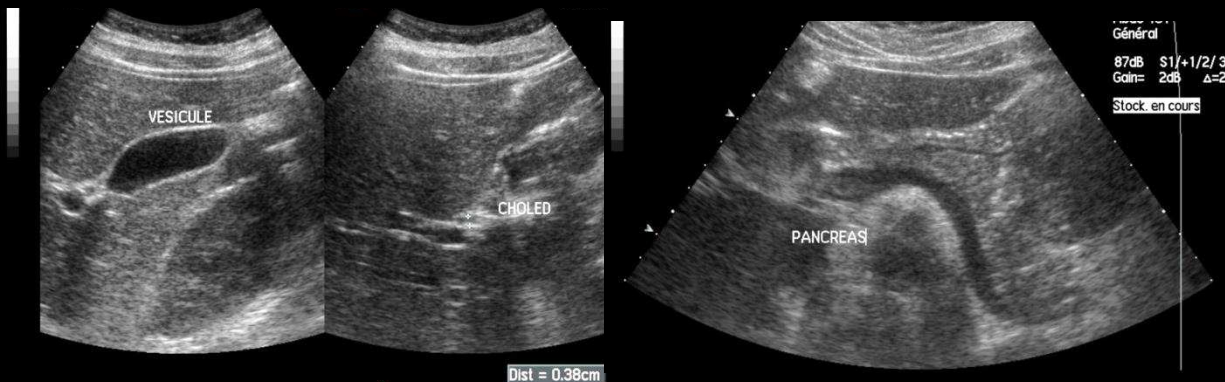
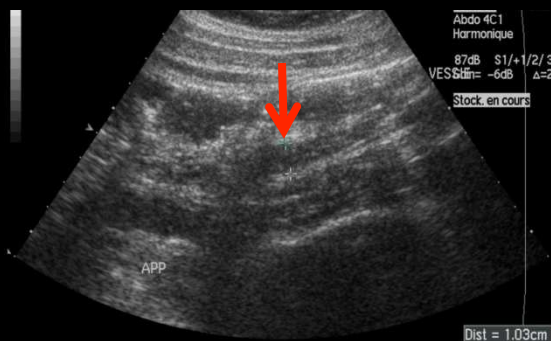


Patiente de 20 ans. Octobre 2010: douleurs fébriles fosse iliaque droite



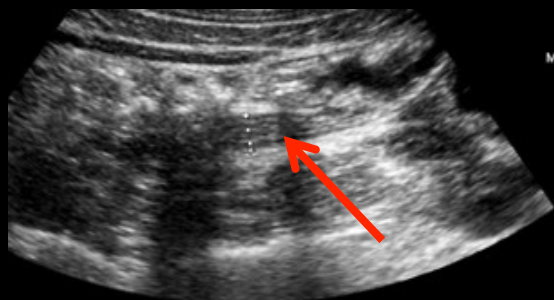
*Obs. Dr JF Cuny et coll.
Service dermatologie
CHU Nancy-Brabois*



diagnostic échographique et clinique
d'appendicite aiguë non compliquée
(appendice dilaté, parois épaissies, probable coprolithe proximal)

appendicectomie le 12.10.2010.

anato-pathologie:
appendice inflammatoire avec notion d'une
ulcération.



US 11.10.2010

MA OTTENIN (IHN)
Radio Brabois Adultes

Décembre 2010

Patiente hospitalisée en dermatologie:

**polyarthralgies
éruption cutanée**





- Examens complémentaires:

- Biologie:

- NFp: HB 9,6 g/dl ,VGM 93 fL, GB 3660 G/L (PNN 1870G/L,L 1650G/L), plaquettes 331 G/L. Test de coombs direct positif. Réticulocytes à 72 G/L → AHAI.

- Bilan auto-immun: AAN

256 NFp Ac anti nucléaires solubles: anti G/L (PNN 1870G/L,L 1650G/L), HB 9,6 g/dl ,VGM 93 fL, GB 3660 plaquettes 331 G/L. Test de coombs direct positif. Réticulocytes à 72 G/L → AHAI.

complexes immuns 26,2 g/l (N< 1,5 g/l)
Bilan auto-immun
 Ac anti

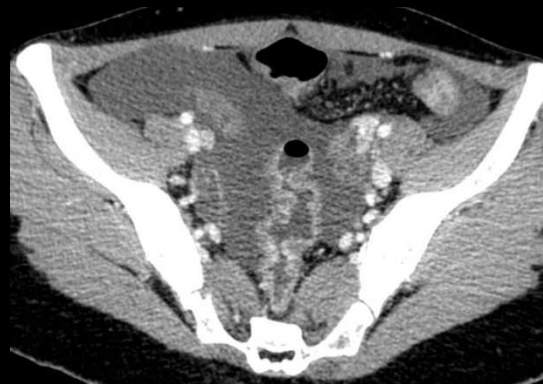
DNA natifs fortement positifs (titre 856) et ASB et anti nucléaires solubles: anti

(0,75-1,5), C4 à 0,06 g/l (0,1-0,34),

Décembre 2010

Apparition douleurs abdominales évoluant
Apparition douleurs abdominales évoluant





Diagnostic(s) 

Atteinte étendue et homogène de
l'ensemble du tractus digestif

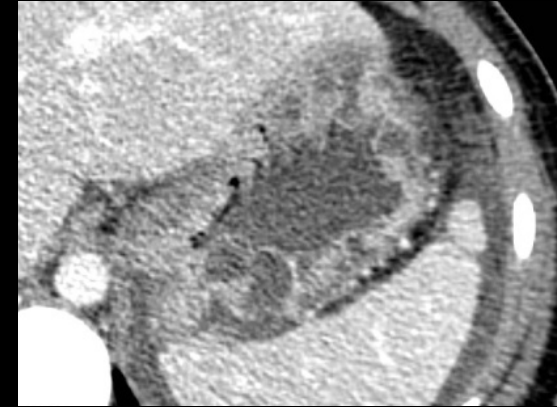
Œdème sous-muqueux
circonférentiel

Prise de contraste muqueuse

Epanchement liquide des séreuses
(péritoine ici)

Diagnostic de LED confirmé.
Ac anti-nucléaires et Ac Anti-DNA
natifs positifs.

Vascularite lupique



4 des 11 critères suivant, selon l' American College of Rheumatology, 1982, modifiés en 1997:

- 1 - Eruption de lupus érythémateux de papillon
- 2 - Photosensibilité
- 3 - Phénomènes de Raynaud
- 4 - Phénomènes de Raynaud

5 - Polyarthrite non érosive

6 -Pleurésie ou péricardite

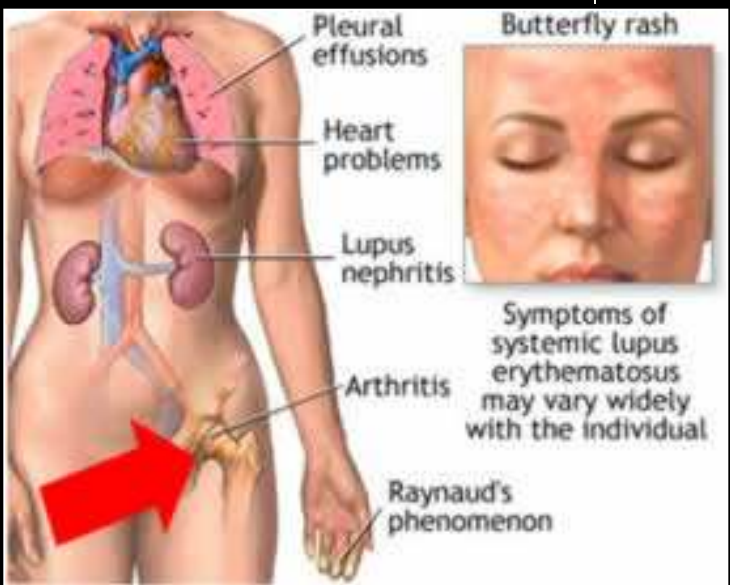
- 7 -Atteinte rénale:
 - protéinurie > 0.5g/24h
- ou - cylindres urinaires
- 8 -Atteinte neurologique
 - convulsions
- ou - psychose
- 9 -Anomalies hématologiques:
 - anémie hémolytique
 - ou - leucopénie < 4000/mm3
 - ou - lymphopénie < 4500/mm3
- ou - thrombopénie < 100 000/mm3

- 10 -Désordre immunologique
 - présence de cellules LE
 - ou - anticorps anti-ADN natif
 - ou - anticorps anti-Sm

- fausse sérologie syphilitique

- 11 -Anticorps antinucléaires à taux anormal (en l'absence de médicaments inducteurs) :
 - titre anormal d' anticorps antinucléaires en immunofluorescence, ou
 - technique équivalente à n' importe quel moment de l' évolution, en l' absence de

Lupus érythémateux systémique LES
bupSLérythémateux systémique, LES



Atteinte digestive lupique

Etiologies variées, liées à la maladie ou aux traitements:

- entérite lupique (= vascularite digestive)
- pancréatites
- infections

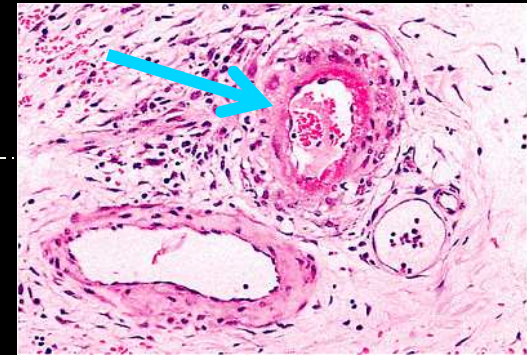
Étiologie des syndromes douloureux abdominaux aigus au cours du lupus érythémateux disséminé dans les principales séries de la littérature.

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
Diagnostics					
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%
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	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.

Atteinte digestive lupique

- Liée à une vascularite de la paroi des petits vaisseaux de la paroi du tube digestif, correspondant à une **endartérite inflammatoire** responsable d'une ischémie subaiguë qui se traduit par un œdème sous muqueux
- **Parfois manifestation inaugurale (jusqu' à 1/3 des cas selon séries)**
- Syndrome douloureux abdominal aigu aspécifique.

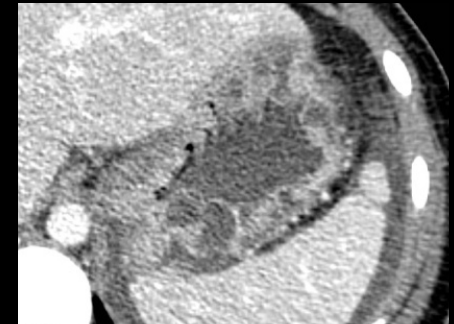


Nécrose fibrinoïde floride dans une artère intestinale au cours d'un LEAD .

Tomodensitométrie:

- atteinte principalement jéjunale et iléale étendue.
- épaississement digestif en cocarde (œdème sous muqueux et prise de contraste muqueuse)
- dilatation des anses
- Infiltration mésentère / épanchement péritonéal.

=> Signes aspécifiques, le diagnostic s'établit en prenant en compte les données anamnestiques (âge), cliniques (signes cutanés, articulaires, neurologiques, généraux...et biologiques (syndrome inflammatoire et bilan immunologique))



Entérite lupique

- Pas de marqueur biologique spécifique.
 - Endoscopie:
 - Paroi digestive très oedématisée, parfois ulcérations.
 - Anatomopathologie:
 - Lésions segmentaires et focales
 - Vascularite des artérioles et des veinules de la sous-muqueuse
 - Dépôt d'inflammatoire complexes et de C3
 - Complications rares:
 - perforations digestive
 - Traitement:
 - Traitement:
 - En première intention, corticothérapie par méthylprednisolone 1 à 2 mg/kg pendant 5 jours relayée par prednisolone
- Taux de rechute de 23,5%

Traitement: chez notre patiente ;

Traitement: chez notre patiente ;
Solumedrol pendant 3 jours , puis relais per os par solupred
Solumedrol pendant 3 jours , puis relais per os par solupred
Evolution rapidement favorable.



Impossible d'afficher l'image. Votre ordinateur manque peut-être de mémoire pour ouvrir l'image ou l'image est endommagée. Redémarrez l'ordinateur, puis ouvrez à nouveau le fichier. Si le x rouge est toujours affiché, vous devrez peut-être supprimer l'image avant de la réinsérer.