

# Entérite lupique inaugurale d'un lupus systémique : à propos d'un cas

**B Bouldoires, H Gil, G Tisserand, N Meaux-Ruault, J Razanamahery, M Martin, N Magy-Bertrand.**

**Service de Médecine Interne  
CHU MINJOZ  
25000 Besançon**

Société de médecine de Franche Comté

26 novembre 2015

# Cas clinique

- Patiente de 23 ans, origine turque
- Consulte au SAU pour douleurs abdominales d'apparition brutale
- Pas d'antécédent / Contraception orale par levonorgestrel-éthinyloestradiol
  
- Clinique :
  - Douleurs abdominales depuis 24 heures
  - Nausées et vomissements associés
  - Selles liquides
  - Douleur du mollet gauche sans signe inflammatoire

# Examen biologique au SAU

- $\beta$  HCG sérique : négatif
- Leucocytes 3,0 G/L , PNN 2,7 G/L, lymphocytes 0,8 G/L,
- Hémoglobine 10,9 g/dL, VGM 87fl
- Plaquettes 216 G/L
- Créatininémie 69,6 $\mu$ mol/L
- ASAT 15 UI/L, ALAT 24UI/L, GGT 25UI/L, lipase 40 UI/L
- CRP 28 mg/L

# Examen iconographique



- **Echographie-doppler veineux des membres inférieurs** : thrombose veineuse profonde poplitée gauche

# Examen iconographique



Entérite jéjunale avec rehaussement de la paroi et épanchement dans le cul de sac péritonéal

# Evolution

- Hospitalisation en service de gastro entérologie pour suspicion de MICI.
- Avis médecine interne en raison de la TVP.
- Interrogatoire : une photosensibilité d'apparition récente, un épisode de rash malaire et des arthralgies migratrices depuis quelques semaines

**Le diagnostique de Lupus systémique est évoqué.**

- Anticorps anti nucléaire 1 / 640, Anti ADN en IF à 1 / 800, anti SSA à 213 U et SSB 27,4 U
- Fraction C3 à 873mg/L (N : 750-1400)
- Fraction C4 à 137 mg/L (N : 100-340)
- Anticorps anti phospholipides négatif
- Protéinurie 0,56g/24H

# Traitement

- Corticothérapie à 1 mg/kg/J
- Hydroxychloroquine à 400mg/J
- Coumadine
- Education thérapeutique
- Déclaration ALD 100%

# DISCUSSION



## SLICC<sup>†</sup> Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus

Requirements: ≥ 4 criteria (at least 1 clinical and 1 laboratory criteria)  
OR biopsy-proven lupus nephritis with positive ANA or Anti-DNA

### Clinical Criteria

1. Acute Cutaneous Lupus\*
2. Chronic Cutaneous Lupus\*
3. Oral or nasal ulcers \*
4. Non-scarring alopecia
5. Arthritis \*
6. Serositis \*
7. Renal \*
8. Neurologic \*
9. Hemolytic anemia
10. Leukopenia \*
11. Thrombocytopenia (<100,000/mm<sup>3</sup>)

### Immunologic Criteria

1. ANA
2. Anti-DNA
3. Anti-Sm
4. Antiphospholipid Ab \*
5. Low complement (C3, C4, CH50)
6. Direct Coombs' test (do not count in the presence of hemolytic anemia)

<sup>†</sup>SLICC: Systemic Lupus International Collaborating Clinics

\* See notes for criteria details

# Atteintes digestives au cours du lupus

- Fréquence difficilement évaluable (jusqu'à 50% selon les séries)
- Confusion avec la iatrogénie (corticoïde, AINS, azathioprine)
- Le caractère inaugurale de l'atteinte digestive rend le diagnostic d'autant plus difficile que les symptômes sont aspécifiques.
- L'entérite lupique serait en lien avec une vascularite des vaisseaux de la paroi digestive, responsable d'un œdème inflammatoire et de la symptomatologie douloureuse

**Tableau 1**

Étiologie des syndromes douloureux abdominaux aigus au cours du lupus érythémateux disséminé dans les principales séries de la littérature.

Référence	Medina et al. [5]	Lee et al. [2]	Kwok et al. [6]	Mazin et al. [8]	Vergara-Fernandez et al. [7]
Type d'étude	Prospective	Rétrospective	Rétrospective	Rétrospectif	Prospective
Patients lupiques	NC	175	706	88	73
Patients avec syndrome douloureux abdominal aigu, N (%)	51 (NC)	32 (22%)	87 (12,3%)	13 (15%)	73 (100%)
Période de l'étude	8 ans	8 ans	16 ans	15 ans	11 ans
<i>Diagnosics</i>					
Entérite lupique ou vascularite digestive	25%	45%	47%	15% (n-2)	0%
Gastrite aiguë	0	13%	12%	8% (n-1)	0 (critère d'exclusion)
Pancréatite aiguë	14%	5%	14%	0	29%
Ulcère	6%	3%	5%	8% (n-1)	0%
Gastrite hémorragique	0	5%	0	0	0%
Appendicite aiguë	14%	0	3%	0	14%
Cholécystite aiguë	16%	3%	2%	15% (n-2)	15%
Diarrhée infectieuse	0	5%	6%	0	0%
Sérite	0	3%	0	0	5%
Œsophagite sur reflux	0	0	1%	0	0%
Thrombose veineuse ou artérielle	6%	3%	0	0	16%
Infection des voies urinaires	0	16%	0	0	0 (critère d'exclusion)
Abcès	8%	0	0	0	0
Syndrome occlusif	0	0	0	0	5%
Causes gynécologiques	8%	0	3%	0	8%
Autre (perforation colique, diverticulite. ...)	0	0	0	54% (n-7)	0

Lorsque l'effectif est faible, les données sont indiquées en nombre de patients et en pourcentage. NC : non communiqué.

- **Signes cliniques non spécifiques** : nausées, douleurs abdominales, diarrhée
- **L'examen scannographique** : aspect en cocarde des anses intestinales en particulier de l'intestin grêle, une infiltration mésentérique et un épanchement péritonéal.
- **Diagnostics différentiels** : les MICI, les localisations digestives des vascularites, l'oedème angio-neurotique et l'occlusion intestinale.
- **Bon pronostic.**
- Les complications (perforation et hémorragie) sont rares.
- Le traitement est celui de la poussée du lupus

# Take Home Message

**Devant un syndrome abdominal aigu avec des images en cocarde des anses digestives au scanner, le diagnostic de lupus doit être évoqué au même titre que celui de MICI.**

**Merci de votre attention**

