

Retour de la corticothérapie pour la néphropathie à IgA

Dre Lena Berchtold

La néphropathie à IgA est la glomérulonéphrite primaire la plus répandue dans le monde...

La physiopathologie reste méconnue.

Les IgA 1 circulant sont augmentés et dé-galactosylés... Il y a un second "coup", avec la production d'anticorps anti-IgA1, qui forment des complexes immuns.

Ceux-ci sont circulants et se déposent dans les organes, dont le rein, où il y a cascade inflammatoire et des lésions conséquentes.

L'incidence est variable selon les pays, avec un pic d'âge de 20 à 30 ans, et un ratio homme-femme qui varie selon le continent : 2:1 en Europe et Amérique du Nord vs 1:1 en Asie.

C'est plus fréquent chez les caucasiens et les asiatiques et rare pour les origines africaines.

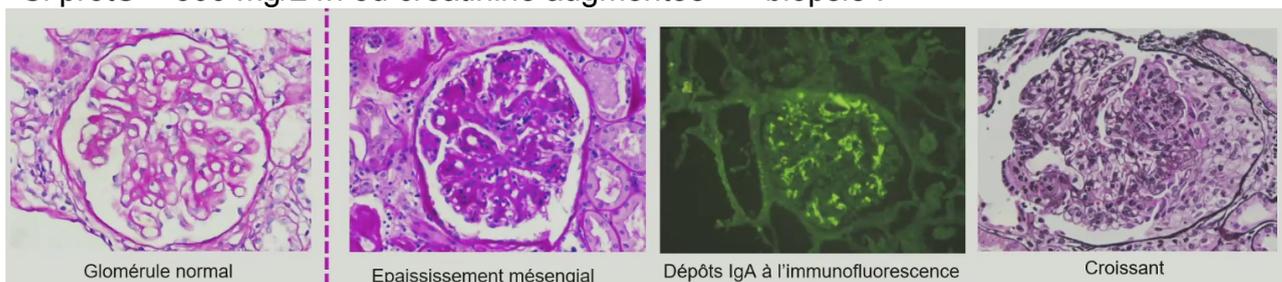
La présentation clinique est très variable, pouvant aller d'une hématurie asymptomatique à une glomérulonéphrite rapidement progressive.

Le pronostic à 10 ans: 25% d'insuffisance rénale terminale; 50% à 30 ans. Son déterminant principal est la protéinurie.

Présentation clinique

- 40-50%: hématurie macroscopique après IVRS
- 30-40% hématurie microscopique et protéinurie de bas débit
- <10% syndrome néphrotique (>3.5gr/24h protU, hypoalbuminémie, oedèmes) ou glomérulonéphrite rapidement progressive (oedème, HTA, IRA, hématurie)

Si protU > 500 mg/24h ou créatinine augmentée → biopsie :



La biopsie est le seul moyen de diagnostiquer la néphropathie à IgA.

Traitements

Une méta-analyse sur 9 études en 2012 montrait un bénéfice au traitement par cortisone... ce qui a ensuite été démenti par l'étude Stop IgAN (bolus + 0.5mg/kg)

L'étude TESTING (0.8 mg/kg) est stoppée en raison d'effets secondaires infectieux..

L'étude NEFIGAN utilise le budésonide et montre une baisse de la protéinurie vs placebo..

Dapa-CKD (2021) montre la réduction du risque de progression de l'IR sous dapagliflozine (étude de sous-groupe)

Avertissement: notes prises au vol... erreurs possibles... prudence!

Les recommandations actuelles (2021, pré dapa-CKD) de CKD-EPI restent prudentes : après 3 mois de protéinurie malgré traitement optimal → intégrer dans une étude, corticoïdes discutables si pas de comorbidités à risque.

C'est dans ce contexte que s'insère [l'étude du jour](#), qui pose la question: Quel est l'effet des corticoïdes vs placebo lors de néphropathie IgA et > 1 gr/24h de protéinurie?

Inclusion : 305 hommes, 198 femmes avec un GFR > 20 ml/min et > 1 gr/j de protéinurie

Intervention : 503 patients randomisés en double aveugle, répartis 257:246
Methylprednisolone:placebo, sur 6-9mois.

Critère composite: ↓ GFR de 40% + insuffisance rénale terminale + décès de cause rénale.

Étude favorable car tous les patients sont biopsés, le diagnostic est donc sûr. Ils ont également reçu 3 mois d'IEC/Sartans à dose maximale avant l'étude.

Malheureusement, peu de caucasiens inclus, et aucun patient sous iSGLT2... (début 2012)

NB: dans le groupe corticoïde, il y a deux groupes → ceux dont l'étude a été suspendue, à 0.6-0.8 mg/kg (131 patients) et ceux ajoutés par la suite avec une demi-dose (0.4mg/kg) + prophylaxie contre pneumocystis jirovecii (117 patients).

Caractéristiques de la population :

- 35- 36 ans, majorité d'hommes, de chinois (75%), avec 5% de caucasiens
- GFR conservé (~60 ml/min) et protéinurie ~2 gr/24h
- Tous les patients sont sous IEC ou Sartans

Résultats

L'issue primaire est moins fréquente dans le groupe méthylprednisolone, à 28.8% vs 43.1% dans le groupe placebo.

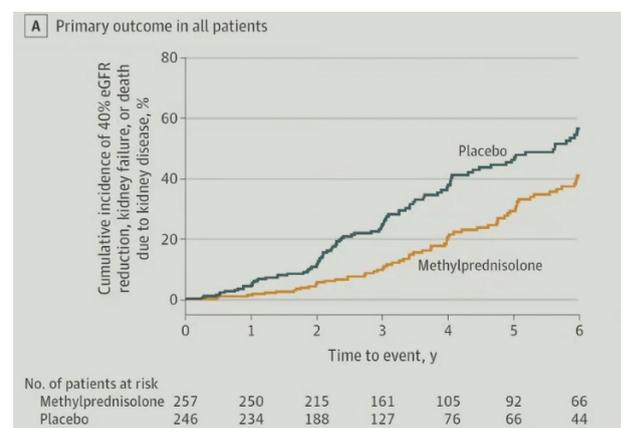
L'efficacité est bonne pour la dose complète (HR 0.58) et la demi-dose (HR 0.27)...

Les analyses des sous-groupes montrent également que le traitement est bénéfique quelles que soient la protéinurie (\pm 3 gr/j) et l'origine (chinois vs non chinois).

Les effets secondaires graves sont de 10.9% pour la prednisone vs 2.8% dans le groupe placebo, tous dosages confondus.

Il y a moins d'effets secondaires graves lorsque la dose est réduite (5% vs 16% full dose) et l'infection est prévenue...

Ces effets secondaires sont principalement des hospitalisations pour infections sévères...



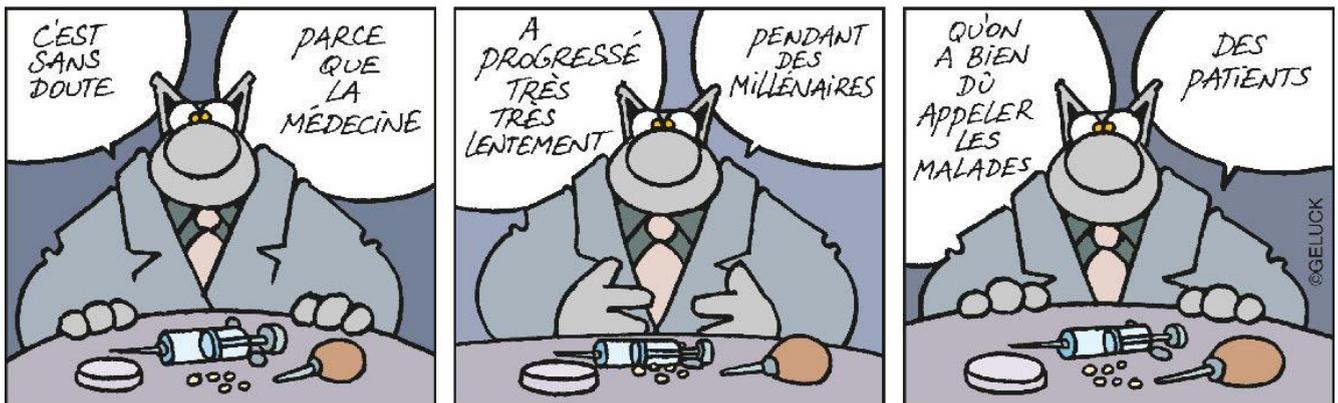
Conclusion

La néphropathie à IgA est fréquente, avec une présentation clinique variable...Ce qui demande une prise en charge individualisée:

- 1: Habitudes:
 - Diminuer la consommation de sel < 2 gr/j
 - Perte de poids
 - Arrêt du tabac
 - Exercices physiques réguliers

- 2: IEC ou Sartan ou iSGLT2

- 3: Corticothérapie/budésonide → à discuter selon le risque de développer un diabète, le risque infectieux et l'inflammation observée à la biopsie



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch