

ACR, SLICC, EULAR : quelles sensibilités dans le diagnostic du lupus ?

N. Jnyah, H. Dambaba, C. Soltani, A. Chouhani, G. Bardai, N. Kabbali, T. Sqalli Houssaini.

Service de Néphrologie, hôpital des spécialités, CHU Hassan II, Fès

Introduction

Le lupus érythémateux disséminé (LED) est caractérisé par une hétérogénéité clinique et immunologique à la base de l'élaboration de plusieurs classifications. Les premiers critères ont été élaborés en 1971 par l'American College of Rheumatology (ACR) révisés en 1997. Le groupe Systemic Lupus International Clinics (SLICC) a établi des critères donnant lieu à la classification SLICC en 2012. La ligue Européenne contre le rhumatisme a mis en œuvre une nouvelle classification en 2019 : l'EULAR. Le but de notre étude est de comparer la sensibilité de ces scores dans le diagnostic du lupus afin d'adopter la classification la plus pertinente dans notre pratique quotidienne.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique incluant les biopsies rénales réalisées au service de néphrologie du CHU HASSAN II de Fès depuis janvier 2010 objectivant une néphropathie lupique jusqu'à janvier 2021 en vue de comparer la sensibilité de ces scores. Ont été exclues, les biopsies faites lors d'une rechute.

Les données des patients ont été recueillies à partir des dossiers et du logiciel de gestion informatisé HOSIX, les données socio-démographiques, clinico--biologique et immunologique ont été traitées par le logiciel SPSS.

Résultats

Nous avons collecté 183 patients dont l'âge moyen est de 38.4 années avec un écart type de 12.9%. Cent soixante-sept (167) patients (91.3%) de l'échantillon étudié valident 4 critères sur 11 de l'ACR, avec une sensibilité de 97%. Pour le SLICC, 163 patients (89%) remplissent 4 critères sur 17, contre 155 patients (84.7%) pour l'EULAR. Ainsi, la sensibilité est de 96% pour le SLICC et de 93% pour l'EULAR. Les modifications apportées par le SLICC et l'EULAR ont respectivement permis d'obtenir 90 patients (49.2%) et 126 patients (68.9%) répondant au critère articulaire contre 37(20.2%) pour l'ACR. Suivant ces modifications, 35 patients (19.1%) répondent au critère neurologique du SLICC contre 25(13,7%) pour l'ACR et l'EULAR.

Discussion

La première différence entre l'ACR, l'EULAR et le SLICC obtenue de ces résultats est que ce dernier ne se limite plus aux synovites (1) comme ce qui est le cas pour l'ACR mais inclut désormais les arthralgies de plus de deux articulations. L'EULAR ne fait pas de limite quant au nombre d'articulations et n'exige pas la présence de signes inflammatoires (1). La deuxième différence concerne le critère neurologique. Il s'est enrichi dans le SLICC incluant d'autres manifestations cependant l'EULAR a gardé les 2 critères de l'ACR (convulsion, psychose) et y a ajouté uniquement le délire. Cependant, malgré ces différences, la sensibilité est presque identique entre les 3 scores et est respectivement de l'ordre de 96%, 97% et 93% pour le SLICC, l'ACR et l'EULAR avec une valeur prédictive respective de 86,3%, 87,7% et 89%, ce qui est comparable aux données de la littérature.

Conclusion

Quel que soit le score utilisé, les trois aboutissent au diagnostic du LED.

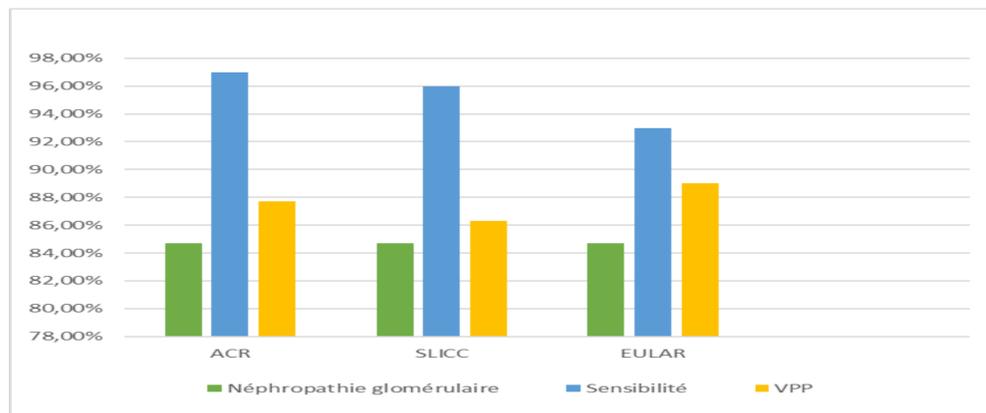


Figure 1 : Sensibilité des trois scores
(1) / La Revue de médecine interne 37 (2016) A62–A140

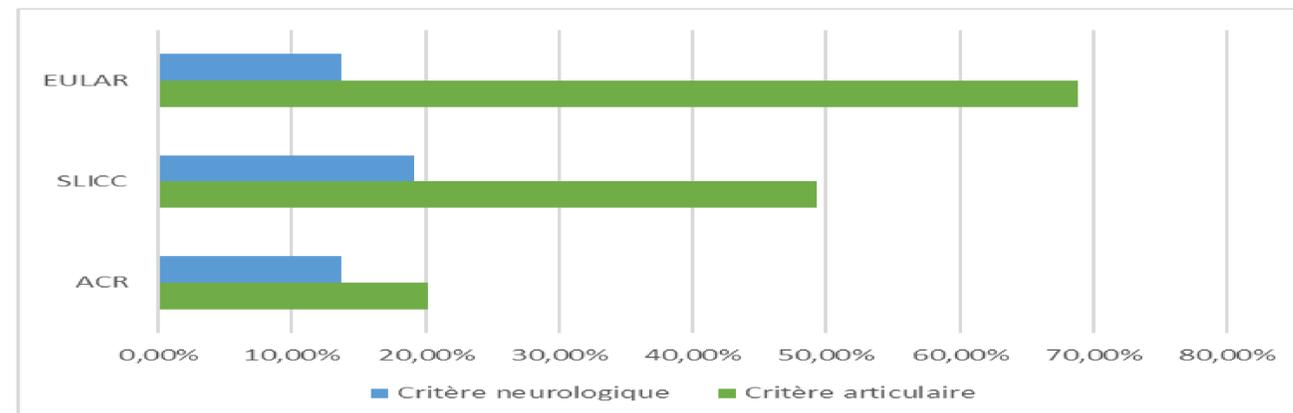


Figure 2 : Sensibilité des critères articulaire et neurologiques selon les 3 scores