

## Entérite Lupique : une manifestation rare aux présentations variables

- **Nour BEN SAFTA, Service de médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie**
- Rym ABIDA, Service de médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie
- Syrine BELLAKHAL, Service de médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie
- Zeineb TEYEB, Service de médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie
- Imen ABDELAALI, Service de médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie
- Taieb JOMNI, Service de médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie
- Med Hedi DOUGGUI, Service de médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie

### Introduction

L'atteinte du tube digestif au cours du lupus érythémateux systémique (LES) est peu fréquente, impliquant essentiellement l'intestin grêle. L'atteinte colique, en l'occurrence la colite ischémique, est rarement décrite dans la littérature. Nous présentons deux observations de patients suivis pour un LES avec différentes présentations de manifestations digestives.

### Observation 1:

Une patiente âgée de 37 ans, aux antécédents de polyarthralgies et de photosensibilité était hospitalisée pour un syndrome subocclusif. Elle présentait une distension abdominale avec un tympanisme et une sensibilité diffuse. L'examen cutané, neurologique et cardiovasculaire était normal. Les tests biologiques ont objectivé une anémie normochrome normocytaire arégénérative à 9g/dL sans stigmates d'hémolyse, une leucopénie, une hypo-albuminémie ainsi qu'une hypokaliémie. La tomodensitométrie (TDM) abdominale a révélé une dilatation intestinale avec épaissement œdémateux segmentaire d'anses jéjunales et iléales, un épanchement intra-abdominal de faible abondance ainsi qu'une lame d'épanchement pleural (Figure 1). À la coloscopie, Le colon était œdématisé avec présence d'obstructions segmentaires, non spécifique à l'histologie. L'endoscopie haute était normale. Le diagnostic de pseudo-obstruction intestinale d'origine lupique a été retenu devant la positivité des anticorps anti-nucléaires à 1/400 et des anti-DNA ainsi qu'un test de coombs direct positif. La patiente a reçu un bolus de méthyl-prednisolone de 1g, 3jours de suite puis une corticothérapie orale à 1mg/kg/jour et de l'hydroxychloroquine à la dose de 400mg/j. L'évolution a été marquée par la disparition rapide de la symptomatologie et l'amélioration de l'aspect radiologique.



Figure 1: coupe coronale de la TDM abdominale au temps veineux

### Observation 2:

Un patient âgé de 56 ans, était suivi pour un LES depuis 8 ans recevant l'hydroxychloroquine à la dose de 400mg/j. Le diagnostic avait été retenu suite à une atteinte articulaire, une leucopénie, une glomérulonéphrite classe II et des anticorps anti-DNA natifs positifs. Devant l'aggravation de la fonction rénale et l'apparition d'une protéinurie massive à 4g/24h sans syndrome néphrotique, le patient a été hospitalisé. Il s'agissait d'une glomérulonéphrite rapidement progressive en rapport avec une néphropathie de classe IV ayant nécessité une séance d'hémodialyse. Un traitement par bolus de méthyprednisolone a été entamé pendant 3 jours relayé par une corticothérapie orale à 1mg/kg/j. A J7 de traitement, le patient a présenté des douleurs abdominales aiguës diffuses associées à une diarrhée glairo-sanglante. La coloscopie a montré une pancolite congestive et ulcérée évoquant une colite ischémique stade 2 sans signes de gravité (figure 2). L'étude histologique a montré une muqueuse colique largement ulcérée, avec un chorion oedémato-congestif, siège de suffusions hémorragiques et d'un infiltrat inflammatoire modéré riche en polynucléaires neutrophiles cadrant avec une colite ischémique. Les anticorps anti-phospholipides étaient négatifs. Un traitement par cyclophosphamide a été entamé à raison de 6 bolus mensuels. L'évolution ultérieure était favorable avec une nette amélioration de la fonction rénale et des lésions de colite à la coloscopie de contrôle.

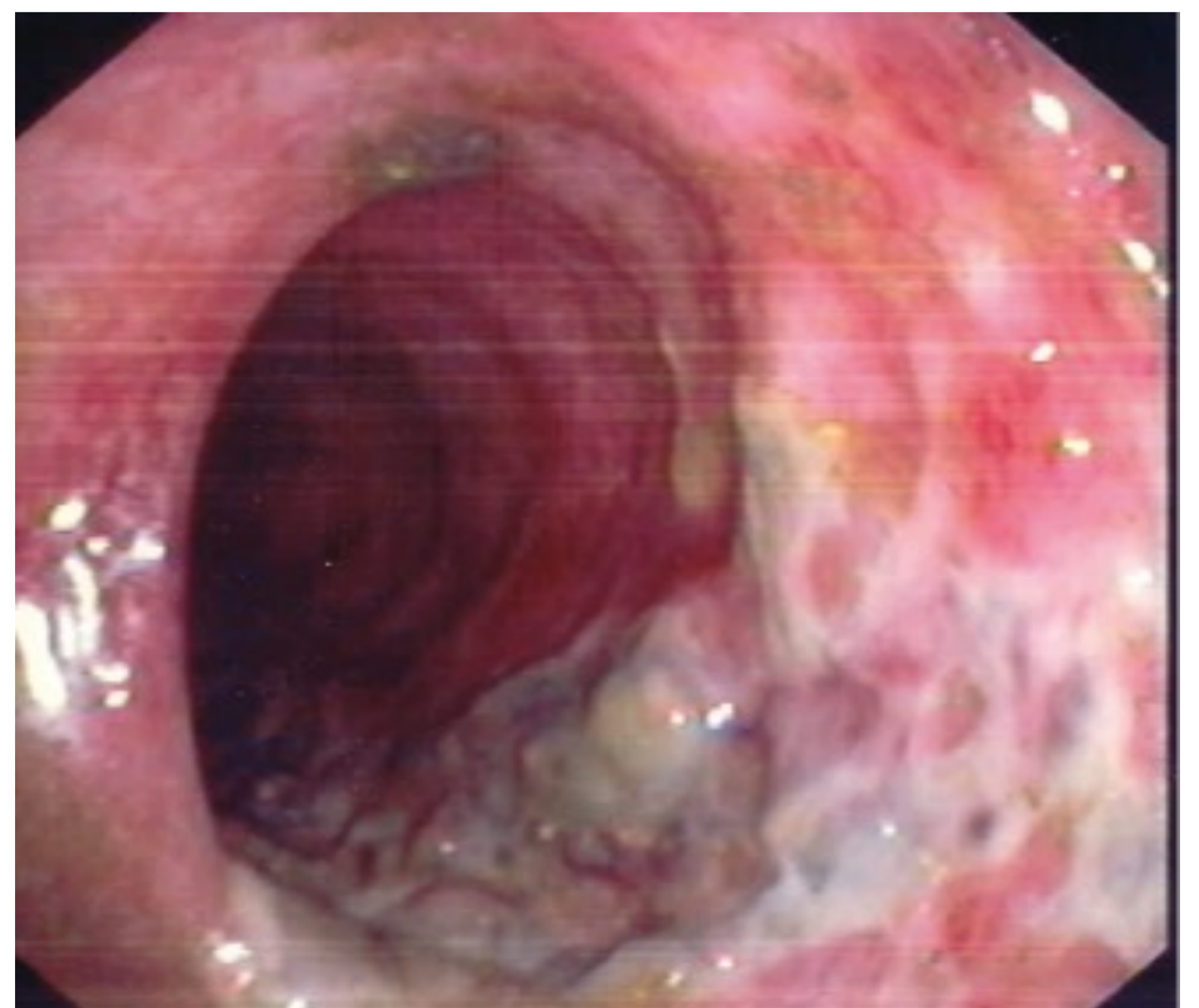


Figure 2 : Aspect endoscopique de la colite ischémique stade 2

### Conclusion:

En dépit de sa faible fréquence, l'atteinte digestive au cours du LES constitue une atteinte grave qui peut compromettre le pronostic vital. Il importe de la chercher systématiquement pour garantir la prise en charge optimale du patient