

Pourquoi un seuil de 300 micromol/L dans les recommandations EULAR des échanges plasmatiques?

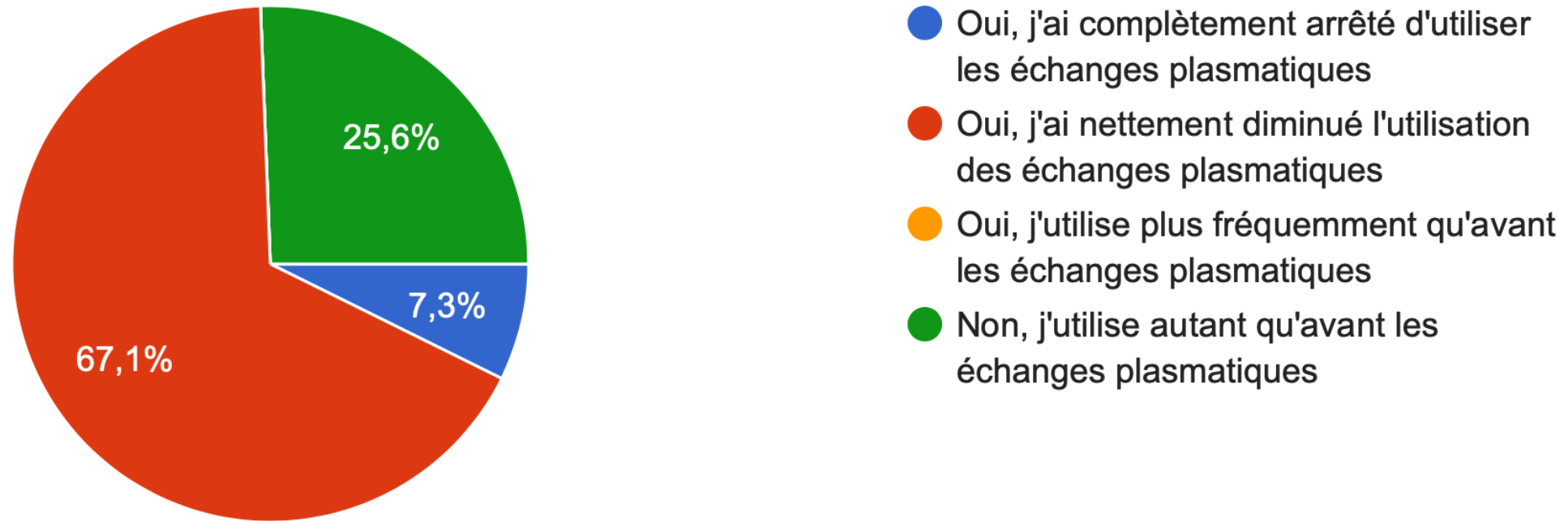
S Faguer

N Jourde-Chiche

A Karras

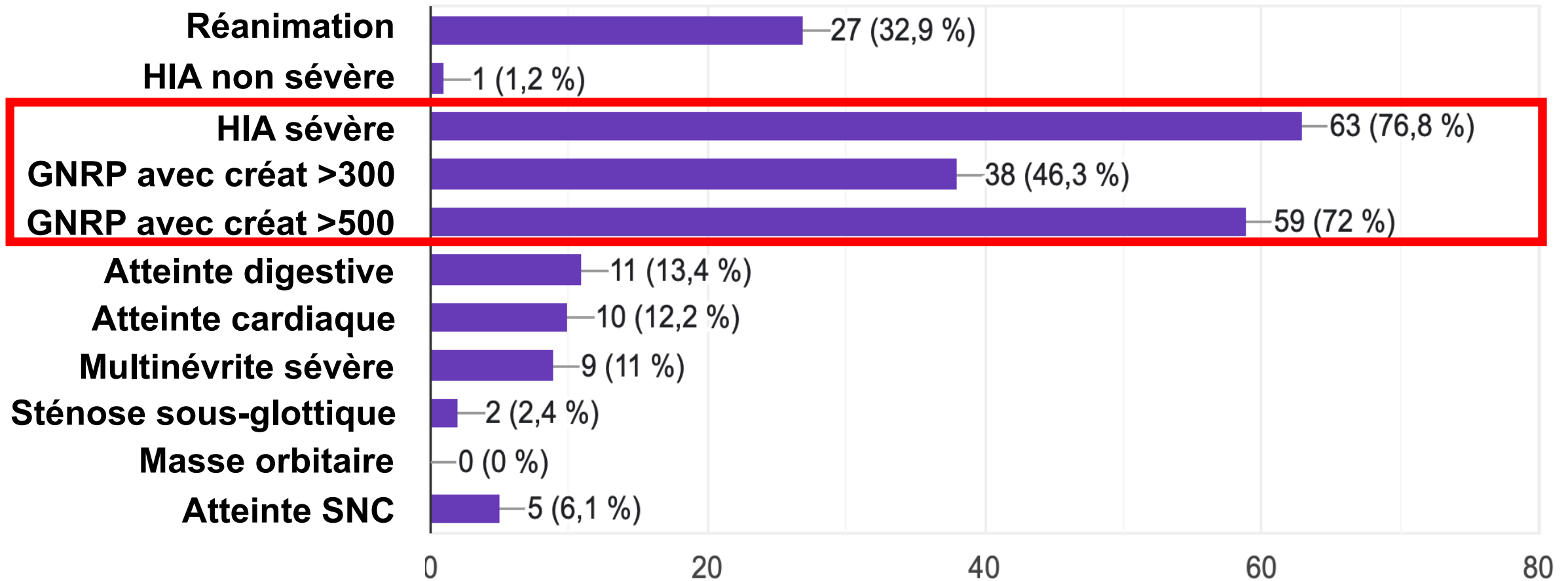
T Quéméneur

Concernant l'utilisation des échanges plasmatiques au cours de la GPA et la PAM, l'étude PEXIVAS a-t-elle changé votre pratique ?



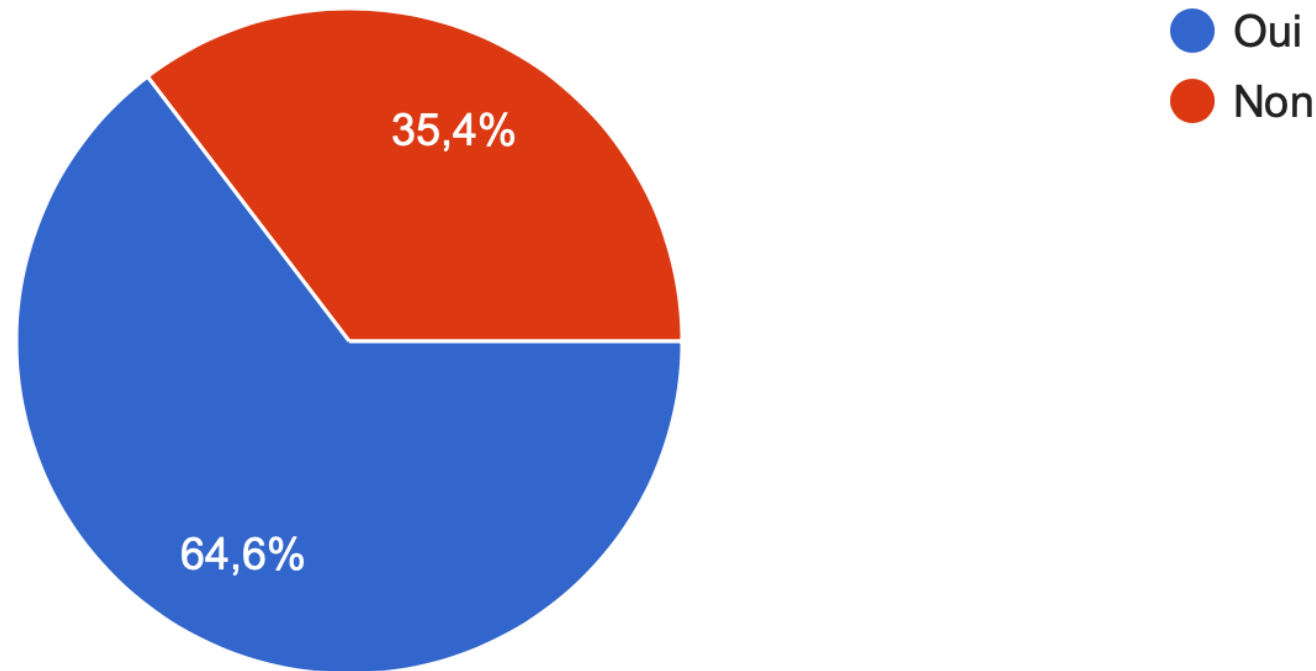
Réduction des EPT chez 75% des répondants depuis PEXIVAS

Dans votre pratique actuelle, quelles sont les situations où vous proposez des échanges plasmatiques ?



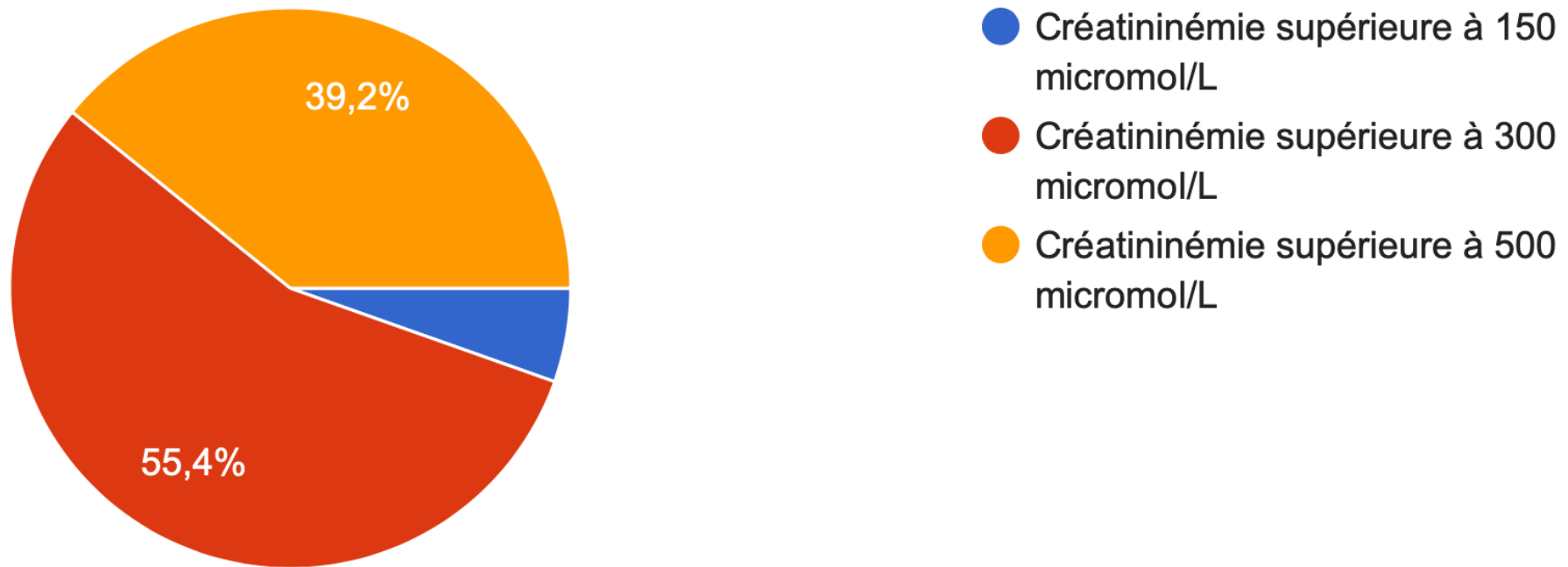
EPT largement proposés en cas d'HIA sévère et créatininémie >500
Plus mitigé si GNRP avec créatininémie >300

Etes-vous d'accord avec les recommandations de l'EULAR 2022 recommandant l'utilisation des EPT en cas d'atteinte rénale avec créatininémie > 300 microl/L ?



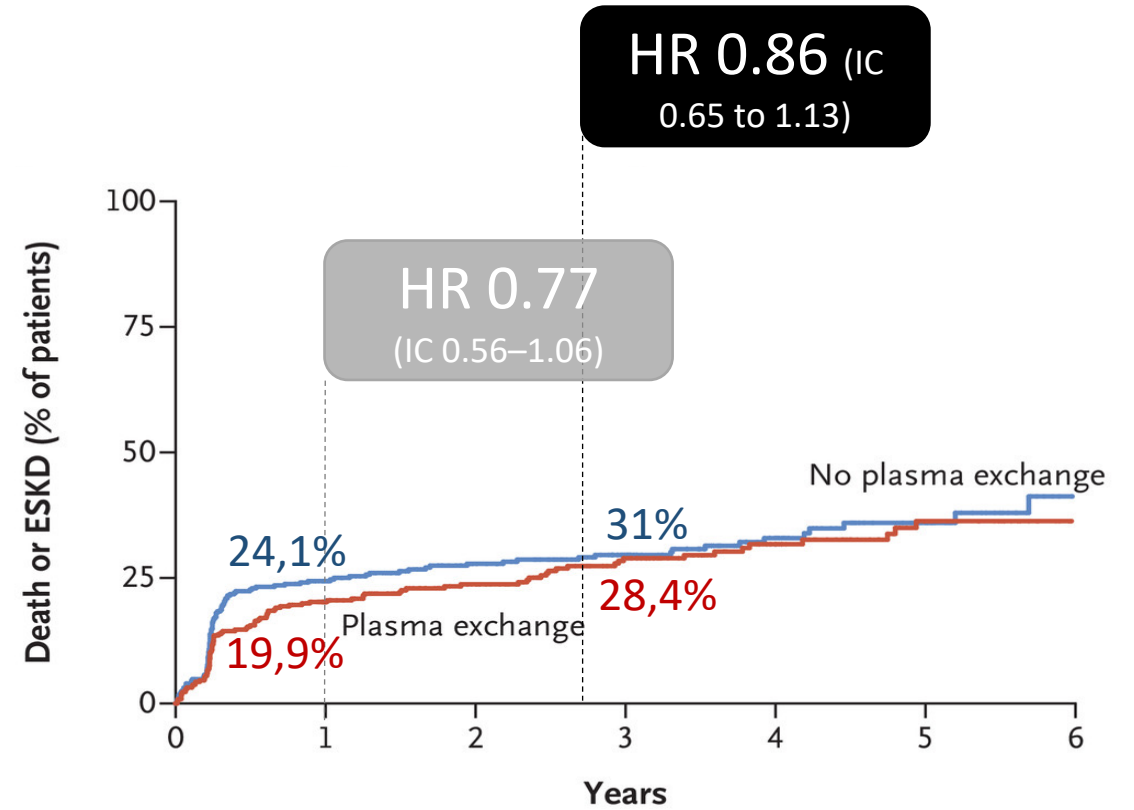
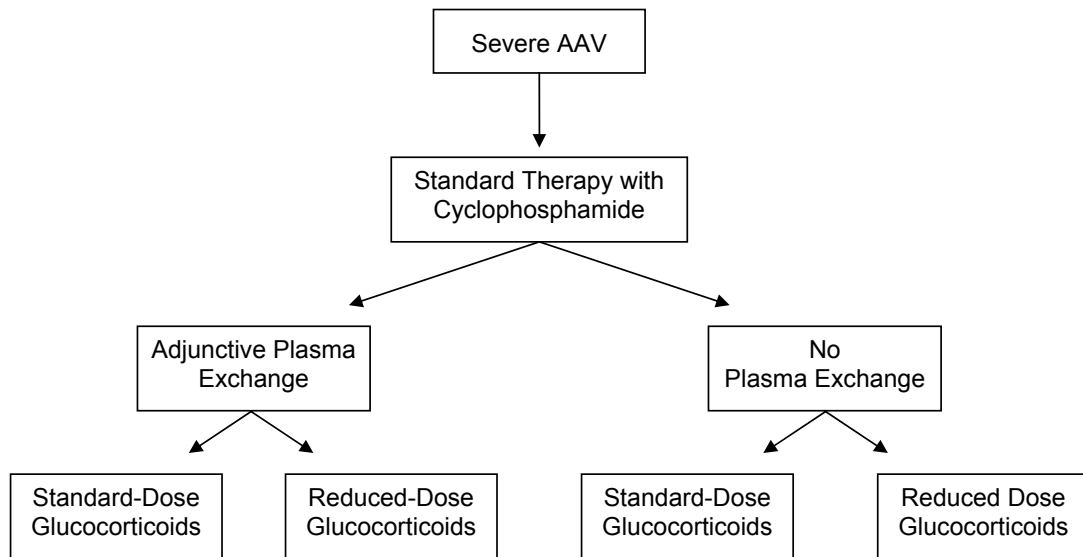
2/3 des répondants en accord avec les recommandations de l'EULAR pour les EPT en cas de GNRP

Dans votre pratique, au-dessus de quel seuil de créatininémie posez-vous l'indication d'EPT (en cas de fonction rénale normale avant la vascularite) ?



Positions partagées sur le seuil de créatininémie devant conduire aux EPT : 300 (EULAR) versus 500 (KDIGO)

Echanges plasmatiques: efficacité: PEXIVAS



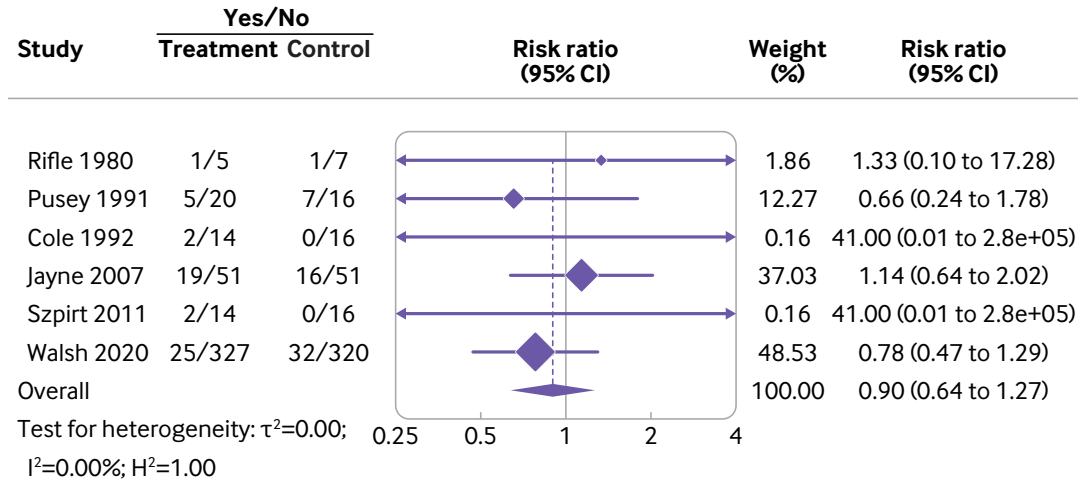
No. at Risk

No plasma exchange	352	244	183	136	82	44	10
Plasma exchange	352	252	186	135	82	43	10

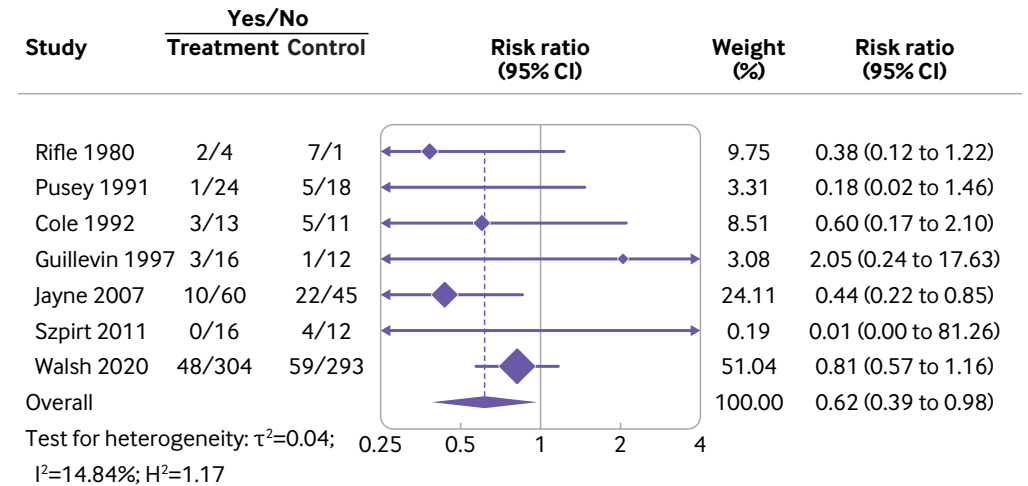
Walsh M, NEJM 2020

Echanges plasmatiques: efficacité (méta-analyse)

MORTALITE



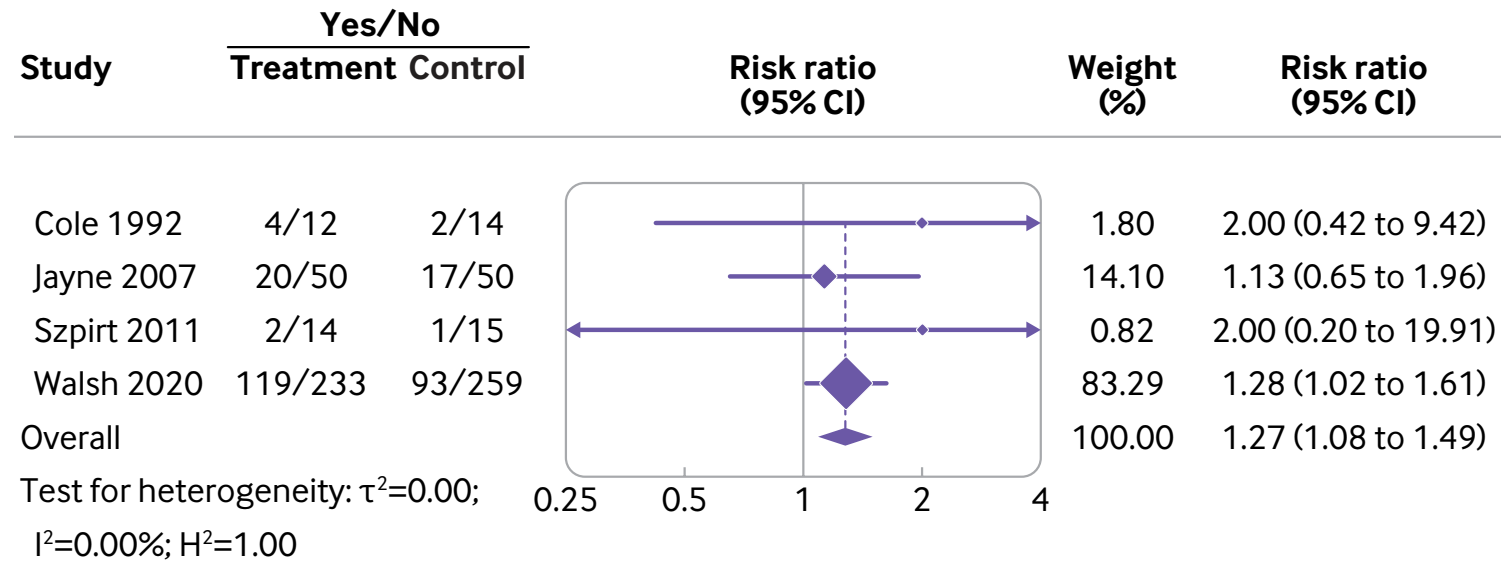
IRCT M12



Walsh M, BMJ 2022

Echanges plasmatiques: complications (méta-analyse)

INFECTIONS SEVERES



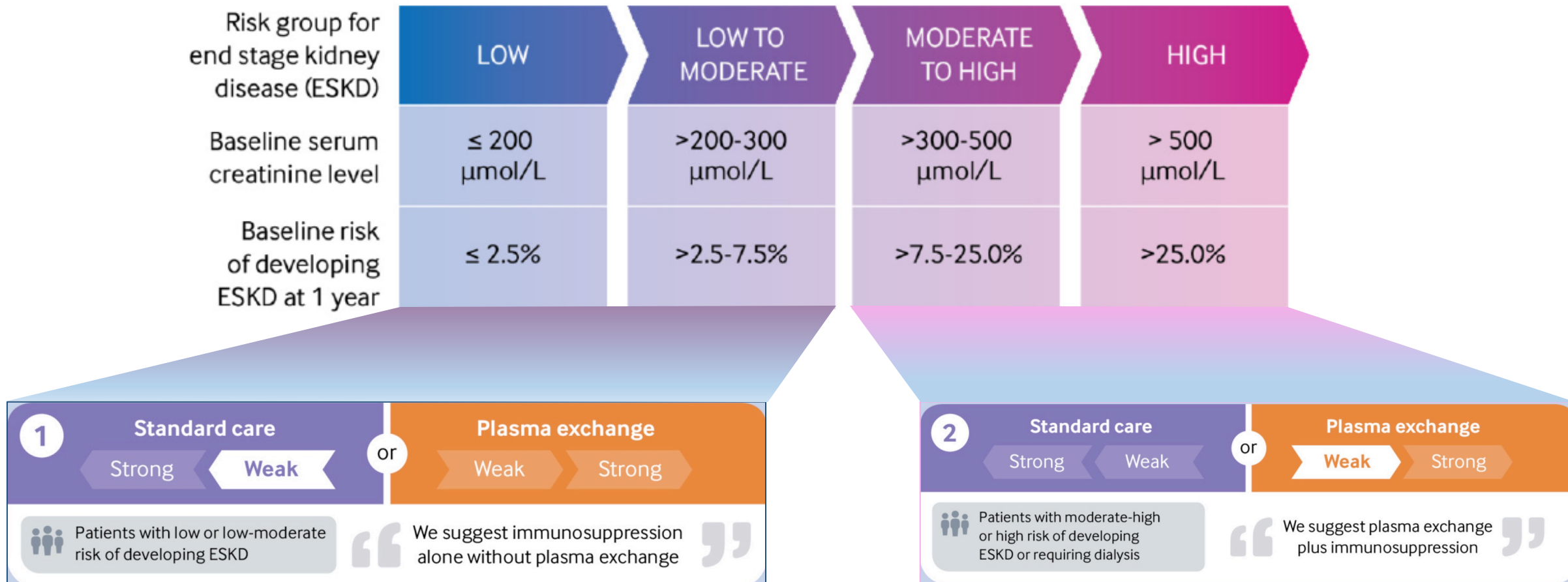
Walsh M, BMJ 2022

Echanges plasmatiques: pour qui? (méta-analyse)

Créatinine (mmol/l)	<200	200-300	300-500	>500
↓ Risque IRCT M12	0,08 % 0,02-0,12	2,1 % 0,6-3,1	4,6 % 1,2-6,8	16 % 4,2-23,6
↑ Risque infection sévère M12	2,7 % 0,3-5,6	4,9 % 0,5-10,1	8,6 % 1-17,9	13,5 % 1,5-28

Walsh M, BMJ 2022

Echanges plasmatiques: recommandations BMJ



Echanges plasmatiques: recommandations EULAR

PLEX may be considered as part of therapy to induce remission in GPA or MPA for those with a serum creatinine $>300 \mu\text{mol/L}$ due to active glomerulonephritis.

“PLEX may reduce the risk of ESKD 12 months but may increase the risk of severe infection. This benefit declines over longer follow-up, suggesting that PLEX might prolong the time to dialysis. Balancing the reported benefit in a subgroup of patients at high risk of ESKD against the risk of severe infection, the cost and risks of the procedure, PLEX may be considered as an adjunctive treatment of GPA and MPA for selected cases with a serum creatinine $>300 \mu\text{mol/L}$, after discussion of the risks and benefits with the patient. »

Critique de la méta-analyse

Etudes réalisées sur près de 40 ans

Objectifs, populations, bras comparateurs différents

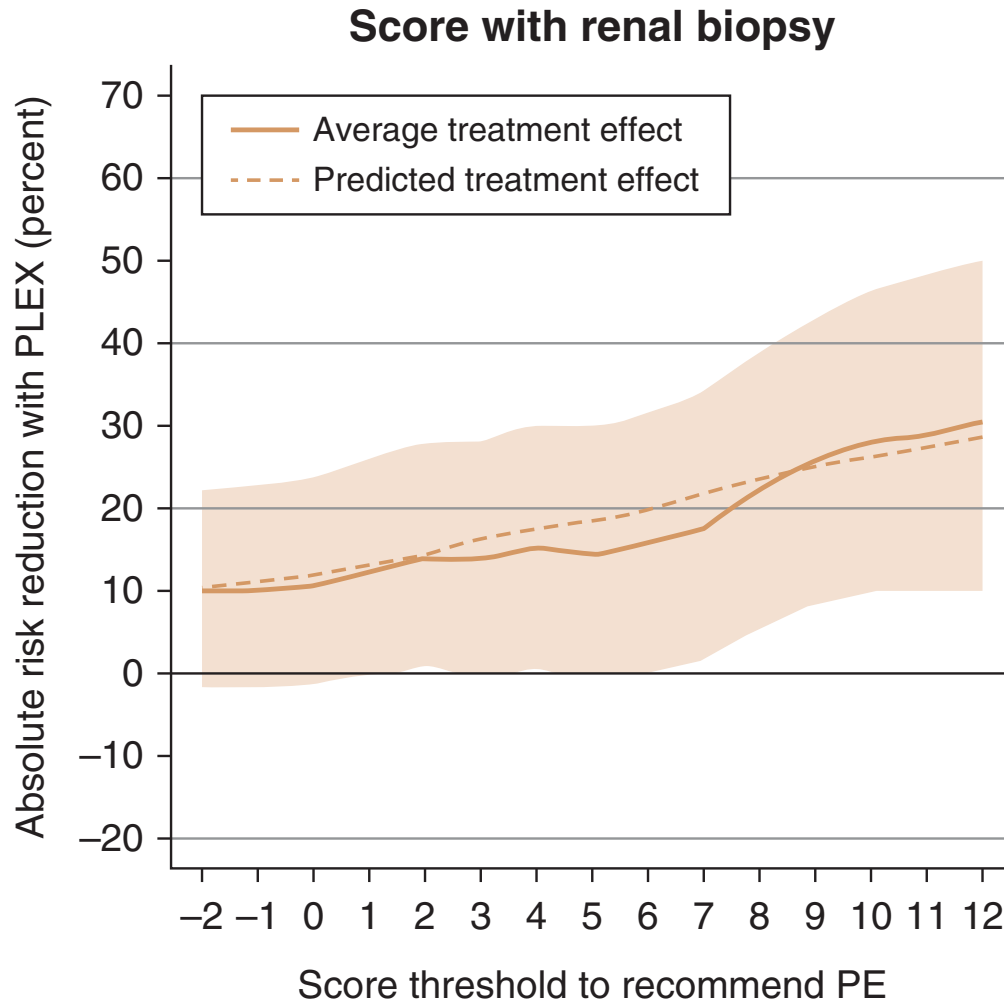
Poids de PEXIVAS

Progrès des traitements – Place de l'avacopan

Et l'histologie?

Echanges plasmatiques: pour qui?

B



Variable	Score points
Male sex	1
MPA	5
RLV	3
PR3 positive	-10
MPO positive	-3
Serum creatinine	
251...400 µmol/L	5
401...600 µmol/L	8
>600 µmol/L	16
Brix score ≥ 7	1
Berden score	
Crescentic	6
Mixed	-8

Echanges plasmatiques: pour qui?

Risque infectieux

Âge ?

Traitements antérieurs: CD 19, IgG?

Schéma PREDNISONNE

BACTRIM

Chances de récupération

Histologie: croissants cellulaires/fibrose

Cinétique de DFG

Autres molécules: avacopan, pioglitazone?