeuvre :

- éviter l'exposition aux oestrogènes (contraception orale),
- éviter l'exposition au soleil et utiliser une crème solaire avec un indice de protection élevé sur toutes les zones découvertes du corps.

Tous les traitements efficaces ont également des effets indésirables importants.

C'est pourquoi le traitement du lupus est personnalisé et adapté à chaque individu, selon l'estimation du bénéfice par rapport au risque au niveau de chaque patient. Les traitements actuels du lupus ont été séparés en deux catégories :

- Les traitements dits conventionnels, largement acceptés dans le monde médical. Seuls, ils seront essentiellement utilisés dans les formes bénignes de la maladie,

– Les traitements immunosuppresseurs, n’ayant pas forcément tous l’indication pour le lupus. Ils sont utilisés pour traiter les formes sévères de lupus.

#### **1.4.1/ Les traitements conventionnels**

Il existe trois classes de médicaments indiqués dans le traitement du lupus à travers le monde : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S.) et plus particulièrement l’aspirine, les anti-malariques et les corticostéroïdes.

##### **a/ L’aspirine**

L’aspirine est souvent proposée dans les formes mineures, en particulier cutanéoparticulaire.

L’inconvénient majeur de ce traitement est lié à son utilisation chronique et à l’apparition de troubles digestifs : ulcères gastroduodénaux et parfois hémorragies digestives.

##### **b/ Les anti-malariques de synthèse**

Bien que leur mode d’action soit inconnu, ils semblent particulièrement indiqués pour les atteintes cutanées et articulaires de l’affection ainsi que dans les formes pleuropéricardiques.

Les anti-malariques les plus souvent prescrits sont l’hydroxychloroquine (Plaquenil®) et la chloroquine (Nivaquine®), plus incisive mais produisant des effets secondaires ophtalmiques et gastriques plus importants.

Avec des doses adaptées, les anti-malariques peuvent être administrés pendant des mois et même des années avec des effets secondaires limités. Le principal souci réside dans l'atteinte possible de la rétine. Par le passé, on a pu observer des maladies oculaires pouvant aller jusqu'à la cécité. A l'heure actuelle, les doses utilisées ne laissent plus apparaître une telle toxicité, mais les patients sous anti-malariques restent suivis annuellement par un examen ophtalmique complet .

### **c/Les corticostéroïdes :**

La corticothérapie est un traitement de référence des formes aiguës de la maladie. Elle est indispensable dans les formes viscérales graves, et en particulier dans les atteintes rénales, neurologiques et hématologiques. Les stéroïdes les plus couramment utilisés sont la prednisolone (Deltacortil®) et la méthylprednisolone (Médrol®).

La posologie de ses traitements est variable selon les besoins du patient. D'une dose de charge initiale assez forte (jusqu'à 1 mg/kg/jour de prednisolone), les doses vont être diminuées progressivement pour obtenir un traitement d'entretien entre 5 et 7,5 mg de prednisolone par jour. Afin d'obtenir un effet anti-inflammatoire brutal et rapide, plusieurs doses de charge de 1mg/kg/jour de méthylprednisolone peuvent être exceptionnellement administrées (soit 1,2 mg/kg/jour de prednisolone) .

Les effets secondaires bien connus des corticostéroïdes sont liés à leur utilisation à forte posologie, et celle-ci doit donc rester de courte durée. Les effets néfastes de ses molécules sur l'organisme au niveau de la tension artérielle, du métabolisme des glucides (diabète) et de la masse osseuse (ostéoporose) seront donc à surveiller régulièrement.

#### **1.4.2 Les immunosuppresseurs**

Les thérapeutiques à visée immunosuppressive et immunomodulatrice sont largement employées au cours des formes systémiques sévères du lupus. Certaines atteintes viscérales, rénales, cérébrales, ou encore cardiaques, justifient l'association de corticoïdes et d'immunosuppresseurs .

En France, le cyclophosphamide (Endoxan®) et l'azathioprine (Imuran®) possèdent l'indication du lupus dans leurs autorisations de mise sur le marché (A.M.M.). L'utilisation du mycophenolate mofetil (Cellcept®) hors A.M.M. est aussi possible.

#### ***2.2.1 Cyclophosphamide***

Le cyclophosphamide (CY), connu sous le nom Endoxan®, est un agent alkylant

bifonctionnel de la famille des moutardes azotées. Il s'agit en fait d'une prodrogue, le CY est transformé au niveau du foie en produit actif, 4-hydroxycyclophosphamide, à l'origine de l'activité immunosuppressive.

Ce médicament est indiqué en début de traitement des formes sévères de la maladie afin d'amener rapidement le patient en rémission. Il est en général administré en IV de manière répétée sur une période plus ou moins longue (perfusion mensuelle pendant six à douze mois).

Les effets secondaires du CY restent une préoccupation majeure. On observe une diminution des globules blancs dans le sang nécessitant une surveillance car elle peut être à l'origine d'infections virales ou bactériennes. Le CY peut aussi provoquer des cystites hémorragiques, une ménopause précoce, des nausées et des vomissements, et occasionnellement une perte de cheveux.

### ***2.2.2 Azathioprine***

L'azathioprine (AZA, Imuran®) appartient à la classe des immunosuppresseurs, il est utilisé dans la prévention du rejet de greffe et plus particulièrement les greffes rénales même si le traitement de référence est maintenant l'association mycophenolate mofétil (M.M.F.) et Tacrolimus. L'AZA est aussi prescrit dans certaines maladies auto-immunes comme le lupus.

Son utilisation *per os* s'est montrée efficace sur les manifestations rénales et hématologiques du lupus. L'AZA est un médicament largement utilisé dans le traitement du L.E.D. La dose habituellement utilisée est de 2,5 mg/kg.

L'effet secondaire le plus important est la diminution d'activité de la moelle osseuse, avec comme résultat une chute du taux de globules blancs et, moins couramment, un taux diminué de plaquettes ou de globules rouges. Il peut être aussi observé des effets secondaires de type nausées et indigestion.

### ***2.2.3 Mycophenolate mofetil***

Il s'agit d'un produit semi-synthétique qui remplace progressivement l'AZA dans le traitement du rejet de greffe. Il inhibe de façon sélective la prolifération des cellules T à un stade tardif de leur maturation. Mais son action sur les lymphocytes B est plus important, d'où son utilisation pour prévenir les rejets de greffe .

Le mycophenolate mofetil (M.M.F. ou Cellcept®) est une molécule nouvellement utilisée pour traiter les atteintes rénales d'un lupus réfractaire. Le M.M.F. au quotidien, *per os*, pourrait remplacer le CY en IV mensuelles dans la thérapie d'induction de la néphropathie lupique.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les troubles digestifs (diarrhées, vomissements), une diminution de la résistance aux infections due à une leucopénie, des douleurs, de la fièvre, des maux de tête, une hypertension artérielle et des oedèmes.

### **Matériels et Méthodes :**

Notre travail est une étude rétrospective de type descriptive et analytique Portant sur des patients pris en charge pour lupus érythémateux disséminés colligée au

service de néphrologie /hémodialyse CHU Tlemcen sur une période fixée à 6 mois ; soit un total de 85 Patients.

Pour l'analyse statistique, les données ont été saisies et analysées sur le Logiciel EXCEL.

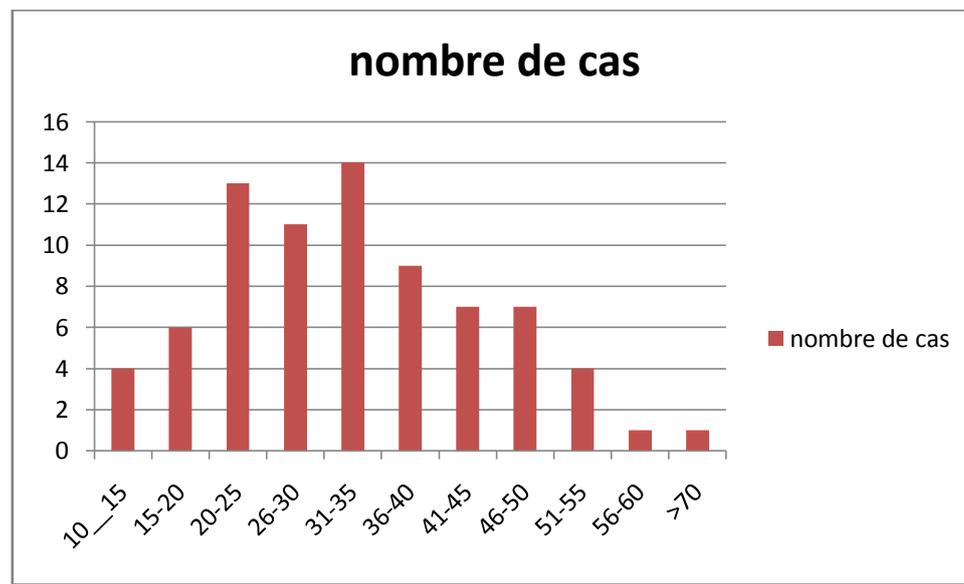
### *RESULTATS :*

#### *A/Données épidémiologiques :*

## 1/l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 31 ans avec des extrêmes allant de 15 à 70 ans et une médiane de 36 ans .

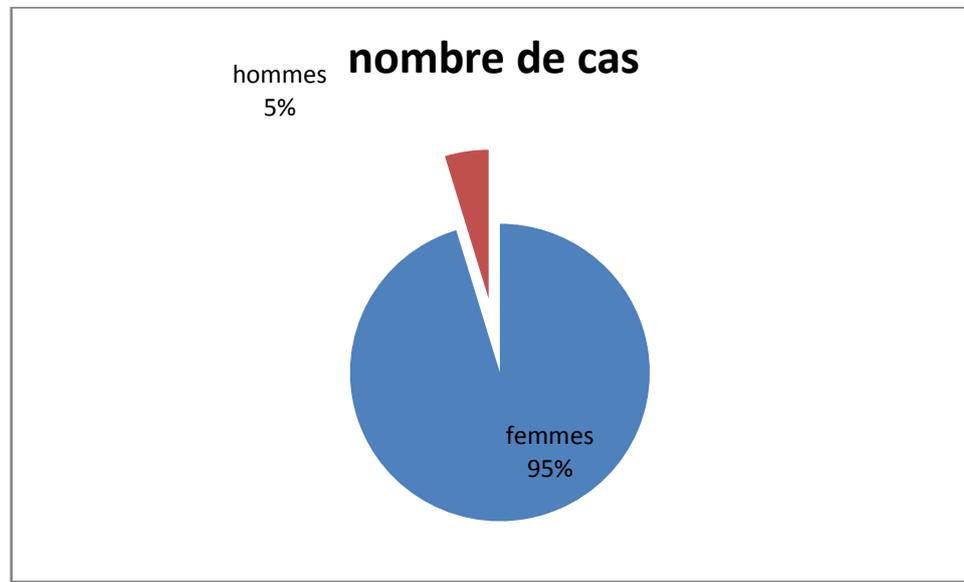
Le graphique n°1 représente les pourcentages des différentes tranches d'âge



Graphique n°1

## 2/le sexe :

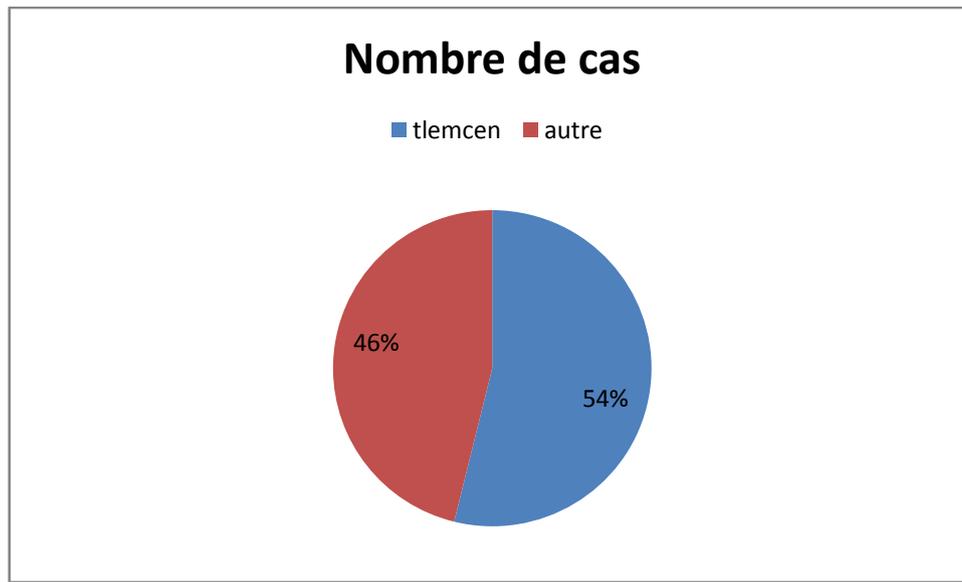
Notre population est caractérisée par une prédominance féminine avec 81 femmes pour 4 hommes soit 95,29% de la population étudiée.



## Graphique n°2

## 3/l'origine ou répartition géographiques :

42 malades de notre série étaient originaire de la wilaya de Tlemcen alors que 36 étaient d'autres wilaya.

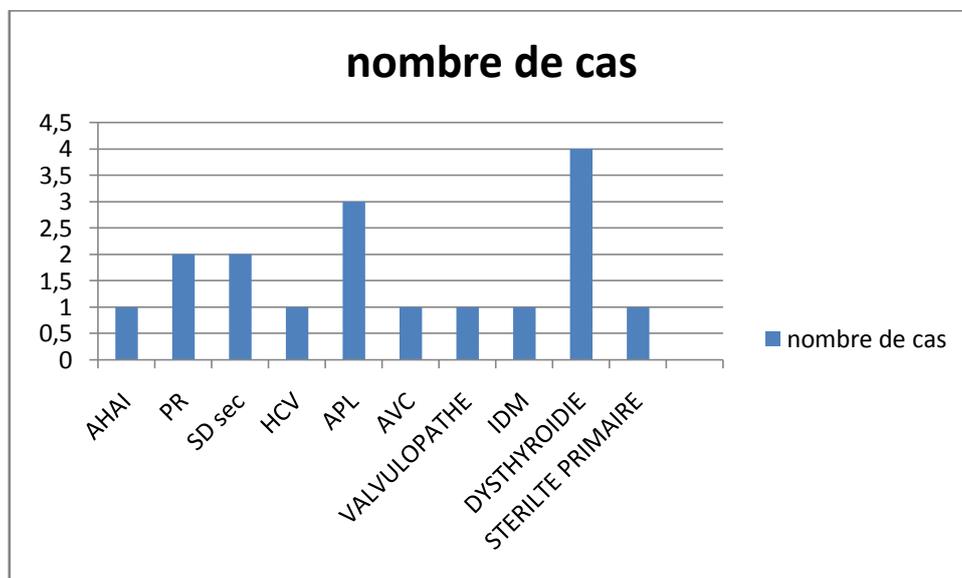


Graphique n°3

**B/ la présentation clinique :**

**4/lupus et maladies associées :**

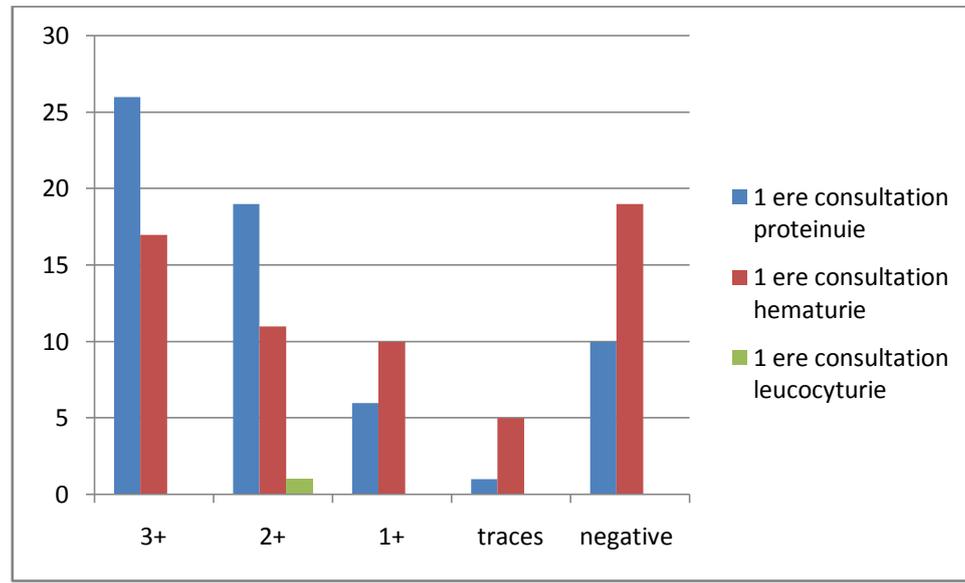
Des tares personnelles ont été associées au lupus qui sont induits par le traitement anti lupique ou traités antérieurement par les malades



Graphique n°4

### 5/la bandelette urinaire :

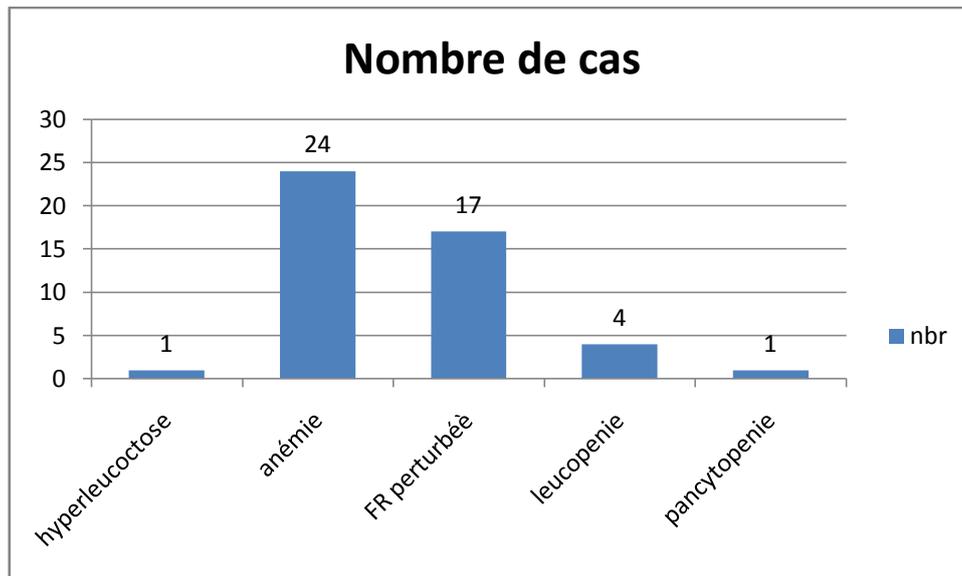
L'examen des urines lors de la présentation des patients lupiques à la 1 ère consultation au niveau de l'hôpital de jour .



**Graphique n°5**

### 6/le profil biologique :

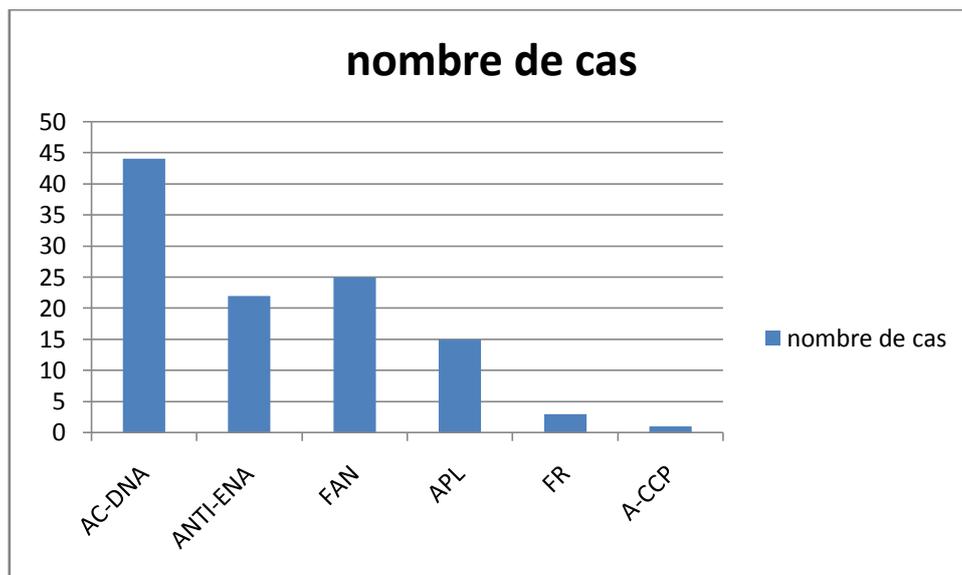
Toujours à la 1 ère consultation qui intéresse les 3 lignés sanguines et la fonction rénale (créatinine >14mg).



Graphique n°6

7/le profil immunologique :

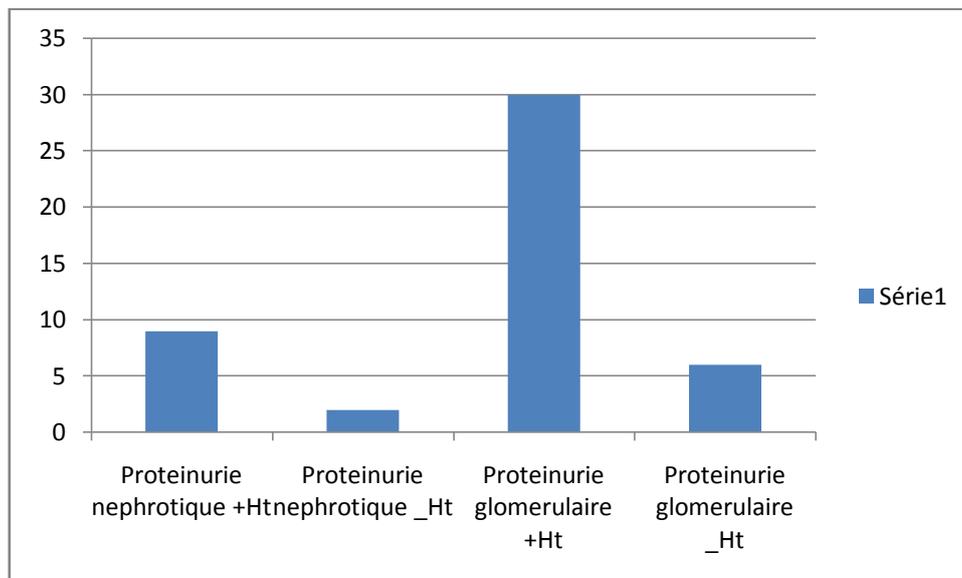
Les Ac anti DNA spécifiques du lupus étaient positifs dans 44% des cas



Graphique n°7

### 8/la protéinurie :

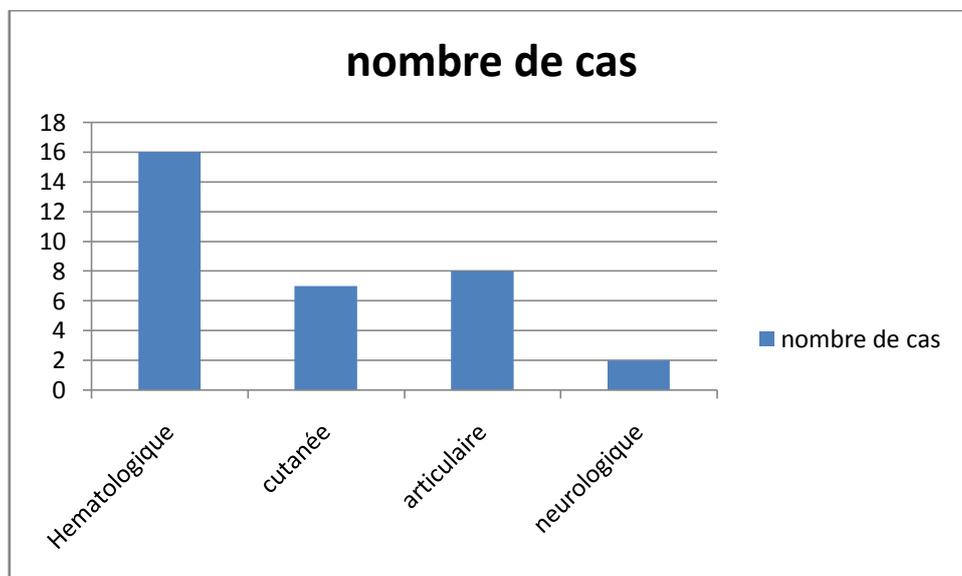
La protéinurie était associée à une hématurie dans 30 cas/85.



Graphique n°8

### 9/Atteinte extra-rénales associées :

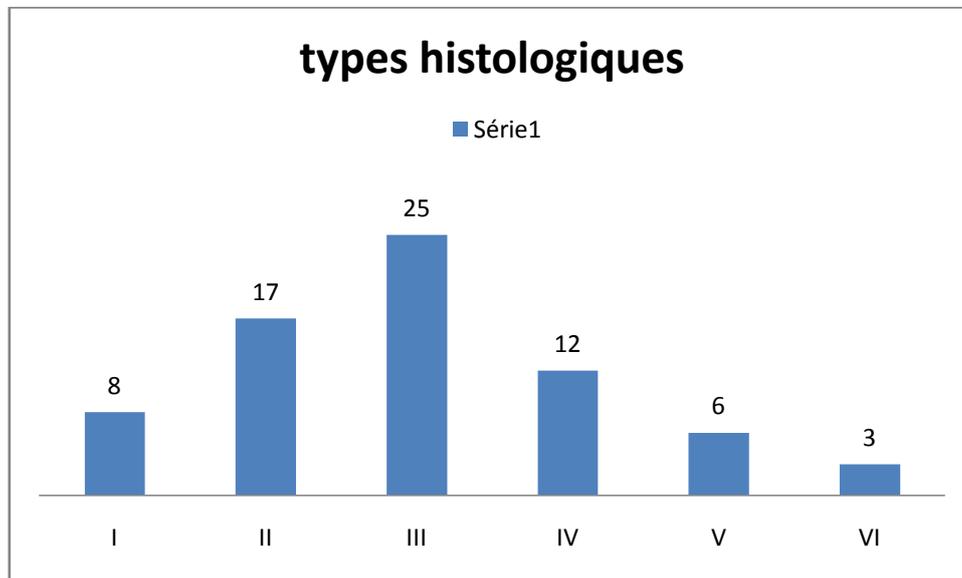
L'atteinte hématologique est la plus fréquente .



Graphique n°9

### 10/le type histologique de l'atteinte rénale

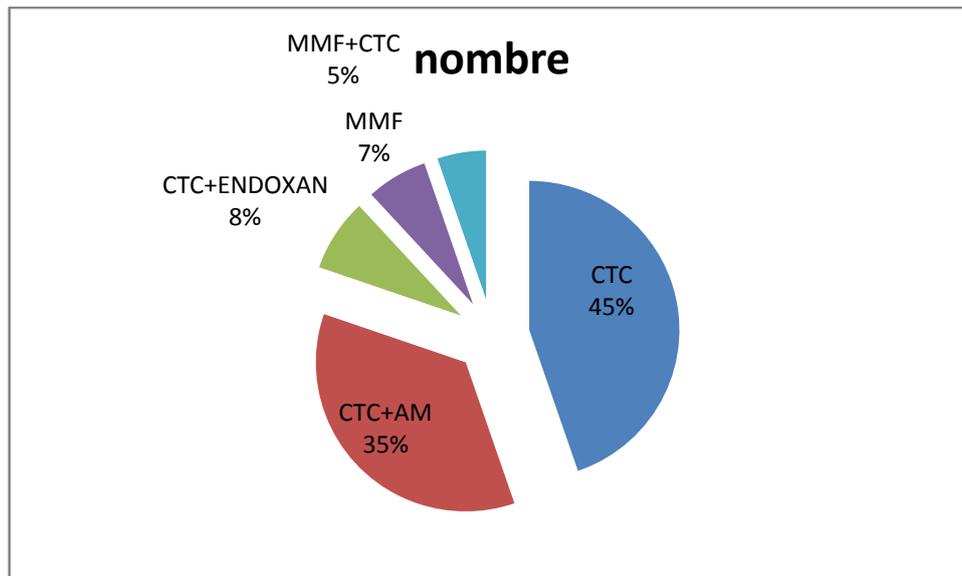
Les types histologiques après ponction-biopsie-rénale, révèle que la classe III est la plus fréquente.



Graphique n°10

### 11/Traitement reçu lors de la première consultation :

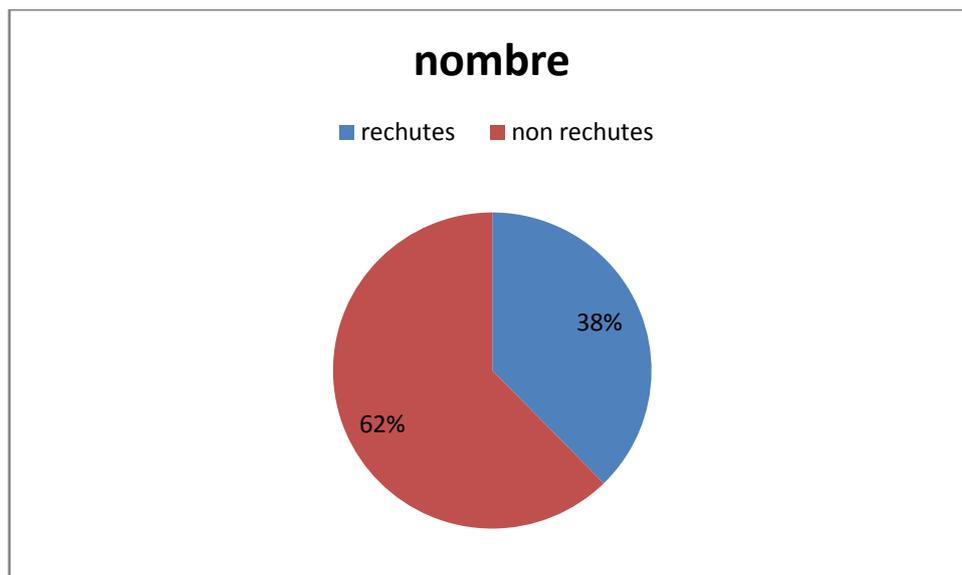
le traitement conventionnel, les anti malarique et les immunosuppresseurs



Graphique 11

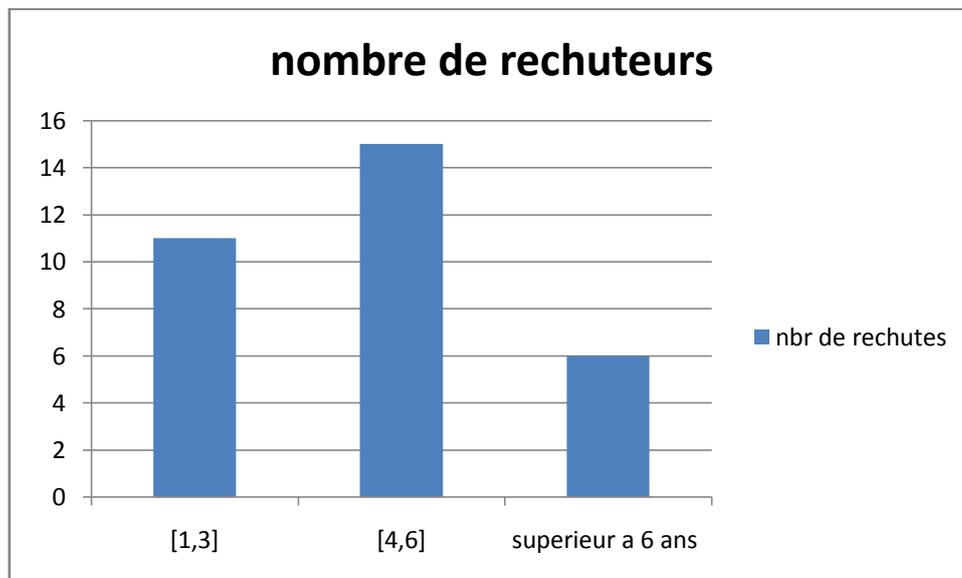
12/les rechutes :

Le nombre des patients qui ont rechutés entre l'année 2014 et 2016 étaient de 62%; les rechutes étaient traités par augmentation Les doses des CTC .



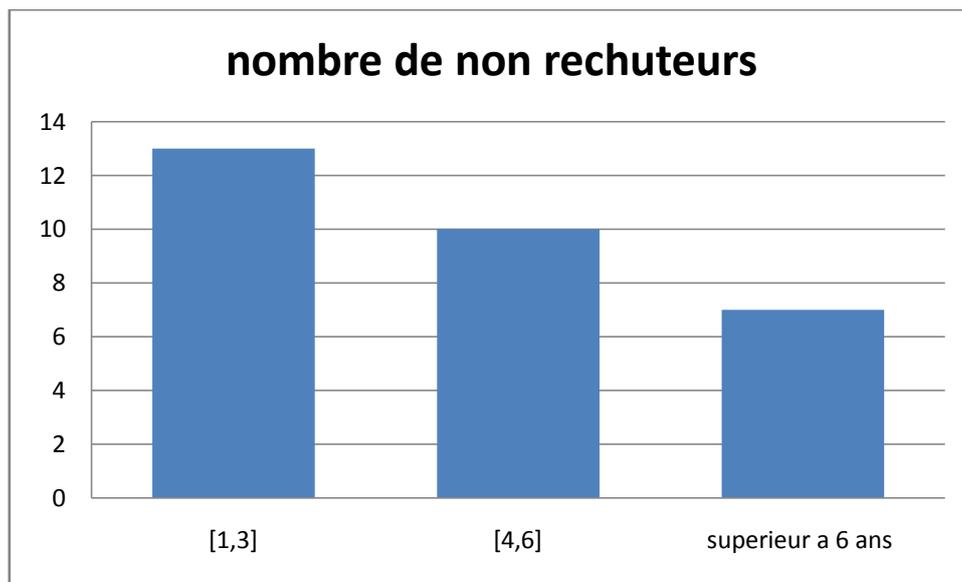
Graphique 12

13/les rechutes en fonction d'années d'évolution entre l'année 2014 et 2016:



Graphique 13

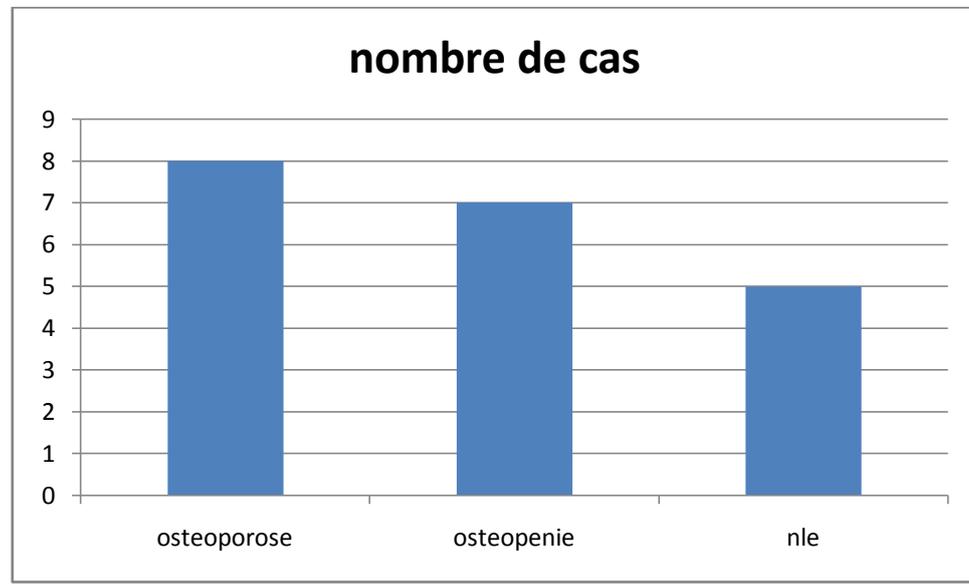
14/les non- rechuteurs en fonction d'années d'évolution entre l'année 2014 et 2016:



Graphique 14

15/Tomodensitométrie :

*La tomodensitométrie osseuse a été réalisée chez 20 patients*



Graphique n°15

### *La discussion :*

La discussion développera les données de la littérature.

IL a été très difficile de faire la comparaison de nos résultats avec ceux de la littérature point par point, car pas toutes les études ont détaillé ces éléments et n'avaient pas non plus les mêmes objectifs et hétérogénéité de notre population .

La revue de la littérature a été effectuée par recherche dans les banques de données disponibles (Med-line, Pub- Med).

### *A/les données épidémiologiques :*

#### *1/l'âge :*

Dans notre étude, l'âge de nos patients se situait dans l'intervall 15et 70 ans avec une moyenne de 39.78 ans, cet âge moyen est supérieur à celui observé par Cereva et al .

Cependant, dans une autre population présentant un lupus localisé (cutané) l'âge différé de moins de 15 ans à plus de 55 ans témoignant que cette pathologie peut toucher toutes les tranches d'âge.

Serie	Limite d'âge	L'âge moyen
Cervera et al	15_40	27.4
Font et al	<15 et >55	

### 2/le sexe :

La répartition selon le sexe a été caractérisée, dans notre série, par une nette Prédominance féminine (95,25% de femmes pour 5% d'hommes), se rapprochant ainsi des données de la littérature (88% à 91% de femmes). Cette prédominance féminine, plus prononcée dans la tranche d'âge entre 21 et 40 ans suggère probablement l'intervention d'un facteur hormonal (période d'activité ovarienne ).

### 2/lupus et maladies associées :

L'hypothyroïdie est présentée chez quatre des patientes lupiques . Le caractère auto immunitaire de la pathologie est bien évoqué

### B/les données cliniques :

### 1/la Bandelette Urinaire :

La 26 patients ont positivé la bandelette urinaire à la première consultation à 3 (+) de protéinurie et 17 de ces patients faisaient 3 (+) d'hématurie qui suggèrent des lupiques en plein état de poussée .

### 2/le profil biologique :

On observe perturbation de la lignée érythrocytaire présentée par une anémie( à raison de 51% des patients) ;9% de leucopenie ;2%pancytopenie .

Le lupus systémique s'accompagne d'atteinte hématologique ,à savoir pancytopenie, bicytopenie ou atteinte d'une seule lignée

La fonction rénale perturbée à raison de 36% des patients,Témoignant de l'atteinte histologique sévère dans notre étude ,ses atteintes représentaient 54% de la population générale( stade III ,IV , V , VI)

### 3/le profil immunologique :

On observe majoration de marqueurs immunologique AC-DNA ,FAN et les ANTI-ENA témoignant de la poussée de la maladie.

#### 4/le type d'atteinte extra-rénale associées :

Au stade d'atteinte rénale, l'atteinte hématologique était la plus fréquente l'atteinte cutanée typique ( aspect en vesperilio) était rare 7cas/85 patients . Bien que l'atteinte rénale survient dans un intervalle d'à peu près deux ans après l'atteinte localisée , l'atteinte systémique ,à savoir rénale peut venir annoncer la maladie avec tableau cutané et articulaire très discret .

#### 6/le traitement reçu lors de la première consultation :

45%des patients recevant un traitement de CTC seules et 35% recevaient un traitement combiné de CTC et anti-malarique à l'admission .Ce traitement à été modifié dans classes III ,VI ,V ou un traitement immunosupresseur à base d'anti-prolifératif ou anti CD 20 était nécessaire .

#### 7/les rechutes :

On observe 62 % des patients qui ont rechutés entre l'année 2014 et 2016 , la rechute nécessite un traitement intensif ( augmentation des doses CTC ,introduction des bolus ENDOXAN ,justifiés par protéinurie importante de plus de de 3(+) et hypoalbuminémie profonde .

En effet, on observe que 6 cas dont la durée d'évolution de leur lupus est supérieure à 6 ans ont rechuté et le reste dont la durée d'évolution est inférieure à 6 ans sont au nombre de 26 .Ainsi ceci se rapproche aux données de la littérature qui signale une diminution des fréquences des rechutes avec l'ancienneté du lupus .

« plus on s'éloigne du lupus les rechutes diminuent »

### 8/la tomodynamométrie :

24% patients ont bénéficié d'une DMO .

8 patients ont une ostéoporose ,7 avec osteopénie et 5 à DMO normale.

La prise prolongée de corticoïdes est à l'origine de la fragilité osseuse (ostéoporose et ostéopénie), d'où intérêt d'éviter la CTC prolongée et la remplacer par les anti prolifératives.

### La conclusion :

Le lupus n'est pas rare en Algérie, il faut y penser devant toute femme en période d'activité ovarienne avec un tableau cutané et articulaire (arthralgies, éruption en versperilio) .Une atteinte rénale (syndrome néphrotique, néphropathie glomérulaire et insuffisance rénale d'apparition brutale) avec un tableau générale discret voire même absent peut être un contexte de révélation de la maladie .

Le traitement efficace selon les recommandations et selon les classes est nécessaire, il permet de prolonger la survie rénale et le pronostic général.