

## Intérêt de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans l'amylose

E. Fatih<sup>1</sup>, K. Zahiri<sup>1</sup>, K. Hachim<sup>1</sup>, H. Fadel<sup>1</sup>, G.M. Benghanem<sup>1</sup>,  
S. Sqalli<sup>2</sup>, B. Ramdani<sup>1</sup>, D. Zaïd<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de néphrologie-hémodialyse, <sup>2</sup>service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

(Reçu le 9 février 1999 ; accepté le 3 juin 1999)

### Résumé

**Propos.** – Évaluer l'apport de la biopsie des glandes salivaires dans le diagnostic de l'amylose à travers 20 observations colligées au service de néphrologie du CHU Ibn Rochd de février 1996 à janvier 1998.

**Méthodes.** – Amylose rénale confirmée, permanganate-sensible, et biopsie des glandes salivaires accessoires après consentement éclairé des malades.

**Résultats.** – L'âge moyen de nos patients était de 39 ans (extrêmes 15-80 ans) avec une nette prédominance masculine (4/1). La pathologie infectieuse a été la cause la plus fréquente (70 %), représentée essentiellement par la tuberculose et les surinfections sur dilatation des bronches. Tous les malades avaient une symptomatologie néphrologique dominée par le syndrome néphrotique. Les dépôts amyloïdes étaient notés dans 100 % des ponctions-biopsies rénales et dans 80 % des biopsies des glandes salivaires accessoires.

**Conclusion.** – La biopsie rénale procure plus de positivité que les autres biopsies, elle n'est pas dénuée de complications parfois sévères. Ainsi, la biopsie des glandes salivaires accessoires, de technique simple, s'avère très fiable pour détecter l'amylose et semble être le meilleur test diagnostique pour cette affection. © 1999 Elsevier, Paris

### amylose / biopsie rénale / biopsie des glandes salivaires accessoires

### Summary – Diagnostic value of accessory salivary gland biopsy in amyloidosis.

**Purpose.** – To assess the value of accessory salivary gland biopsy for the diagnosis of amyloidosis, a study was conducted in the nephrology and hemodialysis department at Ibn Rochd University Hospital from February 1996 to January 1998.

**Methods.** – Renal amyloidosis was confirmed by renal biopsy accompanying accessory salivary gland biopsy.

**Result.** – The patient's mean age was 39 years old (range 15–80), with a 4:1-male/female ratio. An infectious cause (either tuberculosis or superinfection and dilatation of the bronchi) was the most frequent (70% of the cases) etiology. All the patients presented renal symptomatology. Nephrotic syndrome predominated. Amyloid deposits were observed in 100% of renal needle biopsies and in 80% of accessory salivary gland biopsies.

**Conclusion.** – Renal biopsy led to more positive cases than the other biopsies. It may be accompanied by severe complications. Furthermore, biopsy of the accessory salivary glands is a simple and very reliable technique for the diagnosis of amyloidosis. It is currently the best diagnostic test. © 1999 Elsevier, Paris

### amyloidosis / renal biopsy / salivary glands biopsy

L'amylose est une maladie de surcharge, définie par la présence de dépôts extracellulaires d'une protéine anormale dite amyloïde. Les causes de l'amylose sont multiples, mais restent dominées par la pathologie inflammatoire et infectieuse, notamment la tuberculose au Maroc. Le diagnostic est purement histologique. Il repose sur des colorations spécifiques qui mettent en évidence les propriétés tinctoriales de la substance amyloïde. Grâce au caractère diffus des lésions dans les amyloses généralisées, les biopsies à visée diagnostique peuvent être réali-

sées au niveau de plusieurs organes ou tissus. Cependant, le caractère invasif de certaines biopsies, la limitation de leur pratique à certains spécialistes et l'absence de traitement efficace dans la plupart des cas nous amène à reconsidérer la place et l'indication des différentes biopsies. Cette étude a concerné 20 patients, elle s'est fixée comme objectif d'évaluer l'apport de la biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA) dans le diagnostic de l'amylose rénale afin de dégager des conclusions et des conduites pratiques.

**Tableau I.** Causes de l'amylose.

Nature de la maladie	Nbre de cas
Surinfection sur dilatation des bronches	5
Tuberculose pulmonaire	4
Pneumoconiose + bronchorrhée chronique	1
Pyonéphrose + fistulisation	1
Abcès anal fistulisé récidivant	1
Fracture pectrochantérienne + fistule récidivante	1
Maladie de Still	1
Rectocolite hémorragique + spondylartrite ankylosante	1
Indéterminée	5

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude a intéressé 20 observations d'amylose rénale colligées au centre de néphrologie-hémodialyse du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre février 1996 et janvier 1998.

Après consentement éclairé, les 20 patients ont bénéficié, en plus de la biopsie rénale confirmant l'atteinte amyloïde, d'une BGSA. Toutes les biopsies ont été colorées par le rouge Congo et lues sous microscope optique à lumière polarisée. Une relecture des lames a été faite pour toutes les biopsies revenues négatives. La BGSA a été réalisée par les médecins du service, au niveau de la lèvre inférieure, en évitant la région médiane qui est généralement pauvre en structures salivaires. Après anesthésie locale par infiltration à la xylocaïne à 1 %, une simple incision de la muqueuse a permis l'accouchement des glandes salivaires accessoires sous-jacentes. On saisissait trois à six glandes délicatement avec des pinces à griffes fines. Enfin, pour rétablir la continuité, deux ou trois points de sutures ont été réalisés.

Nos critères d'inclusion ont été : une amylose rénale confirmée histologiquement, permanganate-sensible, et la pratique d'une biopsie des glandes salivaires accessoires avec fragment histologiquement interprétable.

## RÉSULTATS

### Résultats globaux

Pendant ces deux années (de février 1996 à janvier 1998), 45 patients avaient une amylose rénale confirmée par l'examen anatomopathologique des biopsies rénales. Parmi eux, 20 ont bénéficié en plus de la biopsie rénale, confirmant l'amylose de type AA, d'une biopsie des glandes salivaires accessoires.

L'âge moyen de ces patients était de 39 ans avec des extrêmes allant de 15 à 80 ans. Le *sex-ratio* (homme-femme) était de 4/1. La pathologie infectieuse a été la première cause dans notre série, dominée par la tuberculose pulmonaire et les surinfections sur dilatations des bronches (*tableau I*). Tous nos

patients ont été admis dans le service pour syndrome oedémateux. Un syndrome néphrotique a été noté chez 17 de ces 20 patients (85 %). Une patiente présentait un syndrome sec et deux patients présentaient une diarrhée chronique. Nous n'avons noté ni douleurs abdominales ni arthralgies ni signes cutanés dans cette série.

### Résultats histologiques

Par définition, la biopsie rénale était positive chez les 20 patients. L'étude de la répartition des dépôts amyloïdes au sein du parenchyme rénal a montré que l'atteinte glomérulaire était toujours présente ; l'atteinte vasculaire était présente dans 90 % des cas alors que les atteintes tubulaire et interstitielle étaient signalées, respectivement dans 20 et 15 % des cas. L'amylose rénale a été permanganate-sensible, donc de type AA, dans tous les cas. Les dépôts amyloïdes ont été notés au niveau des glandes salivaires chez 16 patients (80 %).

## DISCUSSION

L'amylose est une cause classique des néphropathies glomérulaires secondaires. Elle est l'apanage du sujet jeune au Maroc. Ses causes sont multiples et variées. Le diagnostic de l'amylose est purement histologique. Les dépôts amyloïdes prédominent au niveau de certains tissus souvent sollicités pour le diagnostic.

L'atteinte rénale représente la localisation anatomique et clinique la plus importante de l'amylose. La plupart des études confirment la supériorité de la biopsie rénale pour confirmer l'amylose par rapport aux autres biopsies [1-5]. Dans notre série, tous les patients avaient par définition des biopsies rénales positives. Mais pour mieux évaluer l'apport de cette biopsie, il est indispensable d'avoir un échantillon plus représentatif, c'est-à-dire avoir des patients sans signes cliniques ou biologiques d'atteinte rénale. Pour cela une contribution interservice paraît souhaitable. La biopsie rénale est un geste spécialisé important, éventuellement dangereux. Elle impose un matériel spécialisé et un néphrologue expérimenté. Ses complications sont exceptionnelles, mais parfois très graves justifiant une surveillance d'au moins 24 heures après la biopsie. Enfin, dans plus de 10 % des cas, la ponction-biopsie rénale peut être blanche ou difficilement interprétable. Pour cela, la ponction-biopsie rénale doit être considérée comme un examen de deuxième intention et ne doit être indiquée que si les autres biopsies sont négatives [6-8].

Les publications concernant le diagnostic d'amylose par BGSA ne sont pas nombreuses. Toutefois, la sensibilité de ce test apparaît non négligeable, et peut être plus fiable que les autres méthodes biopsiques jus-

qu'ici [9, 10]. Ainsi, au cours de la première étude de Delgado, la biopsie salivaire réalisée chez 19 patients suspects avait mis en évidence la présence de dépôts amyloïdes dans tous les cas [11]. Depuis, plusieurs travaux ont validé cette nouvelle technique dont la sensibilité varie entre 86 à 100 % et dont la spécificité est de 100 % [7, 9-12]. Le type d'amylose doit être pris en considération [12]. Parmi nos 20 patients, 16 avaient une BGSA positive (80 %). La BGSA, de technique simple, est devenue un examen de routine. En effet, elle nécessite un matériel très simple et un temps très court, et peut être réalisée par tout médecin et même en ambulatoire. Cette technique facile à réaliser, dénuée d'effets indésirables et pouvant être répétée, ne cause pas d'inconfort au patient. La BGSA est facilitée encore plus par l'utilisation d'une pince à chalazion qui permet d'opérer seul, sans aide [13, 14]. Enfin, son étude microscopique est relativement aisée [11].

### CONCLUSION

L'amylose n'est pas une maladie exceptionnelle. Elle touche surtout l'adulte jeune. Son diagnostic ne peut être assuré que par l'examen histologique d'un prélèvement biopsique. Pour cela, nous proposons au terme de ce travail, une démarche diagnostique, afin de permettre à tout médecin, quelles que soient sa spécialité ou sa situation géographique, d'avoir un moyen diagnostique à sa portée en présence des signes d'atteinte rénale et des situations générant un risque d'amylose secondaire. Ainsi, la BGSA, geste simple, permet d'accéder rapidement au diagnostic avec une sensibilité et spécificité satisfaisante ; ce geste technique peu invasif doit être utilisé en première intention. La ponction-biopsie rénale reste dans ce cas un examen de dernier recours.

### RÉFÉRENCES

- 1 Falk RH, Comenzo RL, Skinner M. The systemic amyloidoses. *N Engl J Med* 1997 ; 337 : 898-909.
- 2 Beaufils M, Blanchon F, Salazar H, Richet G. L'amylose rénale découverte par la biopsie rénale, à propos de 67 cas. *Rev Prat* 1974 ; 21 : 913-24.
- 3 Vital Durand D, Touraine JL, Zech P, Traeger J. La néphropathie amyloïde : étude clinique de 135 observations. *Rev Méd Interne* 1981 ; 2 : 325-30.
- 4 Breedveld FC, Markusse HM, Mc Farlane JD. Subcutaneous fat biopsy in the diagnosis of amyloidosis secondary to chronic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1989 ; 7 : 407-10.
- 5 Grateau G. Amyloses héréditaires. *Rev Prat* 1997 ; 47 : 1783-6.
- 6 Libbey CA, Skinner M, Cohen AS. Use of abdominal fat tissue aspirate in the diagnosis of systemic amyloidosis. *Arch Intern Med* 1983 ; 143 : 1549-52.
- 7 Hachulla E, Weschler B, Deveaux M, Godeau P, Hatron PY, Devulder B, et al. Amylose localisée ou systémique. Intérêt et limites de la scintigraphie au composant amyloïde P marqué à l'iode 123. Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires. *Rev Méd Interne* 1994 ; 15 : 182-5.
- 8 Westermarck P. Diagnosing amyloidosis. *Scand J Rheumatol* 1995 ; 24 : 327-9.
- 9 Chomette G, Auriol M, Habib K, Biaggi A. Intérêt de la biopsie des glandes salivaires accessoires labiales pour le diagnostic d'amylose. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1992 ; 93 : 54-7.
- 10 Delgado WA, Arana-Chavez VE. Amyloid deposits in labial salivary glands identified by electron microscopy. *J Oral Pathol Med* 1997 ; 26 : 51-2.
- 11 Delgado WA, Mosqueda A. A highly sensitive method for labial salivary gland biopsy. *J Oral Pathol Med* 1989 ; 18 : 310-4.
- 12 Hachulla E, Janin A, Flipo RM, Saile R, Facon T, Bataille D, et al. A labial salivary gland biopsy is a reliable test for the diagnosis of primary and secondary amyloidosis. *Arthritis Rheum* 1993 ; 36 : 691-7.
- 13 Hachulla E, Maulin L, Deveaux M, Facon T, Blétry O, Vanhille Petal O. Prospective and serial study of primary amyloidosis with serum amyloid P component scintigraphy: from diagnosis to prognosis. *Am J Med* 1996 ; 101 : 77-87.
- 14 Szpirglas H, Giozza S, Agbo-Godeau S, Le Charpentier Y. Biopsie des glandes salivaires accessoires. Bilan de 5 ans. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1994 ; 95 : 204-6.