

I

ntérêt de la biopsie rénale après 75 ans

Dr CAILLETTE A, Pr LABEEUW M, Dr COLON S, D. LACHAUX, Pr ZECH P. - Pavillon P, Hôpital E. Herriot, LYON

INTRODUCTION

La démarche diagnostique chez la personne très âgée est souvent différente de celle chez le sujet jeune : très fréquemment, elle est moins agressive car le souci premier est souvent le confort. Aussi, fréquemment, la ponction biopsie rénale (PBR) apparaît à classer dans la catégorie des examens agressifs, constituant avec par exemple l'artériographie rénale la surenchère diagnostique à éviter chez le grand vieillard. Pour ce qui est de l'artériographie rénale, les indications sont maintenant cernées et comprises de part l'incidence accrue de la pathologie athéromateuse avec l'âge, et du risque fonctionnel rénal des sténoses artérielles rénales. Pour la biopsie rénale, nous rapportons dans cette étude les résultats en fonction des indications de 177 PBR effectuées après 75 ans et proposons d'identifier l'intérêt de cet examen chez le sujet âgé.

PATIENTS ET MÉTHODES

Parmi les 3350 PBR effectuées dans notre centre entre 1975 et 1991, 177 PBR ont été réalisées chez des sujets âgés de plus de 75 ans (5,37%) et revues pour cette étude : toutes ont été analysées en microscopie optique et en immunofluorescence.

104 ont été pratiquées chez des hommes et 73 chez des femmes de $79 \pm 3,6$ ans.

Les indications étaient les suivantes :

- syndrome néphrotique (SN) : n = 88 ; 50%
- insuffisance rénale chronique (IRC) sans SN : n = 45 ; 25,6%
- insuffisance rénale aiguë ou rapidement progressive (IRA) sans SN : n = 32 ; 18,2%
- protéinurie non néphrotique (<3 g/24 h) sans IR : n = 12 ; 6,3%

24 PBR ont été exclues de l'analyse pour absence de diagnostic en raison de problème technique (par exemple, absence de glomérules).

Les pathologies associées au moment de la PBR ont été étudiées et retrouvées chez 37% des patients : dysglobulinémies chez 11 patients, cancers chez 10 patients, diabète chez 9 patients, utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens chez 9 patients, et polyarthrite chronique chez 8 patients.

RÉSULTATS

La présentation des résultats ne vise pas à être exhaustive : elle ferait alors appel à des connaissances néphrologiques trop fondamentales. Nous avons choisi de présenter les résultats des PBR en fonction des indications, dès lors qu'ils induisaient une décision thérapeutique. Un cas particulier sera celui de la néphropathie à IGA qui nous a semblé constituer une curiosité chez le vieillard. Ainsi :

Parmi les syndromes néphrotiques, la PBR a eu un intérêt "thérapeutique" dans 71% des cas avec : dans 34% des cas, le diagnostic de SN à lésions glomérulaires minimales (LGM), dans 46% des cas, le diagnostic de glomérulonéphrite extramembraneuse (GNEM).

Parmi les IRA, dans 15% des cas, une glomérulonéphrite à croissants a été diagnostiquée.

Parmi les IRC, dans 10% des poussées de glomérulonéphrite à croissants. Une curiosité a été la fréquence des néphropathies à IGA (11%), caractérisée dans cette série par une association fréquente au diabète (38%), à une hépatopathie (31%) mais surtout par une forme clinique particulière : le purpura rhumatoïde (54%), habituellement rencontrée chez l'enfant.

DISCUSSION

Il est important de remarquer que, en aucun cas, cette série ne donne la prévalence des diverses néphropathies chez le sujet > 75 ans du fait des biais de sélection des sujets âgés représentés par les indications de PBR.

Le risque de la PBR chez le sujet âgé n'est pas abordé dans ce travail mais peut être rapidement évoqué : il a été constaté dans différentes études (1) comme inférieur à celui observé chez le sujet jeune, du fait semble-t-il des indications plus restrictives de PBR chez le vieillard et des consignes de repos souvent mieux respectées que chez le jeune. Ces études suggèrent qu'il n'y a pas de limite d'âge pour la biopsie, dès lors que sont prises en compte en plus des précautions habituelles, l'état général du patient et le risque lié à des antécédents d'hypertension artérielle sévère et/ou de lésions vasculaires prévisibles qui majoreraient le risque de la PBR.

Le syndrome néphrotique chez le sujet âgé est caractérisé par une morbidité lourde en rapport avec le contrôle difficile de la surcharge hydrosodée (maniement difficile de la restriction sodée et des diurétiques), les complications infectieuses et thrombotiques susceptibles de grever le pronostic vital.

Parmi les causes des SN objectivées par la PBR dans notre série, la fréquence des SN à LGM est remarquable (2,3). Contrairement au sujet jeune, une IR est présente dans 50% des cas. Dans 80% des cas, le SN à LGM est corticosensible. Aussi, il pourrait paraître licite de discuter un traitement corticoïdes d'épreuve dans tout SN du sujet âgé, avant la PBR. La morbidité importante (neurologique, osseuse, etc...) de la corticothérapie à forte dose et prolongée rapportée chez le sujet âgé (maladie de Horton) ne permet pas de justifier cette attitude.

L'intérêt du diagnostic de GNEM, première cause de SN dans notre série, n'apparaît pas directement thérapeutique : la preuve du bénéfice des traitements immunosuppresseurs n'a pas pu être apportée; par contre, il est classique de retrouver un facteur étiologique aux GNEM dans 20% des cas : facteurs infectieux, médicamenteux, cancers associés... Leur éradication peut permettre la régression du syndrome néphrotique.

L'IRA du sujet âgé doit faire l'objet d'une conduite à tenir spécifique et la PBR ne sera habituellement pas la première étape diagnostique : il conviendra tout d'abord d'éliminer les causes fonctionnelles, toxiques, obstructives, vasculaires faisant l'objet de thérapeutiques spécifiques, fréquemment observées chez le vieillard. Dans un second temps, l'indication de PBR sera posée, a fortiori s'il existe un syndrome glomérulaire (protéinurie, hématurie). Ainsi, parmi les IRA dans notre série, une glomérulonéphrite à croissants est constatée dans 15% des cas. Ce type histologique devient beaucoup plus fréquent dès lors qu'existe un syndrome glomérulaire aigu et/ou des signes cliniques de maladies systémiques : la PBR sera alors à réaliser sans tarder. Il faut réaliser que ces formes histologiques ont la particularité d'évoluer très rapidement vers la dialyse en l'absence de traitement immunosuppresseur. Or, éviter la dialyse chronique, très lourde, d'indication toujours difficile, doit rester un objectif prioritaire de la prise en charge néphrologique du sujet âgé.

En ce qui concerne les IRC, l'indication de PBR doit être réfléchie en terme de bénéfice attendu et après évaluation du risque surajouté lié à la petite taille des reins. En cas de poussées de GN à croissants, comme dans le cas précédent, un traitement immunosuppresseur sera à même de retarder la prise en dialyse. Plus surprenant a été la fréquence des GN

à IGA mésangiale après 75 ans (11%) (4), classiquement observée chez l'enfant ou le sujet jeune : certes, la responsabilité d'un éthyisme associé peut être évoquée compte tenu de la fréquence des hépatopathies (31%). Plus curieusement, la fréquence du purpura rhumatoïde (54%), forme clinique de l'enfant, semble avoir été sous-estimée dans cette tranche d'âge.

CONCLUSIONS

La biopsie rénale chez le sujet âgé apparaît justifiée après 75 ans, en cas de syndrome néphrotique en raison de la fréquence des lésions glomérulaires minimales corticosensibles, de la GN extra-membraneuse, secondaire 1 fois sur 5 à une cause curable. Dans le diagnostic d'une IRA, elle est à proposer dès lors qu'est évoquée une glomérulonéphrite rapidement progressive, souvent dans un contexte de maladie systémique : le diagnostic histologique fait sans tarder est à même d'orienter le traitement immunosuppresseur et d'éviter la progression inéluctable vers la dialyse. Enfin, la fréquence du purpura rhumatoïde après 75 ans est une curiosité à souligner.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Pour ou contre la biopsie rénale après 65 ans? RIFLE G, RONCO P *Néphrologie*, 1990, 11, 301-306
- 2) Renal histological findings in elderly adults over 75 years of age. M. LABEEUW, S. COLON, A. CAILLETTE, A. TABAKIAN, P. ZECH *Contributions to nephrology*, Basel, Karger editor(s), Glomerulonephritis in the elderly, 1993, vol 105, 147-151.
- 3) Minimal change nephrotic syndrom in aged adults. M. LABEEUW, N. HOSNI, S. COLON, A. CAILLETTE, GIMENEZ E, P. ZECH *Third international conference on geriatric nephrology and urology Toronto*, 1992, April, 3-5th.
- 4) IgA mesangial nephropathy in over 75 years old patients. A. CAILLETTE, S. COLON, A. TABAKIAN, M. LABEEUW, P. ZECH *Contributions to nephrology*, Basel, Karger editor(s), Glomerulonephritis in the elderly.