
M.E.S., Numéro 124, Septembre - Octobre 2022

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mise en ligne le 10 octobre 2022



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, septembre - octobre 2022

LA NEPHROPATHIE LUPIQUE JUVENILE : A PROPOS D'UN CAS SUIVI AU DEPARTEMENT DE PEDIATRIE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA

par
Dr Augustin OMEKOKO ODIKO

Assistant, Faculté de Médecine,
Université Notre Dame de Tshumbe

Résumé

Le lupus érythémateux disséminé (LED) est une maladie secondaire à une activation du système immunitaire contre les antigènes de soi pouvant toucher plusieurs organes dont les reins¹. Le Lupus érythémateux disséminé juvénile est un diagnostic rare en Pédiatrie avec présentation clinique proche de l'adulte dont le décours est en général plus sévère avec un risque d'atteinte rénale et du système nerveux central, élevé.

Ce travail expose un cas suivi pour néphropathie lupique juvénile, au service d'hémo-onco-néphrologie pédiatrique des cliniques universitaires de Kinshasa tout en relevant la complexité de la clinique présentée.

Mots-clés : Lupus, juvénile, complexité clinique, Néphropathie

Abstract

Systemic lupus erythematosus is a disease secondary to an activation of the immune system against self-antigens that can affect several organs including the kidneys. Systemic lupus erythematosus is a rare diagnosis in pediatrics with a clinical presentation close to that of adults, the course of which is generally severe with a high risk of renal damage.

This work exposes a case of juvenile lupus nephropathy, in the service of Hemato-onco-nephrology of the university clinics of Kinshasa, while raising the clinical complexity presented.

Keywords : Lupus, juvenile, nephropathy, clinical complexity

INTRODUCTION

Le lupus est une maladie secondaire à une activation du système immunitaire contre les antigènes de soi pouvant toucher plusieurs organes dont les reins².

Le Lupus érythémateux disséminé juvénile est un diagnostic rare en Pédiatrie avec présentation clinique proche de l'adulte dont le décours est en général plus sévère avec un risque d'atteinte rénale et du système nerveux central, élevé.

Le but de cet article est d'enrichir la littérature sur le LED, en présentant un cas suivi au service d'hémo-oncologie et néphrologie pédiatrique des cliniques universitaires de Kinshasa.

I. EPIDEMIOLOGIE

Le LED débute dans 20% des cas avant l'âge de 16 ans, généralement pendant l'adolescence et très rarement avant l'âge de 5 ans³.

Le sexe ratio est 9 / 1 en faveur du sexe féminin en période d'activité ovarienne.

La prévalence est plus élevée chez les sujets non caucasiens (les noirs et les asiatiques).

¹ Marini R, Lavras Costallat LT. Young age at onset, renal involvement, and arterial hypertension are of adverse prognostic significance in juvenile systemic lupus erythematosus. Rev Rhum (Engl Ed) 1999 ; 66 : 303-9.

² Marini R, Lavras Costallat LT. Young age at onset, renal involvement, and arterial hypertension are of adverse prognostic significance in juvenile systemic lupus erythematosus. Rev Rhum (Engl Ed) 1999 ; 66 : 303-9.

³ Malleson PN, Fung MY, Rosenberg AM. The incidence of pediatric rheumatic diseases : Results from the canadian pediatric rheumatology association disease registry. J Rheumatol 1996 ; 23 : 1981-7.

Le LED est une des connectivites les plus fréquentes, mais demeure une pathologie rare avec une incidence 4 pour 100000 /an, une prévalence de 40 pour 100000/an, une prévalence de l'atteinte rénale à 4 pour 100000/an.

II. OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'un adolescent de 12 ans, n'ayant jamais reçu le vaccin contre le pneumocoque, transféré d'un hôpital périphérique pour une meilleure prise en charge des troubles neurologiques, après 6 semaines d'hospitalisation. Tout a commencé par la fièvre **traitée** avec les tuberculostatiques de première ligne pendant 2 semaines dont l'évolution était marquée par l'apparition des tâches hyper-chromiques au niveau des membres supérieurs, puis des agitations et convulsions.

L'examen clinique était essentiellement marqué par :

- Conjonctives palpébrales modérément colorées ;
- Tachycardie à 120 bpm avec souffle systolique 2/6 pluri focal ;
- Matité, baisse de murmure vésiculaire pur à la base pulmonaire droite ;
- Abdomen ballonné, souple avec hépatomégalie sensible, à 7cm sous le rebord costal droit, Splénomégalie à 3cm sous le rebord costal gauche ; périmètre abdominal passant par l'ombilic à 76cm ;
- Légère bouffissure du visage ;
- Adénopathies latéro-cervicales bilatérales dont la plus grosse mesure 2,5cm de diamètre, mobiles et non sensibles ;
- Taches hypo chromiques à la face, au front et taches hyper-chromiques aux membres surtout supérieurs ;
- Ongles **cassants**, **aplatis**, colorés

Hypothèses Les diagnostics évoqués sont les suivantes :

➤ *Maladie systémique auto-immune probablement :*

- Connectivite ? (LED ?)
- Vascularite ?

Le bilan réalisé :

- **Hb : 8,9g/dl**
- **Ht : 30,2%**
- IgE tot : 38,27
- **Ac anti-nucléaire : 7,18**
- IDRT : 3mm
- Facteur rhumatoïde : 9,4UI/ml
- **VS : 115mmH1**
- Créatinine : 0,68mg/dl
- **BU : Protéinurie +++**
- **Electrophorèse des protéines : Albumine 50,4% ; alpha-1 : 6,3% ; alpha-2 : 12,2% ; Gamma 20**
- **Rx Thorax : Adénopathies hilaires**

CAT :

- Pulse thérapie 1,5g (1g/m²) de solumédrol dilué dans 100cc de SG5% //6h à la pousse seringue au rythme de 1sur 2, en 3séances
- Collcept Co de 500mg : 1co/j//2ans

- Enalapril

Quatre mois après, soit le 5 avril 2019, il sera ré hospitalisé pour : *une pleurésie non spécifique sur terrain de néphropathie lupique compliqué d'anémie non tolérée.*



Figure 1 : Radiographie du Thorax montrant des opacités homogènes avec déviation du médiastin Suggérant un épanchement abondant

Il était mis sous :

- Augmentin injectable pendant 14 jours

A été transfusé et bénéficié d'une ponction-drainage pleurale avant son transfert vers l'étranger, mais serait décédé deux semaines après sa sortie des cliniques.

III. DISCUSSION

3.1. Age

L'âge de notre patient est de 12 ans, ce qui corrobore le résultat trouvé par Milleson et coll., selon lequel le lupus juvénile apparaît avant l'âge de 16 ans (2).

3.2. Observation clinique

Le patient a présenté la fièvre au long cours, puis taches hyper chromiques au niveau des membres supérieurs après prise des tuberculostatiques ; ce qui rejoint la littérature sur l'inflammation et immuno-pathologie démontrant la prise des anti tuberculeux comme un des facteurs environnementaux qui favorise l'éclosion du lupus érythémateux disséminé, aussi bien chez l'adulte que chez les enfants⁴. La pâleur conjonctivale, l'hépatomégalie et la splénomégalie, sont des signes de l'anémie inflammatoire, mais aussi de l'infection, à laquelle s'adjoignent la bouffissure du visage, témoin d'une atteinte rénale, l'atteinte neurologique, pour constituer trois critères diagnostiques des 11 énumérés par « the American College of Rheumatology », ACR, tels que décrits par la même littérature et Malleson PN et Coll.(2)

3.3. Biologie

Elle a montré un taux bas d'Hb à 8.9g/dl, une VS accélérée à 115mm/h témoignant une anémie inflammatoire. L'électrophorèse des protéines a montré une hypo protidémie avec une hypo albuminémie, une hyperalpha-2 et hypergamma-globinémie⁵ ; une protéinurie témoin de l'atteinte rénale, ce résultat biologique corrobore à 95%, le résultat trouvé par Marini et coll⁶.

⁴ Carreno L, Lopez-Longo FJ, Monteagudo I, et al. Immunological and clinical differences between juvenile and adult onset of systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1999 ; 8 : 287-92.

⁵ Arkachaisri T, Lehman TJ. Systemic lupus erythematosus and related disorders of childhood. *Curr Opin Rheumatol* 1999 ; 11 : 384-92.

⁶ Silverman ED, Land B. An overview of the treatment of childhood SLE. *Scand J Rheumatol* 1997 ; 26 : 241-6.

L'anti-DNA revenu positif associé à l'anémie susmentionnée complète le 5^e critère diagnostic de l'ACR, alors que quatre seulement dont un biologique, suffisent pour évoquer un LED juvénile(3).

3.4. Pronostic

Le pronostic était fatal chez notre patient, car ayant présenté un tableau septique sévère avec atteinte pulmonaire et pour n'avoir pas respecté le calendrier vaccinal en vigueur en RDC. Ceci certifie le résultat trouvé par⁷.

CONCLUSION

Comme le LED juvénile est une maladie rare, ce diagnostic est souvent oublié chez les enfants présentant des symptômes suggestifs d'une maladie systémique, avec comme conséquence un important délai dans l'établissement du diagnostic.⁴ Cependant, un LED devrait toujours être évoqué chez un enfant qui présente une protéinurie ou une hématurie isolée, une urticaire ou un angi-oedème chronique, ou des anticorps antinucléaires positifs. Les enfants souffrant d'un purpura thrombocytopénique idiopathique, accompagné ou non d'une anémie hémolytique, peuvent développer un LED par la suite, en général, au cours de la première année d'évolution. Ces patients nécessitent un suivi rapproché si des anticorps antinucléaires sont retrouvés dans leur sérum. Des manifestations articulaires sont présentes dans 90% des LED et représentent la plainte inaugurale dans 50% d'entre eux. Ces arthrites font alors évoquer le diagnostic d'arthrite juvénile idiopathique débutante. Lorsque l'atteinte articulaire est associée à de la fièvre et à une cardite, le LED entre dans le diagnostic différentiel du rhumatisme articulaire aigu⁸

BIBLIOGRAPHIE

- Marini R, Lavras Costallat LT. Young age at onset, renal involvement, and arterial hypertension are of adverse prognostic significance in juvenile systemic lupus erythematosus. *Rev Rhum (Engl Ed)* 1999 ; 66 : 303-9.
- Malleson PN, Fung MY, Rosenberg AM. The incidence of pediatric rheumatic diseases : Results from the canadian pediatric rheumatology association disease registry. *J Rheumatol* 1996 ; 23 : 1981-7.
- Carreno L, Lopez-Longo FJ, Monteagudo I, et al. Immunological and clinical differences between juvenile and adult onset of systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1999 ; 8 : 287-92.
- Arkachaisri T, Lehman TJ. Systemic lupus erythematosus and related disorders of childhood. *Curr Opin Rheumatol* 1999 ; 11 : 384-92.
- Graham BT, Lovell DJ. Outcome in pediatric rheumatic disease. *Curr Opin Rheumatol* 1997 ; 9 : 434-9.
- Silverman ED, Land B. An overview of the treatment of childhood SLE. *Scand J Rheumatol* 1997 ; 26 : 241-6.
- Niaudet P. Lupus érythémateux disséminé. In : Prieur A-M. *Rhumatologie pédiatrique*. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion, 1999.
- Buyon JP. Neonatal lupus. *Curr Opin Rheumatol* 1998 ; 8 : 485-90.

⁷ Niaudet P. Lupus érythémateux disséminé. In : Prieur A-M. *Rhumatologie pédiatrique*. Paris : Médecine-Scien-

⁸ Buyon JP. Neonatal lupus. *Curr Opin Rheumatol* 1998 ; 8 : 485-90.