

Place du Rituximab au cours du Lupus Érythémateux Systémique: Expérience d'un service de médecine interne

Houssef ABIDA, Résident, Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Sameh Sayhi, Professeur agrégée, Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Nour El Houda GUEDDICHE, Assistante hospitalo-universitaire, Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Bilel ARFAOUI, Assistant hospitalo-universitaire, Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Faïda AJILI, Professeur, Unité de recherche maladies auto-immunes UR17DN02, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Nadia BEN ABDELHAFIDH, Professeur, Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Najeh BOUSSETTA, Professeur agrégée, Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Bassem LOUZIR, Professeur, Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction:

Malgré les avancées thérapeutiques au cours du Lupus Érythémateux Systémique (LES), les formes réfractaires aux traitements immunosuppresseurs conventionnels (DMRADs) et les formes cortico dépendantes sont toujours décrites. Elles sont associées à une morbi-mortalité élevée et des complications métaboliques et infectieuses importantes. Le Rituximab (RTX) constitue une alternative thérapeutique dont la place au cours du LES est mal élucidée.

Le but de notre étude est de décrire les indications, les modalités et les réponses au RTX au cours du LES dans un service de médecine interne.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant les patients ayant un LES retenu selon les critères de l'ACR/EULAR 2019, traités par RTX et suivis au service de médecine interne de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis entre 2010 et 2022. Le recueil des données a été fait à partir des dossiers médicaux des patients.

Résultats:

Sept patients ont été inclus. Le sexe-ratio était de 0,5 (H/F). L'âge moyen au moment du diagnostic du LES était de 31 ans [20;49]. Une patiente avait une scléromyosite associée. Les atteintes systémiques cumulées sont détaillées dans la figure 1.

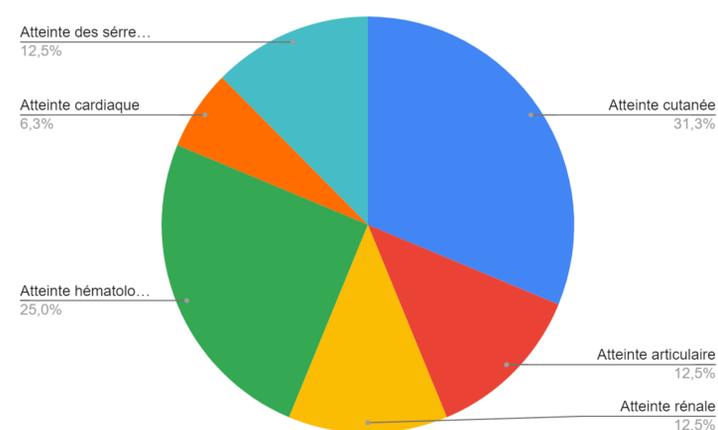


Figure 1: Répartition des atteintes systémiques cumulées

Tableau 1: Répartition des indications du Rituximab

Indication	Description	Réponse au RTX
Atteinte hématologique (n=3)	Thrombopénie sévère avec syndrome hémorragique (n=3)	Rémission (n=1) Rechute (n=2)
Atteinte cardiaque (n=1)	Myocardite résistante	Rémission
Atteinte rénale (n=2)	Glomérulonéphrite active classe IV (n=2)	Rémission (n=1) Résistance (n=1)
Atteinte artérielle (n=1)	Arthrite avec ténosynovites résistantes au hydroxychloroquine et au méthotrexate	Rémission partielle

Les formes indiquant le RTX sont illustrées dans le tableau 1. Les schémas thérapeutiques suivis étaient: le schéma rhumatologique (2 cures de 1g chacune à 15 jours d'intervalle) (n=5); schéma néphrologique (4 cures hebdomadaires à 375 mg/m² de surface corporelle) (n=2). Pour l'atteinte hématologique, il s'agissait d'une thrombopénie sévère inférieure à 10 000 chez les trois patients associée à un syndrome hémorragique chez deux patientes. Une corticorésistance a été décrite dans les trois cas. Le RTX a été prescrit d'emblée en association aux immunoglobulines polyvalentes chez une patiente devant la sévérité des métrorragies. Il a été indiqué devant la résistance au Mycophénolate mofétil (MMF) et le cyclophosphamide (CYC) chez les deux autres patients. Une stabilisation des chiffres des plaquettes a été notée chez une patiente avec un recul de 8 ans. Une rechute de la thrombopénie inférieure à 10 000 a été décrite respectivement à 6 et 7 mois chez les deux autres patientes. Pour l'atteinte rénale, il s'agissait de néphropathie classe IV sévère dans les deux cas avec une résistance aux corticoïdes, le CYC et au MMF. L'évolution était favorable chez un patient avec un recul de 7 ans. Une persistance de la protéinurie supérieure à 2g/24 heures a été trouvée chez le deuxième. Pour l'atteinte artérielle, il s'agissait d'arthrites non destructrices avec ténosynovites résistantes aux anti-paludéens de synthèse et méthotrexate à dose optimale. Le RTX a été instauré dans un but d'épargne cortisonique devant la cortico-dépendance et l'installation d'une ostéoporose sévère. L'évolution était favorable.

Chez la patiente présentant une scléromyosite associée, le RTX a été indiqué devant une myocardite compliquée d'insuffisance cardiaque globale réfractaire aux corticoïdes et aux DMRADs. Une stabilisation de la fraction d'éjection cardiaque gauche a été obtenue suite à la cure de RTX avec un recul de 3 ans.

Conclusion:

Le RTX a permis d'obtenir une rémission chez trois patients et une stabilisation chez une autre. Toutefois, la taille de l'échantillon ainsi que son hétérogénéité ne permettent pas de tirer des conclusions. Une meilleure connaissance de la physiopathologie du LES pourra mieux définir les indications ainsi que les moments d'introduction du RTX au cours de cette connectivité.